001. Глубина поражения твердых тканей зубов при I степени повышенной стираемости составляет:

до 1/3. длины коронки

от 2/3. длины коронки до шейки и более

от 1/3. до 2/3. длины коронки

от 1/3. до 1/2. длины коронки

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

смешанной

вертикальной

компенсированной

декомпенсированной

горизонтальной

003. Глубина поражения твердых тканей зубов при II степени повышенной стираемости составляет:

до 1/3. длины коронки

от 2/3. длины коронки до шейки и более

от 1/3. до 2/3. длины коронки

от 1/3.до 1/2.длины коронки

004. Носогубные складки у больных при полной утрате зубов:

резко выражены

сглажены

асимметричны

не изменены

отсутствуют

005. Высота окклюзионного валика:

2 см

выше оставшихся зубов

ниже оставшихся зубов

на уровне оставшихся зубов

на уровне альвеолярного гребня

006. Сагиттальная окклюзионная кривая - линия, проведенная по:

режущим краям фронтальных зубов

режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров

проекции верхушек корней зубов

жевательной поверхности премоляров и моляров

по вершинам бугров моляров

007. Центральная окклюзия характеризуется:

множественным фиссурно-бугорковым контактом

смещением влево резцовой линии

контактом жевательных групп зубов справа

напряжением мышц, опускающих нижнюю челюсть'

смещением суставных головок вперед

008. Центральная окклюзия характеризуется положением суставной головки:

у основания ската суставного бугорка

в суставной ямке центрально

у вершины суставного бугорка

за вершиной суставного бугорка

на скате суставного бугорка

009. К режущим инструментам относятся:

алмазные боры

твердосплавные боры

резиновые головки

карборундовые камни

штрипсы

010. Воск, используемый для определения центральной окклюзии, называется:

моделировочным

базисным

профильным (восколит)

бюгельным

липким

011. Сепарация - этап подготовки зубов под искусственные коронки, включающий в себя препарирование твердых тканей зуба с:

окклюзионной поверхности

вестибулярной поверхности

контактных поверхностей

оральной поверхности

созданием уступа

012. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена:

виниром

фасеткой

вкладкой

коронкой

имплантатом

013. Штампованная коронка должна охватывать культю зуба:

плотно

с зазором 0,2 мм

с зазором для фиксирующего материала

в различных участках по-разному

глубоко погружаясь под десну

014. Форма повышенной стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижней трети лица, называется:

смешанной

вертикальной

копменсированной

декомпенсированной

горизонтальной

015. Глубина повреждения твердых тканей зубов при I степени повышенной стираемости составляет:

до 1/3 длины коронки

от 2/3 длины коронки до шейки и более

от 1/3 до 2/3 длины коронки

от 1/3 до ½ длины коронки

016. По конструкции различают искусственные коронки:

телескопические

частично-съемные

фасетки

восстановительные

пластмассовые

017. Штифтовый зуб - ортопедическая конструкция, восстанавливающая дефект:

вестибулярной стенки зуба

зубного ряда - включенный

зубного ряда - концевой

коронковой части зуба

отсутствующего зуба

018.Базальная дуга (апикальный базис) - кривая, проходящая по:

режущему краю фронтальных зубов

экватору всех групп зубов

проекции верхушек корней зубов

жевательной поверхности зубов

по гребню альвеолярных отростков

019.К абразивным инструментам для одонтопрепарирования относятся:

стальные боры

алмазные головки

твердосплавные боры

твердосплавные фрезы

силиконовые диски

020. При препарировании зубов под штампованные коронки культя зуба создается:

с параллельными стенками

с сохраненным экватором зуба

в виде конуса

в форме цилиндра

в виде обратного конуса

021. Стоматологическими противопоказаниями к внутрикостным имплантатам являются:

парафункции

орофациальная дискинезия

макроглоссия

прогения

все варинты верны

022. Для изготовления культевой штифтовой вкладки значения ИРОПЗ составляют:

0,1-0,2

0,2-0,3

0,3-0,5

0,6-0,8

более 0,8

023. Показанием к изготовлению штифтового зуба являются:

отлом коронки зуба по режущему краю

разрушение корня зуба

кариозная полость I класса по Блэку

разрушение коронковой части зуба

отсутствие зуба

024. Медицинские противопоказания к внутрикостной имплантации:

сахарных диабет

эндокардит

протез сердечного клапана

сильная депрессия

все варианты верны

025. Основные требования к корню при изготовлении штифтового зуба:

наличие кистогранулем

положение корня над десной или на уровне десны

наличие искривления корня

наличие резорбции стенок корневого канала

подвижность корня III степени

026. Конструкция штифтового зуба представляет собой:

штампованную искусственную коронку

металлический штифт, введенный в корневой канал

штифт в корневом канале с искусственной коронкой

пластмассовую коронку

комбинированную коронку

027. По методу изготовления различают коронки:

фиксирующие

цельнолитые

восстановительные

фасеточные

шинирующие

028. Показаниями к внутрикостной имплантации являются:

отсутствие фронтальных зубов на нижней челюсти

отсутствие моляров с одной стороны на нижней челюсти

отсутствие моляров с двух сторон на нижней челюсти

потеря одного зуба на верхней челюсти

включенное отсутствие нескольких зубов на нижней челюсти

все варианты верны

029.Угол Беннета равен:

17°.

45°.

60°.

110°.

150°.

030. Показанием к изготовлению мостовидного протеза является:

дефект коронковой части зуба

генерализованный гингивит

пародонтит тяжелой степени

включенный дефект зубного ряда

полное отсутствие зубов

031. При горизонтальной повышенной стираемости твердых тканей зубов форма фасеток стирания:

клинообразная

кратерообразная

ступенчатая

032. Искусственные коронки классифицируют по:

месторасположению

окклюзионным контактам

групповой принадлежности зубов

технологии изготовления

фиксации

033. На модель наносятся ориентиры:

границы базиса

окклюзионной линии

угла Бенета

зрачковой линии

ушной линии

034. Опорными частями мостовидного протеза являются:

коронки, полукоронки, искусственные зубы

вкладки, искусственные зубы

коронки, вкладки, штифтовые зубы

штифтовые зубы, искусственные зубы

искусственные зубы, коронки

035. Недостатком металлокерамических коронок является:

высокая эстетичность

восстановление окклюзионной поверхности

прочность

большой объем снимаемых тканей

технология изготовления

036. Штампованно-паяным мостовидным протезом называется:

протез с отлитыми из металла опорными частями и телом

полный съемный протез

несъемный протез, в котором тело припаяно к опорным частям

штампованная коронка

полимеризованная конструкция

037. Сепарация - это этап одонтопрепарирования, включающий в себя:

снятие эмали, дентина с небной стороны

препарирование кариозной полости

разобщение рядом стоящих зубов

укорочение длины зубов

снятие твердых тканей с вестибулярной стороны

038. При внешнем осмотре больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости зубов выявляется:

углубление носогубных складок, старческое выражение лица

асимметрия лица

«птичье» лицо

039. Форма штифта в штифтовом зубе должна быть:

прямоугольной

клиновидной

грушевидной

конусовидной

торпедовидной

040. Искусственная коронка должна:

восстанавливать анатомическую форму зуба

опираться на десну

завышать прикус

занижать прикус

создать ретенционные пункты для пищи

041. К недостаткам цельнолитых коронок относится:

низкая эстетичность

меньшая травматичность

высокая прочность

точное воспроизведение рельефа анатомической формы

плотное прилегание в пришеечной области

042. При боковых смещениях нижней челюсти суставная головка на рабочей стороне движется:

вокруг вертикальной оси

вниз и вперед

вниз, вперед и внутрь

вниз

назад

043. При боковых смещениях нижней челюсти суставная головка на балансирующей стороне движется:

вокруг вертикальной оси

вниз и вперед

вниз, вперед и внутрь

вниз

назад

044. При изготовлении штампованной коронки твердые ткани зуба сошлифовываются на (мм):

0,10-0,15

0,20-0,22

0,30-0,50

0,5-1,0

1,0-2,0

045. При изготовлении металлопластмассовой коронки твердые ткани препарируют на (мм):

0,20-0,22

0,35-0,38

1,3-1,5

1,5-2,0

2,0-2,5

046. Первым клиническим этапом изготовления искусственной коронки является:

фиксация коронок

припасовка коронок

снятие оттисков

одонтопрепарирование

изготовление модели

047. Трансверзальная кривая - это линия, проведенная по:

контактным поверхностям зубов

режущим краям фронтальных зубов и щечным буфам премоляров и моляров

проекции верхушек корней зубов

козелку уха до угла крыла носа

жевательным буграм правых и левых зубов

048. Мышца, участвующая в трансверзальных движениях нижней челюсти:

подбородочно-подъязычная

латеральная крыловидная

височная

собственно жевательная

челюстно-подъязычная

049. При сагиттальных движениях нижней челюсти суставная головка совершает путь:

вперед и вниз

вперед и кнутри

вперед и кнаружи

в сторону

назад

050. Моделирование вкладки прямым методом проводится:

на модели в артикуляторе

на модели в окклюдаторе

в полости рта

на модели в универсальном артикуляторе

по методу «Cerek»

051. На гипсовой модели анатомическую форму зуба восстанавливают воском:

базисным

моделировочным

профильным

липким

бюгельным

052. Двуслойный оттиск получают при помощи слепочных масс:

альгинатных

твердокристаллических.

силиконовых

термопластических

воска

053. При препарировании зуба под металлокерамическую коронку стенки должны:

быть параллельными

конвергировать под углом 5-7 градусов

конвергировать под углом 15-20 градусов

конвергировать под углом 30 и более градусов

дивергировать

054. Промежуточная часть мостовидного протеза во фронтальном отделе имеет форму:

седловидную

промывную

касательную

опорную

телескопическую

055. Промежуточная часть мостовидного протеза в боковом отделе имеет форму:

седловидную

промывную

касательную

опорную

телескопическую

056. Поливинилсилоксановые слепочные материалы относятся к:

термопластическим

твердым

эластическим

гидроколлоидным

твердокристаллическим

057. Готический угол равен:

17°.

45°.

60°.

110°.

140°.

058. К свойствам внутрикостного имплантационного материала предъявляются следующие требования:

отсутствие канцерогенов

отсутствие антигенов

отсутствие токсичности

отсутствие радиоактивности

все варианты верны

059. Максимальная толщина снимаемых твердых тканей при одонтопрепарировании под металлокерамическую конструкцию (мм):

0,25-0,28.

0,29-0,50.

0,60-1,00.

1,50-2,00.

2,00-2,50.

060. Мышцы, выдвигающие нижнюю челюсть вперед:

жевательные

наружные крыловидные

подбородочно-язычная

внутренние крыловидные

челюстно-подъязычные

061. Выбор цвета облицовочных материалов ортопедических конструкций производится при участии:

врача и пациента

врача и зубного техника

пациента и зубного техника

врача, пациента и зубного техника

зубного техника

062. Эталонным фоном в стоматологии принято считать цвет:

белый

серый

голубой

зеленый

розовый

063. Количество удаляемых твердых тканей зуба под искусственную коронку зависит от:

анатомической формы зуба

фиксирующего материала

материала для изготовления коронок

групповой принадлежности зуба

возраста пациента

064. Гипсовая модель по слепку из альгинатного материала должна быть отлита не позднее:

2 минут

15 минут

60 минут

24 часов

48 часов

065. Оттиск является отображением тканей протезного ложа:

позитивным

негативным

активным

пассивным

агрессивным

066. Альгинатную слепочную массу замешивают на:

холодной воде

3%. растворе поваренной соли

прилагаемом к материалу катализаторе

горячей воде

физиологическом растворе

067. Препарирование зуба под коронку производят:

твердосплавными борами

металлическими фрезами

алмазными борами

карборундовыми фрезами

силиконовыми дисками

068. При препарировании окклюзионной поверхности зуба под штампованную коронку из золотого сплава ее сошлифовывают на толщину (мм):

0,28-0,3.

0,45-0,5.

0,55-0,6.

0,65-0,8.

0,85-0,9.

069. При изготовлении штампованной коронки сепарацию зуба, расположенного между двумя интактными зубами, проводят:

вулканитовым сепарационным диском

двухсторонним металлическим сепарационным диском

твердосплавным бором цилиндрической формы

односторонним металлическим сепарационным диском

карборундовой фрезой

070. При изготовлении одиночной штампованной коронки слепки снимают:

с челюсти, на которой будет изготовлена коронка

с обеих челюстей

с фрагмента челюсти с препарированным зубом

с отпрепарированного зуба

с отпрепарированного зуба и его антагониста

071. Для изготовления штампованных коронок применяют сплавы из золота пробы:

375.

583.

750 .

800.

900.

072. При препарировании зуба под штампованную коронку уступ формируется:

на уровне края десны

супрагингивально

по периметру шейки зуба

уступ не формируется

субгингивально

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

1.

2.

3.

4.

5.

074. К методам диагностики перед имплантацией относится:

определение ЦСЧ

измерение ширины альвеолярного отростка

измерение высоты кости

ортопантомография

все варианты верны

075. Клиническая шейка зуба соответствует:

переходу эмали в цемент корня

границе над- и поддесневой части зуба

экватору зуба

режущему краю зуба

эмалево-дентинному соединению

076. Анатомическая шейка зуба соответствует:

переходу эмали в цемент корня

границе над- и поддесневой части зуба

экватору зуба

режущему краю зуба

эмалево-дентинному соединению

077. Центральная окклюзия определяется признаками:

лицевым, глотательным, зубным

зубным, суставным, мышечным

язычным, мышечным, суставным

зубным, глотательным, лицевым

лицевым, суставным, мышечным

формы зубных рядов

вида прикуса

размера зубов

079. Глубина поражения твердых тканей зубов при I степени повышенной стираемости составляет:

до 1/3. длины коронки

от 2/3. длины коронки до шейки и более

от 1/5. до 2/3. длины коронки

от 1/3. до 1/2.длины коронки

080. Глубина поражения твердых тканей зубов при II степени повышенной стираемости составляет:

до 1/3. длины коронки

от 2/3. длины коронки до шейки и более

от 1/3. до 2/3. длины коронки

от 1/3. до 1/2. длины коронки

081. При компенсированной форме локализованной повышенной стираемости твердых тканей зубов показан метод ортодонтического лечения:

постепенная дезокклюзия

коррекция формы зубных рядов

последовательная дезокклюзия

перестройка миотатического рефлекса

082. При I степени повышенной стираемости зубов показано применение:

пластиночных протезов

вкладок

штифтовых конструкций с последующим покрытием коронкой

искусственных коронок

083. При II и III степенях повышенной стираемости зубов показано применение:

пломб

вкладок

цельнолитых коронок

штампованных коронок

культовых штифтовых вкладок с последующим изготовлением коронок

084. При II и III степенях повышенной стираемости зубов показано применение:

штампованных коронок

цельнолитых коронок

штампованно-паяных мостовидных протезов

цельнолитых мостовидных протезов

цельнолитых бюгельных протезов с окклюзионными накладками

085. Для ортодонтического этапа лечения больных с повышенной стираемостью зубов применяется:

пластинка с вестибулярной дугой

пластинка с наклонной плоскостью

пластмассовая каппа

шина Порта

086. При повышенной стираемости твердых тканей зубов полость зуба:

увеличивается

уменьшается

не изменяется

087. Осложнения повышенной стираемости зубов:

кариес

окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром

флюороз

гингивостоматит Венсана

088. Гиперестезия твердых тканей зубов при повышенной стираемости встречается:

у всех больных

никогда

иногда

089. При внешнем осмотре больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости зубов выявляется:

углубление носогубных складок, старческое выражение лица

асимметрия лица

«птичье» лицо

090. С помощью плазменного напыления порошка титана поверхность внутрикостного титанового имплантата увеличивается на фактор:

2

5

10

50

100

091. При внутрикостной имплантации на верхней челюсти могут развиться следующие осложнения:

кровотечение

повреждение нерва

прободение в верхнечелюстную пазуху

прободение в носовую полость

повреждение соседних зубов

все варианты верны

092. Предметом разъяснительной беседы с пациентом по поводу внутрикостной имплантации является:

объяснение картины болезни

объяснение плана оперативного вмешательства

альтернативы лечения

возможные осложнения

стоимость операции

все варианты верны

093. Периодонтальная щель у зубов, лишенных антагонистов:

расширена

сужена

не изменена

094. При феномене Попова быстрее подвергается перестройке:

верхняя челюсть

нижняя челюсть

одинаково

095. При потере основного антагониста зуб перемещается:

строго в вертикальном направлении

в вертикальном и медиальном направлениях

096. Симптомом деформации зубного ряда после потери антагонистов является:

блокада движений нижней челюсти в сагиттальном направлении

отсутствие пар антагонистов

отсутствие даже одного зуба

097. Блокада движений нижней челюсти вызывает изменения:

в периодонте

в височно-нижнечелюстном суставе

в жевательных мышцах

098. Ортопедические аппараты, применяемые для лечения больных с дефектом неба, делятся на:

несъемные

разобщающие пластинки

обтураторы

внеротовые

099. Дефекты твердого и мягкого неба можно разделить на:

врожденные

травматические

приобретенные

100. Метод дезокклюзии применяется для лечения феномена Попова:

при I форме

при II форме

при I и II формах.

101.Метод дезокклюзии показан для лиц не старше:

18 лет

25 лет

40 лет

102. Разобщающая съемная пластинка у больного со срединным дефектом твердого неба должна:

плотно входить в дефект

плотно прилегать к краям дефекта

иметь внутренний клапан на 1-2 мм кнаружи от края дефекта

103. При методе дезокклюзии выравнивание окклюзионной поверхности происходит за счет:

вколачивания зубов

перестройки костной ткани

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

з, с

ж, ш

б, п

м, н

105. Нарушение окклюзионной кривой, вызванное смещением зуба или ряда зубов вверх или вниз по отношению к рядом стоящим зубам, возникает:

при потере антагонистов

при локализованной форме патологической стертости

при истирании окклюзионной поверхности пластмассовыхзубных протезов

106. Инфра- или супраокклюзионное положение зуба относится:

к нарушению окклюзионной кривой

к уменьшению окклюзионной высоты

к увеличению объема альвеолярного отростка.

107. Первый класс дефекта зубного ряда по Кеннеди:

односторонний дистально ограниченный зубами дефект

включенный дефект переднего отдела

односторонний дистально неограниченный зубами дефект

двусторонний дистально неограниченный зубами дефект

108. Наблюдаются ли изменения в элементах ВНЧС при развитии феномена Попова:

да

нет

только при второй форме деформации

109. При получении слепка верхней челюсти с дефектом неба предварительно проводят:

функциональную пробу с надуванием щёк

ЭОД

тампонаду дефекта марлевой салфеткой

110. Форма зубных рядов в постоянном прикусе:

полукруг

трапеция

треугольник

верхнего - полуэллипс, нижнего - парабола

111. Признак, характеризующий ортогнатический прикус постоянных зубов:

каждый зуб имеет по одному антагонисту

смыкание по II классу Энгля

каждый зуб вступает в контакт с двумя антагонистами, за исключением верхнего зуба мудрости и нижнего первого резца. Каждый верхний зуб в центральной окклюзии вступает в контакт с одноименным нижним и позади стоящим

смыкание по III классу Энгля

112. Очередность прорезывания постоянных зубов:

6-2-3-4-5-1-7.

6-2-4-3-1-7-5.

6-1-2-4-3-5-7.

6-3-4-5-7-1-2.

113. При большом боковом дефекте твердого неба и альвеолярного отростка и отсутствии зубов на верхней челюсти применяют протезы с фиксацией:

пружиной Фошара

кламмером Джексона

пружиной Кадсена

эластичной пластмассой по Ильиной-Маркосян

114. Виды физиологического прикуса:

ортогнатический, прямой, открытый

ортогнатический, прогенический,прогнатический, прямой

ортогнатический,мезиальный, бипрогнатический, прямой

115. Классификация зубочелюстных аномалий по В.Ю. Курляндскому включает:

аномалии формы и расположения зубов

аномалии зубного ряда

аномалии соотношения зубных рядов

аномалии мягких и твердых тканей

аномалии прикуса

аномалии челюстей и их анатомических отделов

116. В основу классификации зубочелюстных аномалий по Энглю положен:

принцип соотношения зубных рядов (соотношение первых моляров)

принцип аномалий зубов

принцип аномалии челюстей и их анатомических

отделов.

117. Взаимное изменение месторасположения зубов в зубном ряду называется:

тортоаномалия

транспозиция

инфраположение.

118. Аномалии строения зубного ряда:

сужение

расширение

деформация

изменение формы и размеров зубного ряда.

119. Диастема является признаком:

сужения зубного ряда

формы челюстей

транспозиции

микродентии.

120. Ретенция зубов относится:

к аномалии положения

аномалии сроков прорезывания

аномалии формы

аномалии структуры.

121. Мезиальное положение боковых зубов определяется относительно:

фронтальной плоскости

сагиттальной плоскости

фронтальной и сагиттальной вместе

окклюзионной плоскости.

122. Отлом коронки зуба относится:

к аномалии формы

аномалии размера

травме зуба

аномалии окклюзии

123. Для выявления морфологических изменений зубочелюстной системы при аномалиях окклюзии необходимо:

провести клиническое обследование

провести антропометрическое измерение гипсовых моделей челюстей и внешний осмотр

клиническое обследование и специальные методы диагностики

рентгенологическое, функциональные исследования

124. Наиболее полное представление о размерах челюстей дает:

антропометрическое изучение строения лица

фотометрический метод

ортопантомография

телерентгенологическое исследование головы в боковой проекции

125. На ортопантомограмме получают:

развернутое рентгеновское изображение верхней челюсти

рентгеновское изображение височно-нижнечелюстного сустава

развернутое рентгеновское изображение нижней челюсти

развернутое рентгеновское изображение верхней и нижней челюстей

развернутое рентгеновское изображение верхней, нижней челюстей и височно-нижнечелюстных суставов

126. Аппаратами комбинированного действия являются:

имеющие элементы функциональных аппаратов

имеющие элементы механических аппаратов

имеющие элементы функциональных и механических аппаратов

имеющие резиновую тягу

127. Функциональными называются ортодонтические аппараты:

действующие при активации винта

действующие при наложении резиновой тяги

действующие при активации проволоки

действующие при сокращении мускулатуры

128. При лечении зубочелюстных аномалий применяются следующие методы миотерапии:

попеременное сжатие зубных рядов

динамическое выдвижение нижней челюсти

упражнения статического и динамического характера

статическое выдвижение нижней челюсти

129. План лечения перекрестной окклюзии, обусловленной равномерным сужением верхнего зубного ряда, включает:

удлинение верхнего зубного ряда

удлинение нижнего зубного ряда и расширение верх­него зубного ряда

укорочение нижнего зубного ряда и расширение верх­него зубного ряда

расширение верхнего зубного ряда

расширение верхнего и нижнего зубных рядов

130. План лечения перекрестной окклюзии, обусловленной односторонним сужением нижнего зубного ряда справа, включает:

расширение верхнего зубного ряда

удлинение верхнего зубного ряда

одностороннее расширение нижнего зубного ряда

удлинение нижнего зубного ряда

расширение верхнего и нижнего зубных рядов

131. Фронтальной дезокклюзией зубных рядов (открытый прикус) называют:

отсутствие контакта между зубами верхней и нижней челюстей на всем протяжении зубных рядов

неполное прорезывание зубов фронтальной группы

наклон резцов верхней челюсти

отсутствие смыкания передних зубов по вертикали

132.Для каппы Шварца и Бынина характерно наличие:

накусочной площадки

вестибулярной дуги

ортодонтического винта

наклонной плоскости

133. Опорой в каппах Шварца и Бынина является:

небо

назубная пластмассовая каппа

базисная пластинка

134. Назначением «скользящей дуги» Энгля является:

расширение зубного ряда

удлинение зубного ряда

укорочение зубного ряда

расширение и удлинение зубного ряда

расширение и укорочение зубного ряда

135. Для поворота зуба по оси надо создать следующее количество сил:

1.

2.

3.

4.

136. Вестибулярная дуга используется для:

расширения зубного ряда

протрузии зубов

перемещения зубов в оральном направлении

смещения нижней челюсти вперед

137. Фиксирующими элементами в съемных ортодонтических аппаратах являются:

наклонная плоскость

вестибулярная дуга

кламмер

138. Для механически действующего аппарата характерно наличие:

накусочной площадки

винта, лигатуры, дуги, резиновых колец, пружины

наклонной плоскости

139. В конструкцию функциональных аппаратов обязательно входит:

винт

резиновая тяга

наклонная плоскость, накусочная площадка

140. Продолжительность ортодонтического лечения по устранению аномалий положения отдельных зубов у взрослых составляет:

1 неделю

2 дня

до года

2-2,5 года

141. Продолжительность ортодонтического устранения аномалий прикуса у взрослых составляет:

1 неделю

1 месяц

до 5 недель

не менее 6 месяцев

142. Разобщающие пластинки при лечении дефектов неба:

должны плотно входить в дефект неба

не должны входить в дефект неба

143. Второй класс дефекта зубного ряда по Кеннеди:

односторонний дистально ограниченный зубами дефект

включенный дефект переднего отдела

односторонний дистально неограниченный зубами дефект

двусторонний дистально неограниченный зубами дефект

144. Минимальный срок пользования ортодонтическими аппаратами при лечении заболеваний ВНЧС составляет:

1 неделю

2 недели

1 месяц

3-6 месяцев

145. Оптимальной конструкцией протеза при вертикальной форме феномена Попова-Годона является:

ортодонтические кольца

съемная пластинка с распилом и винтом

накусочная пластинка

146. При дефектах мягкого неба применяют:

плавающий обтуратор Кезе

разобщающую съемную пластинку с кламмерной фиксацией

металлический протез

147. При лечении прогнатического глубокого прикуса для мезиального смещения нижней челюсти при дистальном положении головок в суставных ямках применяется:

верхнечелюстная пластинка с наклонной плоскостью

накусочная пластинка

съемная пластинка для верхней челюсти с упором в виде наклонной плоскости в области клыка и перекрытием нижних зубов на 3-5 мм

148. Показанием к ортодонтическому лечению взрослых является:

необходимость устранения феномена Попова-Годона (зубоальвеолярное удлинение)

необходимость устранения смещения зубов при заболеваниях пародонта (перед наложением шинирующих аппаратов)

невозможность проведения ортопедического лечения без предварительного ортодонтического лечения

безуспешность ранее проведенного медикаментозного и ортопедического лечения (без устранения аномалий) заболеваний височно-нижнечелюстного сустава

149. Противопоказаниями к ортодонтическому лечению являются:

аномалии челюстей

множественный кариес

отсутствие боковых зубов

острые воспалительные явления в височно-нижнечелюстном суставе

тяжелые общие заболевания

150. Разворот зуба по вертикальной оси называется:

тортоаномалией

транспозицией

инфраположением

151. Смещение зуба в вертикальном направлении, когда зуб находится ниже окклюзионной кривой, называется:

тортоаномалией

транспозицией

инфраположением

152. Смещение зуба в вертикальном направлении, когда зуб находится выше окклюзионной кривой, называется:

тортоаномалией

транспозицией

супраположением

153. Лабораторные методы исследования в ортопедической стоматологии:

перкуссия

термометрия

рентгенография

электроодонтодиагностика

определение подвижности зубов по Энтину

получение диагностических моделей

154. Смещение зуба от оптимального положения назад по зубному ряду называется:

дистоположением

мезиоположением

супраположением

инфраположением

155. Смещение зуба от оптимального положения вперед по зубному ряду называется:

дистоположением

мезиоположением

супраположением

инфраположением

156. Суставные симптомы при заболеваниях ВНЧС:

боль в жевательных мышцах, челюстях

суставной шум

тугоподвижность нижней челюсти

боль в ушах

боль в суставе при длительной нагрузке

157. Факторы, способствующие возникновению и развитию артроза:

врожденное укорочение ветви нижней челюсти

недоразвитие суставной головки с одной стороны

нарушение функциональной окклюзии

макротравма челюстно-лицевой области

чрезмерное открывание рта

158. Для диагностики заболевания ВНЧС применяют следующие методы:

измерение высоты нижнего отдела лица

анализ функциональной окклюзии

рентгенологическое исследование

электромиографическое исследование

радионуклидное исследование

159. Реография области ВНЧС используется для определения:

сократительной способности мышц челюстно-лицевой области

гемодинамики

движения головок нижней челюсти

размеров элементов ВНЧС

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

снижения окклюзионной высоты

уменьшения нагрузки на пародонт

нормализации функциональной окклюзии

достижения плавности движения нижней челюсти

161. Виды окклюзионных кривых:

сагиттальная

трансверзальная

сагиттальная и трансверзальная

162. Рентгенологическая картина при хронических артритах ВНЧС:

расширение суставной щели

сужение суставной щели

контуры суставной головки нечеткие

деформация костных элементов сустава

163. Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС:

сужение суставной щели

отсутствие суставной щели

расширение суставной щели

уплотнение кортикального слоя суставной головки

изменение формы костных элементов сустава

164. Жевательная нагрузка концентрируется в области:

моляров

резцов и клыков

премоляров

моляров и премоляров

165. Характерные признаки острого артрита:

постоянные боли в суставе в покое

боли в суставе приступообразные

боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти

открывание рта до 4,5-5,0 см

открывание рта до 0,5-1,0 см

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

влево

вправо

вперед и влево

вперед и вправо

вперед

назад

167. Сроки пользования ортодонтическими аппаратами при заболеваниях ВНЧС:

1 неделя 2 недели

1 месяц 3-6 месяцев

168. При потере правых жевательных зубов левая суставная головка (рабочая сторона) смещается:

вперед, вниз и внутрь

назад, вверх и наружу

назад, вниз и внутрь'

вперед, вверх и наружу

169. протезы-обтураторы для лечения больных с дефектом неба:

должны плотно входить в дефект неба

не должны входить в дефект неба

170. Симптомом деформации зубного ряда после потери антагонистов является:

блокада движений нижней челюсти в сагиттальном направлении

отсутствие пар антагонистов

отсутствие даже одного зуба

171. В боковых окклюзиях на рабочей стороне могут быть:

групповые контакты щечных бугров жевательных зубов

контакт клыков и боковых резцов

контакт резцов и щечных бугров

премоляров

контакт резцов

контакт дистальных бугров вторых моляров

контакт щечных бугров жевательных зубов или контакт клыков

172. Открытая гнусавость характеризуется нарушением произношения фонем:

и, ы

а, я

б, п

р, ж

с,з.

173. Окклюзионная коррекция проводится методами:

избирательного сошлифовывания зубов, ортопедическими, ортодонтическими

ортопедическими, ортодонтическими, хирургическими

избирательного сошлифовывания зубов, ортопедическими, ортодонтическими, хирургическими

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

дистально

в правую боковую окклюзию

в левую боковую окклюзию

в переднюю окклюзию

открыванием рта в пределах до 1-2 см

175.Факторы нарушения окклюзии:

местные факторы полости рта

поражения ВНЧС

дисфункция жевательных мышц при общих заболеваниях

местные факторы полости рта, поражения ВНЧС, дисфункция жевательных мышц при общих заболеваниях

176. Функциональные методы исследования в ортопедической стоматологии:

осмотр

пальпация

реография

перкуссия

жевательные пробы

177. При артрозе ВНЧС симптоматика будет выражена сильнее:

на здоровой стороне ВНЧС

на больной стороне ВНЧС

на обеих сторонах ВНЧС

178. При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в ВНЧС предположите возможный диагноз:

мышечно-суставная дисфункция

артрит

артроз

остеома суставного отростка нижней

челюсти

179. К гипербалансирующим контактам относят:

окклюзионные контакты на балансирующей стороне, мешающие в боковой окклюзии смыканию зубов рабочей стороны

окклюзионные контакты на рабочей стороне, разобщающие зубы на балансирующей стороне

окклюзионные контакты на балансирующей

стороне

180.При врожденных дефектах неба жизненная ёмкость легких:

уменьшается

увеличивается

не меняется

181. Экзогенные этиологические факторы повышенной стираемости, приводящие к функциональной недостаточности твердых тканей зубов:

патология прикуса

химическое воздействие кислот и щелочей

182. Резкое снижение прочности пластмасс горячей полимеризации наблюдается при содержании мономера более:

0,7%.

3%.

2%.

183. Нормальные показатели микротоков полости рта:

1-3 мкА

2-6 мкА

2-5 мкА

3-7 мкА.

184. Этиологические факторы повышенной стираемости, связанные с функциональной перегрузкой зубов:

алиментарная недостаточность

бруксизм

воздействие средств гигиены

185. К неспецифическим факторам, способствующим развитию аллергической реакции при пользовании металлическими протезами, относят:

коррозионные процессы

изменение рН слюны в кислую сторону

процессы истирания

тепловой эффект

186. Для выявления аллергической реакции на пластмассу предложены:

аппликационная проба по Сорокину

провокационная проба

экспозиционная проба

лейкопеническая проба

187. Характерные жалобы при аллергическом стоматите после применения акриловых пластмасс:

невозможность или затруднения при пользовании протезом

жжение и воспаление, больше выраженные под протезом

жжение языка, щек, губ

сухость полости рта

затрудненные дыхание, глотание

язык «мешает», не умещается во рту

188. Характерные жалобы при аллергическом стоматите, вызванном металлическим протезом:

отек и воспаление слизистой оболочки щек, языка, губ, мягкого неба, глотки

затруднение глотания, дыхания

язык не умещается во рту

прикусывание щек, языка

жжение языка, усиливающееся при приеме растительной и кислой пищи, к ночи

сухость, жажда, гипосаливация

невозможность глотания

сухость в носу, горле

189. Характерные жалобы при токсическом стоматите, вызванном металлическими протезами:

жжение языка до каузалгий

гиперсаливация

глоссалгия

нарушение нервного статуса

птиадизм

плохой сон

гипосаливация, сухость во рту

190. Различают следующие виды коррозии:

общую

местную

щелевую

фиссурную

все варианты верны

191. Для диагностирования аллергии на пластмассы проводят следующие тесты:

экспозиционно-провокационная проба

кожные пробы

лейкопеническая проба

тест химического серебрения

соскоб на Candida

рН-метрия

измерение разницы потенциалов

192. Сплавы золота в полости рта:

подвержены коррозии, что проявляется изменением цвета (пятнистость, тусклость)

не подвержены коррозии

193. В мостовидных протезах большой протяженности коррозионный процесс:

усиливается

уменьшается

протяженность мостовидного протеза не влияет на коррозионные процессы

194. Аллергический стоматит, вызванный металлическим протезом, следует дифференцировать:

от глоссалгии

кандидоза

эндокринных заболеваний

хронических заболеваний слизистой

синдрома Костена

гальванизма

195. При обследовании больных с аллергией на акриловые пластмассы Candida выявляется:

у 20%

у 30%

у 10%

не выявляется

196. Небную поверхность съемного протеза покрывают серебром:

для устранения непосредственного контакта пластмассы и слизистой оболочки

для бактерицидного действия серебра

для образования химической связи серебра с мономером

197. У больных с непереносимостью акриловых пластмасссъемный протез можно изготовить:

с металлическим базисом

гуттаперчевым

с силиконовой мягкой подкладкой

198. При хроническом токсическом действии акрилатов возможны:

нарушение моторики кишечника

дискинезия

обострения хронического гастрита

все варианты верны

199. Остаточный мономер сохраняется в акриловом протезе:

1год

2 года

3 года

на протяжении всего времени пользования протезом

200. Аллергический стоматит на металлы при пользовании металлическими протезами развивается через:

1 год

2 года

5 лет

10 лет

15 лет

5-15 лет

201. Нержавеющая сталь следующим образом изменяет активность амилазы слюны:

повышает

понижает

не изменяет

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

огнестрельная травма

спортивная травма

бытовая травма

производственная травма

пародонтит

онкологические заболевания

203. Врожденными дефектами челюстно-лицевой области являются:

злокачественные новообразования

расщелины твердого неба

расщелины верхней губы

гемангиома

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

остеомиелит

пародонтит

туберкулез

сифилис

актиномикоз

пародонтоз

злокачественные новообразования

205. Основными группами лечебных аппаратов, используемых в челюстно-лицевой ортопедии, являются:

фиксирующие

исправляющие

замещающие

формирующие

комбинированные

изолирующие

206. Зубонаддесневыми шинами являются:

шина Тигерштедта

шина Васильева

шина Вебера

шина Ванкевич

шина Порта

207. Наддесневыми шинами являются:

шина Тигерштедта

шина Васильева

шина Вебера

шина Порта

208. Репонирующими ортопедическими аппаратами являются:

шина Порта

шина Васильева

шина Курляндского

шина Ванкевич

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

переломы тела челюсти в пределах зубного ряда при наличии отломков зубов

переломы тела челюсти при наличии беззубых отломков

переломы за зубным рядом

переломы в области венечных отростков

переломы в области ветвей

210. При двухстороннем переломе нижней челюсти срединный фрагмент смещается:

назад

вперед

вверх

вниз

внутрь

211. При двухстороннем переломе нижней челюсти боковые фрагменты смещаются:

назад

вперед

вверх

вниз

внутрь

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

прогнатический

прогенический

открытый

перекрестный

медиальный

дистальный

213. План ортопедического лечения при переломах челюстей зависит:

от локализации перелома

от характера перелома

от состояния зубов на сохранившихся фрагментах челюстей

от группы крови и резус-фактора

все правильно

214. Лечение раненых с переломами челюстей:

хирургическое

ортопедическое

терапевтическое

комплексное

физиотерапевтическое

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

аппарат Илизарова

стандартную транспортную шину

кровавую репозицию отломков

проволочную шину Тигерштедта

216. Съемная шина Ванкевич фиксируется:

на зубах верхней челюсти

на зубах нижней челюсти

на зубах и десне верхней челюсти

на зубах и десне нижней челюсти

217. По способу фиксации внутриротовые аппараты для лечения переломов челюстей классифицируются:

назубные

дуговые

паяные

зубонаддесневые

наддесневые

218. Репонирующий аппарат Катца является:

внутриротовым

внеротовым

внутри-внеротовым

зубонаддесневым

219. Возможными осложнениями при неправильно сросшихся переломах являются:

заболевания пародонта

заболевания ВНЧС

заболевания твердых тканей зубов

нарушение окклюзионных взаимоотношений

неврит тройничного нерва

220. При ложном суставе нижней челюсти съемный протез изготавливается:

с одним базисом

с двумя фрагментами и подвижной фиксацией между ними

все правильно

221. При микростоме слепок снимают:

стандартной металлической слепочной ложкой

стандартной пластмассовой слепочной ложкой

частичными слепочными ложками.

222. Начальным клиническим этапом изготовления эктопротеза является:

получение слепка лица

создание восковой репродукции эктопротеза

подбор пластмассы соответственно цвету кожи лица

отливка модели

223. При микростоме применяют:

бюгельные протезы

пластиночные протезы с опорно-удерживающими кламмерами

шинирующие конструкции

складные протезы

шины с шарниром Шредера

224. Дефекты твердого и мягкого неба можно разделить на:

врожденные

травматические

приобретенные

225. Продолжительность ортодонтического устранения аномалий прикуса у взрослых составляет:

1 неделю

1 месяц

до 5 недель

не менее 6 месяцев

226. Смещение зуба в вертикальном направлении, когда зуб находится ниже окклюзионной кривой, называется:

тортоаномалией

транспозицией

инфраположением

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

на 1 неделе

на 6-7 недели

на 6-7 месяце

в конце 10 недели

228. Частота врожденных дефектов неба в России у новорожденных:

1 на 1000 000

1 на 100 000

1 на 10 000

1 на 1 000

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

на 1 неделе

на 6-7 неделе

на 6-7 месяце

в конце 10 недели

230. Формирование неба за счет срастания небных отростков происходит:

на 1 неделе внутриутробного развития

на 6-7 неделе внутриутробного развития

на 6-7 месяце внутриутробного развития

в конце 10 недели развития

231. Частота врожденных дефектов неба в России у новорожденных:

1 на 1000 000

1 на 100 000

1 на 10 000

1 на 1000

232. К этиологическим факторам приобретенных дефектов неба относят:

воспалительные процессы

дистрофические процессы

онкологические заболевания

травмы

специфические инфекционные заболевания

все правильно

233. При дефектах неба формируется дыхание:

слабое поверхностное глубокое сильное

свистящее

Чейн-Стокса

с высоким тимпаническим звуком

234. При врожденных дефектах неба жизненная емкость легких:

уменьшается

увеличивается

не меняется

235. Rhinoalaperta — это:

хроническое воспаление пазух носа

открытая гнусавость

закрытая гнусавость

нарушение носового дыхания

236. Открытая гнусавость характеризуется нарушением произношения фонем:

и, ы

а, я

б, п

р, ж

с, з

237. Цели ортопедического лечения больных с приобретенными дефектами неба:

разобщение полости рта и полости носа

восстановление функций дыхания, жевания, глотания

поддержка мягких тканей, потерявших костную основу

восстановление фонетики

все правильно

238. Ортопедические аппараты, применяемые для лечения больных с дефектом неба, делят на:

несъемные

разобщающие пластинки

обтураторы

внеротовые

все правильно

239. Протезы-обтураторы для лечения больных с дефектом неба:

должны плотно входить в дефект неба

не должны входить в дефект неба

240. Разобщающие пластинки при лечении дефектов неба:

должны плотно входить в дефект неба

не должны входить в дефект

241. При дефектах неба I группы по В.Ю. Курляндскому применяют:

плавающий обтуратор Кезе

разобщающую съемную пластинку с кламмерной фиксацией

металлокерамический мостовидный протез

242. При дефектах мягкого неба применяют:

плавающий обтуратор Кезе

разобщающую съемную пластинку с кламерной фиксацией

металлический протез

243. Для проверки качества разобщения полости рта от полости носа протезом-обтуратором проводят функциональные пробы:

надувание щек

глотание воды

цоканье языком

все варианты верны

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

з,с

ж, ш

б,п

м, н

все варианты верны

245. Разобщающая съемная пластинка у больных со срединным дефектом твердого неба должна:

плотно входить в дефект

плотно прилегать к краям дефекта

иметь внутренний клапан на 1-2 мм кнаружи от края дефекта.

246. При получении слепка верхней челюсти с дефектом неба предварительно проводят:

функциональную пробу с надуванием щек

ЭОД

тампонаду дефекта марлевой салфеткой.

247. В мостовидных протезах большой протяженности коррозионный процесс:

усиливается

уменьшается

протяженность мостовидного протеза не влияет на коррозионные процессы

248. При большом боковом дефекте твердого неба и альвеолярного отростка и отсутствии зубов на верхней челюсти применяют протезы с фиксацией:

отталкивающими магнитными фиксаторам и формированием вестибулярного валика на протезе для укрепления в складках слизистой оболочки щеки

плотным укреплением обтурирующей части в дефекте

249. К неспецифическим факторам аллергизации организма при пользовании съемными пластиночными протезами можно отнести следующее:

нарушение теплообмена (повышение температуры под протезом)

механическая травма

несоответствие протеза протезному ложу

изменение pH слюны

все варианты верны

250. Сплавы золота в полости рта:

подвержены коррозии, что проявляется изменением цвета (пятнистость, тусклость)

не подвержены коррозии

251. После внутрикостной имплантации могут развиться следующие послеоперационные осложнения:

подвижность имплантата

резорбция костной ткани

постоперационный раневой отек

невралгия тройничного нерва

все варианты верны

252. Создание ложа имплантата в кости производится специальной фрезой, вращающейся со скоростью:

100 - 200 оборотов в минуту

200 - 300 оборотов в минуту

300 - 500 оборотов в минуту

500 - 800 оборотов в минуту

800 - 1000 оборотов в минуту

253. При потере одного зуба возможны следующие альтернативы лечения:

частичный съемный протез

мостовидный протез

мерилэнд-мост

имплантат

съемный мостовидный протез

все варианты верны

254. В конструкцию функциональных аппаратов обязательно входит:

винт

резиновая тяга

наклонная плоскость, накусочная площадка

255. Временным противопоказанием к внутрикостной имплантации является:

острое заболевание

беременность

наркотическая зависимость

тяжелый психический стресс

стадия восстановления после острого заболевания или хирургического вмешательства

все варианты верны

256. Показаниями для непосредственной имплантации являются:

травматическая потеря зуба

субгингивальный перелом коронки

резорбция корня

состояние после удаления зуба

перелом корня в средней трети

257. При внутрикостной имплантации на верхней челюсти могут развиться следующие осложнения:

кровотечение

повреждение нерва

прободение в верхнечелюстную пазуху

прободение в носовую полость

повреждение соседних зубов

258. Для оценки состояния десны вокруг имплантата применяются следующие способы:

осмотр

определение десневого индекса

определение индекса кровоточивости межзубных сосочков

зондирование

все варианты верны

259. При внутрикостной имплантации желательно добиться следующего вида тканевой интеграции:

механическая фиксация

дистанционный остеогенез

контактный остеогенез

соединительный остеогенез

анкилозирование

260. Предметом разъяснительной беседы с пациентом по поводу внутрикостной имплантации является:

объяснение картины болезни

объяснение плана оперативного вмешательства

альтернативы лечения

возможные осложнения

стоимость операции

все варианты верны

261. При планировании ортопедического лечения после внутрикостной имплантации нужно учитывать следующие свойства опор:

подвижность

амортизационные свойства

возможности фиксации супраэлементов

все варианты верны

262. К методам диагностики перед имплантацией относятся:

определение ЦСЧ

измерение ширины альвеолярного отростка

измерение высоты кости

ортопантомография

все варианты верны

263. Условиями для эндодонтической эндооссальной имплантации являются:

полностью запломбированный корень

не полностью запломбированный корень

исключение перегрузки зуба при жевании

здоровый пародонт

прочная фиксация имплантата в корневом канале

264. Оптимизация поверхностной структуры внутрикостного имплантата служит для улучшения:

первичной стабильности

величины поверхности

вторичной стабильности

тканевых реакций

заживления раны окружающих имплантат тканей

265. К свойствам внутрикостного имплантационного материала предъявляются следующие требования:

отсутствие канцерогенности

отсутствие антигенов

отсутствие токсичности

отсутствие радиоактивности

высокая коррозионная стойкость

266. Показаниями к эндодонтической эндооссальной имплантации являются:

перелом корня в средней трети

перелом корня в верхней трети

реплантация полностью вывихнутого зуба

перелом корня в нижней трети

пародонтит1-2 степени

267. Среди внутрикостных имплантатов в зависимости от формы различают:

штифтовые

винтовые

цилиндрические

конусные

расширяющиеся

268. Показаниями к внутрикостной имплантации являются:

отсутствие фронтальных зубов на нижней челюсти

отсутствие моляров с одной стороны на нижней челюсти

отсутствие моляров с двух сторон на нижней челюсти

потеря одного зуба на верхней челюсти

включенное отсутствие нескольких зубов на нижней челюсти

все варианты верны

269. Необходимыми условиями для внутрикостной имплантации являются:

специализация в области хирургии полости рта

окончание соответствующего курса по имплантологии - обучение одной из систем

тщательное взвешивание шансов и риска

полное и своевременное разъяснение пациенту плана лечения

согласие пациента

все варианты верны

270. Медицинскими противопоказаниями к внутрикостной имплантации являются:

сахарный диабет

эндокардит

протез сердечного клапана

сильная депрессия

склонность к мигреням

271. К механической и биологической совместимости материалов для внутрикостных имплантатов предъявляются следующие требования:

отсутствие провокации реакции отторжения

включение в обмен веществ

высокая коррозионная стойкость

механическая прочность

272. Какие факторы воздействуют на реакцию тканей при внутрикостной имплантации:

состав имплантационного материала

свойства поверхности имплантата

строение имплантата

механика имплантата

все варианты верны

273. Стоматогнатическими противопоказаниями к внутрикостным имплантатам являются:

парафункции

орофациальная дискинезия

макроглоссия

прогения

миоартропатия

274. По иммунологической классификации аллопластическими материалами не являются:

коллаген

материалы растительного происхождения

пластмассы

материалы на основе минеральных веществ

металлы

275. К методам диагностики перед проведением имплантации относятся:

клиническое обследование

ортопантомография

клиническое функциональное исследование

анализ моделей

все варианты верны

276. Имплантационная система по Бренемарку отличается:

двухэтапным способом вживления имплантата

все элементы имплантатов и инструментарий изготовлены из титана

длина винтов составляет от 7 до 20 мм

имплантаты снабжены интрамобильным элементом

в системе имеются как самоврезающиеся, так и конические винты

277. Имплантационная система бонефит отличается следующим:

имплантаты могут представлять собой полые цилиндры

имплантаты могут представлять собой полые винты

имплантаты могут представлять собой цельные винты

происходит субгингивальное приживление

длина имплантата составляет 8-16 мм

278. Внутрикостные титановые имплантаты могут быть покрыты слоем:

окиси алюминия

трикальциумфосфатом

золотом

гидроксил-апатитом

плазменным напылением титана

279. Для протезирования консольного дефекта возможны следующие альтернативы:

консольный протез на телескопической коронке без замка

укороченный зубной ряд (принцип укороченного зубного ряда)

расширяющийся мост

имплантат

280. Во внутрикостной имплантологии применяются следующие материалы:

бионейтральные

биотолерантные

биоинертные

все варианты верны

281. Репонирующий аппарат Катца является:

внутриротовым

внеротовым

внутри-внеротовым

зубонаддесневым

282. При ложном суставе челюсти съемный протез изготавливается:

с одним базисом

с двумя фрагментами и подвижной фиксацией между ними

все правильно

283. При I и II степенях повышенной стираемости противопоказано применение коронок:

цельнолитых

штампованных

284. При компенсированной форме локализованной повышенной стираемости твердых тканей зубов показан метод ортодонтического лечения:

постепенная дезокклюзия

коррекция формы зубных рядов

последовательная дезокклюзия

перестройка миотатического рефлекса

285. С потерей эмали режущего края зубов или жевательных бугров стираемость:

уменьшается

увеличивается

не изменяется

286. Для ортодонтического этапа лечения больных с повышенной стираемостью зубов применяется:

пластинка с вестибулярной дугой

пластинка с наклонной плоскостью

пластмассовая каппа

шина Порта

287. Гиперестезия твердых тканей зубов при повышенной стираемости встречается:

у всех больных

никогда

иногда

288. При повышенной стираемости твердых тканей зубов полость зуба:

увеличивается

уменьшается

не изменяется

289. При повышенной стираемости твердых тканей зубов I степени ортопедическое лечение проводится:

в 1 этап

в 2 этапа

в 3 этапа

290. Деформации зубных рядов прогрессируют быстрее:

в молодом возрасте

в старшем возрасте

одинаково

291. При феномене Попова быстрее подвергаются перестройке:

верхняя челюсть

нижняя челюсть

одинаково

292. Метод дезокклюзии показан для лиц не старше:

18 лет

25 лет

40 лет

293. Возможные направления смещения зубов после удаления антагонистов:

вертикальное

медиальное

дистальное

оральное

все варианты верны

294. Для поворота зуба по оси надо создать следующее количество сил:

1.

2.

3.

4.

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

с металлическим базисом

гуттаперчевым

с силиконовой мягкой подкладкой

296. Нержавеющая сталь следующим образом изменяет активность амилазы слюны:

повышает

понижает

не изменяет

297. Аллергический стоматит на металлы при пользовании металлическими протезами развивается через:

1 год

2 года

5 лет

10 лет

15 лет

5-15 лет

298. Стадии полимеризации пластмассы:

резиноподобная

тянущихся нитей

песочная

тестообразная

твердая

299. Клинические этапы изготовления металлокерамической коронки:

фиксация коронки

препарирование зуба и получение оттисков

припасовка каркаса, выбор цвета облицовки

определение центральной окклюзии

припасовка коронки

все варианты верны

300. Клинические этапы изготовления металлопластмассовой коронки:

припасовка коронки

препарирование зуба и получение оттисков

фиксация коронки

определение центральной окклюзии

припасовка каркаса, выбор цвета облицовки

все варианты верны

301. Этапы подготовки литого каркаса и нанесения керамической массы при изготовлении металлокерамической коронки:

абразивная обработка каркаса

нанесение дентина

обезжиривание каркаса

создание окисной пленки

нанесение опака

нанесение эмали

все варианты верны

302. Клинические этапы изготовления паяного мостовидного протеза:

получение оттиска с коронками

препарирование зубов под коронки

получение оттисков

фиксация мостовидного протеза

определение центральной окклюзии

припасовка коронок

припасовка мостовидного протеза в полости рта

все варианты верны

303. Лабораторные этапы изготовления паяного мостовидного протеза:

изготовление опорных частей

отливка гипсовых моделей и изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками

литье промежуточной части, пайка, шлифовка и полировка

изготовление гипсовых моделей с опорными частями и моделировка промежуточной части

все варианты верны

304. Этапы паяния частей протезов:

гипсовка в блок, высушивание, нагревание и обработка спаиваемых поверхностей флюсом

очистка спаиваемых поверхностей

склеивание спаиваемых частей липким воском

паяние

все варианты верны

305. Клинические этапы изготовления цельнолитого мостовидного протеза с облицовкой:

препарирование зубов, получение оттисков

припасовка мостовидного протеза

определение центральной окклюзии

припасовка цельнолитого каркаса, выбор цвета облицовки

фиксация протеза на опорных зубах цементом

все варианты верны

306. Этапы литья частей зубных протезов:

создание литниковой системы

снятие подопочного конуса и выплавление воска

нанесение облицовочного слоя

высушивание облицовочного слоя литниковой системы

заполнение опоки формовочной массой

освобождение литых протезов от формовочной массы

высушивание и прожигание опоки в муфельной печи

нагревание опоки и расплавление сплава

нагнетание расплавленного сплава в форму

отделка частей зубных протезов

все варианты верны

307. Этапы литья протезов:

покрытие композиций огнеупорным облицовочным слоем

создание литниковой системы

заполнение опоки формовочной массой

освобождение частей протеза от огнеупорной массы и литниковой системы

выплавление воска и сушка формы

плавление и литье сплава

все варианты верны

308. Клинические этапы изготовления съемных пластиночных протезов

получение оттисков

коррекция

проверка конструкции протеза

определение центральной окклюзии

припасовка и наложение протеза

все варианты верны

309. Лабораторные этапы изготовления съемных пластиночных протезов:

обработка, шлифовка, полировка

получение гипсовых моделей и изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками

гипсовка в кювету, паковка пластмассы и её полимеризация

гипсовка моделей в окклюдатор или артикулятор

постановка искусственных зубов

все варианты верны

310. Клинико - лабораторные этапы изготовления съемного пластиночного протеза:

определение центральной окклюзии

получение оттисков, отливка гипсовых моделей

изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками

постановка искусственных зубов

коррекция протеза

проверка конструкции протеза

припасовка и наложение протеза

замена воскового базиса на пластмассовый

все варианты верны

311. Этапы изготовления воскового базиса с окклюзионным валиком:

смачивание водой гипсовой модели

изготовление валика из воска и его монолитное укрепление на восковом базисе

формирование воскового базиса на модели по расчерченным границам

укрепление воскового базиса металлической проволокой

оплавление краев воскового базиса над пламенем горелки

все варианты верны

312. Этап определения центральной окклюзии с помощью восковых базисов с окклюзионными валиками при наличии 2 пар антагонирующих зубов:

приклеивание разогретой пластинки воска на восковые валики и фиксация центральной окклюзии

оценка качества изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками

поочередная припасовка верхнего и нижнего валиков до смыкания зубов-антагонистов

одновременная припасовка верхнего и нижнего восковых валиков до смыкания зубов-антагонистов

сопоставление гипсовых моделей в центральной окклюзии и проверка правильности ее определения

нанесение ориентиров для постановки искусственных зубов

все варианты верны

313. Этап определения центрального соотношения челюстей при изготовлении пластиночных протезов при дефектах зубных рядов:

оценка качества изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками

приклеивание разогретой пластинки воска и фиксация центрального соотношения челюстей

определение высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя

припасовка восковых базисов с окклюзионными валиками с учетом высоты физиологического покоя

проверка правильности определения центрального соотношения челюстей и нанесение клинических ориентиров

все варианты верны

314. Фазы адаптации к съемному протезу по В.Ю. Курляндскому:

полное торможение

раздражение

частичное торможение

все варианты верны

315. Этап припасовки и наложении бюгельного протеза:

осмотр готового протеза (вне полости рта)

припасовка протеза в полости рта

обучение правилам пользования протезом

все варианты верны

316. Клинические этапы изготовления полного съёмного протеза:

коррекция

получение анатомических оттисков

припасовка и наложение готового протеза

припасовка индивидуальной ложки и получение функциональных оттисков

определение центрального соотношения челюстей

проверка постановки зубов

все варианты верны

317. Лабораторные этапы изготовления полных съемных протезов:

получение гипсовых моделей и изготовление индивидуальных ложек

гипсовка в кювету, паковка пластмассы и её полимеризация

гипсовка моделей в окклюдатор или артикулятор

получение гипсовых моделей и изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками

постановка искусственных зубов

обработка, шлифовка, полировка

все варианты верны

318. Укажите последовательность клинических этапов изготовления обтурирующего протеза на верхнюю челюсть:

анатомический оттиск

функциональный оттиск

проверка конструкции протеза

определение высоты нижнего отдела лица

фиксация высоты нижнего отдела лица в центральном соотношении

коррекция протеза

наложение протеза

все варианты верны

319. Укажите последовательность процедур создания полости внутри обтурирующей части протеза:

герметизация отверстий извлечения на верхнем полюсе обтуратора

заполнение обтурирующей части наполнителем (воск, песок)

моделирование небного свода

создание отверстий извлечения на верхнем полюсе обтуратора

изготовление негативного отпечатка небного свода

замена воска на пластмассу поверхности небного свода

удаление наполнителя обтурирующей части (воск, песок)

все варианты верны

320. Укажите последовательность лабораторных этапов изготовления обтурирующего протеза на верхнюю челюсть:

постановка зубов на жестком базисе (базисе будущего протеза)

изготовление моделей

изготовление индивидуальной ложки с обтурирующей частью

замена воска на пластмассу участка базиса протеза с гарнитурными зубами

изготовление жесткого базиса (базиса будущего протеза)

изготовление мягкой подкладки на обтурирующей части

создание полости внутри обтурирующей части протеза

все варианты верны

321. Укажите последовательность изготовления различных по своим функциям протезов больным с планируемым образованием дефекта верхней челюсти:

постоянный протез

иммедиат-протез

защитная пластинка (разобщающий протез)

формирующий протез

все варианты верны

322. Для минимализации осложнений при фиксации виниров на композитный цемент двойного отверждения необходимо соблюдать следующий алгоритм:

нанесение на зуб бонда

травление зуба фосфорной кислотой, винира плавиковой кислотой

обработка винира силаном, зуба – праймером

нанесение на зуб адгезива

одномоментная полимеризация всей реставрации

все варианты верны

323. Для предотвращения ошибок и осложнений при ортопедическом лечении с применением эстетических реставраций (виниров) необходимо провести:

снятие альгинатных оттисков(диагностических)

осмотр

дополнительное обследование пациентов

анализ диагностических моделей

waxup-моделирование

согласование результатов waxup-моделирования с пациентом

все варианты верны

324. Для предотвращения ошибок и осложнений при изготовлении съемных акриловых протезов необходимо соблюдать следующие действия:

паковку пластмассы осуществляют в тестообразную фазу

доводят до точки кипения в течение 60 минут

паковку пластмассы осуществляют методом двойной прессовки

открывают кювету после охлаждения в воде до комнатной температуры

полимеризацию начинают с погружения кюветы в холодную воду

держат на точке кипения в течение 45 минут

все варианты верны

325. Для предотвращения ошибок при гипсовке моделей в артикулятор необходимо соблюдать следующую последовательность действий:

получение отпечатков с зубов верхней челюсти при помощи окклюзионной вилки

фиксация арки лицевой дуги с ушными пелотами

фиксация носового упора, ориентируясь на выбранную плоскость

нанесение регистрационного материала на окклюзионную вилку

позиционирование окклюзионной вилки относительно арки лицевой дуги с помощью шарнирного узла

перенос лицевой дуги в артикулятор

все варианты верны

326. Для предотвращения осложнений при изготовлении металлокерамических протезов необходимо соблюдать следующий алгоритм действий:

препарирование зубов

припасовка металлокерамического протеза

снятие силиконового оттиска

изготовление и фиксация временных коронок по предварительно снятому оттиску

определение прикуса

припасовка каркаса будущего протеза

окклюзионная коррекция протеза

фиксация протеза

все варианты верны

327. Для предупреждения возможных ошибок и осложнений при изготовлении съемных иммедиат протезов необходимо соблюдать следующий алгоритм действий:

снятие альгинатных оттисков

осмотр пациента

рентгенологическое обследование

определение прикуса (высоты нижнего отдела лица)

коррекция протеза

удаление зубов на модели

моделирование альвеолярного отростка в зоне удаленных зубов

удаление зубов в полости рта

припасовка и наложение протеза

все варианты верны

328. Для предупреждения возможных ошибок и осложнений при изготовлении штифтово-культевых вкладок прямым методом необходимо соблюдать следующий алгоритм действий:

окончательная обработка вкладки из беззольной пластмассы

распломбировка канала корня зуба на 1/2. - 2/3.

припасовка беззольного штифта

приготовление беззольной пластмассы

введение штифта и беззольной пластмассы в канал корня зуба

моделировка культевой части

припасовка и фиксация металлической вкладки в полости рта

все варианты верны

329. Для предупреждения возможных ошибок и осложнений при протезировании керамическими винирами необходимо соблюдать следующий алгоритм действий:

препарирование под контролем силиконового ключа

изготовление силиконового ключа препарирования

нанесение ориентиров глубины препарирования

снятие двухслойного оттиска

изготовление и фиксация временного винира

все варианты верны

330. Для предупреждения возможных ошибок и осложнений при протезировании съемными протезами, на этапе припасовки и наложения протеза, необходимо соблюдать следующий алгоритм действий:

проверка смыкания зубов в положении центральной окклюзии

оценка качества протеза

выявление участков мешающих прилеганию базиса к протезному ложу

коррекция расположения кламмеров на зубах

рекомендации по пользованию протезом

все варианты верны

331. Для предупреждения возможных ошибок и осложнений при фиксации анкерных штифтов необходимо соблюдать следующий алгоритм действий:

удаление излишков фиксирующего материала из полости зуба

распломбировка канала

выбор штифта необходимого размера, при помощи рентгеновского снимка и прозрачного калибровочного шаблона

припасовка штифта

обезжиривание штифта

заполнение канала фиксирующим материалом с помощью каналонаполнителя

введение штифта в канал заполненного фиксирующим материалом

332. Определите последовательность клинического обследования пациентов с заболеваниями ВНЧС:

выборочное обследование позвоночника

опрос

инструментальный анализ гипсовых моделей в артикуляторе

предварительное обследование

подробное функционально-клиническое обследование

все варианты верны

333. Последовательность установки гипсовых моделей в артикулятор:

установка верхнечелюстной модели по лицевой дуге, черепным ориентирам и ВНЧС

изготовление точных гипсовых моделей зубных рядов

установка нижнечелюстной модели по центральной регистрации

регистрация лицевой дугой положения верхнего зубного ряда относительно черепных ориентиров

регистрация центральной окклюзии

все варианты верны

334. Последовательность инструментального анализа гипсовых моделей в артикуляторе:

установка гипсовых моделей в артикулятор

изготовление точных гипсовых моделей зубных рядов

регистрация лицевой дугой положения верхнего зубного ряда относительно черепных ориентиров

регистрация задней контактной позиции и высоты нижнего отдела лица

настройка суставного механизма артикулятора на индивидуальную функцию

все варианты верны

335. Для предотвращения ошибок при постановке диагноза при заболеваниях ВНЧС следует:

провести подробное функционально-клиническое обследование

ответить на 6 вопросов короткого предварительного обследования

провести анализ гипсовых моделей в артикуляторе

применить дополнительные методы исследования

выборочное обследование позвоночника

все варианты верны

336. Для проведения избирательного сошлифовывания зубов необходимая последовательность действий:

анализ динамической окклюзии в артикуляторе

изготовление точных гипсовых моделей зубных рядов

установка гипсовых моделей в артикулятор

анализ статической окклюзии в артикуляторе

заполнение протокола с подписью пациента

все варианты верны

337. Лечение больных с деформациями 1 степени 1 формы по Пономаревой включает:

заполнение протокола избирательного пришлифовывания

изготовление гипсовых моделей челюстей

пришлифовывание зубов

установка гипсовых моделей в артикулятор

анализ окклюзии в артикуляторе

все варианты верны

338. Лечение больных с деформациями 2 степени 1 формы по Пономаревой включает:

анализ окклюзии в артикуляторе

изготовление гипсовых моделей челюстей

установка гипсовых моделей в артикулятор

изготовление пластмассовых капп

метод постепенной дезокклюзии

все варианты верны

339. Определите последовательность действий для предотвращения ошибок при постановке диагноза деформаций зубного ряда:

проведение дополнительный методов исследования

опрос пациента, сбор анамнеза

клиническое обследование

дифференциальная диагностика

постановка диагноза

все варианты верны

340. Для профилактики ошибок при изготовлении мостовидного штампованно-паяного протеза необходимо соблюдать последовательность клинических этапов:

припасовка штампованных коронок в полости рта

препарирование зубов

получение оттиска зубного ряда антагонистов

получение альгинатного оттиска препарированных зубов

определение центральной окклюзии

получение оттиска зубного ряда с припасованными коронками

фиксация мостовидного протеза цементом

припасовка готового мостовидного протеза, проверка окклюзионных контактов, при необходимости коррекция

все варианты верны

341. Для предотвращения ошибок при постановке диагноза при повышенном стирании следует провести:

осмотр полости рта

опрос

внешний осмотр,

параклинические методы исследования

все варианты верны

342. При декомпенсированной форме повышенного стирания необходим:

нормализация межокклюзионной высоты и перестройка миотатического рефлекса с помощью временных протезов

снятие оттисков

постоянное протезирование

изучение диагностических моделей

восстановление высоты нижнего отдела лица на восковом базисе с окклюзионными валиками

все варианты верны

343. При повышенном стирании 3 степени декомпенсированной формы необходимо:

временные конструкции

изучение рентгенограмм зубов

восстановление культей зубов с помощью вкладок

восстановление высоты нижнего отдела лица на восковом базисе с окклюзионными валиками

постоянные конструкции

все варианты верны

344. При компенсированной форме повышенного стирания необходимо провести:

снятие оттисков

оценку метода постепенной дезокклюзии

анализ гипсовых моделей

метод постепенной дезокклюзии,

постоянное протезирование

все варианты верны

345. При компенсированной форме повышенного стирания ш степени необходимо:

компактостеотомия и гингивотомия

изготовление диагностических моделей

пространственная ориентация моделей в артикуляторе

постоянный протез

анализ межальвеолярного расстояния

временные конструкции

все варианты верны

346. Клинико-лабораторные этапы изготовления металлической вкладки непрямым методом складываются из:

фиксации

препарирования зуба

перевод воска в металл

получение оттиска

изготовление модели

получение восковой репродукции

припасовка

347. Прямой метод изготовления металлических вкладок заключается в:

литье

препарировании полости

моделировании в полости зуба

получении литьевой формы

фиксации в полости рта

выплавлении воска

припасовки

отбеливании и полировании

все варианты верны

348. Последовательность изготовления полукоронок следующая:

обработка модели

подготовка естественного зуба

получение оттиска

припасовка

получение комбинированной модели

восковое моделирование

замена восковой репродукции на металл

фиксация

все варианты верны

349. При изготовлении штампованных коронок врач выполняет клинические этапы:

припасовка конструкции

препарирование зуба (зубов)

получение оттисков

определение центрального соотношения челюстей

фиксация на цемент

все варианты верны

350. При изготовлении штампованной коронки лабораторными этапами являются:

подбор гильз

получение моделей зубных рядов

фиксация моделей в окклюдаторе

штамповка коронок

моделирование коронок

выделение гипсовых форм штампа

получение штампов из легкоплавкого металла

шлифовка и полировка коронок

все варианты верны

351. Процесс литья включает последовательные операции:

литье сплава

изготовление восковых моделей

выплавку воска

создание литниковой системы

покрытие моделей огнеупорным облицовочным слоем

формовку модели в муфеле

плавку сплава

освобождение деталей от литниковой системы

все варианты верны

352. Изготовление металлопластмассовой коронки предполагает клинические этапы:

припасовку металлического каркаса

препарирование зуба (зубов)

получение оттиска

фиксацию конструкции

определение центральной окклюзии

припасовку конструкции

все варианты верны

353. Лабораторными этапами изготовления металлопластмассовых коронок являются:

нанесение на модель культи зуба изоляционных слоев

изготовление разборной модели

фиксация модели в артикуляторе

полировка конструкции

получение воскового или пластмассового колпачка

получение металлического каркаса

моделирование и получение пластмассовой облицовки

все варианты верны

354. При изготовлении паяного мостовидного протеза врач выполняет:

припасовка конструкции

препарирование зубов

припасовка опорных частей протеза

получение оттисков

определение центрального соотношения зубных рядов

получение оттиска с опорными частями

фиксация конструкции

все варианты верны

355. Различают следующие лабораторные этапы изготовления паяного мостовидного протеза:

спайку частей протеза

изготовление опорных частей

моделирование промежуточной части

отливку тела протеза

полировку конструкции

все варианты верны

356. Второй этап изготовления культевой штифтовой вкладки прямым методом:

моделирование искусственной культи

подготовка придесневой части и канала корня

припасовка и фиксация вкладки

подбор штифта

введение штифта

моделирование из воска канала корня

отливка культевой вкладки из металла

357. Первый этап изготовления культевой штифтовой вкладки непрямым методом:

подготовка придесневой части и канала корня

припасовка и фиксация культевой вкладки

снятие оттиска

изготовление огнеупорной модели

отливка культевой вкладки из металла

358. Первый этап снятия оттиска:

наложение массы на ложку

подбор оттискной ложки

приготовление оттискной массы

введение оттискной ложки с массой в полости рта

формирование краев оттиска

выведение оттиска из полости рта

оценка качества оттиска

359. Второй этап изготовления гипсовых моделей:

отделение оттиска от модели

снятие оттиска

оценка качества модели

обработка оттиска (дезинфекция)

отливка гипсовых моделей

обработка модели

360. Последний этап изготовления штампованной коронки:

снятие оттиска

препарирование зуба

отливка гипсовых моделей

определение центральной окклюзии

отливка металлического штампа

моделирование коронки воском

изготовление гипсового штампика

фиксация коронки

припасовка коронки в полости рта

361. Восстановление дефекта коронки зуба литой вкладкой прямым методом:

извлечение восковой модели из полости

моделирование полости из воска

препарирование полости

отливка из сплава металла

фиксация вкладки

припасовка вкладки

шлифование и полировка вкладки

все варианты верны

362. Восстановление дефекта коронки зуба литой кладкой непрямым методом:

моделирование вкладки из воска

препарирование полости

отливка разборной модели

отливка из сплава металла

фиксация вкладки

снятие двойного оттиска

припасовка вкладки

шлифование и полировка вкладки

все варианты верны

363. Первый этап изготовления пластмассовой коронки:

подготовка гипсовой модели

обезболивание

препарирование зуба

припасовка коронки в полости рта

снятие оттиска

определение цвета пластмассы

моделирование из воска коронки зуба

изготовление пластмассовой коронки

припасовка коронки на модели

шлифование и полирование коронки

фиксация коронки на цемент

364. Первый этапизготовления цельнометаллической кopoнки:

проверка качества изготовленной коронки

обезболивание

препарирование зуба

снятие двойного оттиска

получение разборной гипсовой модели

шлифование и полирование коронки

определение центральной окклюзии

моделирование цельнолитой коронки

литье цельнометаллической коронки

припасовка коронки

фиксация коронки на цемент

365. Первый этап изготовления металлокерамической коронки:

определение цвета керамической облицовки

обезболивание

препарирование зуба

глазурирование керамического покрытия

снятие двойного оттиска

изготовление разборной гипсовой модели

моделирование коронки из воска

припасовкаметаллического каркаса в полости рта

нанесение и обжиг фарфоровой массы

припасовка металлокерамической коронки

фиксация металлокерамической коронки

366. Форма повышенной стираемости твердых тканей зубов зависит от:

формы зубных рядов

вида прикуса

размера зубов.

367. Деформации зубных рядов могут возникать при наличии всех зубов:

да

нет

368. Форма зубных рядов в постоянном прикусе:

полукруг

трапеция

треугольник

верхнего - полуэллипс, нижнего – парабола

369. Глубина поражения твердых тканей зубов при II степени повышенной стираемости составляет:

до 1/3. длины коронки

от 2/3. длины коронки до шейки и более

от 1/3. до 2/3. длины коронки

от 1/3. до ½. длины коронки

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

смешанной

вертикальной

компенсированной

декомпенсированной

горизонтальной

371. При всех формах повышенной стираемости показаны ортопедические конструкции:

цельнолитые

штампованные

372. Отсутствие снижения высоты нижней трети лица при компенсированной форме повышенной стираемости зубов обусловлено:

смещением нижней челюсти

ростом альвеолярного отростка челюстей

изменением взаимоотношений элементов ВНЧС

выдвижением зубов

373. К деформациям зубных рядов приводят:

патологическая стираемость

кариес

пародонтит

флюороз

эрозия эмали

374. Периодонтальная щель у зубов, лишенных антагонистов:

расширена

сужена

не изменена

375. При потере основного антагониста зуб перемещается:

строго в вертикальном направлении

в вертикальном и медиальном направлениях

376. Блокада движений нижней челюсти вызывает изменения:

в периодонте

в ВНЧС

в жевательных мышцах

377. Зубоальвеолярное удлинение больше характерно:

для верхней челюсти

для нижней челюсти

одинаково для обеих челюстей

378. Метод дезокклюзии применяется для лечения феномена Попова:

при I форме

при II форме

при I и II формах.

379. При методе дезокклюзии выравнивание окклюзионной поверхности происходит за счет:

вколачивания зуба

перестройки костной ткани

380. Показания к методу укорочения зуба:

пациенты старше 35-40 лет при смещении зуба не более чем на ½. вертикального размера зуба

вторая форма феномена Попова-Годона

безуспешное применение метода дезокклюзии

все варианты верны

381. При обследовании больного с аллергией на акриловые пластмассы Candida выявляется:

у 20%.

у 30%.

у 10%.

не выявляется

382. Виды физиологического прикуса:

ортогнатический, прямой, открытый

ортогнатический, прогенический, прогнатический, прямой

ортогнатический, мезиальный, бипрогнатический, прямой

383. В основу классификации зубочелюстных аномалий по Энглю положено:

принцип соотношения зубных рядов (соотношение первых моляров)

принцип аномалии зубов

принцип аномалии челюстей и их анатомических отделов

384. Аномалии строения зубных рядов:,

сужение

расширение

деформация

изменение формы и размеров зубного ряда

385. Ретенция зубов относится:

к аномалии положения

аномалии сроков прорезывания

аномалии формы

аномалии структуры

386. Отлом коронки зуба относится к:

аномалии формы

аномалии размера

травме зуба

аномалии окклюзии

387. Для каппы Шварца и Бынина характерно наличии:

накусочной площадки

вестибулярной дуги

ортодонтического винта

наклонной плоскости

388. Разворот зуба по вертикальной оси называется:

тортоаномалией

транспозицией

инфраположением

389. Суставные симптомы при заболеваниях ВНЧС:

боль в жевательных мышцах, челюстях

суставной шум

тугоподвижность нижней челюсти

боль в ушах

боль в суставе при длительной нагрузке

390. Виды окклюзионных кривых:

сагиттальная

трансверзальная

сагиттальная и трансверзальная

391. Жевательная нагрузка концентрируется в области:

моляров

резцов и клыков

премоляров

моляров и премоляров

392. Сроки пользования ортодонтическими аппаратами при заболеваниях ВНЧС:

1 неделя

2 недели

1 месяц

3-6 месяцев

393. При артрозе ВНЧС симптоматика будет выражена сильнее:

на здоровой стороне ВНЧС

на больной стороне ВНЧС

на обеих сторонах ВНЧС.

394. Сплавы золота в полости рта:

подвержены коррозии, что проявляется изменением цвета (пятнистость, тусклость)

не подвержены коррозии

395.В мостовидных протезах большой протяженности коррозионный процесс:

усиливается

уменьшается

протяженность мостовидного протеза не влияет на коррозионные процессы