

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

# ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Тестовые вопросы для подготовки к государственному экзамену

*Издание пятое, дополненное*



Минск 2007

УДК 616.314–089.23 (076)  
ББК 56.6 я73  
О-70

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве  
тестов 28.02.2007 г., протокол № 6

А в т о р ы: С. А. Наумович, В. Н. Ралло, С. В. Ивашенко, А. С. Борунов, В. Г. Воло-  
жин, А. Н. Горбачев, З. С. Ельцова, Т. В. Крушинина, С. Н. Пархамович, В. И. Синицын,  
Е. Д. Соломонов, В. Г. Шишов

**Ортопедическая** стоматология : тесты / С. А. Наумович [и др.]. – 5-е изд., доп. –  
О-70 Минск: БГМУ, 2007. – 128 с.

Представлены тестовые вопросы по всем разделам ортопедической стоматологии. В конце даны  
правильные ответы. В данном издании (первое выпущено в 2003 г.) во все разделы добавлены новые  
тесты.

Предназначается для подготовки студентов к государственному выпускному экзамену по пред-  
мету «Стоматология».

УДК 616.314–089.23 (076)  
ББК 56.6 я73

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2007

Репозиторий БГМУ

## Организационные вопросы ортопедической стоматологии

1. Минимальный объем производственного помещения (в заготовочной комнате) на одно место зубного техника должен составлять ( $\text{м}^3$ ):  
а) 4;    б) 13;    с) 24.
2. Минимальная площадь на каждое дополнительное стоматологическое кресло в кабинете (в  $\text{м}^2$ ):  
а) 7;    б) 10;    с) 14;    д) 18.
3. Минимальная площадь на одно место зубного техника ( $\text{м}^2$ ):  
а) 2;    б) 3;    с) 4;    д) 5.
4. Допустимое содержание остаточного мономера в пластмассах горячей полимеризации:  
а) отсутствует;    б) 0,5 %;    с) 1 %;    д) 5 %.
5. Минимальная площадь на одно стоматологическое кресло ( $\text{м}^2$ ):  
а) 7;    б) 10;    с) 14.
6. Стоматологический факультет Белорусского государственного медицинского университета был открыт (год):  
а) 1928;    б) 1960;    с) 1967;    д) 1973.
7. Кафедра ортопедической стоматологии Белорусского государственного медицинского университета была организована (год):  
а) 1928;    б) 1960;    с) 1967;    д) 1973.
8. Укажите число должностей врачей-стоматологов и врачей-стоматологов-хирургов на 10 тыс. взрослого населения, где расположена поликлиника:  
а) 2,0;    б) 2,5;    с) 3,0;    д) 3,5;    е) 4,0.
9. Укажите число должностей врачей-стоматологов и врачей-стоматологов-хирургов на 10 тыс. взрослого сельского населения:  
а) 2,0;    б) 2,5;    с) 2,7;    д) 3,0;    е) 3,5.
10. Укажите число должностей врачей-стоматологов и врачей-стоматологов-хирургов на 10 тыс. взрослого населения других населенных пунктов:  
а) 2,0;    б) 2,5;    с) 2,7;    д) 3,0;    е) 3,5.
11. Укажите число должностей врачей-стоматологов-ортопедов, содержащихся на хозрасчете или за счет специальных средств, на 10 тыс. взрослого населения, где расположена поликлиника:  
а) 0,7;    б) 0,8;    с) 0,9;    д) 1,0;    е) 1,2.
12. Укажите число должностей врачей-стоматологов-ортопедов, содержащихся на хозрасчете или за счет специальных средств, на 10 тыс. взрослого сельского населения:  
а) 0,7;    б) 0,8;    с) 0,9;    д) 1,0;    е) 1,2.
13. Укажите число должностей врачей-стоматологов-ортопедов на 10 тыс. взрослого населения других населенных пунктов:  
а) 0,7;    б) 0,8;    с) 0,9;    д) 1,0;    е) 1,2.

14. Укажите число должностей врачей-стоматологов-рентгенологов на 15 тыс. рентгеновских снимков в год:  
а) 0,5;      б) 0,7;      в) 0,8;      д) 1,0;      е) 1,2.
15. Укажите число должностей врачей-физиотерапевтов, которое устанавливается на 15 тыс. человек взрослого прикрепленного населения:  
а) 0,1;      б) 0,2;      в) 0,3;      д) 0,4;      е) 0,5.
16. Укажите число должностей врачей-стоматологов и врачей-стоматологов-хирургов, положенных поликлинике по настоящим штатным нормативам, на которое устанавливается должность заведующего стоматологическим отделением:  
а) 10;      б) 11;      в) 12;      д) 13;      е) 14.
17. Укажите минимальное число должностей врачей-стоматологов-ортопедов, положенных поликлинике по настоящим штатным нормативам, на которое устанавливается должность заведующего ортопедическим стоматологическим отделением:  
а) 3;      б) 4;      в) 5;      д) 6;      е) 7.
18. Укажите минимальное число врачебных должностей, включая должность главного врача, на которое устанавливается должность заместителя главного врача по методической части:  
а) 30;      б) 35;      в) 40;      д) 45;      е) 50.
19. Укажите число должностей врачей-стоматологов-ортопедов, на которое устанавливается 1 должность медицинской сестры врачебного кабинета:  
а) 1,0;      б) 2,0;      в) 3,0.
20. Укажите число должностей врачей-стоматологов всех наименований, на которое устанавливается 1 должность медицинского регистратора:  
а) 5;      б) 6;      в) 8;      д) 10;      е) 12.
21. Укажите минимальное число медицинских регистраторов, на которое устанавливается 1 должность старшей медицинской сестры регистратуры (вместо одного из них):  
а) 5;      б) 6;      в) 8;      д) 10;      е) 12.
22. Укажите число зубных техников на 1 врача-стоматолога-ортопеда:  
а) 1;      б) 2–3;      в) 3–4;      д) 4–5;      е) 5–6.
23. Укажите число должностей зубных техников, на которое устанавливается 1 должность старшего зубного техника зуботехнической лаборатории:  
а) 5;      б) 10;      в) 15;      д) 20;      е) 25.
24. Укажите максимальное число зубных техников, которые могут работать в одном основном производственном помещении зуботехнической лаборатории:  
а) 5;      б) 10;      в) 15;      д) 20.
25. Высота основного производственного помещения зуботехнической лаборатории должна быть не менее (м):  
а) 2;      б) 2,5;      в) 3;      д) 3,5.
26. Объем основного производственного помещения зуботехнической лаборатории на каждого работающего зубного техника составляет не менее (м<sup>3</sup>):  
а) 10;      б) 11;      в) 12;      д) 13;      е) 14.

27. Размер площади основного производственного помещения зуботехнической лаборатории на каждого работающего зубного техника составляет не менее ( $m^2$ ):  
а) 3;            б) 4;            с) 5.
28. Освещенность рабочей поверхности места зубного техника светильниками общего освещения (люминесцентные лампы и лампы накаливания) должна быть не менее (лк):  
а) 400;            б) 500;            с) 600.
29. Допустимый коэффициент пульсации общего освещения места зубного техника должен быть:  
а) 6;            б) 8;            с) 10;            д) 12.
30. Укажите соотношение остекленной поверхности окна к площади пола основного производственного помещения зуботехнической лаборатории (световой коэффициент):  
а) 1:3;            б) 1:4;            с) 1:5;            д) 1:6.
31. Допустимый угол падения световых лучей, образуемый пучком света и горизонтальной плоскостью, на рабочем столе зубного техника должен быть не менее:  
а) 16–18°;            б) 19–21°;            с) 22–24°;            д) 25–27°;            е) 28–30°.
32. Расстояние рабочего места зубного техника от окна не должно превышать расстояния от пола помещения до верхней грани оконного отверстия более чем:  
а) в 2 раза;            б) 3 раза;            с) в 4 раза.
33. Предельная ширина основного производственного помещения зуботехнической лаборатории, освещаемая окнами с двух сторон не должна быть более (м):    а) 11–14;            б) 15–18;            с) 19–22.
34. Температура воздуха в помещениях зуботехнической лаборатории не должна превышать:  
а) 12–14°;            б) 15–17°;            с) 18–20°;            д) 21–23°;            е) 24–26°.
35. Наилучшим видом вентиляции производственных помещений зуботехнической лаборатории следует считать:  
а) естественную общую;  
б) искусственную приточно-вытяжную.
36. Зубные протезы из фарфора следует изготавливать:  
а) в общем производственном помещении зуботехнической лаборатории;  
б) специально выделенном помещении зуботехнической лаборатории с постоянной влажностью, температурой и чистым воздухом;  
с) во вспомогательном производственном помещении зуботехнической лаборатории.
37. Выплавление восковой композиции протезов должно производиться:  
а) в гипсовочной комнате зуботехнической лаборатории;  
б) полировочной комнате зуботехнической лаборатории;  
с) полимеризационной комнате зуботехнической лаборатории;  
д) в литейной комнате зуботехнической лаборатории.

38. Шлифовка зубных протезов должна производиться:
- a) в гипсовочной комнате зуботехнической лаборатории;
  - b) полировочной комнате зуботехнической лаборатории;
  - c) полимеризационной комнате зуботехнической лаборатории;
  - d) в литейной комнате зуботехнической лаборатории.
39. Формовка восковой репродукции (модели) каркаса протеза и литниковой системы огнеупорной массой производится:
- a) в гипсовочной комнате зуботехнической лаборатории;
  - b) полировочной комнате зуботехнической лаборатории;
  - c) полимеризационной комнате зуботехнической лаборатории;
  - d) в литейной комнате зуботехнической лаборатории.
40. Площадь помещения литейной комнаты должна быть не менее ( $m^2$ ):
- a) 8;            b) 10;            c) 12;            d) 14.
41. Укажите минимальное число врачебных должностей, на которое устанавливается 1 должность сестры-хозяйки:
- a) 10;            b) 15;            c) 20;            d) 25.
42. Укажите число должностей врачей-стоматологов-ортопедов, на которое устанавливается 1 должность санитарки:
- a) 1;            b) 2;            c) 3;            d) 4.
43. Укажите число должностей зубных техников, на которое устанавливается 1 должность санитарки:
- a) 5;            b) 10;            c) 15;            d) 20;            e) 25.
44. Укажите число врачебных должностей в стоматологической поликлинике 1-й категории:
- a) 11–15;        b) 16–20;        c) 21–25;        d) 26–30;        e) 31–40;        f) свыше 40.
45. Укажите число врачебных должностей в стоматологической поликлинике 2-й категории:
- a) 11–15;        b) 16–20;        c) 21–25;        d) 26–30;        e) 31–40;        f) свыше 40.
46. Укажите число врачебных должностей в стоматологической поликлинике 3-й категории:
- a) 11–15;        b) 16–20;        c) 21–25;        d) 26–30;        e) 31–40;        f) свыше 40.
47. Укажите число врачебных должностей в стоматологической поликлинике 4-й категории:
- a) 11–15;        b) 16–20;        c) 21–25;        d) 26–30;        e) 31–40;        f) свыше 40.
48. Укажите число врачебных должностей в стоматологической поликлинике 5-й категории:
- a) 11–15;        b) 16–20;        c) 21–25;        d) 26–30;        e) 31–40;        f) свыше 40.
49. Укажите число врачебных должностей во внекатегорийной стоматологической поликлинике:
- a) 11–15;        b) 16–20;        c) 21–25;        d) 26–30;        e) 31–40;        f) свыше 40.
50. Укажите норму нагрузки врача-стоматолога-ортопеда со стажем работы до 5 лет, при работе со смотровым врачом, выраженную в условных единицах трудоемкости (УЕТ) за 1 год работы:
- a) 1750;            b) 1950;            c) 2150;            d) 2250;            e) 2300.

51. Укажите норму нагрузки врача-стоматолога-ортопеда со стажем работы от 5 до 10 лет, при работе со смотровым врачом, выраженную в УЕТ за 1 год работы:  
а) 1750;      б) 1950;      в) 2150;      д) 2250;      е) 2300.
52. Укажите норму нагрузки врача-стоматолога-ортопеда со стажем работы от 10 до 25 лет, при работе со смотровым врачом, выраженную в УЕТ за 1 год работы:  
а) 1750;      б) 1950;      в) 2150;      д) 2250;      е) 2300.
53. Укажите норму нагрузки врача-стоматолога-ортопеда со стажем работы свыше 25 лет, при работе со смотровым врачом, выраженную в УЕТ за 1 год работы:  
а) 1750;      б) 1950;      в) 2150;      д) 2250;      е) 2300.
54. Укажите норму нагрузки врача-стоматолога-ортопеда со стажем работы до 5 лет, при работе без смотрового врача, выраженную в УЕТ зубопротезных единицах за 1 год работы:  
а) 1750;      б) 1950;      в) 2050;      д) 2250;      е) 2100.
55. Укажите норму нагрузки врача-стоматолога-ортопеда со стажем работы от 5 до 10 лет, при работе без смотрового врача, выраженную в УЕТ за 1 год работы:  
а) 1750;      б) 1950;      в) 2050;      д) 2250;      е) 2100.
56. Укажите норму нагрузки врача-стоматолога-ортопеда со стажем работы от 10 до 25 лет, при работе без смотрового врача, выраженную в УЕТ за 1 год работы:  
а) 1750;      б) 1950;      в) 2050;      д) 2250;      е) 2100.
57. Укажите норму нагрузки врача-стоматолога-ортопеда со стажем работы свыше 25 лет, при работе без смотрового врача, выраженную в УЕТ за 1 год работы:  
а) 1750;      б) 1950;      в) 2050;      д) 2250;      е) 2100.
58. Укажите частоту возможности бесплатного зубопротезирования определенной категории населения в соответствии с законодательством, действующим на территории Республики Беларусь:  
а) 1 раз в год;      б) 1 раз в 2 года;      в) 1 раз в 3 года;  
д) 1 раз в 4 года;      е) 1 раз в 5 лет.
59. Укажите срок гарантии на зубные протезы, установленный приказом Министра здравоохранения Республики Беларусь:  
а) 1 год;      б) 2 года;      в) 3 года;      д) 4 года;      е) 5 лет.



## Функциональная анатомия зубочелюстной системы

1. Сколько корней имеет седьмой зуб верхней челюсти?  
а) 1;            б) 2;            в) 3;            г) 4.
2. Сколько каналов имеет 4 зуб верхней челюсти?  
а) 1;            б) 2;            в) 3.
3. Сколько корней имеет второй нижний премоляр?  
а) 1;            б) 2;            в) 3.
4. Сколько корней имеет шестой зуб верхней челюсти?  
а) 1;            б) 2;            в) 3;            г) 4.
5. Сколько бугров на жевательной поверхности первого моляра верхней челюсти?  
а) 3;            б) 4;            в) 5;            г) 6.
6. Артикулятор воспроизводит движения нижней челюсти:  
а) вверх, вниз;    б) вправо, влево;    в) во всех направлениях.
7. Окклюзатор — аппарат, воспроизводящий движения:  
а) во всех направлениях;  
б) движения вверх и вниз;  
в) боковые движения нижней челюсти.
8. Величина угла режцового бокового пути составляет в среднем (в градусах):  
а) 90-99;        б) 100-110;        в) 111-120.
9. При прямом прикусе имеются сагиттальные режцовый путь и угол?  
а) да;            б) нет;            в) да, 90°.
10. Признак «ключ окклюзии» касается взаимоотношения:  
а) центральных резцов;    б) первых премоляров;    в) первых моляров.
11. Окклюзия — это:  
а) положение нижней челюсти по отношению к верхней челюсти;  
б) движения нижней челюсти;  
в) характер смыкания зубных рядов.
12. Сколько бугров на жевательной поверхности первого моляра нижней челюсти?  
а) 3;            б) 4;            в) 5;            г) 6.
13. При смыкании зубов в положении ЦО при ортогнатическом прикусе в боковом отделе каждый зуб имеет 2 антагониста. Напишите антагонисты первого левого премоляра нижней челюсти \_\_\_\_\_.
14. Зубной ряд верхней челюсти представляет собой:  
а) параболу;        б) полуэллипс;        в) полукруг.
15. Наибольшей на нижней челюсти является следующая дуга:  
а) окклюзионная;    б) альвеолярная;    в) базальная.
16. Наибольшей на верхней челюсти является следующая дуга:  
а) окклюзионная;    б) альвеолярная;    в) базальная.
17. Вторым премоляром верхней челюсти отличается от первого премоляра:  
а) количеством и формой бугров;    б) сглаженностью контуров;

- с) количеством корней.
18. Медиальная часть вестибулярной поверхности  $\underline{3}$ :  
а) больше дистальной его части; б) меньше дистальной его части; с) равна.
19. Разница между высотой нижнего отдела лица во время физиологического покоя и в положении центральной окклюзии при физиологических видах прикуса составляет (в мм):  
а) 1–2; б) 2–4; с) 6–8.
20. При ортогнатическом прикусе медиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти располагается:  
а) между первым и вторым молярами;  
б) фиссуре одноименного антагониста;  
с) между первым моляром и вторым премоляром нижней челюсти.
21. Какой из перечисленных признаков, характеризующих центральную окклюзию, не относится к основным?  
а) максимальный множественный контакт между зубами;  
б) равномерное сокращение жевательной мускулатуры;  
с) головка суставного отростка нижней челюсти располагается на скате суставного бугорка у его основания;  
д) фронтальные зубы верхней челюсти на  $1/3$  перекрывают фронтальные зубы нижней челюсти.
22. Зубной ряд нижней челюсти представляет собой:  
а) параболу; б) полуэллипс; с) полукруг.
23. Артикуляция — это:  
а) пространственное соотношение зубных рядов и челюстей;  
б) характер смыкания зубных рядов;  
с) характер смыкания зубных рядов в центральной окклюзии.
24. При смыкании зубов а положении ЦО при ортогнатическом прикусе в боковом отделе каждый зуб имеет два антагониста. Напишите антагонисты первого левого моляра нижней челюсти \_\_\_\_\_.
25. Угол сагиттального резцового пути при ортогнатическом прикусе составляет (в градусах):  
а) 10–20; б) 20–40; с) 40–50.
26. Угол сагиттального суставного пути составляет (в градусах):  
а) 15–19; б) 20–40; с) 41–65.
27. Аппарат, воспроизводящий все движения нижней челюсти:  
а) гнатодинамометр; б) артикулятор; с) окклюдатор.
28. Какую функцию выполняет *m. masseter*?  
а) поднимает нижнюю челюсть; б) опускает нижнюю челюсть;  
с) все вышеперечисленное.
29. Укажите зубы, имеющие по одному антагонисту при ортогнатическом прикусе \_\_\_\_\_.
30. Величина угла между телом и ветвью нижней челюсти составляет (в град.):  
а) 110; б) 115; с) 119; д) 140; е) 124.
31. Угол бокового суставного пути равен (в град.):

- a) 10–12;      b) 15–17;      c) 20–21;      d) 25–27.
32. Какая мышца опускает нижнюю челюсть?  
a) *m. temporalis*;      b) *m. digastricus*;      c) *m. masseter*;      d) все перечисленные.
33. Определение жевательной эффективности по Агапову основано на вычислении:  
a) суммы коэффициентов оставшихся зубов;  
b) суммы коэффициентов отсутствующих зубов и их антагонистов;  
c) пропорции сухого остатка пищевого комка и его исходному весу.
34. В каком случае движения нижней челюсти направляются артикулирующими поверхностями суставов?  
a) при точечных контактах во фронтальном участке;  
b) при отсутствии контакта между зубами;  
c) при контактах в боковых участках.
35. Укажите основные оси вращения суставных головок в суставных ямках:  
a) вертикальная;                      b) сагиттальная;  
c) горизонтальная;                      d) все перечисленные.
36. Укажите жевательную мышцу, которая при полном своем сокращении поднимает нижнюю челюсть, а при сокращении задних пучков отводит назад выдвинутую вперед нижнюю челюсть:  
a) *m. temporalis*;      b) *m. masseter*;      c) *m. pterygoideus medialis*.
37. Какой дополнительной функцией обладает *m. temporalis* при сокращении ее задних и средних пучков?  
a) выдвижение нижней челюсти вперед;  
b) смещение нижней челюсти назад;                      c) смещение в сторону.
38. При сокращении всех пучков *m. temporalis* нижняя челюсть опускается, при сокращении задних пучков нижняя челюсть:  
a) выдвигается вперед;      b) смещается кзади;      c) смещается в сторону.
39. Основная функция *m. masseter*:  
a) поднимает нижнюю челюсть;  
b) опускает нижнюю челюсть;                      c) смещает назад.
40. Дополнительная функция *m. masseter*:  
a) опускает нижнюю челюсть;      b) смещение назад;      c) смещение в сторону.
41. Основная функция *m. masseter* состоит в выдвижении нижней челюсти вперед, дополнительная:  
a) смещение в сторону;      b) смещение кверху;      c) смещение книзу.
42. Какую общую функцию выполняют *m. masseter* и *m. temporalis*:  
a) поднимают нижнюю челюсть;                      b) опускают нижнюю челюсть;  
c) смещают нижнюю челюсть в сторону.
43. При двухстороннем сокращении *m. pterygoideus medialis* нижняя челюсть поднимается и отводится кзади, при одностороннем:  
a) нижняя челюсть смещается в противоположную сторону;  
b) нижняя челюсть смещается в одноименную сторону;      c) не смещается.
44. Какая жевательная мышца при двустороннем сокращении поднимает нижнюю челюсть и отводит кзади, при одностороннем — смещает нижнюю челюсть в противоположную сторону?

- a) *m. temporalis*;    b) *m. masseter*;    c) *m. pterygoideus medialis*.
45. Укажите мышцу, которая при одностороннем сокращении смещает нижнюю челюсть в противоположную сторону:  
a) *m. temporalis*;    b) *m. masseter*;    c) *m. pterygoideus medialis*.
46. Какую общую функцию выполняют *m. masseter* и *m. pterygoideus medialis*?  
a) смещают нижнюю челюсть в сторону;    b) выдвигают вперед;  
c) опускают нижнюю челюсть.
47. Укажите жевательную мышцу, которая при двустороннем сокращении выдвигает нижнюю челюсть вперед, при одностороннем — смещает нижнюю челюсть в противоположную сторону:  
a) *m. temporalis*;    b) *m. masseter*;    c) *m. pterygoideus lateralis*.
48. Какую общую функцию выполняют *m. masseter*, *m. pterygoideus medialis*, *pterygoideus lateralis*?  
a) смещают нижнюю челюсть в сторону;    b) выдвигают вперед;  
c) опускают нижнюю челюсть.
49. Какую общую функцию выполняют *m. pterygoideus medialis*, *pterygoideus lateralis*?  
a) при одностороннем сокращении смещают нижнюю челюсть в противоположную сторону;  
b) поднимают нижнюю челюсть;    c) опускают нижнюю челюсть.
50. Выдвижение нижней челюсти в переднюю окклюзию осуществляется мышцами:  
a) *m. pterygoideus lateralis*;    b) *m. masseter*;  
c) *m. pterygoideus medialis*;    d) всеми перечисленными.
51. Смещение нижней челюсти в боковую окклюзию осуществляется мышцами:  
a) *m. temporalis*;    b) *m. masseter*;  
c) *m. pterygoideus lateralis*;    d) всеми перечисленными.
52. При сокращении *m. pterygoideus lateralis dextra* нижняя челюсть смещается:  
a) вправо;    b) влево;    c) книзу.
53. При сокращении *m. pterygoideus lateralis sinistra* нижняя челюсть смещается:  
a) вправо;    b) влево;    c) книзу.
54. Укажите мышцы, опускающие нижнюю челюсть:  
a) *m. pterygoideus lateralis*;    b) *m. geniohyoideus*;    c) *m. masseter*.
55. Какую общую функцию выполняют *m. mylohyoideus*, *m. digastricus*, *m. geniohyoideus*?  
a) опускают нижнюю челюсть;    b) поднимают нижнюю челюсть;  
c) выдвигают вперед.
56. Укажите направление смещения нижней челюсти при одновременном сокращении *m. masseter*, *m. temporalis*, *m. pterygoideus medialis*:  
a) вверх;    b) вперед;    c) вперед и вверх.
57. Когда показана операция компактостеотомии (аппаратурно-хирургический метод лечения при феномене Попова–Годона)?  
a) при заболеваниях тканей периодонта;  
b) при I форме зубоальвеолярного удлинения;

- с) при II форме зубоальвеолярного удлинения.
58. Какая рентгенологическая картина характерна для артрита ВНЧС при смыкании челюстей в ЦО?
- а) положение суставной головки у основания суставного бугорка;
  - б) увеличение задней суставной щели;
  - в) увеличение передней суставной щели;
  - г) все перечисленное.
59. При лечении вывиха и подвывиха можно использовать следующие аппараты:
- а) Петросова;
  - б) Померанцевой–Урбанской;
  - в) Ядровой;
  - г) все перечисленные.
60. Причины, приводящие к возникновению заеды:
- а) снижение окклюзионной высоты;
  - б) грибковые заболевания;
  - в) стрептококковые инфекции;
  - г) все перечисленные.
61. Отметить наиболее полный и правильный перечень путей профилактики гальванозов полости рта:
- а) применение однородных сплавов, цельнолитых конструкций; применение комбинированных конструкций, не контактирующих с тканями полости рта;
  - б) применение однородных благородных сплавов, цельнолитых конструкций; конструкций, не содержащих металл; конструкций, в которых нет контакта металла со слизистой; применение электрической полировки конструкций; исключение паяных конструкций;
  - в) применение однородных благородных сплавов, цельнолитых конструкций; конструкций, не содержащих металл; конструкций, в которых нет контакта металла со слизистой.
62. Укажите составляющие части аппарата Ядровой, применяемого у больных с вывихом в ВНЧС \_\_\_\_\_.
63. Укажите, о каких перечисленных ниже факторах должен помнить ортопед выравнивая окклюзионную поверхность путем повышения окклюзионной высоты:
- а) о множественном контакте;
  - б) сохранении физиологического покоя жевательной мускулатуры;
  - в) о возможности жалоб больного со стороны ВНЧС и жевательной мускулатуры;
  - г) все вышеперечисленные.
64. Для синдрома Костена характерны следующие симптомы:
- а) боль и хруст в области височного нижнечелюстного сустава;
  - б) снижение слуха;
  - в) сухость в полости рта;
  - г) все вышеперечисленные.
65. Укажите основные этиопатогенетические моменты в развитии заболеваний ВНЧС:
- а) окклюзионные;
  - б) психоэмоциональные;
  - в) все перечисленные.
66. Укажите метод рентгенодиагностики больных с заболеванием ВНЧС:
- а) ортопантомография;
  - б) панорамная зонография;
  - в) телерентгенография.
67. Укажите специальный метод диагностики больных с заболеванием ВНЧС:
- а) электромиография;
  - б) гнатодинамометрия;
  - в) ринопневмометрия.

68. Ортопедическое лечение заболеваний ВНЧС предусматривает:
- a) восстановление межальвеолярной высоты;
  - b) нормализацию положения нижней челюсти;
  - c) выравнивание окклюзионной кривой; d) все вышеперечисленные.
69. Причиной привычного вывиха может быть:
- a) широкое открывание рта; b) окклюзионные нарушения;
  - c) зубочелюстные аномалии.
70. При остром вывихе суставной головки врач обязан:
- a) попросить больного самого осуществить репозицию головок путем трансверзального движения нижней челюсти;
  - b) осуществить репозицию головок, используя метод Гиппократата;
  - c) немедленно транспортировать больного в отделение челюстно-лицевой хирургии.
71. Срок лечения привычных вывихов и подвывихов аппаратом Петросова составляет:
- a) 2–3 недели; b) 2–3 месяца; c) 6–9 месяцев.
72. Какие клинические проявления в полости рта характерны для красного плоского лишая?
- a) бляшки с ороговевающей поверхностью, имеющие кружевной рисунок и занимающие значительные участки слизистой;
  - b) очаги хронического воспаления со значительным ороговением эпителия, способные изъязвляться;
  - c) повышенная десквамация эпителия в виде ореола от протеза, слизистая оболочка пламенного цвета.
73. С какими перечисленными заболеваниями необходимо дифференцировать лейкоплакию?
- a) красный плоский лишай; b) химические поражения; c) заеда.
74. Что относится к первичной травматической окклюзии, необычной по направлению?
- a) бруксизм, тризм; b) действие удерживающего кламмера на опорный зуб;
  - c) повышение окклюзионной высоты на одиночной коронке.
75. Каппа Шварца, каппы с наклонной плоскостью относятся:
- a) к функционально-действующим аппаратам;
  - b) механически действующим; c) к комбинированным.
76. Какие из перечисленных факторов могут провоцировать развитие аллергического стоматита на съемный протез?
- a) из самотвердеющей пластмассы;
  - b) изготовление протеза из пластмассы горячей полимеризации;
  - c) изготовление протеза с двухслойным базисом.
77. Чем объясняется терапевтический эффект после химического серебрения акрилового протеза (более полный ответ)?
- a) протез становится тяжелее;
  - b) экранизация металлизированным слоем остаточного мономерта;
  - c) выраженное бактериостатическое действие серебра;

- d) олигодинамическое действие серебра;  
e) перечень a, b, c;                      f) перечень b, c, d.
78. Какие конструкции съемных пластиночных протезов можно использовать при ложном суставе н/ч (срединный перелом) при следующей топографии дефекта: 0054000 | 0004500 ?
- a) съемный протез с шарниром по Гаврилову;  
b) съемный протез с пружиной по Ванштейну;  
c) съемный пластиночный протез с шарниром по Оксману;  
d) все перечисленные.
79. Что относится к первичной травматической окклюзии, необычной по силе действия?
- a) действие удерживающего кламмера на опорный зуб;    b) тризм, бруксизм;  
c) повышение окклюзионной высоты на одиночной коронке.
80. Может ли произойти смещение н/ч дистально, а также уменьшение межальвеолярного расстояния при отсутствии жевательных зубов на н/ч (прикус ортогнатический)?
- a) да;    b) нет;    c) только при потере фронтальных зубов на в/ч.
81. Клиника функциональной перегрузки периодонта зависит от следующих причин:
- a) от количества отсутствующих зубов;    b) топографии дефекта;  
c) от вида прикуса;    d) всех перечисленных.
82. Заболевания ВНЧС могут быть вызваны следующими причинами:
- a) снижением окклюзионной высоты;    b) отсутствием боковых зубов;  
c) наличием преждевременных контактов;    d) все перечисленные.
83. Можно ли применять каппы и накусочные пластинки при смещении н/ч и нарушении взаимоотношения элементов сустава?
- a) да;    b) нет;    c) только при дефектах зубного ряда.
84. Какие из нарушений зубочелюстной системы у взрослых можно устранить ортодонтическим путем?
- a) положение верхней челюсти в лицевом скелете;  
b) аномалии прикуса, связанные с неправильным положением зубов;  
c) истинную прогению.
85. Открытый прикус относится к аномалиям в плоскости:
- a) сагиттальной;    b) вертикальной;    c) трансверзальной.

## Материаловедение

1. Какой моделировочный материал используется при изготовлении культевых штифтовых вкладок?  
а) базисный;      б) лавакс;      с) модевакс;      d) липкий.
2. Температура плавления припоя ПСР-37 (в град.):  
а) 670;      б) 800;      с) 950.
3. Промежуточную часть паяного мостовидного протеза отливают из стали марки:  
а) КХС;      б) ЭИ-95;      с) Виталиум.
4. Основные компоненты припоя ПСР-37:  
а) серебро, олово, хром, кадмий;  
б) золото, кадмий, цинк;  
с) серебро, медь, никель, кадмий.
5. В качестве флюса для пайки протезов применяют:  
а) хлорид натрия;      б) тетраборат натрия;      с) изокол.
6. Опорные элементы в штампованно-паяных мостовидных протезах изготавливают из сплавов:  
а) хромоникелевой стали; б) кобальтохромовой стали; с) золота 750-й пробы.
7. Отбеливание — это процесс очистки протеза:  
а) механической;      б) химической.
8. Из какого материала изготавливается облицовка в коронке по Белкину?  
а) акрилоксид;      б) протакрил;      с) синма;      d) керамика.
9. Для постоянной фиксации мостовидных протезов применяется:  
а) Силицин;      б) Силидонт;      с) Висфат-цемент;      d) Акрилоксид.
10. Плавление КХС осуществляется:  
а) горением воздушно-бензиновой смеси;      б) токами высокой частоты;  
с) горением ацетиленовой смеси.
11. Выплавление воска из литейных форм проводится:  
а) в сухожаровом шкафу при температуре 180 °С;  
б) в муфельной печи при температуре 180 °С;  
с) в муфельной печи при температуре 600 °С.
12. Сплавы нержавеющей стали, используемые для изготовления комбинированной коронки по Бородюку:  
а) хромоникелевая сталь;      б) кобальтохромовая сталь;  
с) все вышеперечисленные.
13. Для облицовки фасеток в штифтовых зубах по Ричмонду используется:  
а) фарфор;      б) пластмасса «Акрилоксид»;      с) пластмасса «Синма».
14. Процесс жесткого соединения металлических деталей путем расплавления металла электрическим током называется:  
а) сварка;      б) спайка;      с) литьё.
15. ПСР-37 устойчив к коррозии?  
а) да;      б) нет;      с) только у лиц с гиперацидным гастритом.
16. Вспомогательные материалы, применяемые при паянии металлов:



- а) неорганические кислоты;      б) флюсы;  
с) изолирующие (разделительные) материалы.
17. Принцип работы паяльно-плавильного аппарата основан на горении:  
а) высококачественного бензина;      б) воздушно-бензиновой смеси;  
с) кислородно-бензиновой смеси.
18. Какой из перечисленных металлов понижает температуру плавления сплавов?  
а) Cu;      б) Cd;      с) Mo;      д) Mn.
19. Какой материал относят к гидроколлоидным массам?  
а) репин;      б) силамин;      с) гелин.
20. Сплавы металлов, используемые для изготовления цельнолитых протезов:  
а) кобальтохромовый;      б) хромоникелевый;      с) золото 583-й пробы.
21. К огнеупорным массам относятся:  
а) репин, упин, стомальгин;      б) гелин, сизласт, восколит;  
с) силамин, бюгелит, кристосил.
22. Для ускорения затвердения гипса в воду добавляют:  
а) 2,5–3 % поваренной соли;      б) 2–3 % тетрабората натрия;      с) 2–3 % сахара.
23. Пористость, возникающая вследствие нарушения режима полимеризации:  
а) газовая;      б) сжатия;      с) гранулярная.
24. Какой металл вводят в золотой сплав для снижения температуры плавления?  
а) медь;      б) серебро;      с) кадмий;      д) кобальт.
25. К термопластическим оттискным материалам относят:  
а) сизласт;      б) стенс;      с) гипс.
26. Время выдерживания коронок и мостовидных протезов в растворе отбела во время отбеливания (мин):  
а) 1–2;      б) 3–5;      с) 5–10;      д) 10–15.
27. Температура плавления золотого сплава 900-й пробы (в град.):  
а) 1000;      б) 1200;      с) 1300;      д) 1400.
28. Толщина гильз из нержавеющей стали для коронок (в мм):  
а) 0,1–0,15;      б) 0,16–0,2;      с) 0,28–0,3;      д) 0,35–0,4.
29. Изокол предназначен:  
а) для фиксации несъемных протезов;  
б) электрохимической полировки протезов;  
с) для разделения гипса и пластмассы при формировке.
30. Содержание остаточного мономера в самотвердеющих пластмассах:  
а) 0,5 %;      б) 15 %;      с) 5 %.
31. Температура плавления кобальтохромового сплава (в град.):  
а) 1320;      б) 1380;      с) 1460;      д) 1540;      е) 1600.
32. К силиконовым эластическим оттискным материалам относится:  
а) сизласт;      б) стомальгин;      с) ортокор;      д) репин.
33. К воскам животного происхождения относится:  
а) стеарин;      б) карнаубский воск;      с) озокерит.
34. К искусственным абразивным материалам относится:  
а) карборунд;      б) корунд;      с) пемза.
35. Твердость фарфора по сравнению с эмалью зуба:

- а) равна;      б) в 2 раза больше;      с) в 2 раза меньше.
36. Температура плавления легкоплавкого сплава составляет (в град.):  
а) 45–95;      б) 100–150;      с) 160–200.
37. Какой материал относят к огнеупорным массам?  
а) репин;      б) силамин;      с) гелин.
38. Температура плавления серебряно-палладиевого сплава (в град.):  
а) 900–1000;      б) 1000–1100;      с) 1100–1200;      д) 1200–1300.
39. К альгинатным оттискным материалам относится:  
а) сизласт;      б) стомальгин;      с) ортокор;      д) репин.
40. К растительным воскам относится:  
а) стеарин;      б) карнаубский воск;      с) озокерит.
41. К естественным абразивным материалам относится:  
а) карборунд;      б) корунд;      с) карбит бора.
42. Какие сплавы металлов применяются для литья каркаса бюгельного протеза?  
а) золото 900-й пробы;      б) хромоникелевая сталь;      с) СПС;      д) КХС.
43. Пористость, возникающая вследствие недостатка мономера в формовочной массе, называется:  
а) пористость сжатия;      б) газовая;      с) гранулярная.
44. При какой стадии созревания пластмассы проводится формовка?  
а) песочной;      б) тестообразной;  
с) стадии тянущихся нитей;      д) резиноподобной.
45. Для ускорения затвердевания гипса в воду добавляют:  
а) 2,5–3 % поваренной соли;      б) 2–3 % хлорид калия;      с) 2–3 % сахара.
46. Изокол предназначен:  
а) для фиксации несъемных протезов;      б) обезжиривания;  
с) для разделения гипса и пластмассы при формовке.
47. Допустимое содержание остаточного мономера в пластмассах горячей полимеризации:  
а) отсутствует;      б) 0,3–0,5 %;      с) 1–2 %;      д) 3–5 %.
48. Какие сплавы металлов применяются для литья каркаса бюгельного протеза?  
а) хромоникелевая сталь;      б) золото 900-й пробы;      с) КХС.
49. Какие сплавы металлов используются для изготовления паяных мостовидных протезов?  
а) золото;      б) хромокобальтовый сплав;  
с) платина;      д) все перечисленное.
50. Какие оттискные материалы относят к альгинатным?  
а) гипс;      б) упин;      с) сизласт;      д) репин.
51. Сплавы металлов, используемые для изготовления металлической штампованной коронки:  
а) хромокобальтовый сплав;      б) хромоникелевая сталь;  
с) серебряный припой.
52. Материалы, необходимые для моделировки промежуточной части мостовидного протеза:  
а) воск;      б) термопластическая масса;

- с) легкоплавкий металл; d) припой.
53. К естественным абразивным материалам относятся:  
a) алмаз; b) корунд; c) наждак; d) пемзу; e) все перечисленные.
54. Основным компонентом керамических масс является:  
a) полевой шпат; b) кварц; c) каолин.
55. Золотые сплавы каких проб применяются при изготовлении коронок?  
a) 900; b) 750; c) 583.
56. Какой из вспомогательных материалов используется для штамповки металлической коронки в аппарате Паркера?  
a) сургуч; b) легкоплавкий металл; c) молибден.
57. Введение никеля в сплавы придает им:  
a) пластичность; b) ковкость;  
c) уменьшает усадку; d) все перечисленные свойства.
58. К животным воскам относятся:  
a) монтанный воск; b) стеарин; c) парафин; d) карнаубский воск.
59. Температура плавления золота составляет (в град.):  
a) 900; b) 1064; c) 1124.
60. Введение хрома в сплавы металлов придает им:  
a) пластичность; b) ковкость;  
c) антикоррозийную устойчивость; d) все перечисленные свойства.
61. К растительным воскам относятся:  
a) стеарин; b) озокерит; c) карнаубский воск.
62. Какие материалы используются для моделирования промежуточной части мостовидного протеза?  
a) термопластическая масса; b) моделировочный воск; c) воск «лавакс».
63. Катализатор для кристаллизации гипса:  
a) хлорид натрия; b) бура; c) этиловый спирт.
64. Какой материал предпочтительнее использовать для изготовления вкладок?  
a) кобальтохромовый сплав; b) хромоникелевую сталь;  
c) сплав золота 900-й пробы; d) пластмассы.
65. Объемное соотношение мономера к полимеру при изготовлении пластмассового протеза способом формовки:  
a) 1:1; b) 1:2; c) 1:3.
66. Из каких материалов в лаборатории изготавливают пластмассовые коронки?  
a) протакрил; b) акрилоксид; c) синма; d) все перечисленные.
67. Сплавы нержавеющей стали для изготовления штампованных коронок:  
a) кобальтохромовый сплав;  
b) нержавеющая сталь 1X18H9T;  
c) нержавеющая сталь марки ЭИ-95.
68. Для получения слепков получают гипс:  
a) двухводный; b) полуводный; c) высокопрочный.
69. Воска, используемые для окончательного моделирования базисов протезов:  
a) лавакс; b) бюгельный; c) базисный.
70. Из какого материала изготавливаются прикусные валики?

- а) базисный воск; б) лавакс;  
с) воск для моделировки мостовидных протезов.
71. Наибольший коэффициент трения с эмалью зуба имеет материал:  
а) нержавеющая сталь; б) фарфоровая масса «Гамма»;  
с) пластмасса «Синма».
72. Что является причиной гранулярной пористости?  
а) нарушение режима полимеризации;  
б) неправильное соотношение полимера к мономеру;  
с) недостаток пластмассы во время формовки.
73. Оттисковой материал, применяемый для получения анатомического оттиска:  
а) репин; б) гипс; с) сизеласт-21.
74. Инициатор, входящий в состав пластмасс:  
а) бура; б) поваренная соль; с) перекись бензоила.
75. Какие материалы применяют для получения индивидуальной ложки?  
а) синма-М; б) карбопласт; с) акрилоксид.
76. При какой температуре проводится процесс полимеризации пластмассы в емкости с водой (в град.)?  
а) 100; б) 80; с) 60.
77. Внедрение новых материалов в стоматологическую практику проводится после исследования:  
а) клинического; б) лабораторного;  
с) биологического; д) все перечисленные.
78. Большой вклад в стоматологическое материаловедение внесли:  
а) ЦНИИС; б) БГМУ; с) БелМАПО.
79. Материалы, применяемые в ортопедической стоматологии, условно делятся:  
а) на основные и вспомогательные; б) клинические и лабораторные;  
с) на врачебные и зуботехнические.
80. Прочность — это способность материала сопротивляться действию внешних сил:  
а) без разрушения; б) с частичным разрушением; с) с разрушением.
81. Удельная прочность — это отношение предела прочности:  
а) к плотности; б) вязкости; с) пористости; д) к пластичности.
82. Упругость — это способность материала после прекращения действия внешних сил, вызвавших изменения его формы:  
а) восстанавливать свою форму; б) изменять свою форму;  
с) переходить в другую форму.
83. Вязкость — это способность материала оказывать быстро возрастающим ударным внешним силам:  
а) разрушение; б) сопротивление; с) ускорение; д) соединение.
84. Текучесть — это способность материала:  
а) заливать форму; б) заполнять форму; с) разрушать форму.
85. Под слепком или оттиском в стоматологии следует понимать (допишите)  
\_\_\_\_\_ отображение поверхности твердых и мягких тканей полости рта.

86. К формовочным материалам относятся:  
а) гипс;            б) изокол;            в) бура;            д) силаур.
87. К изолирующим материалам относятся:  
а) мольдин;    б) фосфат-цемент;    в) КХС;            д) силикодент.
88. Легкоплавкие сплавы:  
а) КХС;            б) ЭН-95;            в) мелот;            д) ПД-190.
89. К моделировочным материалам относится:  
а) воск;            б) силамин;            в) пемза;            д) алмаз.
90. К флюсам относится:  
а) гипс;            б) мальдин;            в) бура;            д) формолит.
91. Составная часть формовочных смесей — это:  
а) этиловый спирт;            б) бензин АИ-93;  
в) борная кислота;            д) гидроокись калия.
92. Кто впервые предложил получать слепки для изготовления протезов?  
а) Курляндский;    б) Фошар;            в) Пурман;            д) Оксман.
93. Отливать гипсовые модели по полученным слепкам было предложено:  
а) Копейкиным;    б) Румпелем;            в) Дойниковым;    д) Пфаффом.
94. В каком году американский ученый Стенс разработал первый термопластический оттисковой материал?  
а) в 1856;            б) 1865;            в) 1876;            д) в 1902.
95. Гипс становится пластичным при замешивании с водой в пропорции:  
а) 1:3;            б) 1:2;            в) 1:2,5;            д) 1:4.
96. В качестве катализаторов для ускорения затвердевания гипса можно использовать:  
а) сульфат калия;    б) сульфат натрия;    в) хлористый натрий;  
д) цитрат калия;    е) все перечисленные.
97. В качестве ингибиторов для замедления затвердевания гипса используют:  
клей столярный;  
а) 2–3 %-ный р-р буры;            б) 5–6 %-ный р-р сахара;  
в) 5 %-ный р-р этилового спирта;    д) все перечисленное.
98. При применении катализаторов прочность гипса:  
а) понижается;    б) повышается;    в) не изменяется.
99. При применении ингибиторов прочность гипса:  
а) не изменяется;    б) понижается;    в) повышается.
100. Ложки для получения оттисков стали применять:  
а) с 1712 г.;            б) 1808 г.;            в) 1815 г.;            д) с 1905 г.
101. Ложки для получения слепков с верхней и нижней челюстей изобрел:  
а) Румпель;            б) Джонсон;            в) Энгль;  
д) Курляндский;    е) Делабарр.
102. Основная паста чешской цинкоксид-эвгеноловой пасты «Репин» содержит окиси цинка:  
а) 50 %;            б) 60 %;            в) 70 %;            д) 80 %.
103. Масса, представляющая собой сплав глицеринового эфира канифоли с касторовым маслом, парафином, красителем, называется:

- a) масса Керра;    b) ортокор;    c) стомопласт;    d) дентафоль.
104. Сплавом называется вещество \_\_\_\_\_ (дописать).
105. Сплавы, применяемые в стоматологии ортопедической, можно условно разделить:
- a) на легкоплавкие;    b) благородные;  
c) на неблагородные;    d) все перечисленные.
106. Хромоникелевые сплавы должны содержать углерода не более (%):  
a) 0,14;    b) 0,15;    c) 0,2;    d) 0,25.
107. Хрома в хромоникелевой стали содержится не менее (%):  
a) 16;    b) 17;    c) 18;    d) 19.
108. Никель добавляют в хромоникелевую сталь для повышения:  
a) твердости;    b) пластичности;    c) хрупкости.
109. Хромокобальтовые сплавы (ХКС) были внедрены в стоматологическую практику:  
a) в 1931 г.;    b) 1932 г.;    c) 1933 г.;    d) в 1934 г.
110. Титан вводится в хромоникелевую сталь для предохранения от коррозии:  
a) транскристаллитной;    b) интеркристаллитной;    c) изокристаллитной.
111. Механическая вязкость ХКС выше, чем сплавов золота:  
a) в 2 раза;    b) 3 раза;    c) в 4 раза.
112. Золото окисляется при температуре:  
a) 100 °С;    b) 500 °С;    c) 1000 °С.  
a) не окисляется ни при каких температурах
113. Сплав золота 900-й пробы содержит золота (в %):  
a) 90;    b) 91;    c) 95.
114. Медь добавляют в золотой сплав для придания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (дописать).
115. В сплав 900-й пробы золота входит меди (в %):  
a) 5,0;    b) 5,5;    c) 6,0;    d) 6,5.
116. В 900-й пробе сплава золота содержится серебра (в %):  
a) 3,0;    b) 4,0;    c) 4,5;    d) 5,0.
117. В сплав золота 900-й пробы входит:  
a) золото;    b) серебро;    c) медь;    d) все перечисленное.
118. Сплав 750-й пробы содержит золота в (%):  
a) 70;    b) 75;    c) 80;    d) не содержит.
119. В 750-й пробе золотого сплава содержится меди (в %):  
a) 11,0;    b) 11,5;    c) 12,0;    d) 12,5.
120. Содержание серебра в 750-й пробе золотого сплава составляет (в %):  
a) 8,34;    b) 9,34;    c) 8,35;    d) 9,35.
121. Припоем называют сплав, служащий для: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (дописать).
122. Припой должен иметь точку плавления:  
a) более низкую, чем спаиваемые металлы;  
b) более высокую, чем спаиваемые металлы;  
c) такую же, как спаиваемые металлы.

123. Снижение температуры плавления достигается за счет включения в состав припоя:  
а) тугоплавких металлов; б) легкоплавких металлов; в) пластмассы.
124. При добавлении цинка и кадмия температура плавления припоя:  
а) повышается; б) понижается; в) не изменяется.
125. Чаще всего в протезировании применяют припой пробы:  
а) 750-й; б) 785-й; в) 800-й.
126. Температура плавления платины равна (в град.):  
а) 1770; б) 1700; в) 1800; г) 1750.
127. Материалы для изготовления базисов съемных протезов:  
а) этакрил; б) акрил; в) фторакс; г) акронил; е) все перечисленные.
128. Какой материал применяется для починки съемных протезов?  
а) этакрил; б) синма; в) протакрил-М; г) акронил.
129. Индивидуальные ложки изготавливают:  
а) из карбопласта; б) боксила; в) фторакса; г) из акрилоксида.
130. Пластификаторы входят в состав пластмасс для придания:  
а) эластичности; б) цветостойкости; в) уменьшения усадки.
131. Причины возникновения газовой пористости пластмасс:  
а) резкое повышение температуры полимеризации;  
б) недостаток мономера; в) отсутствие сжатия; г) все перечисленные.
132. Гранулярная пористость возникает в результате:  
а) резкого повышения температуры полимеризации;  
б) недостатка мономера; в) отсутствия сжатия; г) все перечисленное.
133. Количество остаточного мономера в базисных пластмассах при правильном режиме полимеризации (в %):  
а) до 0,5; б) до 2; в) до 3,5; г) более 3,5.
134. В качестве пластификатора базисных пластмасс используют:  
а) гидрохинон; б) дибутилфтолат;  
в) перекись бензоила; г) все перечисленные.
135. В качестве ингибитора базисных пластмасс используют:  
а) гидрохинон; б) дибутилфтолат;  
в) перекись бензоила; г) все перечисленные.
136. Эластичной базисной пластмассой является:  
а) акронил; б) ортосил-М; в) фторакс.
137. Формовку базисных пластмасс в кювету проводят:  
а) в песочной стадии; б) стадии тянущихся нитей;  
в) тестообразной стадии; г) в резиноподобной стадии.
138. Толщина базиса съемного протеза на верхней челюсти (мм):  
а) 1,5–2; б) 2–2,5; в) 2,5–3.
139. Количество остаточного мономера в пластмассах холодной полимеризации (в %):  
а) до 5; б) до 10; в) более 10.
140. Матричная технология изготовления провизорных коронок и мостов предусматривает использование:

- а) безакриловых композитов; б) акриловых пластмасс;  
с) виниловых пластмасс.
141. Облицовочные пластмассы имеют с металлической основой связь:  
а) механическую; б) химическую; с) физико-химическую.
142. Увеличение объема акриловых пластмасс, связанное с набуханием в ротовой жидкости, составляет (в %):  
а) до 0,5; б) до 5; с) более 5.
143. Методика литьевого прессования базисных пластмасс обеспечивает:  
а) высокую точность;  
б) минимальное количество остаточного мономера;  
с) минимальную полимеризационную усадку; д) все перечисленное.
144. Для формовки зубных протезов методом литьевого прессования можно использовать:  
а) акриловые пластмассы; б) винилакрилаты;  
с) полипропиленовые пластмассы; д) все перечисленное.
145. При изготовлении провизорных коронок и мостов методом свободной формовки используют:  
а) BIS-GMA композиты; б) акриловые пластмассы;  
с) все перечисленные.
146. Экзотермическая реакция полимеризации больше выражена:  
а) в акриловых пластмассах; б) в BIS-GMA композитах;  
с) виниловых.
147. Материалами для облицовки коронок и мостов служат:  
а) синма-74; б) синма-М; с) изозит;  
д) арт-гласс; е) все перечисленные.
148. Бесцветную базисную пластмассу используют:  
а) при аллергии на краситель;  
б) для достижения эстетического эффекта;  
с) для повышения прочности протеза.
149. Сколько фасонов имеют нижние фронтальные пластмассовые зубы?  
а) 7; б) 10; с) 12.
150. Сколько фасонов имеют жевательные пластмассовые зубы?  
а) 3; б) 5; с) 6.
151. Типы фасонов фронтальных зубов:  
а) прямоугольный; б) клиновидный;  
с) овальный; д) все перечисленные.
152. Починку базисов бюгельных протезов можно проводить пластмассами:  
а) протакрил-М; б) редонт;  
с) zermakryl-S; д) все перечисленные.
153. Каппы для спортсменов-боксеров изготавливают из пластмасс:  
а) боксил; б) эластопласт; с) все перечисленные.
154. Ортодонтические пластинки изготавливают из пластмасс:  
а) фторакс; б) редонт;  
с) протакрил; д) все перечисленные.



## Ортопедическое лечение дефектов коронок зубов

1. Наиболее подвержены влиянию местных анестетиков:  
а) печень; б) почки; в) ЦНС; д) поджелудочная железа.
2. Наиболее подходящее время для применения местных анестетиков у беременных (при санации полости рта):  
а) 1–3 месяц; б) 4–6 месяц;  
в) 7–9 месяц; д) все перечисленные.
3. Проникают ли местные анестетики через гематоэнцефалический барьер?  
а) проникают;  
б) не проникают;  
в) зависит от концентрации анестетика;  
д) зависит от количества введенного анестетика.
4. При проведении интралигаментальной анестезии количество введенного анестетика должно быть не более (мл):  
а) 0,6; б) 0,8; в) 0,4; д) 0,7.
5. Лидокаин с вазоконстриктором действует:  
а) 20 мин; б) 1 ч; в) 40 мин; д) 30 мин.
6. Успех обезболивания при проведении интерлигаментальной анестезии зависит более:  
а) от длины корня зуба; б) возраста пациента;  
в) техники проведения анестезии; д) от всего перечисленного.
7. При интралигаментарной анестезии вводят анестетик из расчета:  
а) 0,2 мл на 1 корень; б) 0,2 мл на I зуб;  
в) 0,5 мл на 1 корень; д) 0,5 мл на 1 зуб.
8. Недостатки интралигаментарной анестезии:  
а) вкальвается малое количество анестетика;  
б) струя идет под большим давлением;  
в) слабая анестезия.
9. При резцовой анестезии блокируют:  
а) резцовый нерв; б) передние верхние альвеолярные ветви;  
в) носонебный нерв; д) большой небный нерв.
10. При резцовой анестезии можно ввести анестетика (мл):  
а) 0,1–0,2; б) 0,3–0,5; в) 0,5–0,6; д) до 1.
11. Вкол при анестезии у большого небного отверстия проводят:  
а) на 1 см кпереди и кнутри от проекции большого небного отверстия;  
б) на 2 см кпереди и кнутри от проекции большого небного отверстия;  
в) на 1 см кзади и кнаружи от проекции большого небного отверстия.
12. Анестезия у большого небного отверстия обезболивает:  
а) слизистую твердого нёба и альвеолярного отростка небной стороны от 2-го моляра до середины 1-го резца;  
б) слизистую твердого нёба и альвеолярного отростка с небной и вестибулярной стороны от 1-го до 3-го моляров;

с) слизистую твердого нёба и альвеолярный отросток с нёбной стороны от 3-го моляра до середины клыка.

13. При проведении верхнечелюстной проводниковой анестезии вкол иглы по отношению к гребню альвеолярного отростка производят:

- а) параллельно;
- б) под углом  $50^\circ$ ;
- с) под углом  $30^\circ$ ;
- д) под углом  $45^\circ$ .

14. Верхнечелюстная проводниковая анестезия блокирует:

- а) верхние задние альвеолярные ветви;
- б) верхние задние и средние альвеолярные ветви;
- с) верхние задние, средние и передние альвеолярные ветви;
- д) верхние средние альвеолярные ветви.

15. При верхнечелюстной анестезии иглу продвигают вверх, назад и внутрь:

- а) на 3 см;
- б) 1 см;
- с) 1,5 см;
- д) на 2,5 см.

16. При верхнечелюстной проводниковой анестезии обезболиваются:

а) зубы той половины челюсти, к которой проводилась анестезия, надкостница и слизистая в области этих зубов;

б) зубы от 3-го моляра до середины клыка и надкостница и слизистая в области этих зубов;

с) 1, 2, 3 моляры, надкостница и слизистая в области этих зубов;

д) 1, 2, 3 моляры и 1, 2 премоляры, надкостница и слизистая в области этих зубов.

17. При инфраорбитальной анестезии блокируют:

а) периферические ветви подглазничного нерва;

б) передние верхние альвеолярные ветви;

с) среднюю верхнюю альвеолярную ветвь;

д) все перечисленное.

18. Зона обезболивания при инфраорбитальной анестезии:

а) резцы, клыки, премоляры, альвеолярный отросток и его слизистая с вестибулярной стороны в области этих зубов;

б) слизистая оболочка и костная ткань передней и верхней стенок верхнечелюстной пазухи;

с) нижнее веко, крыло носа, перегородка носа;

д) кожа и слизистая оболочка верхней губы;

е) все перечисленное

19. При мандибулярной анестезии блокируется:

а) нижнечелюстной нерв;

б) нижний луночковый и язычный нервы;

с) нижний луночковый, язычный, щечный нервы;

д) все перечисленные.

20. При мандибулярной анестезии вводят анестетики (Ульттракаин) в количестве (мл):

- а) 1,5;
- б) 3,0;
- с) 1,8;
- д) 2,0.

21. При проведении мандибулярной анестезии после вкола иглы в латеральный скат крылочелюстной складки до упора в кость и выпускания 1,5 мл анестетика иглу поворачивают наружу и вводят примерно 0,3 мл анестетика:
- а) для блокирования язычного нерва;
  - б) профилактики образования гематомы;
  - с) блокирования щёчного нерва;
  - д) для блокирования нижнего луночкового нерва.
22. Осложнениями ментальной анестезии могут быть:
- а) кровоизлияния в ткани и образование гематомы;
  - б) появление участков ишемии на коже подбородка и нижней губы;
  - с) неврит подбородочного нерва;
  - д) все перечисленное.
23. Проекция ментального отверстия находится на уровне:
- а) середины первого премоляра на 5–7 мм выше основания тела нижней челюсти;
  - б) середины второго премоляра на 5–7 мм выше основания тела нижней челюсти;
  - с) середины второго премоляра на 12–13 мм выше основания тела нижней челюсти;
  - д) середины клыка на 12–13 мм выше основания тела нижней челюсти.
24. На верхней челюсти наиболее эффективной и часто используемой при препарировании твердых тканей зубов является анестезия:
- а) проводниковая;
  - б) инфильтрационная;
  - с) аппликационная;
  - д) интралигаментарная.
25. Для проведения инфильтрационной анестезии иглу вводят в переходную складку:
- а) апикальные проекции вершущки корней зубов;
  - б) ниже проекции вершущек корней зубов;
  - с) непосредственно в область проекции вершущек корней зубов;
  - д) на усмотрение врача.
26. При проведении анестезии анестетик нужно вводить:
- а) как можно быстрее;
  - б) скорость введения анестетика, зависит от вида проводимой анестезии;
  - с) скорость введения анестетика зависит от состояния больного и его возраста;
  - д) медленно.
27. К какому виду анестезии следует отдать предпочтение при препаровке депульпированного зуба?
- а) проводниковый;
  - б) инфильтрационный;
  - с) аппликационный;
  - д) не рекомендуется.
28. Количество анестетика (лидокаина, тримекаин, менивакаин) для взрослых берется из расчета (мг/кг):
- а) 4,0;
  - б) 4,5;
  - с) 5,0;
  - д) 5,5.
29. Максимальное количество карпул (1,8 мл Ультракаин), которые можно ввести взрослому больному.

- a) 1–2;      b) 3–4;      c) 6–8.
30. Основной технологический процесс, используемый при изготовлении культевых штифтовых вкладок:  
a) паяние;      b) штамповка;      c) литье;      d) все перечисленные.
31. Какой технологический процесс не входит в лабораторные этапы изготовления вкладок?  
a) моделировка;      b) штамповка;      c) литье;      d) обработка и полировка.
32. Классификация полостей зубов по Курляндскому основывается:  
a) на количественном обозначении пораженных поверхностей;  
b) буквенном обозначении зон поражения поверхностей;  
c) буквенном обозначении зон поражения;  
d) на площади поражения поверхностей зуба.
33. К какому классу по Блэку относят кариозные полости, расположенные на жевательной поверхности моляров и премоляров?  
a) к 1-му;      b) 2-му;      c) 3-му;      d) 4-му;      e) к 5-му.
34. Какие слепочные материалы используются при изготовлении вкладок непрямым методом?  
a) гипс;      b) репин;      c) сизеласт-05;      d) упин;  
e) гелин;      f) все перечисленные.
35. Вкладки используются для восстановления дефектов коронок:  
a) фронтальных зубов;      b) жевательных зубов;      c) всех перечисленных.
36. К какому классу по Блэку относятся кариозные полости, расположенные на аппроксимальных поверхностях моляров и премоляров?  
a) к 1-му;      b) 2-му;      c) 3-му;      d) 4-му;      e) к 5-му.
37. При каких классах полостей по Блэку формируется выпуклое дно?  
a) 1;      b) 2;      c) 3;      d) 4;      e) к 5.
38. Асимметричность полости под вкладку создается с целью:  
a) повышения устойчивости вкладки;  
b) перераспределения давления;  
c) облегчения поиска пути введения вкладки.
39. Дивергенция стенок полости 1 класса по Блэку допускается:  
a) при неглубоких полостях;  
b) глубоких полостях;  
c) при полостях с истонченными стенками.
40. К какому классу по классификации Курляндского относится полость, расположенная на медиальной аппроксимальной поверхности шестого правого зуба верхней челюсти?  
a) к 1-му;      b) 2-му;      c) к 3-му.
41. Культевые штифтовые вкладки применяются для опорных коронок мостовидного протеза:  
a) да;      b) нет;      c) только на фронтальные зубы.
42. К какому классу по Блэку относят кариозные полости, расположенные в пришеечной области?  
a) к 1-му;      b) 2-му;      c) 3-му;      d) 4-му;      e) к 5-му.

43. Культовые штифтовые вкладки используются для восстановления дефектов коронок:  
а) фронтальных зубов; б) жевательных зубов; с) всех перечисленных.
44. К какому классу по классификации Курляндского относится полость, расположенная на жевательной, медиальной и дистальной аппроксимальных поверхностях шестого правого зуба верхней челюсти?  
а) к 1-му; б) 2-му; с) к 3-му.
45. Вкладки применяются:  
а) для восстановления анатомической формы зуба;  
б) опоры мостовидного протеза;  
с) для шинирования зубов;  
д) во всех перечисленных случаях.
46. Зуб, восстановленный культовой штифтовой вкладкой, может служить опорой мостовидного протеза?  
а) да; б) нет; с) да, с включением в блок рядом стоящего зуба.
47. Цельнолитая культовая штифтовая вкладка моделируется методом:  
а) прямым; б) косвенным; с) все перечисленные.
48. К IV классу полостей по Блэку относятся:  
а) пришеечные полости;  
б) полости на контактных поверхностях резцов и клыков с нарушением целостности угла режущего края;  
с) полости в естественных фиссурах и ямках;  
д) полости на контактных поверхностях зубов.
49. Классификация полостей зубов по Курляндскому основывается:  
а) на обозначении топографии дефекта;  
б) буквенном обозначении зон поражения (МОДВЯ);  
с) количественном обозначении пораженных поверхностей;  
д) на площади поражения поверхностей зуба.
50. Показано ли изготовление культовой штифтовой вкладки на 1 при полном отсутствии коронки и пломбировки канала на 2/3?  
а) да; б) нет; с) да, при сохранённой культе.
51. При сочетанном поражении 2 поверхностей коронковой части зуба (по Курляндскому) и величине дефекта по Миликевичу (больше 0,8) может быть показано:  
а) изготовление вкладки;  
б) изготовление культовой штифтовой вкладки;  
с) изготовление восстановительной коронки.
52. Какие материалы используются при изготовлении культовых штифтовых вкладок?  
а) липкий воск; б) воск лавакс; с) базисный воск.
53. Показания к изготовлению культовых штифтовых вкладок:  
а) изготовление восстановительной коронки;  
б) изготовление мостовидного протеза;  
с) отсутствие клинической коронки зуба при сохранении корня;

- d) все перечисленные.
54. Можно ли при изготовлении вкладки обратным способом снимать оттиски альгинатными массами?  
а) да;            б) нет;            с) да, если сразу отлить модель.
55. При препаровке полости под вкладку стенки должны быть:  
а) параллельными;    б) конвергировать;    с) дивергировать.
56. Длина корневой части культевой штифтовой вкладки двухкорневого зуба может:  
а) быть больше высоты предполагаемой конструкции;  
б) быть меньше высоты предполагаемой конструкции;  
с) составлять высоту предполагаемой конструкции.
57. Элементы конструкции коронки по Белкину являются:  
а) штампованная коронка с вырезанной передней стенкой;  
б) штампованный колпачок с просечками в пришеечной области, литая защитка по режущему краю;  
с) штампованная коронка со штампованным защитным козырьком по режущему краю.
58. Каркас комбинированной коронки по Бородюку состоит из элементов, изготовленных методом:  
а) штамповки;            б) литья;            с) штамповки, литья и паяния.
59. Препарирование зуба при изготовлении коронки по Бородюку проводится:  
а) в один этап;            б) два этапа;            с) в три этапа.
60. Какие аппараты применяются при изготовлении комбинированной коронки по Белкину?  
а) паяльный;            б) Паркера;            с) «Самсон»;    д) все перечисленные.
61. Для фиксации пластмассы в комбинированной коронке по Бородюку служат:  
а) литая защитная пластинка с вестибулярной петлей;  
б) вырезы в виде «ласточкиного хвоста»;  
с) платиновые крапаны.
62. Сколько полюсов для крепления пластмассы содержится в конструкции комбинированной коронки по Бородюку?  
а) 1;    б) 2;    с) 3.
63. Сплавы, используемые для изготовления комбинированной коронки по Белкину:  
а) хромоникелевая сталь;  
б) кобальтохромовая сталь;  
с) золото 750-й пробы.
64. Каркас комбинированной коронки по Белкину состоит из элементов, изготовленных методом:  
а) штамповки;            б) литья;            с) штамповки, литья и паяния.
65. Препарирование зуба при изготовлении коронки по Белкину проводится:  
а) в один этап;            б) два этапа;            с) в три этапа.
66. Для фиксации пластмассы в комбинированной коронке по Белкину служат:  
а) литая защитная пластинка с вестибулярной петлей;

- b) вырезы в виде «ласточкиного хвоста»;  
 c) платиновые крапфоны.
67. Какие осложнения могут быть во время препарирования зубов?  
 a) нарушение целостности эмали соседнего зуба; b) вскрытие пульпы;  
 c) термический ожог пульпы; d) все перечисленные.
68. Инструменты, используемые для препарирования зубов под металлическую коронку:  
 a) сепарационные диски; b) шлифовальные круги,  
 c) фасонные головки; d) все перечисленное.
69. Изготовление металлических коронок необходимо:  
 a) для восстановления анатомической формы коронки зуба;  
 b) опоры мостовидных протезов;  
 c) для шинирования подвижных зубов;  
 d) во всех перечисленных случаях.
70. При препарировании зубов под металлическую штампованную коронку сошлифовывают жевательную поверхность (мм):  
 a) на 0–3; b) 0,5; c) на 0,6–1,0.
71. Жевательная поверхность моляров после препарирования должна:  
 a) сохранять анатомическую форму;  
 b) быть ровной и гладкой;  
 c) быть вогнутой и гладкой.
72. Какие аппараты применяются для изготовления штампованной коронки?  
 a) паяльный аппарат; b) аппарат «Паркера»;  
 c) «Самсон»; d) все перечисленные.
73. Коронки, которые изготавливают на фронтальные зубы:  
 a) комбинированные; b) фарфоровые; c) металлокерамические;  
 d) пластмассовые; e) все перечисленные.
74. При какой температуре проводят отбеливание металлических коронок и мостовидных протезов (в град.)?  
 a) 40; b) 100; c) 120.
75. Щечная и небная поверхности  $\underline{5} \mid \underline{5}$  зубов должны быть сошлифованы при изготовлении штампованной коронки:  
 a) на 0,5–1 мм; b) 1–1,5 мм; c) на уровне шейки зуба.
76. Керамическая масса наносится на каркас МК-протезов методом:  
 a) прессования; b) обжига;  
 c) полимеризации под давлением; d) горячей полимеризации.
77. Для изготовления МК-коронок используются сплавы:  
 a) платины; b) КХС; c) хромоникелевая сталь.
78. Цель создания уступа при препарировании зуба под пластмассовую коронку:  
 a) для предупреждения травмы пульпы;  
 b) исключения контакта пластмассы со слизистой;  
 c) профилактики кариеса;  
 d) для предупреждения расцементировки коронки; e) все перечисленное.
79. ИРОПЗ (по Миликевичу) представляет собой:

- а) площадь разрушенной поверхности зуба;  
 б) площадь сохранившейся поверхности зуба;  
 в) соотношение размера одной из поверхностей зубов к площади «полость–пломба»;  
 г) соотношение размеров площади «полость–пломба» и жевательной поверхности зуба.
80. Модификация коронки Бородюка, предложенная Величко, заключается:  
 а) в изготовлении литого колпачка;  
 б) удалении передней стенки колпачка;  
 в) создании дополнительного полюса для крепления пластмассы;  
 г) в штамповке защитного козырька по режущему краю коронки.
81. Расстояние (в мм) от режущего края до пульпы 1 | 1 зубов у лиц в возрасте 20–24 лет (по Аболмасову):  
 а) 1–2; б) 2–3; в) 3–4; г) 4–5; д) 5–6.
82. При разрушении коронки зуба на 2/3:  
 а) показано изготовление искусственной коронки;  
 б) ЛКШВ; в) вкладки.
83. Толщина стальной штампованной коронки составляет (в мм):  
 а) 0,2–0,25; б) 0,28–0,3; в) 0,35–0,4.
84. Толщина комбинированной коронки (по Белкину) достигает (с вестибулярной стороны) (в мм):  
 а) 0,5–0,9; б) 1–2; в) 3–5.
85. Толщина литой стальной коронки может составлять (в мм):  
 а) 0,25–0,35; б) 0,4–0,7; в) 0,75–0,85; г) 0,9–1,5.
86. У резцов верхней челюсти наибольшие размеры безопасная зона имеет:  
 а) в участке от режущего края до полости зуба;  
 б) с оральной поверхности на уровне экватора;  
 в) на аппроксимальных стенках в нижней трети зуба.
87. У 6 наибольшая толщина зоны безопасного препарирования находится:  
 а) на жевательной поверхности;  
 б) вестибулярной поверхности на уровне экватора;  
 в) на оральной поверхности на уровне экватора.
88. Глубина погружения края стальной штампованной коронки в десневую бороздку составляет (в мм):  
 а) 0,1–0,2; б) 0,25–0,3; в) 0,35–0,5.
89. При дефекте твердых тканей 1 показано изготовление коронки:  
 а) из пластмассы; б) фарфора;  
 в) из металлокерамики; г) все перечисленное.
90. Какой вид зубных протезов не требует глубокой препаровки твердых тканей зуба?  
 а) стальная штампованная коронка;  
 б) комбинированный мостовидный протез;  
 в) пластмассовая коронка.



91. Необходимо ли обезболивание при препарировании интактных зубов под комбинированную искусственную коронку?  
а) да; б) нет; в) только аномалийно стоящих зубов.
92. Необходимо ли обезболивание при препарировании депульпированных зубов под комбинированную искусственную коронку?  
а) да; б) нет; в) только аномалийно стоящих зубов.
93. Обязательна ли препаровка зуба с уступом при изготовлении цельнолитой коронки?  
а) да; б) нет; в) только фронтальных зубов.
94. Порог возбудимости нервов здоровых зубов при воздействии электрическим током (в мкА):  
а) 2–6; б) 10–15; в) 20–50.
95. Ширина препаровки уступа для фарфоровой коронки составляет (в мм):  
а) 2,1–3; б) 3,1–4; в) 0,5–2,0.
96. Для изготовления временных пластмассовых коронок используется (в кабинете):  
а) карбопласт; б) редонт; в) акрилоксид; г) протакрил.
97. Непосредственный протез применяют с целью:  
а) предупреждения функциональных и эстетических нарушений;  
б) сохранения оставшихся зубов;  
в) быстрого заживления раны;  
г) всех перечисленных факторов.
98. Толщина стенки коронки из пластмассы Синма составляет (в мм):  
а) 0,5–0,7; б) 1,5–2,0; в) 2,5–3.
99. При изготовлении временных коронок из самоотвердеющей пластмассы культю зуба изолируют:  
а) вазелином; б) изоколом; в) гелем ортофосфорной кислоты; г) фторлаком.
100. Коронки из пластмассы Синма показаны:  
а) для восстановления анатомической формы резцов и клыков, как временные коронки;  
б) для восстановления анатомической формы передних и боковых зубов;  
в) для восстановления анатомической формы боковых зубов.
101. Цвет коронки, изготавливаемой из пластмассы Акрилоксид, определяется при помощи расцветки:  
а) Vita; б) Синма; в) «Кераскоп».
102. Для постоянной фиксации пластмассовых коронок не применяют цементы:  
а) цинкоксифосфатные; б) цинкоксидэвгеноловые; в) стеклоиономерные.
103. Для постоянной фиксации цельнолитых коронок не применяют цементы:  
а) цинкоксифосфатные; б) цинкоксидэвгеноловые; в) стеклоиономерные.
104. Для постоянной фиксации комбинированных коронок по Белкину не применяют цементы:  
а) цинкоксифосфатные; б) цинкоксидэвгеноловые; в) стеклоиономерные.
105. Для постоянной фиксации комбинированных коронок по Бородюку не применяют цементы:

- а) цинкоксифосфатные; б) цинкоксидэвгеноловые; с) стеклоиономерные.
106. Для постоянной фиксации комбинированных коронок по Матэ не применяют цементы:  
а) цинкоксифосфатные; б) цинкоксидэвгеноловые; с) стеклоиономерные.
107. Для постоянной фиксации комбинированных коронок по Величко не применяют цементы:  
а) цинкоксифосфатные; б) цинкоксидэвгеноловые; с) стеклоиономерные.
108. Для постоянной фиксации штампованных коронок не применяют цементы:  
а) цинкоксифосфатные; б) цинкоксидэвгеноловые; с) стеклоиономерные.
109. Временные коронки могут изготавливаться:  
а) из пластмассы; б) из металла; с) все перечисленные варианты.
110. Временные пластмассовые коронки могут изготавливаться:  
а) из самоотвердеющих пластмасс;  
б) из пластмасс горячей полимеризации; с) все перечисленные варианты.
111. Временные пластмассовые коронки могут изготавливаться:  
а) в полости рта; б) на модели; с) все перечисленные варианты.
112. При препарировании зуба под пластмассовую коронку уступ  
а) располагают на уровне десны; б) погружают под десну;  
с) не доходя до десны.
113. При препарировании зуба под штампованную коронку  
а) уступ располагают на уровне десны;  
б) уступ погружают под десну;  
с) препарирование проводится без уступа.
114. В комбинированной коронке по Белкину облицовочный материал располагается:  
а) на вестибулярной поверхности;  
б) вестибулярной и контактных поверхностях;  
с) на вестибулярной, нёбной (язычной) и контактных поверхностях.
115. В комбинированной коронке по Белкину облицовочный материал:  
а) располагается на уровне десны;  
б) заходит под десну на 0,3 мм;  
с) не доходит до десны.
116. В комбинированной коронке по Белкину край коронки:  
а) располагается на уровне десны или несколько не доходит до десны;  
б) заходит под десну на 0,3 мм;  
с) заходит под десну на 0,7–1,0 мм.
117. При препарировании зуба под комбинированную коронку по Белкину:  
а) уступ располагают на уровне десны;  
б) уступ погружают под десну;  
с) препарирование проводится без уступа.
118. Припасовка пластмассовых коронок проводится при помощи:  
а) алмазных абразивов; б) стальных фрез и боров;  
с) вулканитовых дисков; д) шаберов и штихелей.
119. Длинный край штампованной коронки укорачивают при помощи:

- а) алмазных абразивов;                      б) стальных фрез и боров;  
 с) вулканитовых дисков.
120. При протезировании штампованными коронками применяются диски:  
 а) вулканитовые;                              б) карборундовые;  
 с) алмазные сепарационные;    д) все перечисленные.
121. Наполнитель в аппарате Паркера — это:  
 а) мольдин;                      б) гелин;                      с) силамин.
122. Аппарат Паркера применяют для штамповки:  
 а) наружной;                      б) внутренней;                      с) комбинированной.
123. Толщина стенки временной коронки из пластмассы составляет (в мм):  
 а) 0,5–0,7;                      б) 1,5–2,0;                      с) 2,5–3.
124. На какой стадии полимеризации пластмассы проводят свободную формовку при изготовлении временных коронок в полости рта?  
 а) песочной;                      б) тестообразной;                      с) резиноподобной.
125. Для ускорения процесса полимеризации самотвердеющих пластмасс при изготовлении временных коронок:  
 а) коронку помещают в горячую (50–60°) воду;  
 б) коронку кипятят в 3 %-ном растворе соды;  
 с) коронку нагревают над пламенем спиртовки.
126. В каком направлении следует скалывать излишки цемента после фиксации штампованной коронки?  
 а) от десны к жевательной поверхности;  
 б) от жевательной поверхности к десне;  
 с) от дистальной поверхности к медиальной;  
 д) от медиальной поверхности к дистальной.
127. Каким абразивам следует отдать предпочтение при снятии штампованной коронки из нержавеющей стали?  
 а) алмазным;                      б) твердосплавным;                      с) стальным.
128. Показания к применению МК-протезов:  
 а) выраженный эстетический дефект;  
 б) разрушение или травматический отлом значительной коронковой части зуба, когда невозможно его восстановить при помощи пломб или вкладок;  
 с) аномалии развития и положения передних зубов, когда невозможно устранить ортодонтическими методами лечения;  
 д) флюороз;  
 е) патологическая стираемость твердых тканей зуба;  
 ф) все вышеперечисленное.
129. Противопоказания к применению МК-конструкций:  
 а) наличие зубов с живой пульпой у пациентов моложе 18–20 лет;  
 б) заболевания периодонта тяжелой степени тяжести;  
 с) микроденития;  
 д) парафункция жевательных мышц;  
 е) все перечисленные.

130. Необходимо ли учитывать «зоны безопасности» по Абалмасову при препарировании живых зубов:  
а) да; б) нет; в) только при глубоком препарировании.
131. Толщина снимаемых твердых тканей при препарировании зубов под МК-протезы (в мм):  
а) 1,5–2,0; б) 2,0–3,0; в) 1,0–1,5.
132. Должны ли конвергировать боковые поверхности зуба при препарировании под МК-конструкции?  
а) да; б) нет; в) не обязательно.
133. Под каким углом конвергируют боковые стенки зубов при обработке под МК-протезы:  
а) 5–6°; б) 3–5°; в) 12°.
134. Обязательно ли препарировать зубы под МК-конструкции с уступом?  
а) да; б) нет; в) только жевательные зубы.
135. Какие виды уступов используются при препарировании зубов под МК-протезы?  
а) под углом; б) со скосом; в) символ уступа;  
д) желобообразный; е) все перечисленные.
136. Какова ширина уступа (средняя) (в мм)?  
а) 0,5–1,2; б) 1,2–2,0; в) 0,1–0,5.
137. Под каким углом формируется уступ под МК-конструкции?  
а) 35; б) 90; в) 135; д) 45; е) все перечисленные.
138. Где формируется уступ при подготовке зубов под МК-протезы?  
а) под десной; б) на уровне десневого края; в) все перечисленные.
139. Обязательно ли депульпирование зубов под МК-протезы?  
а) да; б) только при зубоальвеолярном выдвижении; в) нет.
140. Обязательно ли депульпировать зубы под литые конструкции?  
а) да; б) только при зубоальвеолярном выдвижении; в) нет.
141. Этапы (клинические) изготовления МК-конструкций (выбрать):  
а) обследование и выбор конструкции;  
б) препарирование опорных зубов;  
в) изготовление провизорных коронок;  
г) получение двухслойного оттиска;  
д) укрепление временных коронок или МК;  
е) все перечисленные.
142. Какие оттиски изготавливаются для получения МК-протезов?  
а) однослойные; б) двухслойные; в) гипсовые.
143. Какие слои имеются в оттиске для изготовления МК-протезов?  
а) ориентировочный, базовый;  
б) базовый, коррегирующий;  
в) все перечисленные.
144. Какие слепочные массы можно использовать для получения двухслойных оттисков?  
а) альгинатные; б) гипс; в) супергипс;

- d) термопластические; e) силиконовые.
145. Выберите массы для получения двухслойных оттисков:  
a) «Hydrogum»; b) Zeta; c) «Upeen»; d) «Stomalgin».
146. Необходимо ли проведение манипуляций «ретракция десны» при снятии двухслойных оттисков?  
a) да; b) нет; c) по усмотрению врача.
147. Способы ретракции десны:  
a) механический; b) механохимический;  
c) хирургический; d) все перечисленные.
148. Какая модель изготавливается для изготовления МК-конструкций?  
a) разборная; b) простая; c) из пластмассы.
149. Нужно ли изготавливать провизорные коронки под МК-конструкции?  
a) да; b) нет; c) по усмотрению врача.
150. Каким фиксирующим (временным) материалом следует отдавать предпочтение при временной фиксации провизорных коронок на живые зубы?  
a) водный дентин; b) репин; c) Upeen.
151. Каким фиксирующим материалом (временным) следует отдавать предпочтение при временной фиксации провизорных коронок на девитальные зубы?  
a) репин; b) водный дентин; c) масляный дентин.
152. Какие сплавы металлов используются для изготовления каркасов МК-протезов?  
a) КХС; b) Wiron (Bego); c) Light cast (Ivoclar);  
d) Degudent (Degussa); e) Супер ТЗ; f) все перечисленные.
153. Каким сплавам следует отдавать предпочтение при изготовлении каркаса МК-протезов?  
a) КХС; b) ХНС; c) золото 900-й пробы.
154. Преимущества КХС перед ХНС при изготовлении каркасов МК:  
a) обладает высокой жесткостью; b) меньше подвержены деформациям;  
c) меньше дают усадку; d) все перечисленные.
155. Какова толщина колпачка МК-конструкции (в мм):  
a) 0,3–0,4; b) 0,5–0,6; c) 1,0–1,2.
156. Оптимальная толщина фарфоровой облицовки должна быть (в мм):  
a) 1,2–1,5; b) 2,0–2,5; c) 3,0.
157. Обязательно ли наличие гирлянды при изготовлении МК-конструкций?  
a) да; b) нет; c) только на жевательные зубы.
158. Где изготавливается гирлянда на МК-протезах:  
a) с небной поверхности; b) с язычной поверхности;  
c) циркулярно; d) все перечисленные.
159. Техника подбора цвета:  
a) естественное освещение; b) учитывается возраст пациента;  
c) зубы должны быть почищены; d) все перечисленные.
160. Фиксация МК-конструкций в полости рта (постоянная фиксация):  
a) СИЦ; b) силицин цемент; c) акрилоксид;  
d) водный дентин; e) репин.

161. Каким фиксирующим материалам следует отдавать предпочтение при фиксации МК-протезов на витальные зубы?  
а) СИЦ; б) силидонт цемент; с) водный дентин.
162. Осложнения при протезировании МК-конструкциями:  
а) травматический пульпит;  
б) отлом коронковой части зуба-культи;  
с) разрушение циркулярной зубодесневой связки;  
д) все перечисленные.
163. Причины скола МК-массы:  
а) не выверенные окклюзионные контакты;  
б) широкий и не глубокий уступ;  
с) отсутствие гирлянды;  
д) по вине пациента; е) все перечисленные.
164. Можно ли чинить МК-конструкции в полости рта?  
а) да; б) нет; с) только одиночные коронки.
165. Какая кислота используется при починке МК-протезов на практике?  
а) плавиковая; б) ортофосфорная;  
с) муравьиная; д) все перечисленные.
166. Каково процентное содержание плавиковой кислоты при починке МК-протезов в практике?  
а) 9,5 %-ный гель; б) 10,5 %-ный гель; с) 5 %-ный гель.
167. Время травления плавиковой кислотой (сек.) (при починке МК-протезов в практике):  
а) 3; б) 5; с) 6; д) 10.
168. Требования, предъявляемые к каркасу МК-протезов:  
а) толщина каркаса не менее 0,3 мм;  
б) недопустимы перфорации каркаса;  
с) необходимо использовать совместные материалы — сплав и покрытие;  
д) все перечисленные.
169. Оптимальная величина зазора между культей зуба и коронкой (мкм):  
а) 120–16; б) 170–180; с) 90–110.
170. Противопоказания к использованию зубов с живой пульпой под МК-конструкции:  
а) микродентия;  
б) зубы с учетом наклона в сторону дефекта, превышающего 23–33° у раз-  
личной группы зубов;  
с) зубы с отклонением от окклюзионной линии в пределах 1,5–2,0 мм;  
д) зубы, имеющие низкую коронку;  
е) все вышеперечисленные.
171. Причины расцементирования МК-конструкций:  
а) не соблюдения режима высыхания при фиксации;  
б) использование просроченных материалов для фиксации МК-протезов;  
с) все перечисленное.
172. Композиционные материалы, используемые для реставрации МК-протезов:

- a) «Фарест» (Россия); b) «Panavia» (США); c) «Формамент» (Россия);  
d) «Siliatar» (Германия); e) все перечисленные.
173. Локализация сколов МК-массы:  
a) вестибулярный край; b) режущий край; c) пришеечная поверхность;  
d) окклюзионная поверхность; e) все перечисленные.
174. В прочности соединения облицовочного слоя и металла ведущими являются факторы:  
a) физические; b) химические; c) все перечисленные.
175. Конструкция штифтового зуба по Ричмонду включает:  
a) комбинированную коронку по Белкину со штифтом;  
b) штифт со вкладкой;  
c) штампованный колпачок на культю зуба, спаянный со штифтом.
176. Простой штифтовый зуб включает:  
a) штифт, спаянный с колпачком;  
b) штифт со вкладкой;  
c) проволочный штифт с пластмассовой коронкой.
177. С помощью каких инструментов распломбируют корневой канал?  
a) колесовидных боров; b) шаровидных боров;  
c) сепарационных дисков; d) металлических фрез.
178. Штифтовый зуб по Ильиной–Маркосян включает:  
a) штифт, спаянный с колпачком; b) штифт со вкладкой;  
c) стандартный штифт (анкер) с пластмассовой коронкой.
179. В какой штифтовой конструкции возможна замена коронковой части с сохранением фиксации штифта в корневом канале?  
a) штифтовый зуб; b) культевая штифтовая вкладка;  
c) штифтовый зуб по Ильиной–Маркосян.
180. Штифтовые зубы по Ильиной-Маркосян показаны:  
a) при истонченных стенках корня;  
b) при неистонченных стенках корня;  
c) независимо от толщины стенок корня, но при условии его выстояния над уровнем десны.
181. Штифтовый зуб по Дэвису:  
a) металлический; b) пластмассовый + штифт;  
c) фарфоровая коронка + штифт.
182. Штифтовый зуб по Ильиной–Маркосян:  
a) штифт + пластмассовая коронка;  
b) штифт + кубическая вкладка + пластмассовая коронка;  
c) штифт + кубическая вкладка + фарфоровая коронка.
183. Классическая конструкция штифтового зуба по Ричмонду:  
a) штампованный колпачок на культю зуба, спаянный со штифтом и защиткой для пластмассы;  
b) кольцо, спаянное с пластинкой, покрывающей культю зуба, штифтом и защиткой из золота для облицовки из керамики;

- с) штифт, спаянный с коронкой с облицовкой.
184. При сохранении коронковой части зуба высотой 1–1,5 мм над уровнем десны показано изготовление:
- а) штифтовых конструкций зубов;
  - б) восстановительных коронок (штампованных);
  - с) все вышеперечисленные.
185. При разрушении зуба до десневого края показано:
- а) удаление корня;      б) культевая штифтовая вкладка;
  - с) штифтовый зуб по Ахмедову.
186. Длина корневого штифта должна быть:
- а) равна или больше высоты коронки зуба;
  - б) меньше  $\frac{1}{2}$  коронки зуба;
  - с)  $\frac{1}{2}$  коронки зуба.
187. По методу изготовления штифтовые конструкции делятся:
- а) на литые;      б) на паяные;      с) все перечисленные.
188. Требования, предъявляемые к штифтовым конструкциям:
- а) хорошо фиксироваться в корне посредством штифта;
  - б) удовлетворять эстетическим требованиям;
  - с) не препятствовать движениям нижней челюсти;
  - д) плотно прилегать к поверхности корня для исключения травмы тканей окружающих его;
  - е) все вышеперечисленные.
189. Надкорневая защитка в штифтовых конструкциях предназначена:
- а) для исключения травмы тканей окружающих корень;
  - б) для предупреждения рассасывания цемента и раскалывания корня;
  - с) для эстетики.
190. Фарфоровые коронки со штифтами, изготовленные фабричным способом:
- а) Катца, Ахмедова;      б) Бонвиля, Логана;
  - с) Ричмонда, Ильиной–Маркосян.
191. Штифтовые протезы с охватывающими корень элементами и вкладками:
- а) Белкина, Бородюка;      б) Девиса, Лига;
  - с) Ричмонда, Ильиной–Маркосян.
192. Штифтовые зубы применяются:
- а) на фронтальных зубах верхней челюсти и первых премолярах;
  - б) на фронтальных зубах нижней челюсти, вторых премолярах и молярах верхней челюсти;
  - с) во всех перечисленных случаях.
193. Оценка состояния корня и окружающей его костной ткани проводится после:
- а) пальпации;      б) перкуссии;      с) ЭОД;      д) R-граммы.
194. Оптимальное соотношение коронки зуба и корня:
- а) 1:1;      б) 1:2;      с) 1:3;      д) 1:0,5.
195. Толщина стенок корня при изготовлении штифтового зуба должна быть не менее (в мм):



- a) 0,54      b) 1;      c) 1,5;      d) 2.
196. Корневой канал должен быть запломбирован:  
a) до апикального отверстия;    b) не доходя 0,5 мм до апекса;  
c) не доходя 1 мм до апекса.
197. Толщина штифта в устье канала и в корневом канале для штифтового зуба должна составить не менее (в мм):  
a) 1,0–0,3;      b) 2,0–1,2;      c) 2,2–3,0.
198. Коронка Логана — это:  
a) пластмассовая коронка со штифтом;  
b) коронка по Белкину со штифтом;  
c) фарфоровая коронка со штифтом.
199. Под штифтовую конструкцию корень распломбировывается:  
a) на 1/2;    b) 1/3;      c) на 2/3.
200. Пластмассовый зуб со штифтом изготавливают:  
a) фабрично;      b) в лаборатории;      c) все вышеперечисленные.
201. Для изготовления штифтового зуба по Ричмонду корень должен выступать над уровнем десны не менее (мм):  
a) 0,5;      b) 1;      c) 1,5–2,5.
202. Конструктивные элементы какого штифтового зуба включает в себя штифтовая конструкция Копейкина?  
a) Ахмедова;    b) Ильиной–Маркосян;    c) Ричмонда;    d) Бородюка.
203. В штифтовом зубе по Ильиной–Маркосян вкладка:  
a) предотвращает вращательные движения зуба;  
b) закрывает корневой канал от слюны;  
c) амортизирует жевательную нагрузку;  
d) все перечисленные функции.
204. Осложнения при распломбировке канала корня под штифты:  
a) разгерметизация апикального отверстия;    b) перфорация стенки корня;  
c) выход в периапикальные ткани;      d) все перечисленные.
205. Штифтовый зуб по Ахмедову изготавливается при разрушении коронковой части:  
a) до уровня десны;      b) выше уровня десны на 4–5 мм;  
c) ниже уровня десны на 0,3 мм.
206. Могут ли использоваться штифтовые зубы как составные элементы шинирующей конструкции?  
a) да;      b) нет;      c) только на жевательных зубах.
207. К противопоказаниям при протезировании штифтовыми зубами относят:  
a) разрушение коронковой части до уровня десны;  
b) пломбирование каналов без гуттаперчевых штифтов;  
c) разрушение корня ниже уровня десны.
208. Инструменты для распломбировки корневого канала:  
a) фреза металлическая;      b) ларго;  
c) каналонаполнитель;      d) колесовидный бор.
209. Способы изготовления культевой штифтовой вкладки:

- а) прямой;            б) косвенный;        с) все перечисленные.
210. Культевые штифтовые вкладки изготавливают при протезировании:  
а) ламинатами;        б) искусственными коронками;        с) полукоронками.
211. Для изготовления культевой штифтовой вкладки в лабораторных условиях необходимо изготовление разборной рабочей модели?  
а) да;            б) нет;            с) по усмотрению зубного техника.
212. Для изготовления культевой штифтовой вкладки в лабораторных условиях рабочая модель должна быть отлита:  
а) из обычного гипса;        б) супергипса;        с) из легкоплавкого металла.
213. Культевые штифтовые вкладки изготавливают только:  
а) на фронтальную группу зубов;  
б) жевательную и клыки нижней челюсти;  
с) на любой зуб.
214. Форма амортизационной вкладки штифтового зуба по Ильиной–Маркосян:  
а) овальная;            б) кубическая;            с) цилиндрическая.
215. Для моделировки культевой штифтовой вкладки используют воск:  
а) бюгельный;        б) «Лавакс»;            с) базисный.
216. Можно ли изготовить культевую штифтовую вкладку на многокорневой зуб?  
а) да;        б) нет;            с) только при условии сохранения наддесневой культи.
217. Являются ли разборными составные элементы культевой штифтовой вкладки штифт и культея?  
а) да;        б) нет;            с) только на фронтальные зубы.
218. Оттискные материалы, используемые при изготовлении культевых штифтовых вкладок непрямым методом:  
а) эластические альгинатные;        б) эластические силиконовые;  
с) термопластические;            д) гипс.

### **Протезирование частичного отсутствия зубов мостовидными протезами**

1. Несъемные мостовидные протезы относятся к конструкциям:  
а) физиологическим;        б) полуфизиологическим;        с) нефизиологическим.
2. Методы изготовления мостовидных протезов:  
а) паяные;            б) цельнолитые;        с) беспаяные;        д) все перечисленные.
3. Касательная конструкция промежуточной части паяного мостовидного протеза создается:  
а) во фронтальном участке;        б) в боковых отделах;  
с) всё вышеперечисленное.
4. Промежуточную часть мостовидного протеза отливают из сплава марки:  
а) ПД-190;        б) ПД-250;            с) золото 900-й пробы.
5. Штампованно-паяные мостовидные протезы изготавливают из сплавов:  
а) хромоникелевой стали;        б) кобальтохромовой стали;        с) титана.

6. Промежуточная часть паяного мостовидного протеза для фронтальной группы зубов должна иметь форму:  
а) касательную; б) промывную; в) седловидную.
7. Промывная конструкция промежуточной части паяного мостовидного протеза создается:  
а) во фронтальном участке; б) в боковых отделах;  
в) все вышеперечисленные.
8. Какую конструкцию промежуточной части паяных мостовидных протезов целесообразно использовать в области жевательных зубов?  
а) седловидную; б) касательную; в) промывную.
9. У пациента на верхней челюсти имеются зубы: 732/3. Укажите тип дефекта по классификации Кеннеди:  
а) 1; б) 2; в) 3; г) 4.
10. У пациента на верхней челюсти сохранен только 3 зуб. Укажите тип дефекта по классификации Гаврилова:  
а) 1; б) 2; в) 3; г) 4.
11. У пациента на верхней челюсти сохранены 321 | 123 зубы. Укажите тип дефекта по классификации Кеннеди:  
а) 1; б) 2; в) 3; г) 4.
12. У пациента на верхней челюсти имеется только 1. Укажите класс дефекта по Гаврилову:  
а) 1; б) 2; в) 3; г) 4.
13. Что включают в себя этапы подготовки коронок и промежуточной части к пайке:  
а) зачистку спаиваемых поверхностей;  
б) склеивание коронок и промежуточной части между собой воском;  
в) загипсовку деталей в гипсовый блок;  
г) все перечисленное.
14. Какие инструменты и оборудование используются для моделировки промежуточной части мостовидного протеза?  
а) паяльный аппарат; б) шпатель;  
в) наковальня; г) шлифовальный круг.
15. От каких факторов зависит прочность соединения коронок с промежуточной частью мостовидного протеза?  
а) от площади спаиваемой поверхности; б) чистоты этих поверхностей;  
в) зазора между зубами и коронками; г) от всех перечисленных.
16. Усадочные раковины при литье образуются из-за:  
а) неполного выгорания воска;  
б) недостаточного обжига формы;  
в) неправильного размещения литников;  
г) недостаточного центробежного уплотнения;  
д) всех перечисленных причин.
17. Усадка керамических масс при обжиге составляет (в %):  
а) 3–5; б) 6–12; в) 15–40; г) 40–50.

18. У пациента имеются 87 32 | 34 7 зубы. Укажите тип дефекта по классификации Кеннеди:
- a) I;            b) II;            c) III;            d) IV.
19. Для снижения функциональной нагрузки на опорные зубы и зубы-антагонисты при несъемном протезировании допускается ли выведения протеза из окклюзии?
- a) да;            b) нет;            c) всё вышеперечисленное.
20. Какой технологический процесс не входит в лабораторные этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов?
- a) моделировка;    b) штамповка;    c) литье;    d) шлифовка;    e) полировка.
21. Показано ли изготовление мостовидного протеза при отсутствии 21 | 12 и интактном пародонте?
- a) нет;            b) да, с опорой на 3 | 3;            c) да, с опорой на 43 | 34.
22. Показан ли мостовидный протез при отсутствии |12;11;21;22;23;24?
- a) да;            b) нет;            c) только цельнолитой.
23. Показано ли изготовление консольного протеза при отсутствии |1 и интактном пародонте?
- a) да с опорой на 1 |;            b) да с опорой на |2;            c) нет.
24. У пациента на верхней челюсти сохранены 43 | 345 8, остальные зубы отсутствуют. Укажите тип дефекта по классификации Кеннеди:
- a) I;            b) II;            c) III;            d) IV.
25. Методы изготовления мостовидных протезов:
- a) цельнолитые;    b) паяные;    c) беспаяные;    d) все перечисленные.
26. Показано ли изготовление консольного протеза при отсутствии |5 и интактном пародонте?
- a) нет;            b) да, с опорой на |6;    c) да, с опорой на |4.
27. При замещении дефектов зубного ряда IV класса по Кеннеди соотношение промежуточной части мостовидного протеза к альвеолярному отростку должно быть:
- a) касательным;    b) промывным;            c) седловидным.
28. По классификации Кеннеди множественные, топографически различные дефекты относят:
- a) к меньшему по порядку классу;    b) к большему по порядку классу;    c) обозначают все имеющиеся классы.
29. Указать тип дефекта зубного ряда по классификации Кеннеди:
- 87654321|12345678  
07600321|003456070 :
- a) I;            b) II;            c) III;            d) IV
30. Изготовление консольных протезов в области моляров:
- a) показано;            b) не показано;            c) по усмотрению врача.
31. Показано ли изготовление мостовидного протеза при следующем дефекте зубного ряда 87654000 | 00045678 ?  
87654321 | 12345678

- a) да;                      b) нет;                      c) по усмотрению врача.
32. Указать тип дефекта зубного ряда нижней челюсти по классификации Кеннеди  $\frac{87654321 | 02340078}{07600321 | 00345600}$ :
- a) I;      b) II;      c) III;      d) IV
33. Указать тип дефекта зубного ряда по классификации Кеннеди  $\frac{00054321 | 12000070}{00000000 | 00000000}$ :
- a) I;      b) II;      c) III;      d) IV
34. Для постоянной фиксации мостовидного протеза используют:
- a) силицин;              b) эвикрол;              c) акрилоксид;  
d) висфат-цемент;      e) все перечисленные.
35. Показан ли мостовидный протез  $\frac{300}{1/4} | \frac{003}{3}$  при атрофии костной ткани на нижнюю челюсть:
- a) да;              b) нет;              c) по усмотрению врача.
36. Можно ли изготовить цельнолитой мостовидный протез на интактные опорные зубы?
- a) да;              b) нет;              c) только в боковом отделе.
37. У пациента на в/чел. сохранены  $\frac{543}{3}$  зубы. Укажите тип дефекта по классификации Кеннеди:
- a) I;      b) II;      c) III;      d) IV.
38. Укажите причины удаления зубов при выравнивании окклюзионной поверхности у больных с вторичными деформациями:
- a) хронические не леченные верхушечные очаги в периодонте переместившихся зубов;  
b) атрофия костной ткани на  $3/4$ ;  
c) подвижность зуба III степени;  
d) все перечисленные.
39. Наиболее целесообразная методика определения разности потенциалов ортопедических конструкций в полости рта:
- a) измерение разности потенциалов между протезами, включив прибор последовательно;  
b) измерение разности потенциалов между протезами, включив прибор параллельно;  
c) вычисление разности потенциалов, предварительно измерив потенциалы каждой отдельно взятой конструкции.
40. Аппараты, применяемые для определения разности потенциалов ортопедических конструкций:
- a) амперметры;      b) миллиамперметры;  
c) вольтметры с внутренним сопротивлением 3–5 тыс. Ом;  
d) вольтметры с внутренним сопротивлением 10 мега Ом.

41. Через какое время после снятия мостовидных протезов по поводу аллергии нормализуются показатели крови?  
а) 3–4 дня;                      б) 3–4 недели;                      с) 3–4 месяца.
42. Какие из перечисленных факторов могут способствовать развитию аллергии на несъемные протезы?  
а) проведена химическая полировка протеза;  
б) в анамнезе у больного имеется аллергия на никель;  
с) протез изготовлен из сплава золота с облицовкой из керамики;  
д) в паяном мостовидном протезе опорные коронки и промежуточная часть в значительной степени покрыты припоем.
43. Возможные факторы, приводящие к возникновению заеды:  
а) снижение окклюзионной высоты;  
б) частичная вторичная адентия без снижения высоты прикуса;  
с) заболевания тканей периодонта.
44. Когда показана операция компактостеотомии (аппаратурно-хирургический метод лечения при феномене Попова–Годона)?  
а) при заболеваниях тканей периодонта;  
б) при I форме зубоальвеолярного удлинения;  
с) при II форме зубоальвеолярного удлинения.
45. Укажите, о каких перечисленных ниже факторах должен помнить ортопед, выравнивая окклюзионную поверхность путем повышения окклюзионной высоты:  
а) о множественном контакте;  
б) сохранении физиологического покоя жевательной мускулатуры;  
с) о возможности жалоб больного со стороны ВНЧС и жевательной мускулатуры;  
д) все вышеперечисленные.
46. Указать форму зубоальвеолярного удлинения, если в области 76 | 67 на в/ч гипертрофия альвеолярных отростков, обнажения шеек нет (по классификации В. А. Пономаревой):  
а) I форма;                      б) II форма;                      с) III форма.
47. Под вторичной травматической окклюзией понимают окклюзию когда:  
а) жевательную нагрузку необычную по величине, направлению и времени действия, испытывает здоровый периодонт;  
б) жевательную нагрузку обычную по величине, направлению и времени действия, испытывает пораженный периодонт;  
с) всё вышеперечисленное.
48. При выравнивании окклюзионной поверхности и значительном снижении высоты прикуса восстановить окклюзионную высоту на протез одномоментно можно (в мм):  
а) на 1–2;                      б) 2–4;                      с) на 6–8.
49. Какой метод можно применить у больного 25 лет при I кл. форме зубоальвеолярного удлинения 76| (зубы смещены на 2–3 мм за окклюзионную плоскость)?

- a) ортопедический;                    b) ортодонтический;  
c) хирургический;                    d) все перечисленные.
50. Устранение функциональной травматической перегрузки зубов достигается:  
a) избирательным пришлифовыванием зубов;  
b) ортодонтическим исправлением прикуса и положения зубов;  
c) шинированием и рациональным протезированием;  
d) все перечисленное.
51. К шинам, перекрывающим зубной ряд, относятся:  
a) коронковая;                    b) балочная;  
c) полукоронковая;                    d) все перечисленные.
52. Для заполнения одонтопародонтограммы необходимо:  
a) наличие рентгеновских снимков зубов;  
b) данные гнатодинамометрии;  
c) проведение жевательных проб.
53. Конструкции мостовидных протезов определяются:  
a) величиной дефекта;                    b) топографией дефекта;  
c) состоянием опорных зубов;                    d) все перечисленное.
54. Во время фиксации мостовидного протеза произошло повышение прикуса. Тактика врача-ортопеда:  
a) пришлифовать жевательные поверхности зубов-антагонистов;  
b) немедленно снять протез и фиксировать заново;  
c) пришлифовать искусственные коронки и зубы.
55. Консольный протез передает жевательное давление:  
a) физиологически;                    b) полуфизиологически;                    c) нефизиологически.
56. Обращенные к дефекту зубного ряда поверхности опорных зубов мостовидного протеза препарируются параллельно:  
a) друг другу либо с легкой дивергенцией;  
b) друг другу либо с легкой конвергенцией по отношению друг к другу;  
c) собственной оси каждого зуба.
57. Припасовка мостовидного протеза из пластмассы заключается:  
a) в выявлении копировальной бумагой мешающих участков внутри пластмассовых коронок с последующим сошлифовыванием этих участков;  
b) в выявлении копировальной бумагой мешающих участков на естественных зубах последующим их сошлифовыванием;  
c) всё вышеперечисленное.
58. При низких клинических коронках показано изготовление мостовидного протеза?  
a) металлокерамический;                    b) цельнолитой;                    c) штампованно-паяный.
59. Для пескоструйной обработки каркаса МК-протеза используется:  
a) оксид алюминия;                    b) карбид кремния;                    c) все перечисленные.
60. Обезжиривание металлического каркаса перед нанесением керамического покрытия осуществляют с использованием:  
a) этилацетата;                    b) спирта этилового;                    c) спирта этилового 90°; эфира.
61. Пескоструйная обработка каркаса МК-протеза осуществляется:

- a) для удаления окисной пленки;                      b) снятия напряжений в металле;  
c) для создания шероховатой поверхности; d) все перечисленное.
62. Составной мостовидный протез показан:  
a) при сильно наклоненных в сторону дефекта опорных зубах;  
b) феномене Попова–Годона;  
c) при повороте зуба вокруг оси.
63. Для изготовления металлокерамического мостовидного протеза получают оттиск:  
a) функциональный;            b) двухслойный;            c) однослойный.
64. Мостовидные протезы снимают при помощи:  
a) колесовидных боров;    b) твердосплавных турбинных боров;  
c) аппарата Каппа;            d) шпателя зубоврачебного;  
e) всего перечисленного.
65. Влияет ли количество обжигов на прочность керамического покрытия металлокерамического протеза?  
a) да;            b) нет;            c) нет, при соблюдении технологии обжига.
66. Окисная пленка металлического каркаса из КХС, подготовленного к нанесению керамического покрытия, имеет цвет:  
a) зеленоватый;    b) матовый серый (цвет асфальта);            c) черный.
67. Какую конструкцию нецелесообразно применять в качестве опоры мостовидного протеза?  
a) металлокерамическую коронку;    b) коронку по Бородюку;  
c) коронку по Белкину;            d) коронку по Величко;  
e) цельнолитую коронку.
68. На этапе припасовки штампованно-паяного мостовидного протеза промежуточную часть корригируют:  
a) алмазным кругом;            b) вулканитовым кругом;    c) стальными фрезами.
69. Керамическую облицовку на этапе припасовки металлокерамического протеза пришлифовывают:  
a) вулканитовым диском;  
b) алмазными головками;  
c) эластическим вулканитовым кругом.
70. Последовательность изготовления штампованно-паяного мостовидного протеза в клинике:  
a) определение центральной окклюзии;  
b) припасовка коронок;  
c) препарирование зубов;  
d) получение рабочего и вспомогательного оттисков;  
e) припасовка мостовидного протеза;  
f) получение оттисков для изготовления промежуточной части мостовидного протеза;  
g) фиксация мостовидного протеза;  
Написать \_\_\_\_\_



## Протезирование частичного отсутствия зубов съемными протезами

### А. Частичные съемные пластиночные протезы

1. Внутренняя поверхность пластиночного протеза обрабатывается:  
а) наждачной бумагой; б) карборундовыми кругами; с) не шлифуется.
2. Назначение тела удерживающего кламмера:  
а) для фиксации кламмера в протезе;  
б) обеспечения жесткого соединения плеча кламмера с протезом;  
с) для амортизации.
3. Инструменты для обработки базисов пластиночных протезов:  
а) шабер; б) штихель;  
с) зуботехнический шпатель; д) все перечисленные.
4. Частичный съемный пластиночный протез состоит: искусственные зубы, фиксирующие элементы (дописать) \_\_\_\_\_.
5. Восковой базис с окклюзионными валиками должен быть:  
а) на уровне сохранившихся зубов;  
б) возвышаться над сохранившимися зубами на 1–2 мм;  
с) не доходить на 1 мм до уровня сохранившихся зубов.
6. При какой стадии созревания пластмассы проводится формовка?  
а) песочная; б) тестообразная;  
с) стадия тянущихся нитей; д) резиноподобная.
7. Толщина кламмерной проволоки (в мм):  
а) 0,4–0,6; б) 0,8–1,2; с) 1,3–2,0.
8. Какая пластмасса используется для изготовления базисов съемных протезов?  
а) акрилоксид; б) карбопласт; с) протакрил; д) этакрил.
9. Граница базиса частичного съемного пластиночного протеза по отношению к сохранившимся жевательным зубам проходит:  
а) по шейкам зубов; б) перекрывает зубы на 1/2;  
с) перекрывает зубы на 2/3.
10. Дистальная граница частичного съемного пластиночного протеза на верхней челюсти должна перекрывать верхнечелюстные бугры:  
а) на 1/3; б) на 1/2; с) полностью.
11. В удерживающем кламмере различают: отросток, тело (дописать) \_\_\_\_\_.
12. Плечо удерживающего кламмера располагается:  
а) на экваторе зуба; б) между экватором и шейкой зуба;  
с) между жевательной поверхностью и экватором зуба.
13. Частичный съемный пластиночный протез по принципу передачи жевательного давления относится к конструкциям:  
а) физиологическим; б) полуфизиологическим; с) нефизиологическим.
14. Какая пластмасса используется для починки базисов съемных протезов?  
а) акрилоксид; б) карбопласт; с) протакрил.
15. Отросток гнутого удерживающего кламмера располагают:

- a) на вестибулярной поверхности базиса протеза;
  - b) середине гребня альвеолярного отростка;
  - c) на оральной поверхности базиса протеза.
16. Жевательные зубы в съемных протезах при ортогнатическом прикусе располагают:
- a) ось зуба проходит по гребню альвеолярного отростка;
  - b) сместив ось зуба относительно гребня альвеолярного отростка на  $1/3$  вестибулярно;
  - c) сместив ось зуба относительно гребня альвеолярного отростка на  $1/3$  орально.
17. Укажите последовательность лабораторных этапов изготовления съемных пластиночных протезов:
- a) заливка моделей в окклюзатор и расстановка зубов;
  - b) получение моделей и изготовление восковых базисов с прикусными валиками;
  - c) обработка, шлифовка, полировка протезов;
  - d) замена воска на пластмассу.
18. При замещении дефекта 00000021 | 00005000 используется протез:
- a) мостовидный;    b) бюгельный;    c) пластиночный.
19. Частичный съемный пластиночный протез состоит:
- a) из базиса;            b) из фиксирующих элементов;
  - c) \_\_\_\_\_ (дописать).
20. Что такое кламмерная линия?
- a) линия, проходящая по окклюзионной поверхности зубов;
  - b) воображаемая линия, проходящая через опорные зубы;
  - c) линия, проходящая по вестибулярной поверхности зубов.
21. Какое направление кламмерной линии предпочтительнее на верхней челюсти?
- a) трансверзальное;    b) диагональное;    c) сагиттальное.
22. Плоскостное крепление протеза подразумевает:
- a) кламмерную линию, проходящую в поперечном направлении;
  - b) кламмерные линии, соединяющие опорные зубы, образуют геометрическую фигуру;
  - c) кламмерную линию в сагиттальном направлении.
23. Чем определяется направление кламмерной линии?
- a) желанием врача;
  - b) желанием пациента;
  - c) топографией дефекта и состоянием периодонта опорных зубов.
24. Какое направление кламмерной линии предпочтительнее на нижней челюсти?
- a) сагиттальное;    b) диагональное;    c) трансверзальное.
25. В частичных съемных пластиночных протезах удерживающий кламмер используется:
- a) для передачи жевательной нагрузки на зуб;
  - b) механической фиксации протеза;
  - c) для перераспределения нагрузки между зубами и слизистой оболочкой.

26. Частичный съемный пластиночный протез состоит из базиса с зубами, дуги и кламмеров?  
а) да;            б) нет;            с) да, но без кламмеров.
27. После проведения полимеризации кювету:  
а) сразу же извлекают и помещают под проточную воду;  
б) охлаждают в сосуде для полимеризации;  
с) охлаждают в воде, а затем на воздухе.
28. Граница базиса частичного съемного протеза по отношению к переходной складке:  
а) на 1–2 мм не доходя;    б) на уровне;            с) на 0,5 мм перекрывает.
29. Укажите последовательность клинических этапов изготовления съемных пластиночных протезов (цифрами):  
1) определение центральной окклюзии;            2) получение оттисков;  
3) сдача съемных протезов пациенту;  
4) проверка конструкции съемных протезов.
- 
30. При замещении дефекта 00000030 | 00045000 используется протез:  
а) мостовидный;            б) бюгельный;            с) пластиночный.
31. Сколько времени больной должен пользоваться протезом до прихода к врачу на коррекцию?  
а) 5–6 ч;            б) 1–2 дня;            с) 3–5 дней.
32. Через сколько лет съемные протезы подлежат замене?  
а) 1–2 года;    б) 3–5 лет;            с) 7–10 лет.
33. Толщина базиса протеза на верхней челюсти должна быть (в мм):  
а) 1,5–2,0;    б) 3–4;            с) 5–6.
34. Как устранить явления непереносимости к пластиночному протезу на в/ч?  
а) провести перебазировку протеза в полости рта;  
б) провести повторную полимеризацию протеза;  
с) по жевательной поверхности пластмассовых зубов наслоить самотвердеющую пластмассу и дать возможность сомкнуть протезы в центральной окклюзии.
35. Какие из перечисленных приемов применяются при аллергии на базисную пластмассу?  
а) изготавливать протез из бесцветной пластмассы;  
б) изготавливать протез с металлическим базисом;  
с) применять методику литьевого прессования;  
д) все перечисленные.
36. При наличии у пациента папилломатоза стоматолог-ортопед должен:  
а) изготовить новый протез с заведомо укороченными границами;  
б) наварить по границам старого протеза мягкую пластмассу;  
с) рекомендовать пациенту хирургическое удаление разросшейся слизистой оболочки с последующим изготовлением нового протеза.
37. Какие профилактические средства рекомендуются при аллергии к съемным протезам?

- а) хромирование;            б) золочение;            с) серебрение.
38. Какой компонент является основным в развитии аллергии на акриловый протез?  
а) перекись бензоила;            б) дибутилфталат;            с) остаточный мономер;  
е) краситель;            ф) гидрохинон.
39. Какой из клинических этапов отсутствует при изготовлении непосредственных протезов?  
а) определение центральной окклюзии;  
б) проверка конструкции в полости рта;  
с) все перечисленные.
40. Удерживающие кламмеры в непосредственных съемных пластиночных протезах изготавливают из ортодонтической проволоки диаметром (в мм):  
а) 0,6–1,2;            б) 1,5–2,0;            с) 2,5–3,5.
41. Непосредственные съемные пластиночные протезы изготавливают с постановкой:  
а) искусственных зубов на приточке;  
б) искусственных зубов на искусственной десне;  
с) и на искусственной десне, и на приточке.
42. Какие имеются варианты срезания зубов на модели, подлежащих удалению при изготовлении непосредственных протезов?  
а) на уровне шеек;            б) на 1 мм выше альвеолярного отростка;  
с) все перечисленные.
43. Существует ли методика изготовления непосредственных съемных пластиночных протезов, предусматривающая припасовку пластмассового базиса в полости рта с последующим получением оттиска вместе с ним?  
а) да;            б) нет;            с) да, но без снятия оттиска.
44. Какая из пластмасс используется для изготовления непосредственного протеза?  
а) Этакрил;            б) Фторакс;            с) Протакрил;  
д) Редонт;            е) все перечисленные.
45. При изготовлении непосредственного протеза по Г. П. Соснину толщина гипса, срезаемого с вершины гребня альвеолярного отростка во фронтальном участке, составляет (в мм):  
а) 1–2;            б) 2–3;            с) 3.
46. При изготовлении непосредственного протеза по Г. П. Соснину толщина гипса, срезаемого с вершины альвеолярного отростка в боковых участках, составляет (в мм):  
а) 1;            б) 1–2;            с) 3.
47. Вторичная частичная адентия — это:  
а) патологическое состояние, обусловленное отсутствием зубов;  
б) болезнь, связанная с отсутствием зубов;  
с) отсутствие зубов, обусловленное нарушением образования зачатков зубов и их прорезыванием.
48. Причина потери зубов, приводящая к возникновению ЧВА:

- a) нарушение прорезывания зубов;
  - b) нарушение образования зачатков зубов;
  - c) осложненный кариес, пародонтиты различной этиологии, пародонтоз, травмы.
49. Могут ли прорезываться ретинированные зубы при пользовании ЧСПП?
- a) да;
  - b) нет;
  - c) только клыки.
50. Может ли использоваться частичный съемный пластиночный протез при вертикальных формах вторичных деформаций зубных рядов?
- a) да;
  - b) нет;
  - c) только в сочетании с мостовидным.
51. Клиническая картина частичной вторичной адентии зависит:
- a) от образования пациента;
  - b) места проживания пациента;
  - c) количества потерянных зубов и времени прошедшего с момента их потери;
  - d) от квалификации врача.
52. Зависит ли клиническая картина частичной вторичной адентии?
- a) от возраста и общего состояния организма;
  - b) состояния пародонта и твердых тканей сохранившихся зубов;
  - c) места расположения зубов в зубном ряду и роли, выполняемой ими;
  - d) все перечисленное.
53. Клиническая картина при частичной вторичной адентии зависит:
- a) от расположения зубов в зубном ряду;
  - b) выполняемой ими роли в жевании;
  - c) вида соотношения зубных рядов;
  - d) от состояния пародонта и твердых тканей сохранившихся зубов;
  - e) все перечисленное.
54. Ведущими симптомами в клинике частичной вторичной адентии являются:
- a) нарушение непрерывности зубного ряда;
  - b) диссоциация зубного ряда на самостоятельно действующие группы зубов;
  - c) функциональная перегрузка периодонта оставшихся зубов;
  - d) все перечисленные.
55. Какие симптомы наиболее часто встречаются в клинике вторичной частичной адентии?
- a) нарушение функции жевания и речи;
  - b) нарушение эстетики;
  - c) нарушение функции жевательных мышц;
  - d) нарушения ВНЧС;
  - e) все перечисленное.
56. Для нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта абсолютно показано протезирование зубных рядов при поражении по Агапову:
- a) на 25 %;
  - b) 25–50 %;
  - c) на 50 %.
57. В течение какого периода после удаления зубов наиболее интенсивно происходит резорбция альвеолярного гребня?
- a) 6 месяцев;
  - b) 12 месяцев;
  - c) 14–18 месяцев.
58. Отметьте положительные качества частичного съемного пластиночного протеза:

- a) способность восстанавливать любой дефект зубного ряда;
  - b) исключение необходимости препаровки зубов;
  - c) эстетичность и простота изготовления;
  - d) все перечисленные.
59. Отметьте отрицательное действие ЧСПП:
- a) вызывают воспалительные изменения слизистой протезного ложа;
  - b) вызывают развитие пришеечного кариеса зубов, прилежащих к протезу;
  - c) нарушают тактильную, вкусовую, температурную чувствительность;
  - d) все перечисленные.
60. Какие искусственные зубы могут использоваться в частичном съемном пластиночном протезе?
- a) пластмассовые;
  - b) фарфоровые;
  - c) металлические;
  - d) все перечисленные.
61. Какое преимущество имеют ЧС армированные протезы по сравнению с частичными съемными пластиночными?
- a) позволяют сохранить сроки адаптации;
  - b) увеличить прочность на излом;
  - c) уменьшить отрицательное действие на прилежащие ткани;
  - d) все перечисленные.
62. Какие показания имеют место к применению металлического базиса?
- a) аллергия к пластмассовым протезам;
  - b) эпилепсия, бруксизм;
  - c) частые поломки пластмассовых протезов;
  - d) все перечисленные.
63. Отрицательное действие удерживающего кламмера на зуб:
- a) травма твердых тканей;
  - b) расшатывание;
  - c) все перечисленное.
64. Какие мероприятия относятся к общеоздоровительным?
- a) удаление зубных отложений;
  - b) лечение кариеса и его осложнения;
  - c) удаление корней и зубов, не подлежащих протезированию;
  - d) лечение заболеваний слизистой полости рта;
  - e) все перечисленные.
65. Проведение каких мероприятий предусматривает специальная подготовка?
- a) депульпирование интактных зубов;
  - b) удаление зубов, препятствующих протезированию;
  - c) пластика и имплантация;
  - d) устранение деформаций зубных рядов;
  - e) все перечисленные.
66. В каких случаях опорный зуб для удерживающего кламмера покрывают коронкой?
- a) наличие плохо выраженной анатомической формы;
  - b) дефект коронки зуба;
  - c) атипичное расположение коронки удерживающего зуба;
  - d) все перечисленное.

67. Наилучшими массами являются те, которые сдавливают слизистую (в %):  
а) на 20;                      б) 40–60;                      с) на 80.
68. Какие массы отдают слизистую при снятии оттиска на 50 %?  
а) альгинатные;              б) силиконовые;              с) термопластичные.
69. Могут ли использоваться индивидуальные ложки для снятия функциональных оттисков?  
а) при частичной адентии;                      б) при полной адентии;  
с) при челюстно-лицевом протезировании;              д) все перечисленные.
70. При каких ситуациях показано снятие оттисков индивидуальной ложкой?  
а) при одиночно стоящих зубах;  
б) 2–3 рядом стоящих зубах;  
с) наличии поперечных рубцовых складок;  
д) при всех вышеперечисленных ситуациях.
71. Для первого варианта определения и фиксации ЦО характерно:  
а) модели составляются по антагонизирующим зубам;  
б) модели составляются при помощи воскового базиса с окклюзионными валиками и отпечатками зубов на нем после определения центральной окклюзии;  
с) при определении и фиксации центральной окклюзии определяется высота нижнего отдела лица.
72. Для второго варианта определения и фиксации ЦО характерно:  
а) модели составляются по антагонизирующим зубам;  
б) модели составляются при помощи воскового базиса с окклюзионными валиками и отпечатками зубов на нем после определения центральной окклюзии;  
с) при определении и фиксации центральной окклюзии определяется высота нижнего отдела лица.
73. Для третьего варианта определения и фиксации ЦО характерно:  
а) модели составляются по антагонизирующим зубам;  
б) модели составляются при помощи воскового базиса с окклюзионными валиками и отпечатками зубов на нем после определения центральной окклюзии;  
с) при определении и фиксации центральной окклюзии определяется высота нижнего отдела лица.
74. Используются ли прикусные валики при фиксации центральной окклюзии при первом варианте определения ЦО?  
а) да;                      б) нет;                      с) по желанию врача.
75. Используются ли прикусные валики при фиксации центральной окклюзии при втором варианте определения ЦО?  
а) да;                      б) нет;                      с) по желанию врача.
76. Используются ли прикусные валики при фиксации центральной окклюзии при третьем варианте определения ЦО?  
а) да;                      б) нет;                      с) по желанию врача.
77. В чем различия определения центральной окклюзии между I и III вариантами определения ЦО?  
а) различий нет;  
б) в том, что в III варианте определяется высота нижней трети лица;

- с) высоту нижней трети лица не нужно определять.
78. На размеры базиса влияют:
- а) степень атрофии альвеолярных отростков;
  - б) порог болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта;
  - с) наличие искусственных коронок.
79. Пути снижения нагрузки на ткани протезного ложа частичного пластиночного протеза:
- а) увеличение границ базиса протеза;
  - б) увеличение количества удерживающих кламмеров;
  - с) количество зубов;
  - д) все перечисленное.
80. Пути снижения нагрузки на ткани протезного ложа частичного пластиночного протеза:
- а) получение функционального оттиска;
  - б) увеличение количества удерживающих кламмеров;
  - с) применение литого базиса.
81. Для предупреждения травмы базисом пластиночного протеза участков истонченной слизистой показано:
- а) получение дифференцированного оттиска;
  - б) применение опорно-удерживающих кламмеров;
  - с) изготовление базиса из бесцветной пластмассы.
82. Для предупреждения травмы базисом пластиночного протеза участков истонченной слизистой показано:
- а) изготовление двухслойных базисов;
  - б) применение опорно-удерживающих кламмеров;
  - с) изготовление базиса из бесцветной пластмассы.
83. Какая из нижеперечисленных причин может вызывать болевые ощущения под базисом протеза?
- а) неправильный выбор метода получения оттиска;
  - б) неравномерная атрофия альвеолярного отростка;
  - с) применение кламмеров Адамса.
84. Какая из нижеперечисленных причин может вызывать болевые ощущения под базисом протеза?
- а) наличие акцентов окклюзии;
  - б) неравномерная атрофия альвеолярного отростка;
  - с) применение кламмеров Адамса.
85. Какая из нижеперечисленных причин может вызывать болевые ощущения под базисом протеза?
- а) расширение границ базиса;
  - б) отсутствие изоляции в области костных выступов;
  - с) применение кламмеров Адамса.
86. Устранение декубитальных язв на альвеолярном отростке начинают:
- а) с коррекции протеза;
  - б) с коррекции окклюзионных супраконтактов;



- с) все вышеперечисленное.
87. Величина базиса съемных зубных протезов зависит:
- а) от количества сохранившихся зубов;
  - б) протяженности дефекта;
  - с) формы альвеолярного отростка;
  - д) степени атрофии беззубых участков;
  - е) от состояния подлежащей слизистой оболочки;
  - ф) все перечисленное.
88. При выборе искусственных зубов необходимо учитывать:
- а) величину зубов;
  - б) форму и цвет сохранившихся зубов;
  - с) форму лица;
  - д) цвет кожных покровов;
  - е) вид прикуса;
  - ф) все перечисленное.
89. Фиксация съемных зубных протезов необходима:
- а) для удержания съемных зубных протезов от смещения в вертикальном и горизонтальном направлениях;
  - б) для предотвращения вредного механического воздействия съемных зубных протезов на опорные зубы и прилежащие ткани протезного ложа;
  - с) все перечисленное.
90. Какие существуют виды укрепления протезов?
- а) точечный;
  - б) линейный;
  - с) плоскостной;
  - д) все перечисленное.
91. При какой толщине мягкой подкладки в съемном протезе возможна амортизация жевательного давления?
- а) 0,5–1,0 мм;
  - б) 1,0–2,0 мм;
  - с) все перечисленное.
92. Что такое фиксация ЧСПП?
- а) удержание протеза в покое;
  - б) удержание протеза во время функции;
  - с) удержание протеза в покое и во время функции.
93. Что такое стабилизация ЧСПП?
- а) удержание протеза в покое;
  - б) удержание протеза во время функции;
  - с) удержание протеза в покое и во время функции.
94. Показанием к изготовлению съемного пластиночного протеза может являться дефект зубного ряда протяженностью (по количеству отсутствующих зубов):
- а) от 1 до 16 зубов;
  - б) 3 до 5 зубов;
  - с) 5 до 10 зубов;
  - д) от 6 до 14 зубов.
95. Съёмные пластиночные протезы восстанавливают жевательную эффективность до (в %):
- а) 20;
  - б) 50;
  - с) 70;
  - д) 90;
  - е) 100.
96. Относительным противопоказанием для изготовления съемного пластиночного протеза является:
- а) гипертоническая болезнь;
  - б) гастрит;
  - с) эпилепсия;
  - д) инфаркт миокарда.
97. Показанием к изготовлению съемного протеза является дефект зубного ряда, относящейся (по классификации Кеннеди) к классу:

- a) к 1-му;    b) 2-му;    c) 3-му;    d) к 4-му;  
e) все перечисленные.
98. Недостатки альгинатных слепочных материалов:  
a) эластичность;    b) токсичность;    c) усадка.
99. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:  
a) фиксированные в окклюдатор;  
b) с восковыми базисами и окклюзионными валиками;  
c) с восковыми базисами и окклюзионными валиками, фиксированные в окклюдатор.
100. Для предотвращения деформации воскового базиса с окклюзионными валиками его укрепляют:  
a) быстротвердеющей пластмассой;    b) гипсовым блоком;  
c) металлической проволокой;    d) увеличением толщины воска.
101. Фиксация частичных пластиночных протезов при дефектах зубных рядов осуществляется за счёт:  
a) адгезии и когезии;    b) анатомической ретенции;  
c) механических приспособлений;    d) все перечисленное.
102. Искусственные зубы на приточке устанавливают:  
a) при короткой верхней губе;    b) длинной верхней губе;  
c) при значительной атрофии альвеолярного отростка.
103. При проверке конструкции пластиночного протеза на гипсовой модели контролируют:  
a) правильность изготовления систем фиксации;  
b) устойчивость базиса на модели (баланс);  
c) правильность постановки искусственных зубов;  
d) границы протеза;  
e) плотность контакта между зубными рядами;  
f) все перечисленное.
104. Проверка конструкции съёмного пластиночного протеза включает контроль:  
a) качества изготовления гипсовых моделей и элементов протеза;  
b) плотности прилегания и устойчивости воскового базиса в полости рта;  
c) постановки искусственных зубов;  
d) качества фиксирующих элементов;  
e) смыкание зубов в центральной окклюзии;  
f) эстетику протеза;  
g) все перечисленное.
105. При прямом методе гипсовки искусственных зубов после разъединения частей кюветы:  
a) зубы и кламмера остаются в основании кюветы вместе с моделью;  
b) зубы и кламмера переходят в верхнюю часть кюветы;  
c) зубы остаются в основании кюветы, а кламмера переходят в верхнюю часть кюветы.
106. При обратном методе гипсовки после разъединения частей кюветы:

- a) зубы и кламмера остаются в основании кюветы вместе с моделью;
  - b) зубы и кламмера переходят в основание кюветы;
  - c) зубы переходят в основание кюветы, а кламмера остаются в её верхней части.
107. При комбинированном методе гипсовки после разъединения частей кюветы искусственные зубы:
- a) остаются в основании кюветы;
  - b) переходят в верхнюю часть кюветы;
  - c) боковые переходят в верхнюю часть кюветы, передние остаются в основании кюветы.
108. Внутренние напряжения в базисе пластиночного протеза возникают:
- a) при несоблюдении режима подготовки пластмассы перед паковкой в кювету;
  - b) нарушении режима прессовки пластмассового теста в кювете;
  - c) при нарушении режима полимеризации пластмассы.
109. Комбинированный метод гипсовки применяют, когда:
- a) передние зубы поставлены на приточке, а боковые на искусственной десне;
  - b) зубы поставлены на искусственной десне, а кламмера располагаются в передней части протеза;
  - c) изготавливают полный съёмный протез.
110. Съёмный пластиночный протез после приёма пищи необходимо:
- a) промыть водой;
  - b) протереть спиртом;
  - c) обработать крепким раствором марганцовки.
111. Припасовка съёмного пластиночного протеза в полости рта производится с помощью:
- a) химического карандаша;
  - b) гипса;
  - c) копировальной бумаги.
112. Припасовка съёмного пластиночного протеза производится:
- a) зубным техником на модели;
  - b) врачом в полости рта;
  - c) зубным техником на модели, затем врачом в полости рта.
113. При припасовке протеза копировальная бумага используется:
- a) для выявления участков, мешающих наложению протеза;
  - b) уточнения окклюзионных контактов;
  - c) все перечисленные.

## **Б. Бюгельные протезы**

1. К 4 типу кламмеров Нея относятся:
  - a) кольцевой;
  - b) одноплечевой с окклюзионной накладкой, расположенной у основания плеча или на самом плече;
  - c) двухплечий кламмер с окклюзионной накладкой.
2. Расположение дуги бюгельного протеза на нижней челюсти в области передних зубов:

- a) выше шеек сохранившихся зубов;
  - b) на середине между шейками зубов и переходной складкой;
  - c) на уровне шеек сохранившихся зубов.
3. Протяженность дуги бюгельного протеза на нижней челюсти определяется:
- a) состоянием зубов, ограничивающих дефект;
  - b) величиной дефекта;
  - c) топографией дефекта и его величиной.
4. Толщина дуги бюгельного протеза на верхней челюсти составляет (в мм):
- a) 3,0–4,0;      b) 2,0–2,5;      c) 1,0–1,5.
5. Что представляет собой кламмер Кемени?
- a) кламмер, который является отростком базиса, располагающимся почти у самой переходной складки;
  - b) кламмер, имеющий окклюзионную накладку и два плеча;
  - c) кламмер, который представляет собой отростки базиса протеза, прилегающие к зубам ниже экватора с вестибулярной стороны.
6. Кламмер 1-го типа в системе Нея используется при расположении межевой линии:
- a) когда она проходит по щечной или язычной поверхности зуба, примерно посередине коронки в зоне, прилегающей к дефекту и несколько приближаясь к десне в пришеечной области;
  - b) высоко на контактной поверхности зуба, обращенной к дефекту;
  - c) на щечной поверхности зуба ближе к жевательной поверхности.
7. Фиксация бюгельного протеза обеспечивается за счет:
- a) окклюзионной накладки;
  - b) стабилизирующей части плеча кламмера;
  - c) ретенционной части плеча кламмера.
8. К 1-му типу кламмеров Нея относят кламмер:
- a) Бонихарта;      b) Аккера;      c) Бонвиля.
9. Кламмер 2-го типа по Нею используется когда:
- a) межевая линия проходит высоко в ближайшей к дефекту зоне и опущена в отдаленной;
  - b) межевая линия проходит низко по контактной поверхности, обращенной к дефекту;
  - c) межевая линия проходит по щечной поверхности посередине коронки зуба.
10. Опорная функция опорно-удерживающего кламмера обеспечивается:
- a) нижней частью плеча кламмера;
  - b) верхней частью плеча кламмера и окклюзионной накладкой;
  - c) телом кламмера.
11. Дуга бюгельного протеза на нижней челюсти представляет металлическую полосу шириной (мм):
- a) 5,0–6,0;      b) 2,0–3,0;      c) 1,0–1,5.
12. Дуга бюгельного протеза на верхней челюсти должна отстоять от слизистой оболочки (мм):

- a) на 0,2;      b) 0,5–1,0;      c) на 2,0–3,0.
13. Требования, предъявляемые к опорным зубам для кламмерной фиксации бюгельного протеза:
- a) они должны быть устойчивыми;
  - b) не должны иметь патологических изменений в области апекса;
  - c) иметь правильную анатомическую форму;
  - d) все перечисленные.
14. Место расположения задней нёбной дуги бюгельного протеза на верхней челюсти:
- a) на уровне вторых моляров;
  - b) дистальный край дуги расположен на границе мягкого и твердого неба;
  - c) огибает с дистальной стороны торус;
  - d) в задней трети твердого нёба, отступив от линии «А» на 10–12 мм.
15. Сколько требуется моделей для изготовления бюгельного протеза?
- a) одна рабочая из обычного гипса;
  - b) одна рабочая из обычного гипса и вспомогательная;
  - c) две рабочие (одна из них из супергипса) и вспомогательная;
  - d) две рабочие из обычного гипса и вспомогательная.
16. Что дает параллелометрия?
- a) выбор типа кламмера;
  - b) расположение частей кламмера на опорном зубе;
  - c) определение пути введения и выведения бюгельного протеза;
  - d) нахождение клинического экватора зуба;
  - e) все перечисленные.
17. Методы изготовления каркасов бюгельных протезов:
- a) паяный;      b) по выплавляемым моделям;
  - c) на огнеупорных моделях;      d) все перечисленные.
18. Назовите методы выявления пути введения протеза:
- a) произвольный;
  - b) метод выбора;
  - c) метод определения среднего наклона длинных осей опорных зубов;
  - d) все перечисленные.
19. Произвольный метод показан:
- a) при большом количестве опорных зубов и незначительном их наклоне;
  - b) значительном числе кламмеров, значительном наклоне опорных зубов;
  - c) при параллельности вертикальных осей зубов и минимальном количестве кламмеров.
20. Ширина дуги бюгельного протеза на верхнюю челюсть (мм):
- a) 1–2;      b) 3–4;      c) 5–8.
21. Методы изготовления бюгельных протезов:
- a) паяный;      b) метод Величко;
  - c) на огнеупорных моделях;      d) все перечисленные.
22. Какой материал относят к гидроколлоидным массам?
- a) репин;      b) силамин;      c) гелин.

23. К огнеупорным массам относят:  
а) репин; б) силамин; в) сизласт.
24. К огнеупорной массе относят:  
а) воскалит; б) стомальгин; в) бюгелит.
25. К огнеупорной массе относят:  
а) кристосил; б) упин; в) гелин.
26. К какому типу в системе кламмеров Нея относится одноплечий кламмер с окклюзионной накладкой, расположенной у основания плеча или на самом плече?  
а) к 1-му; б) 2-му; в) 3-му; г) 4-му; д) к 5-му.
27. Какие факторы определяют показания к протезированию бюгельными протезами?  
а) наличие на челюсти менее 5 зубов;  
б) наличие дефекта зубного ряда и достаточного количества естественных зубов, чтобы можно было рационально распределить жевательное давление между зубами и слизистой оболочкой протезного ложа;  
в) наличие дефекта зубного ряда, состояние слизистой оболочки, выстилающей протезное ложе, сохранностью альвеолярного отростка.
28. Кламмер имеет две окклюзионные накладки, расположенные в смежных фиссурах моляров или премоляров и по два плеча с каждой стороны на каждом зубе. Кто автор описанной конструкции кламмера?  
а) Роуч; б) Аккер; в) Джексон; г) Бонвиль.
29. Какой кламмер применяется при одностороннем отсутствии жевательных зубов без дистальной опоры и полностью сохранившимися на противоположной стороне?  
а) кламмер Аккера; б) Кемени; в) Роуча; г) кламмер Бонвиля.
30. Какой кламмер предпочтительнее при одностороннем отсутствии жевательных зубов без дистальной опоры?  
а) кламмер Аккера; б) Джексона; в) Роуча; г) кламмер Бонвиля.
31. Опорно-удерживающий кламмер в виде петли, перекидываемой через межзубные промежутки на вестибулярную поверхность, где она располагается ниже экватора зуба. Кто автор описанной конструкции кламмера?  
а) Аккер; б) Джексон; в) Роуч; г) Кемени.
32. Влияет ли количество сохранившихся зубов на размер базиса протеза?  
а) не влияет;  
б) чем больше сохранившихся зубов, тем меньше базис;  
в) чем больше сохранившихся зубов, тем больше базис.
33. Влияет ли количество сохранившихся зубов на размер базиса?  
а) не влияет;  
б) чем меньше сохранилось зубов, тем меньше базис;  
в) чем меньше сохранилось зубов, тем больше размер базиса съемного протеза.
34. Межевая линия проходит по щечной или язычной поверхности зуба, примерно по середине коронки, в зоне, прилежащей к дефекту, и несколько

- приближаясь к десне в пришеечной области зуба. Какой тип кламмера применяется в системе кламмеров Нея?
- а) 3-й;      б) 2-й;      в) 4-й;      д) 1-й;      е) 5-й.
35. Межевая линия проходит высоко в ближайшей к дефекту зоне и опущена в отдаленной. Какой тип кламмера системы Нея используется?
- а) 1-й;      б) 2-й;      в) 3-й;      д) 4-й;      е) 5-й.
36. Кламмер имеет прочную окклюзионную накладку и два длинных Т-образных плеча. К какому типу в системе Нея относится этот кламмер?
- а) к 1-му;      б) 2-му;      в) 3-му;      д) 4-му;      е) к 5-му.
37. Кламмер имеет два плеча и окклюзионную накладку, применяется при типичном расположении межевой линии. К какому типу в системе Нея относится кламмер?
- а) к 1-му;      б) 2-му;      в) 3-му;      д) 4-му;      е) к 5-му.
38. Кламмер комбинированный, состоит из окклюзионной накладки, одного жесткого плеча и другого пружинного с Т-образным расщеплением на конце. Применяется на зубах, имеющих наклон в оральную или вестибулярную сторону. К какому типу в системе кламмеров Нея он относится?
- а) к 1-му;      б) 2-му;      в) 3-му;      д) 4-му;      е) к 5-му.
39. Межевая линия на одной поверхности зуба расположена обычно, а на другой атипично, т. е. лежит высоко вблизи дефекта, опускаясь вниз по направлению кзади стоящему зубу. Подобное расположение межевой линии наблюдается при мезиальном наклоне зуба или его развороте. Какой тип кламмера применяется в данной ситуации?
- а) 1-й;      б) 2-й;      в) 3-й;      д) 4-й;      е) 5-й.
40. Какой тип кламмера применяется при язычном (нёбном) или щечном наклоне опорных зубов, когда межевая линия занимает атипичное положение, т. е. на стороне наклона она располагается высоко, на противоположной опускается к десне?
- а) 1-й;      б) 2-й;      в) 3-й;      д) 4-й;      е) 5-й.
41. Кламмер имеет две окклюзионные накладки. Тело его лежит на опорной поверхности моляра, окружая его кольцом. К какому типу он относится в системе Нея?
- а) к 1-му;      б) 2-му;      в) 3-му;      д) 4-му;      е) к 5-му.
42. Какой тип кламмера применяется при наклоненных молярах с высоко поднятой межевой линией на стороне наклона и низко опускающейся на противоположной стороне?
- а) 1-й;      б) 2-й;      в) 3-й;      д) 4-й;      е) 5-й.
43. Как называется линия, которая очерчивается грифелем параллелометра и разделяет поверхность зуба на две части: опорную (окклюзионную) и удерживающую или ретенционную (пришеечную)?
- а) экваторная;      б) межевая;      в) контурная.
44. Межевой линией называют линию, которая:
- а) проходит вертикально по вестибулярной поверхности зуба и делит ее на две части;

б) очерчивается грифелем параллелометра и разделяет поверхность зуба на две части: опорную (окклюзионную) и удерживающую или ретенционную (пришеечную);

с) проходит по анатомическому экватору зуба.

45. Дайте определение понятию «типичное расположение межевой линии на зубе»:

а) межевая линия расположена высоко на контактной поверхности зуба, обращенной к дефекту;

б) межевая линия на щечной поверхности зуба имеет диагональное направление;

с) межевая линия проходит по щечной или язычной поверхности зуба примерно посередине, опорные и удерживающие части коронки зуба почти одинаково выражены.

46. К 5-му типу в системе кламмеров Нея относят кламмер:

а) комбинированный, состоящий из окклюзионной накладки, одного жесткого плеча и другого пружинного с Т-образным расщеплением на конце;

б) имеющий прочную окклюзионную накладку и два длинных Т-образных плеча;

с) кольцевой, имеющий длинное плечо с двумя окклюзионными накладками.

47. В системе кламмеров Нея к 4-му типу относят кламмер:

а) имеющий окклюзионную накладку и два плеча, охватывающие опорный зуб с вестибулярной и оральной поверхности;

б) одноплечий с окклюзионной накладкой, расположенной у основания плеча или на самом плече, так называемый «задний» кламмер;

с) кольцевой, имеющий длинное плечо с двумя окклюзионными накладками.

48. В системе кламмеров Нея к 3-му типу относят кламмер:

а) комбинированный, состоящий из окклюзионной накладки, одного жесткого плеча и другого пружинного с Т-образным расщеплением на конце;

б) одноплечий с окклюзионной накладкой, расположенной у основания плеча или на самом плече;

с) двухплечий с окклюзионной накладкой, расположенной у основания плеч.

49. В системе кламмеров Нея к 2-му типу относят кламмер:

а) кольцевой, имеющий длинное плечо с двумя окклюзионными накладками;

б) комбинированный, состоящий из окклюзионной накладки, одного жесткого плеча и другого пружинного с Т-образным расщеплением на конце;

с) имеющий прочную окклюзионную накладку и два длинных Т-образных плеча.

50. В системе кламмеров Нея к 1-му типу относится:

а) кламмер одноплечий с окклюзионной накладкой, расположенной у основания плеча или на самом плече;

б) кламмер, имеющий прочную окклюзионную накладку и два плеча, расположенные на вестибулярной и оральной поверхности;

с) кламмер, имеющий длинное плечо с двумя окклюзионными накладками.

51. Определите конструкцию кламмера Джексона:



а) кламмер имеет две окклюзионные накладки, расположенные в смежных фиссурах моляров или премоляров и по два плеча с каждой стороны на каждом зубе;

б) опорно-удерживающий кламмер в виде петли, перекидываемой через межзубные промежутки на вестибулярную поверхность зуба, где она располагается ниже экватора;

в) кламмер, имеющий пружинящие Т-образные отростки, отходящие от каркаса протеза и располагающиеся с обеих сторон опорного зуба.

52. Определите конструкцию кламмера Бонвиля:

а) одноплечий кламмер с окклюзионной накладкой, расположенной у основания плеча или на самом плече;

б) кламмер, имеющий прочную окклюзионную накладку и два плеча;

в) кламмер, имеющий две окклюзионные наклейки, расположенные в смежных фиссурах моляров или премоляров и по два плеча с каждой стороны на каждом зубе.

53. Как располагается дуга бюгельного протеза на нижней челюсти, если язычная поверхность альвеолярного гребня позади передних зубов идет отвесно?

а) отстоит от слизистой на 0,8 мм;

б) подходит к слизистой оболочке почти вплотную;

в) отстоит от слизистой оболочки на 1,2 мм.

54. Какая высота основания рабочей модели для изучения ее в параллелометре (см)? а) 2,5–3,0; б) 1,5–2,0; в) 4,0–5,0.

55. Основное требование, предъявляемое к формовочным массам, используемым для получения огнеупорной модели:

а) максимальная прочность;

б) при термической обработке огнеупорной модели величина расширения должна равняться коэффициенту усадки сплава металлов;

в) при термической обработке должны иметь минимальный коэффициент усадки.

56. Огнеупорная модель должна выдерживать температуру до ...°С и при этом не деформироваться:

а) 800–900 °С; б) 1000–1100 °С; в) 1400–1600 °С.

57. Для уплотнения огнеупорной модели и увеличения ее расширения при нагревании, в каких условиях должна затвердевать формовочная масса?

а) на водяной бане; б) в сушильном шкафу; в) в условиях вакуума.

58. Что собой представляет непрерывный (многозвеньевой) кламмер?

а) соединение плеч нескольких кламмеров в единое целое и, располагаясь орально и вестибулярно, прилегает к каждому естественному зубу в области бугорка или экватора;

б) двухплечий кламмер с окклюзионными накладками в фиссурах контактирующих зубов;

в) одноплечий кламмер с окклюзионной накладкой, расположенной у основания плеча или на самом плече.

59. Дайте определение понятию «амбразурные кламмера»:

а) приспособления, располагающиеся между передними зубами в специально подготовленных углублениях на их режущих краях и частично вестибулярных поверхностях;

б) соединение плеч нескольких кламмеров в единое целое и, располагаясь орально или вестибулярно, прилегает к каждому естественному зубу в области бугорка или экватора;

в) приспособление, имеющее прочную окклюзионную накладку и два длинных Т-образных плеча.

60. С какой целью применяются «амбразурные кламмеры»?

а) при недостаточно устойчивых зубах, чтобы улучшить стабилизацию протеза и иммобилизовать зубы с нарушением периодонта;

б) для расширения опоры протеза на большее число зубов и увеличение его ретенции;

в) для уменьшения опоры протеза на зубы и уменьшение его ретенции.

61. Какую функцию выполняет многозвеньевой кламмер при расположении его с оральной и вестибулярной поверхностей зубов?

а) объединяет включенные в него зубы в единый блок, оказывая сопротивление действующим на него вертикальным силам;

б) объединяет включенные в него зубы в единый блок, оказывая сопротивление действующим на него горизонтальным силам;

в) распределяет вертикальное напряжение, возникающее при боковых сдвигах протеза.

62. На какой поверхности зубов располагаются звенья непрерывного кламмера?

а) на опорной поверхности зубов, чаще с язычной или нёбной сторон;

б) ретенционной поверхности зубов с язычной или нёбной сторон;

в) на аппроксимальной поверхности зубов.

63. Кламмер соединяется с каркасом бюгельного протеза жестко. Как распределяется жевательное давление на протезное ложе?

а) большая доля жевательного давления передается на слизистую оболочку и костную ткань беззубого альвеолярного отростка, меньшая — на опорные зубы;

б) давление, в первую очередь, падает на опорные зубы; движение кламмера возможны только с протезом;

в) соединение позволяет равномерно распределить жевательное давление между слизистой оболочкой беззубого альвеолярного отростка и опорными зубами.

64. Кламмер соединяется с каркасом бюгельного протеза лабильно. Как распределяется жевательное давление между опорными зубами и слизистой беззубого альвеолярного отростка?

а) движения кламмера возможны только с протезом, жевательное давление в первую очередь падает на опорные зубы;

б) соединение позволяет равномерно распределять жевательное давление между слизистой оболочкой беззубого альвеолярного отростка и опорными зубами;

с) большая часть жевательного давления передается на костную ткань и слизистую оболочку беззубого альвеолярного отростка, меньшая — на опорные зубы.

65. Кламмер соединяется с каркасом бюгельного протеза полулабильно. Как распределяется жевательное давление между опорными зубами и слизистой беззубого альвеолярного отростка?

а) соединение позволяет равномерно распределить жевательное давление между слизистой оболочкой беззубого альвеолярного отростка и опорными зубами;

б) большая доля жевательного давления передается на слизистую оболочку беззубого альвеолярного отростка, меньшая — на опорные зубы;

с) жевательное давление, в первую очередь, падает на опорные зубы, движения кламмера возможны только с протезом.

66. Дайте определение понятию «путь введения протеза»:

а) введение протеза в полость рта до контакта фиксирующих элементов с опорными зубами;

б) движение протеза от момента отрыва базиса от слизистой оболочки протезного ложа до полной потери контакта опорных и удерживающих элементов с опорными зубами;

с) движение протеза от первоначального контакта кламмерных элементов с опорными зубами до тканей протезного ложа, после чего окклюзионные накладки устанавливаются в своих местах, а базис точно располагается на поверхности протезного ложа.

67. Дайте определение понятию «путь выведения протеза»:

а) движение протеза от первоначального контакта кламмерных элементов с опорными зубами до соприкосновения с тканями протезного ложа;

б) движение протеза от момента отрыва базиса от слизистой оболочки протезного ложа до полной потери контакта опорных и удерживающих элементов с опорными зубами;

с) движения протеза от момента отрыва фиксирующих элементов от опорных зубов до выведения из полости рта.

68. Требования, предъявляемые к модели, используемой для изучения в параллелометре:

а) боковые поверхности цоколя модели по отношению к ее основанию должны располагаться под углом в  $60^\circ$ ;

б) боковые поверхности цоколя модели по отношению к ее основанию должны располагаться под углом в  $90^\circ$ ;

с) боковые поверхности цоколя модели по отношению к ее основанию должны располагаться под углом в  $110^\circ$ .

69. Частичная вторичная адентия зубного ряда (2-й и 3-й класс по Кеннеди), зубы, ограничивающие дефекты, смещены в различных плоскостях. Какой метод параллелометрии необходимо использовать?

а) произвольный;

- b) метод определения среднего наклона длинных осей опорных зубов по Новаку;  
c) метод выбора.
70. Какой метод параллелометрии применяется, чтобы расположить кламмера на каждом опорном зубе наиболее выгодно в функциональном и эстетическом отношении?  
a) произвольный; b) метод по Новаку; c) метод выбора.
71. После извлечения огнеупорной модели из дублирующей формы ее:  
a) помещают в воду; b) сушат на воздухе;  
c) помещают в сухожаровой шкаф.
72. Огнеупорную модель сушат в сухожаровом шкафу в течение (мин):  
a) 15; b) 30; c) 45.
73. Огнеупорную модель сушат в сухожаровом шкафу при температуре (°C):  
a) 100–120; b) 180–200; c) 220–250.
74. Требования, предъявляемые к кламмерам бюгельных протезов:  
a) фиксация бюгельного протеза;  
b) рациональное распределение жевательной нагрузки между зубами;  
c) все перечисленные.
75. Что представляет собой «Формамент»?  
a) оттискная масса; b) дублирующая масса; c) силиконовая матрица.
76. Для каких целей используется «Формодент»?  
a) для снятия компрессионных оттисков;  
b) получения огнеупорных моделей;  
c) для изготовления восковых деталей бюгельного протеза.
77. Отливка каркаса бюгельного протеза производится на модели:  
a) диагностической; b) рабочей;  
c) дублированной; d) огнеупорной.
78. На какой модели техники моделируют каркас цельнолитого протеза?  
a) на диагностической; b) дублированной гипсовой;  
c) дублированной супергипсовой; d) на дублированной огнеупорной.
79. Для получения огнеупорной модели необходимо сделать:  
a) параллелометрию рабочей модели;  
b) изолировать зоны поднутренной рабочей модели;  
c) дублировать рабочую модель;  
d) пропитать водой рабочую модель;  
e) все перечисленное.
80. Дублирование модели делается с помощью материала:  
a) альгинатного; b) силиконового;  
c) гидрокаллоидного; d) термопластического.
81. Для получения огнеупорной модели необходимо иметь:  
a) этилсиликат; b) корунд; c) силамин.
82. Огнеупорную модель упрочняют:  
a) высушиванием; b) прокаливанием;  
c) нанесением изоляционного лака;

- d) пропиткой расплавленным парафином.
83. В бюгельных протезах при концевых седлах каркас заканчивается:
- a) на всю длину базиса;
  - b) на  $1/3$  длины базиса протеза;
  - c) на  $1/2$  длины базиса протеза;
  - d) на  $2/3$  длины базиса протеза;
  - e) на  $3/4$  длины базиса протеза.
84. У паяных бюгельных протезов в сравнении с цельнолитыми:
- a) выше гальванизм и выше твердость;
  - b) выше гальванизм, но ниже твердость;
  - c) ниже гальванизм, но выше твердость;
  - d) ниже гальванизм и ниже твердость.
85. У бюгельного протеза по сравнению с мостовидным протезом:
- a) выше нагрузки на периодонт и быстрее адаптация к протезу;
  - b) выше нагрузки на периодонт и дольше адаптация к протезу;
  - c) ниже нагрузка на периодонт и быстрее адаптация к протезу;
  - d) ниже нагрузка на периодонт и дольше адаптация к протезу.
86. Толщина плеча кламмера Аккера у основания (мм):
- a) 0,5;
  - b) 0,8;
  - c) 1,0;
  - d) 1,2.
87. Толщина плеча кламмера Аккера у окончания (мм):
- a) 0,5;
  - b) 0,6;
  - c) 0,9;
  - d) 1,0.
88. Толщина окклюзионной накладки у основания не менее (мм):
- a) 0,8;
  - b) 1,0;
  - c) 2,5.
89. Толщина окклюзионной накладки у окончания не менее (мм):
- a) 0,2;
  - b) 0,3;
  - c) 0,4;
  - d) 1,0.
90. Ширина нижней дуги (мм):
- a) 2,5–3,0;
  - b) 3,5–4,0;
  - c) 4,5–5,0.
91. Цоколь рабочей модели для конструирования опирающего протеза должен быть высотой (см):
- a) 1–1,5;
  - b) 1,5–2,0;
  - c) 2,5–3,0;
  - d) 5,0.
92. Ширина плеча кольцевидного кламмера у основания (мм)
- a) 1,0;
  - b) 1,5;
  - c) 2,0.
93. Толщина плеча кольцевидного кламмера у основания (мм):
- a) 1,0;
  - b) 1,2;
  - c) 1,4;
  - d) 1,6.
94. Плечо кламмера Аккера должно иметь форму:
- a) клиновидную;
  - b) саблевидную;
  - c) седловидную;
  - d) кольцевидную.
95. Место расположения окклюзионной лапки кламмера должно иметь форму:
- a) плоскую;
  - b) ласточкина хвоста;
  - c) полусферы;
  - d) квадрата;
  - e) ложечкообразную.
96. При двухсторонних включенных дефектах на моляр применяется кламмер:
- a) Аккера;
  - b) Роуча;
  - c) Бонвиля;
  - d) круговой.
97. Напишите составные элементы бюгельного протеза \_\_\_\_\_
98. Какие кламмера применяются в бюгельных протезах?
- a) удерживающие;
  - b) опорно-удерживающие;
  - c) пластмассовые;
  - d) все перечисленные.

99. Передача жевательного давления в бюгельных протезах происходит:
- а) только на слизистую оболочку альвеолярного отростка;
  - б) только на опорные зубы;
  - в) на опорные зубы и слизистую оболочку.
100. Противопоказания к многозвеньевым кламмерам:
- а) подвижность зубов I–II степени;
  - б) наличие диастем и трем;
  - в) негативное отношение пациента;
  - г) все перечисленные.
101. Упругость кламмера зависит:
- а) от места его расположения;
  - б) выраженности линии обзора;
  - в) от длины и формы;
  - г) все перечисленное.
102. Возможность базиса противостоять функциональной нагрузке прямо пропорциональна:
- а) его площади;
  - б) его периметру;
  - в) его объему.

### Заболевания периодонта

1. Резервные силы периодонта по отношению к функциональным возможностям зуба составляют (в %):
  - а) 25;
  - б) 50;
  - в) 75;
  - г) 100.
2. Величина резервных сил периодонта зависит:
  - а) от возраста;
  - б) пола;
  - в) атрофии стенок альвеол;
  - г) состояния периапикальных тканей;
  - д) от всех перечисленных факторов.
3. При атрофии костной лунки на  $1/4$  резервные силы составляют (в %):
  - а) 25;
  - б) 50;
  - в) 75.
4. Наличие резервных сил при атрофии  $1/2$  длины корня:
  - а) есть;
  - б) нет;
  - в) есть, но незначительные.
5. Тяжесть клинических проявлений при функциональной перегрузке периодонта зависит:
  - а) от числа утраченных зубов вообще;
  - б) от количества потерянных антагонистов;
  - в) все вышеперечисленное.
6. Каких осложнений должен опасаться врач, приступая к избирательной пришлифовке зубов?
  - а) снижение ВНОЛ;
  - б) значительное сошлифовывание твердых тканей и появление чувствительности зубов;
  - в) нарушение функциональной окклюзии;
  - г) все вышеперечисленное.
7. Избирательную пришлифовку зубов можно проводить, если:
  - а) проведено диагностическое сошлифовывание зубов на рабочих моделях в артикуляторе;
  - б) наличие острой боли в области ВНЧС и жевательных мышц;

с) установлен диагноз, проанализировано состояние зубочелюстной системы, составлен план окклюзионной коррекции.

8. К какому типу относится височно-нижнечелюстной сустав \_\_\_\_\_ ?

9. Выносливость периодонта при нагрузке определяется:

- a) одонтопародонтограммой;
- b) гнатодинамометрией;
- c) жевательными пробами.

10. В основу коэффициентов одонтопародонтограммы положены:

- a) данные гнатодинамометрии;
- b) количество корней зубов;
- c) площадь жевательной поверхности зуба.

11. Допишите. Что входит в понятие анатомо-физиологический комплекс «периодонт»: десна, альвеолярная кость, \_\_\_\_\_.

12. Изменяется ли возбудимость пульпы при периодонтите?

- a) да;
- b) нет;
- c) да, но не всегда.

13. Величина резервных сил периодонта при атрофии альвеолы более чем на  $\frac{3}{4}$  составляет (в %):

- a) 0;
- b) 25;
- c) 50;
- d) 75;
- e) 100.

14. Величина резервных сил периодонта при атрофии альвеолы на  $\frac{1}{4}$  составляет (в %):

- a) 0;
- b) 25;
- c) 50;
- d) 75;
- e) 100.

15. К какой степени относится подвижность зуба, если он смещается в горизонтальной и вертикальной плоскостях?

- a) к I-й;
- b) II-й;
- c) III-й;
- d) к IV-й.

16. Обнажение корня на  $\frac{3}{4}$  его длины соответствует степени атрофии альвеолы:

- a) I;
- b) II;
- c) III;
- d) IV.

17. Обнажение корня на  $\frac{1}{4}$  его длины соответствует степени атрофии альвеолы:

- a) I;
- b) II;
- c) III;
- d) IV.

18. Назовите показания для ортодонтического лечения при заболеваниях периодонта:

- a) вторичные деформации;
- b) зубочелюстные аномалии;
- c) все перечисленные.

19. Кто из ученых разработал и внедрил в практику методику непосредственного протезирования?

- a) В. Ю. Курляндский;
- b) В. А. Копейкин;
- c) Г. П. Соснин.

20. В какую классификацию входит нозологическая форма «периодонтит»?

- a) ВНОС;
- b) ВОЗ;
- c) во все перечисленные.

21. Клиническая картина, характеризующаяся гиперемией и отечностью десны, наличием патологических зубодесневых карманов, подвижностью зубов различной степени характерна:

- a) для гингивита;
- b) пародонтита;
- c) для пародонтоза.

22. Равномерная атрофия альвеолярного отростка при отсутствии подвижности зубов характерна:
- а) для гингивита;
  - б) пародонтита;
  - в) для пародонтоза.
23. Допишите формы гингивита по классификации ВОЗ: простой, маргинальный, гиперпластический, \_\_\_\_\_.
24. Допишите клинические признаки, лежащие в основе классификации ВНОС 1983 г.: форма, тяжесть, \_\_\_\_\_.
25. Какие из нозологических форм использованы в классификации ВОЗ?
- а) пародонтит;
  - б) периодонтит;
  - в) пародонтома;
  - г) все перечисленные.
26. Временную шину-каппу фиксируют на зубах:
- а) висфат-цементом;
  - б) унифас-цементом;
  - в) дентином;
  - г) всем перечисленным.
27. Изготовление цельнолитых съемных шин по методу кафедры (по Л. С. Величко) включает:
- а) литые на огнеупорных моделях;
  - б) безмодельное литие восковой композиции;
  - в) безмодельное литие пластмассовой композиции.
28. Интердентальные шины по методу кафедры (по Л. С. Величко) изготавливаются с применением:
- а) «П»-образных штифтов;
  - б) «Г»-образных штифтов;
  - в) литых бюгельных шин со штифтами.
29. Применяется ли метод параллелометрии при изготовлении постоянных цельнолитых съемных шинирующих протезов?
- а) да;
  - б) нет;
  - в) только при литие без модели.
30. В шинирующем бюгельном протезе шинирующим элементом является:
- а) базис протеза;
  - б) удерживающие кламмера;
  - в) кольцевые и многозвеньевые литые кламмера.
31. Дуга (бюгель) шинирующего протеза на верхней челюсти должна:
- а) плотно прилегать к слизистой нёба;
  - б) отстоять от слизистой на 0,5–1,0 мм;
  - в) отстоять от слизистой на 2–3 мм.
32. Перераспределить вертикальную нагрузку на периодонт зуба можно с помощью:
- а) спаянных штампованных коронок;
  - б) межзвеньевых кламмера;
  - в) всего перечисленного.
33. Шина Мамлока состоит:
- а) из цельнолитых накладок со штифтами;
  - б) балочного соединения;
  - в) из колпачков.
34. Конструкция по Румпелю представляет собой:
- а) мостовидный протез;
  - б) съемную шину;
  - в) систему коронок с балкой и съемный протез.
35. Аппарат для определения подвижности зубов, разработанный на кафедре ортопедической стоматологии БГМУ, определяет подвижность в зависимости:



- а) от ее амплитуды;                      б) направления смещения;  
с) от амплитуды и направления смещения.
36. Для диагностики преждевременных супраокклюзионных контактов используется:  
а) одонтопародонтограмма;      б) окклюдодграмма;      с) рентгенограмма.
37. Шина Мамлока применяется на зубы:  
а) депульпированные;              б) живые;                      с) разрушенные.
38. При дефекте зубного ряда I класса по Кеннеди, подвижности фронтальных зубов при наличии тремм показана конструкция:  
а) съемный протез;  
б) бюгельный протез с непрерывным кламмером;  
с) бюгельный протез с непрерывным кламмером и кламмерами Роуча с вестибулярной стороны.
39. Шина из полукоронки показана:  
а) при параллельности опорных зубов;  
б) истонченных коронках опорных зубов;  
с) при наличии трем между зубами.
40. Причиной отраженного травматического узла является:  
а) завышение прикуса на протезе;      б) потеря боковых зубов;  
с) форсированное ортодонтическое лечение;      д) все перечисленные факторы.
41. Можно ли проводить шинирование из композиционных материалов по методике кафедры при небольшом дефекте зубного ряда  $\overline{321} | \overline{023}$ ?  
а) да;                      б) нет;                      с) при разрушенных зубах.
42. При изготовлении временных капповых шин из пластмассы возможно повышение высоты прикуса?  
а) нет;                      б) на 2–3 мм на весь зубной ряд;      с) на 6–10 мм.
43. Какие шины являются временными?  
а) из спаянных коронок;  
б) бюгельные шинирующие протезы;  
с) вестибулооральные шины из быстротвердеющих пластмасс.
44. При определении степени атрофии альвеолы учитывается:  
а) наибольшая атрофия;              б) наименьшая атрофия;  
с) средний уровень атрофии.
45. К какой степени относится подвижность зуба, если он смещается в вестибулярном и мезиодистальном направлении?  
а) к I-й;                      б) II-й;                      с) III-й;                      д) к IV-й.
46. Какие признаки учитываются при удалении зуба?  
а) степень подвижности зуба;  
б) степень атрофии альвеолярного отростка;  
с) все перечисленные.
47. Обнажение корня более чем на  $\frac{1}{2}$  его длины соответствует степени атрофии альвеолы:  
а) I;                      б) II;                      с) III;                      д) IV.
48. Кто из ученых разработал и внедрил в практику одонтопародонтограмму?

- a) В. Н. Копейкин;            b) В. Ю. Курляндский;            c) Е. И. Гаврилов.
49. Кто из ученых разработал и внедрил в практику методику непосредственного протезирования?  
a) В. Ю. Курляндский;            b) И. М. Оксман;            c) В. Н. Копейкин.
50. Клиническая картина, сопровождающаяся атрофичностью десны, обнажением шеек и корней всех зубов, отсутствием подвижности зубов характерна:  
a) для гингивита;            b) пародонтита;            c) для пародонтоза.
51. Неравномерная атрофия альвеолярного отростка (различная степень атрофии) характерна:  
a) для гингивита;            b) пародонтита;            c) для пародонтоза.
52. Какие формы гингивита входят в классификацию ВНОС?  
a) катаральный;            b) язвенный;  
c) гипертрофический;            d) все перечисленные.
53. Как определяется по классификации ВНОС 1983 г. пародонтит?  
a) локализованный;            b) генерализованный;            c) все перечисленные.
54. Временные пластмассовые шины готовят:  
a) из синмы-74;            b) АКР-15;  
c) протакрила;            d) из всех перечисленных.
55. При шинировании зубов применяются шины:  
a) металлические спаянные коронки;            b) из комбинированных коронок;  
c) экваторных коронок;            d) из полукоронок;            e) все перечисленные.
56. Показанием к постоянному шинированию является:  
a) атрофия альвеолярного отростка менее чем на  $\frac{1}{4}$ ;  
b) атрофия на  $\frac{1}{4}$ ;            c) атрофия на  $\frac{1}{2}$ ;            d) атрофия более чем на  $\frac{1}{2}$ .
57. Дуга (бюгель) шинирующего протеза на нижней челюсти должна:  
a) плотно прилегать к альвеолярному отростку;  
b) отстоять на 1–2 мм;  
c) отстоять на 5–6 мм.
58. По методу изготовления шинирующие элементы бюгельного протеза могут быть:  
a) гнутые;            b) штампованные;  
c) цельнолитые;            d) все перечисленные.
59. Для постоянного шинирования во фронтальном участке на депульпированные зубы можно использовать:  
a) интердентальную шину по методике кафедры;  
b) шину Эльбрехта;            c) шину по Румпелю.
60. Съёмная шина Эльбрехта цельнолитая изготавливается:  
a) на огнеупорных моделях;            b) со снятием с модели (вне модели);  
c) спайкой литых звеньев.
61. Могут применяться съёмные протезы в сочетании с несъёмными шинами?  
a) нет;            b) да;            c) только при интактных зубных рядах
62. Укажите шины, укрепляемые на штифтах:  
a) шина Мамлока;            b) колпачковая шина;  
c) шина из металлических коронок;            d) все перечисленные.

63. Съёмные цельнолитые шины применяются:
- для шинирования отдельно стоящих зубов;
  - стабилизации по дуге;
  - для шинирования отдельной группы зубов.
64. У больного имеется генерализованное поражение пародонта и подвижность II–III степени всех зубов. Какая стабилизация показана?
- фронтальная;
  - сагиттальная;
  - парасагиттальная;
  - фронтосагиттальная;
  - по дуге.
65. Допишите виды стабилизации: фронтальная, сагиттальная, \_\_\_\_\_.
66. Возможно ли снижение высоты прикуса в процессе избирательного пришлифовывания зубов?
- на высоту физиологического покоя;
  - нет;
  - незначительное.
67. Шины по методике кафедры (Л. С. Величко) изготавливаются с использованием:
- восковых штифтов;
  - восковых разборных форм;
  - пластмассовых форм.
68. Укажите формы отраженных травматических узлов по Л. С. Величко:
- бипрогнатический;
  - прогнатический;
  - прогенический;
  - все перечисленные.
69. Съёмная цельнолитая шина по Л. С. Величко (методика кафедры) показана при стабилизации:
- по дуге;
  - фронтальной;
  - сагиттальной.
70. Методику односеансного шинирования зубов композиционными материалами (по Л. С. Величко, Н. М. Полонейчику) можно проводить при наличии зубов:
- интактных;
  - разрушенных;
  - с перепикальными изменениями.
71. Удаление зубов при заболеваниях периодонта показано при атрофии альвеолы:
- на 1/4;
  - 1/2;
  - на 3/4 и более длины корня.
72. Конструкция Румпеля применяется с целью:
- улучшения фиксации съёмных протезов;
  - шинирования одиночно стоящих зубов;
  - распределения жевательной нагрузки между опорными зубами и подлежащими тканями;
  - всех перечисленных факторов.
73. Балка в конструкции Румпеля припаяна к коронкам на уровне:
- окклюзионных поверхностей;
  - экваторов;
  - в пришеечной части.
74. Атрофия лунки определяется:
- рентгеном;
  - глубиной патологического кармана;
  - обнажением корня;
  - всеми перечисленными факторами.
75. В коронках Бородюка вестибулярная стенка:
- выпиливается;
  - не выпиливается.
76. Избирательную пришлифовку зубов проводят:

- а) в 1 посещение;                    б) 3–5 посещений с интервалом (5–7 дней);  
с) в 8–10 посещений.
77. Отраженный травматический узел возникает:  
а) при стираемости жевательных зубов или их потере;  
б) стираемости фронтальных зубов или их потере;  
с) при аномалии положения отдельных зубов.
78. Прямой травматический узел возникает:  
а) при потере большой группы зубов;  
б) завышающих прикус пломбах и вкладках;  
с) при завышающих прикус коронках и мостовидных протезах;  
д) все перечисленное.
79. Депульпирование зубов при шинировании показано:  
а) при значительной гиперстезии эмали;  
б) стирании зубов и близко расположенной пульпе;  
с) необходимости значительного укорочения зуба;  
д) при изготовлении шин с внутрикорневыми штифтами;  
е) все перечисленные.
80. Имеет ли профилактическое или лечебное действие депульпация зубов при заболеваниях пародонта?  
а) да;                    б) нет;                    с) при подвижности зубов
81. Для временного шинирования можно применять:  
а) лигатуры из проволоки, шелк, полиамидные нити;  
б) несъемные шины из пластмассы;  
с) съемные шины;  
д) все перечисленное.
82. К шинам, неперекрывающим зубной ряд, относятся:  
а) кольцевые;                    б) полукольцевые;  
с) многозвеньевые кламмера;                    д) все перечисленное.
83. Показания к временному шинированию — атрофия лунки:  
а) на 1/4;                    б) более 1/2;                    с) на 3/4.
84. При прогеническом отраженном травматическом узле фронтальные зубы верхней челюсти могут перемещаться:  
а) вестибулярно;                    б) орально;                    с) вокруг оси.
85. При прогнатическом отраженном травматическом узле фронтальные зубы верхней челюсти могут перемещаться:  
а) вестибулярно;                    б) орально;                    с) вокруг оси.
86. Съемные шины снижают артикуляционную перегрузку:  
а) вертикальную;                    б) горизонтальную;  
с) вертикальную и горизонтальную.
87. Экваторные коронки применяются с целью:  
а) минимального снятия твердых тканей зуба;  
б) исключения травмы десневого края периодонта;  
с) возможности проведения терапевтического и хирургического лечения;  
д) всех перечисленных факторов.

88. Избирательное шлифование зубов показано:
- при аномалиях прикуса;
  - деформациях зубных рядов;
  - неравномерной стираемости зубов;
  - при отсутствии физиологического стирания бугров зубов;
  - все перечисленные.
89. Для лечения болезней пародонта в ортопедической стоматологии применяются методы:
- избирательного шлифования;
  - ортодонтического лечения;
  - непосредственного протезирования;
  - постоянного шинирования;
  - все перечисленные.
90. Бугры каких жевательных зубов удерживают высоту прикуса?
- небные верхних и щечные нижних;
  - язычные нижних и щечные верхних;
  - щечные верхних и щечные нижних.
91. Избирательное шлифование при прямом прикусе проводят в окклюзии:
- центральной;
  - передней;
  - боковых;
  - в полном объеме (все перечисленные).
92. Избирательное шлифование при ортогнатическом прикусе проводят в окклюзии:
- центральной;
  - передней;
  - боковых;
  - в полном объеме (все перечисленные).
93. Избирательное шлифование при прогнатическом прикусе не проводят в окклюзии:
- центральной;
  - передней;
  - боковых.
94. Ортодонтическое лечение при заболеваниях пародонта чаще проводят аппаратами:
- съёмными;
  - несъёмными;
  - комбинированными.
95. Диаметр ортодонтической проволоки при ортодонтическом лечении заболеваний пародонта должен быть (мм):
- 0,6;
  - 1;
  - 1,2.
96. Показанием к изготовлению импедиат-протезов считается:
- удаление передних зубов;
  - удаление зубов, фиксирующих высоту прикуса;
  - резекция альвеолярной дуги челюсти;
  - все перечисленные.
97. Срок пользования импедиат-протезами:
- до 6–8 месяцев;
  - 12 месяцев;
  - 2 года.
98. Продолжительность временного шинирования в среднем составляет:
- от 5–6 сут до 2–3 месяцев;
  - 6–12 месяцев;
  - 2 года.
99. При больших дефектах зубного ряда предпочтение отдается шинам:
- съёмным в сочетании с несъёмным;
  - несъёмным;
  - съёмным.
100. С помощью несъёмных шин можно иммобилизовать:
- отдельные группы зубов;
  - весь зубной ряд;
  - все перечисленное.
101. Отрицательными свойствами несъёмных шин является:

- a) препарирование зубов;                      b) депульпирование в ряде случаев;  
c) ухудшение гигиены полости рта; d) все перечисленное.
102. Фронтальная иммобилизация подразумевает шинирование:  
a) только резцов;    b) резцов и клыков;    c) резцов, клыков и премоляров.
103. Сагиттальная стабилизация подразумевает шинирование:  
a) клыков и премоляров; b) премоляров и моляров;    c) резцов и клыков.
104. Парасагиттальная стабилизация достигается протезами:  
a) мостовидными;                      b) пластиночными;                      c) бюгельными.
105. При стабилизации по дуге предпочтение следует отдать шине:  
a) единой для всего ряда съемной;    b) несъемной;  
c) съёмной и несъёмной.
106. При выборе метода шинирования следует учитывать:  
a) величину и топографию зубного ряда;  
b) степень тяжести патологического процесса;  
c) вид прикуса;  
d) величину межальвеолярного расстояния;  
e) возраст и общее состояние пациента;  
f) все перечисленное.
107. При включенных небольших (1–2 зуба) дефектах зубного ряда рекомендуется шинирование конструкциями:  
a) несъемными;    b) съемными;    c) сочетание съёмных и несъёмных.
108. При тяжелой форме периодонтита и, так называемом, снижающемся прикусе показаны:  
a) несъемные протезы;  
b) предварительное временное шинирование с восстановлением окклюзионной высоты;  
c) шинирующие бюгельные конструкции.
109. Целесообразно ли применять пластмассовые коронки и коронки с пластмассовой облицовкой при пародонтите?  
a) да, у всех;                      b) нет;                      c) да, у молодых.
110. При пародонтите легкой и средней степени у пациентов с комбинированной травматической окклюзией можно ли применять металлокерамические протезы в качестве шинирующей конструкции?  
a) да, у всех;                      b) нет;                      c) да, у молодых.
111. Целесообразно ли применять металлокерамические протезы, облицованные биологически инертным фарфором при парадонтите?  
a) да, у всех;                      b) нет;                      c) да, у молодых.
112. Показанием к удалению зубов при II степени подвижности является:  
a) зуб не представляет ценности для шинирования;  
b) временное шинирование и стоматологическое лечение не дали результатов;  
c) имеется изменение в периапикальных тканях;  
d) все перечисленное.

113. Учитывается ли силовое превалирование созданных блоков шинирующих зубов на опорный аппарат антагонистов зубов (по Курляндскому)?  
а) да;                      б) нет;                      с) не всегда.
114. Отсутствие необходимости препарирования и депульпирования зубов преимущество шин:  
а) съемных;              б) несъемных;              с) комбинированных.
115. К показаниям для изготовления шин, состоящих из коронок, относят:  
а) значительное разрушение коронок зубов;  
б) наличие клиновидных дефектов в пришеечной области;  
с) аномалии формы зубов;  
d) все перечисленное.
116. Показано ли применение консольных мостовидных протезов при пародонтите?  
а) да, у всех;              б) нет;                      с) да, у молодых.
117. Допустимо ли поддесневое расположение коронки металлокерамических протезов при заболеваниях пародонта?  
а) нет;                      б) да, у передних зубов;              с) да, у жевательных зубов.
118. При заболеваниях пародонта при протезировании металлокерамическими конструкциями препарировать:  
а) циркулярный уступ на уровне десны;              б) псевдоуступ;  
с) без уступа;                      d) все перечисленные.
119. Следует ли проводить ретракцию десны при получении двухслойных оттисков при заболевании пародонта?  
а) да, у передних зубов;              б) нет;                      с) да, у жевательных зубов.
120. Показано ли изготовление металлической «гирлянды» при моделировании цельнолитного каркаса металлокерамики при заболеваниях пародонта?  
а) да, у передних зубов при недостатке места при керамике;  
б) нет;                      с) да, у жевательных зубов.
121. При комплексном лечении пародонтита ортопедические мероприятия способствуют:  
а) нормализации окклюзионной нагрузки;              б) трофике пародонта;  
с) репаративным процессам в тканях;              d) все перечисленное.
122. Показания к временному шинированию:  
а) на период терапевтического и хирургического лечения;  
б) для закрепления результатов ортодонтического лечения;  
с) для изучения прогноза оставшихся зубов;  
d) все перечисленные.
123. К временным шинам относятся:  
а) капповая шина из пластмассы;              б) многозвеньевая шина из пластмассы;  
с) лигатурное связывание зубов;              d) все перечисленные.
124. Временное шинирование — это шинирование зубов:  
а) лигатурами и армирование композиционными материалами;  
б) металлическими коронками;  
с) шинами-протезами.

125. Применяется ли параллелометрия при изготовлении временных шин?  
а) да; б) нет; в) по желанию больного.
126. Целесообразно ли применение для временного шинирования шин-капп из металла?  
а) да, у молодых; б) нет; в) да, у пожилых.
127. Должна ли временная шина замещать дефект зубного ряда?  
а) да; б) нет; в) по желанию пациента.
128. Показано ли ортодонтическое лечение глубокого прикуса, осложненного вторичной деформацией при атрофии костной ткани альвеолярного отростка на  $\frac{1}{4}$ ?  
а) да; б) нет; в) по желанию врача.
129. Показано ли ортодонтическое лечение вторичных деформаций зубных рядов при атрофии костной ткани на  $\frac{1}{2}$ ?  
а) да; б) нет; в) по желанию врача.
130. Для чего необходимо проводить параллелометрию при изготовлении шинирующих протезов?  
а) для рационального распределения жевательной нагрузки;  
б) определения путей введения и выведения протезов;  
в) для обеспечения фиксации и стабилизации;  
г) все перечисленные.
131. Какие шины являются временными?  
а) мостовидные шины-протезы;  
б) шины из полукоронок;  
в) пластмассовые каппы.
132. Целесообразно ли изготовление цельнолитой шины с многозвеньевым кламмером без вестибулярных отростков при лечении генерализованного маргинального периодонтита?  
а) да; б) нет; в) по желанию врача.
133. Каковы основные требования к временным шинам?  
а) равномерно распределяют нагрузку на группу зубов или весь зубной ряд;  
б) надежно фиксируют шинируемые зубы;  
в) просты в изготовлении;  
г) все перечисленные.
134. Является ли мостовидный шина-протез временной шиной?  
а) нет; б) да; в) да, у пожилых.
135. Шины-протезы в функционально ориентированных группах зубов показаны:  
а) при дефектах зубного ряда; б) при интактных зубных рядах;  
в) не показаны.
136. Должны ли временные шины равномерно распределять нагрузку на группу зубов или весь зубной ряд?  
а) да; б) нет; в) только при повышении межальвеолярной высоты.
137. Показано ли изготовление шин-капп в функционально ориентированных группах зубов при хроническом маргинальном периодонтите средней степени?



- а) да, у молодых; б) нет;      с) да, у пожилых.
138. Какие из перечисленных шин являются постоянными?  
а) пластмассовые каппы;  
б) шины из полукоронок;  
с) многосвязные шины из пластмассы.
139. Используется ли параллелометрия для определения путей введения и выведения шин-протезов?  
а) да;      б) нет;      с) только при большом наклоне зубов.
140. Какая шина относится к временным?  
а) из пластмассовых коронок;      б) из металлических коронок;  
с) по Л. С. Величко.
141. Показано ли временное шинирование при проведении терапевтического лечения хронического маргинального периодонтита?  
а) да;      б) нет;      с) по желанию пациента.
142. Показано ли временное шинирование при проведении хирургического лечения хронического маргинального периодонтита?  
а) да;      б) нет;      с) по желанию врача.
143. Какая шина относится к временным шинам?  
а) вестибулооральная;      б) Мамлока;      с) из экваторных коронок.
144. Применяются ли временные шины как ретенционные аппараты после ортодонтического лечения?  
а) да;      б) нет;      с) по желанию больного.
145. Показано ли ортодонтическое лечение прогенического прикуса, осложненного вторичной деформацией зубных рядов при генерализованном маргинальном периодонтите?  
а) при атрофии альвеолярного отростка на  $1/4$ ;  
б) при атрофии альвеолярного отростка на  $2/3$ ;  
с) при атрофии альвеолярного отростка на  $3/4$ .
146. Показано ли ортодонтическое лечение снижения окклюзионной высоты, осложненной глубоким резцовым перекрытием и дистальным смещением нижней челюсти при генерализованном маргинальном периодонтите?  
а) при атрофии альвеолярного отростка на  $1/4$ ;  
б) при атрофии альвеолярного отростка на  $2/3$ ;  
с) при атрофии альвеолярного отростка на  $3/4$ .
147. Допустимо ли проведение гингивотомии без предварительного изготовления временной шины?  
а) да;      б) нет;      с) по желанию врача.
148. Показано ли ортодонтическое лечение снижения окклюзионной высоты, осложненной глубоким резцовым перекрытием и дистальным смещением нижней челюсти при атрофии костной ткани?  
а) на  $1/2$ ;      б) на  $2/3$ ;      с) на  $3/4$ ;
149. Показано ли изготовление шин-капп в функционально ориентированных группах зубов при хроническом маргинальном периодонтите?  
а) при атрофии альвеолярного отростка на  $1/4$ ;

- b) атрофии альвеолярного отростка на  $2/3$ ;  
c) при атрофии альвеолярного отростка на  $3/4$ .
150. Какой материал используется для фиксации капповой шины?  
a) фосфатный цемент;                      b) стеклоиономерный цемент;  
c) водный дентин, репин.
151. Какие шины применяются в период обострения хронического маргинального периодонтита?  
a) вестибулооральные;    b) из металлических коронок;    c) шины-протезы.
152. Возможно ли развитие вторичных деформаций при хроническом маргинальном периодонтите средней степени тяжести и интактных зубных рядах?  
a) да;                      b) нет;                      c) только в стадии обострения.
153. Перечислите виды шинирующих аппаратов:  
a) несъемные;                                      b) съемные;  
c) сочетание съемных и несъемных; d) все перечисленные.
154. Допускается ли при применении капповой шины одномоментное повышение окклюзионной высоты (мм)?  
a) на 2;                      b) 4;                      c) 6;                      d) на 8.
155. Устранение перегрузки тканей периодонта возможно за счёт:  
a) восстановления межальвеолярной высоты;  
b) устранения преждевременных контактов;  
c) удаления подвижных зубов.
156. Осложнением хронического маргинального периодонтита могут быть:  
a) вторичные деформации;    b) зубочелюстные аномалии;  
c) истинная прогения.
157. К временным шинам при локализованном маргинальном периодонтите относятся:  
a) лигатурное связывание;    b) цельнолитые многозвеньевые;  
c) шины-протезы.
158. К специальным методам лечения болезней периодонта относятся:  
a) ортодонтическое;    b) шинирование;                      c) протезирование.
159. Временное шинирование при периодонтите позволяет:  
a) устранить травматическое воздействие патологической подвижности зубов;  
b) устранить зубочелюстные аномалии;  
c) устранить вторичные деформации.
160. При локализованном периодонтите должна ли шина включать в блок?  
a) зубы с интактным периодонтом;  
b) зубы с запасом резервных сил;  
c) все вышеперечисленные.
161. Ортодонтическое лечение трем и диастем, обусловленных смещением зубов при генерализованном периодонтите, показано при атрофии костной ткани:  
a) до  $2/3$ ;                      b) до  $1/2$ ;                      c) до  $3/4$ .

162. Временная шина при лечении хронических маргинальных периодонтитов способствует:
- а) проведению патогенетической терапии;
  - б) улучшению гигиены;
  - в) улучшению эстетики.
163. Показано ли ортодонтическое лечение при патологической стираемости, осложненной снижением окклюзионной высоты, если атрофия костной ткани альвеолярного отростка составляет?
- а) 1/4;
  - б) 2/3;
  - в) 3/4.
164. Показано ли ортодонтическое лечение вторичных деформаций зубных рядов при атрофии костной ткани альвеолярного отростка?
- а) на 1/4;
  - б) 2/3;
  - в) на 3/4.

### Патологическая стираемость зубов

1. Этиологические факторы, вызывающие патологическую стертость зубов:
  - а) функциональная недостаточность твердых тканей зубов;
  - б) функциональная перегрузка зубов;
  - в) бруксизм;
  - г) профессиональные вредности;
  - д) все перечисленные.
2. Жалобы больного при патологической стертости I степени:
  - а) снижение прикуса;
  - б) ночные боли;
  - в) эстетический недостаток.
3. Стадии патологической стертости твердых тканей зубов:
  - а) локализованная;
  - б) генерализованная;
  - в) смешанная;
  - г) все перечисленные.
4. Нужно ли проводить ортопедическое лечение при I степени патологической стертости твердых тканей зубов?
  - а) да;
  - б) нет;
  - в) да, при наличии чувствительности эмали.
5. Сколько выделяют степеней поражения патологической стертости (М. Г. Бушан)?
  - а) две;
  - б) три;
  - в) четыре.
6. Физиологическая стертость зубов наблюдается в пределах:
  - а) эмали;
  - б) эмали и дентина;
  - в) дентина
7. Стадии развития стираемости по М. Г. Бушану:
  - а) физиологическая, переходная, патологическая;
  - б) физиологическая, патологическая;
  - в) всё вышеперечисленное.
8. Патологическое стирание зубов наблюдается в пределах:
  - а) дентина;
  - б) эмали и дентина;
  - в) эмали.
9. Какие поверхности твердых тканей зубов истираются при генерализованной форме патологической стертости?
  - а) режущие края и жевательные поверхности зубов;

- b) аппроксимальные поверхности всех зубов;  
c) всё вышеперечисленное.
10. Глубина поражения твердых тканей зубов при патологической стираемости:  
a) локализованная;      b) до 1/3, до 2/3, до десневого края коронки;  
c) генерализованная.
11. Физиологическая стираемость зубов сопровождается убылью:  
a) эмали;      b) дентина;      c) эмали и дентина.
12. Какие изменения нижней трети лица наблюдаются при компенсированной форме патологической стираемости:  
a) увеличение;      b) уменьшение;      c) без изменений.
13. Назовите изменения, которые могут происходить в пульпе зуба при патологической стертости:  
a) некроз пульпы;      b) выработка вторичного дентина;  
c) пульпит;      d) все перечисленные.
14. Твердость фарфора по сравнению с твердостью эмали:  
a) в 2 раза больше;      b) в 2 раза меньше;      c) равна.
15. Какой дентин образуется в результате патологической стертости зубов?  
a) первичный;      b) вторичный;      c) третичный.
16. При вертикальной патологической стертости стираются при ортогнатическом прикусе:  
a) бугры жевательных зубов и режущие края фронтальных зубов;  
b) нёбная поверхность верхних резцов и губная поверхность нижних резцов.
17. При локализованной форме патологической стертостью поражаются:  
a) отдельные зубы или группа зубов;  
b) все зубы на нижней челюсти;  
c) все зубы на верхней челюсти.
18. При патологической стертости локализованной формы сохраняется контакт между зубами-антагонистами?  
a) сохраняется;      b) не сохраняется;      c) всё вышеперечисленное.
19. Какие методы лечения патологической стертости применяются?  
a) медикаментозный;      b) терапевтический;  
c) ортопедический;      d) все перечисленные.
20. При сохранении коронковой части зуба 1,0–1,5 мм под десневым краем показано изготовление:  
a) культевой штифтовой вкладки;      b) восстановительной коронки;  
c) все перечисленное.
21. Причины развития снижающегося прикуса:  
a) нерациональное протезирование;  
b) ранняя потеря боковых зубов;  
c) функциональная перегрузка отдельной группы зубов;  
d) все перечисленное.
22. Причины, приводящие к дисфункции ВНЧС:  
a) генерализованная форма патологической стертости твердых тканей зуба;  
b) бруксизм;



34. К какой стадии стертости относятся зубы, если стертость их находится на уровне десневого края?  
а) I; б) II; в) III.
35. Что относится к локализованной стираемости?  
а) стирание отдельных зубов; б) стирание всех зубов;  
в) всё вышеперечисленное.
36. Что относится к генерализованной стираемости?  
а) стирание отдельных зубов; б) стирание всех зубов;  
в) стирание отдельных групп зубов.
37. Твердость эмали зубов (кг/мм):  
а) 330–400; б) 280–240; в) 160–80.
38. Твердость дентина зубов (кг/мм):  
а) 60–80; б) 120–160; в) 180–220.

### **Заболевания слизистой оболочки полости рта**

1. Из скольких слоев состоит слизистая оболочка полости рта?  
а) из 1; б) 2; в) 3; г) из 4.
2. Есть ли зоны на слизистой оболочке полости рта с неполным или полным ороговением?  
а) да; б) нет; в) есть в переднем отделе твердого неба.
3. Какие слои различают в слизистой оболочке полости рта (СОПР)?  
а) эпителиальный; б) собственно слизистый;  
в) подслизистый; г) все перечисленные.
4. Какой эпителий выстилает СОПР?  
а) кубический; б) цилиндрический; в) многослойный.
5. Где располагается капиллярная сеть?  
а) в сосочках собственно слизистой оболочки;  
б) эпителиальном слое; в) в подслизистом.
6. В гистологической структуре различие отдельных зон СОПР обусловлено:  
а) выраженностью или стертостью ороговения эпителиального слоя;  
б) наличием или отсутствием подслизистого слоя;  
в) наличием жирового слоя.
7. Имеет ли слизистая оболочка десны подслизистый слой?  
а) да; б) нет; в) только у пожилых пациентов.
8. Эпителий десны относится к зонам с выраженным ороговением?  
а) да; б) нет; в) только у пожилых пациентов.
9. В переднем отделе твердого неба в подслизистом слое имеется:  
а) жировая ткань; б) слизистые железы; в) железы Фордайса.
10. В заднем отделе твердого неба в подслизистом слое имеется:  
а) железы Фордайса; б) жировая ткань; в) слизистые железы.
11. Собственно слизистый слой СОПР представлен:  
а) плотной соединительной тканью;

- b) жировой рыхлой соединительной тканью;  
c) рыхлой соединительной тканью.
12. Защитная функция соединительной ткани проявляется в создании барьера:  
a) механического;                    b) иммунного;                    c) химического.
13. К каким элементам поражения относится эрозия?  
a) к первичным;                    b) вторичным;                    c) к третичным.
14. Оставляет ли после себя эрозия рубец?  
a) да;                    b) нет;                    c) только у молодых пациентов.
15. Оставляет ли после себя афта рубец?  
a) да;                    b) нет;                    c) в пожилом возрасте.
16. К каким элементам поражения относится афта?  
a) к первичным;                    b) вторичным;                    c) к третичным.
17. В пределах каких слоев происходит повреждение СОПР в результате образования эрозии?  
a) эпителиальный;                    b) собственно слизистый;                    c) подслизистый.
18. К каким элементам поражения относится язва?  
a) к первичным;                    b) вторичным;                    c) к третичным.
19. Оставляет ли после себя язва рубец?  
a) да;                    b) нет;                    c) в пожилом возрасте.
20. В результате чего образуется корка?  
a) образования пластов эпителия;                    b) ссыхания экссудата;  
c) некроза эпителия.
21. Сколько различают видов лейкоплакии?  
a) 2;                    b) 3;                    c) 5.
22. Можно ли изготавливать металлокерамические конструкции у лиц с простой формой лейкоплакии?  
a) да;                    b) нет;                    c) только одиночные коронки.
23. Можно ли изготавливать паяные протезы из нержавеющей стали лицам с варикозной формой лейкоплакии?  
a) да, у всех;                    b) нет;                    c) да, только у молодых.
24. Можно ли изготавливать паяные протезы из благородных сплавов лицам с варикозной формой лейкоплакии?  
a) да, у всех;                    b) нет;                    c) да, только у молодых.
25. Можно ли изготавливать цельнолитые конструкции лицам с лейкоплакией?  
a) да, у всех;                    b) нет;                    c) да, только у молодых.
26. Сколько различают форм красного плоского лишая?  
a) 1;                    b) 2;                    c) 3;                    d) 4;                    e) 5.

### **Протезирование при полном отсутствии зубов**

1. Фиксация протезов — это:  
a) удержание протеза в полости рта в покое;  
b) неподвижность протеза при функции;

- с) удержание протеза в покое и при жевании.
2. Для изготовления двуслойных базисов используют эластические пластмассы:  
а) фторакс;                    б) ортосил-М;                    с) бакрил.
  3. Стабилизация протеза — это:  
а) удержание протеза в полости рта в покое;  
б) неподвижность протеза при функции;  
с) неподвижность протеза в покое и во время функции.
  4. Имеются 2 пары антагонизирующих зубов, можно ли фиксировать центральную окклюзию при помощи гипсовых фиксажей?  
а) да;                    б) нет;                    с) да, по желанию больного.
  5. Распространенность полной потери зубов по данным Г. В. Базиана на 1000 человек в возрасте 50–59 лет:  
а) 10 человек;                    б) 20 человек;                    с) 54 человека.
  6. Какие функциональные нарушения отмечаются при полной потере зубов?  
а) рефлекторно нарушается регуляция сокращений жевательной мускулатуры;  
б) нарушается процесс пережевывания пищи;  
с) нарушается речеобразование;  
д) атрофия альвеолярных отростков;  
е) все вышеперечисленное.
  7. В течение какого периода наступает полная адаптация к съемному протезу по Курляндскому?  
а) через 1 нед.;                    б) 33 дня;                    с) 6 месяцев.
  8. При каком типе альвеолярного отростка по Шредеру наиболее лучшие условия для фиксации и стабилизации протезов?  
а) при I;                    б) II;                    с) при III.
  9. При какой форме вестибулярного ската альвеолярного отростка верхней челюсти наиболее лучшие условия для фиксации протеза?  
а) отлогий;                    б) отвесный;                    с) с навесами.
  10. В чем отличие классификации беззубой верхней челюсти Курляндского от классификации Шредера?  
а) в количестве типов альвеолярного отростка;  
б) в состоянии слизистой оболочки и наличии слизисто-железистой подушки под апоневрозом мышц мягкого нёба и выраженности турса;  
с) в зависимости от выраженности альвеолярных бугров.
  11. Как можно устранить балансировку протеза?  
а) укорочением границ протеза;  
б) переделать протез;  
с) изменить положение кламмера.
  12. От чего зависит успешное построение полных съемных протезов?  
а) от дифференцированного распределения давления;  
б) тщательности оформления краев базисов;  
с) максимального использования протезного поля;  
д) от всех вышеперечисленных факторов.



13. После полимеризации имеются поры в области 76 | 67 зубов нижней челюсти базиса протеза. К какому виду пористости они относятся?
- a) пористость сжатия;
  - b) газовая пористость;
  - c) гранулярная пористость.
14. Укажите метод фиксации полных съемных протезов, применяемых в настоящее время:
- a) биофизический;
  - b) физический;
  - c) биомеханический;
  - d) механический.
15. Функциональные оттиски — это оттиски, полученные:
- a) индивидуальной ложкой;
  - b) с помощью функциональных проб;
  - c) индивидуальной ложкой, приспособованные с помощью функциональных проб.
16. Первая функциональная проба по Гербсту при приспособовке индивидуальной ложки на верхнюю челюсть:
- a) широкое открывание рта;
  - b) дотрагивание кончиком языка до щеки при полуоткрытом рте;
  - c) глотание.
17. Границу базиса полного съемного протеза на нижней челюсти по отношению к ретромолярному треугольнику проводят:
- a) полностью перекрывая;
  - b) перекрывая на  $1/2$ ;
  - c) не доходят до ретромолярного треугольника.
18. Как должен располагаться прикусной валик на нижней челюсти по отношению к гребню альвеолярного отростка?
- a) по центру гребня альвеолярного отростка;
  - b) смещенным на 2 мм от центра гребня альвеолярного отростка наружу;
  - c) смещенным на 5–7 мм внутрь от центра гребня альвеолярного отростка.
19. С целью уменьшения давления оттискного материала на слизистую оболочку перфорацию индивидуальной ложки проводят:
- a) до ее приспособовки в полости рта;
  - b) после приспособовки;
  - c) не проводят.
20. Высота прикусного валика верхней челюсти в боковом отделе (см):
- a) 1,4;
  - b) 1,2;
  - c) 0,8;
  - d) 0,5.
21. Воск, используемый для окончательного моделирования базисов протезов, — это:
- a) лавакс;
  - b) бюгельный;
  - c) базисный.
22. Функциональные пробы при приспособовке индивидуальной ложки на верхней челюсти в дистальном отделе:
- a) широкое открывание рта;
  - b) визуальная ревизия заднего края ложки;
  - c) вытягивание губ трубочкой;
  - d) проба глотания.
23. Какие ориентиры используются для создания протетической плоскости?
- a) нижний край верхней губы, линия волос;
  - b) зрачковая линия, носоушная линия;
  - c) нижний край верхней губы, зрачковая линия.
24. Высота прикусного валика верхней челюсти во фронтальном отделе (см):

- a) 2;            b) 1,5;        c) 1.
25. При расстановке передние верхние зубы располагаются по отношению к альвеолярному отростку при ортогнатическом соотношении челюстей:
- a) на середине альвеолярного отростка;  
b) 2/3 кнаружи;        c) на 2/3 кнутри.
26. Постановка по стеклу 1 | 1 (по методике Васильева):
- a) касается стекла;    b) не касается стекла на 0,3 мм;  
c) не касается стекла на 1–2 мм.
27. Что обеспечивает создание сагиттальной и трансверзальной окклюзионной кривой при постановке зубов по Васильеву?
- a) постановка зубов по стеклу;    b) произвольная постановка;  
c) по желанию больного.
28. Правила расстановки искусственных жевательных зубов по отношению к середине альвеолярного отростка:
- a) на 1 мм вестибулярнее середины альвеолярного отростка;  
b) по середине гребня альвеолярного отростка;  
c) на 0,5 мм оральнее середины гребня альвеолярного отростка.
29. Назовите порядок проведения лабораторных этапов при изготовлении полных съемных протезов:
- a) изготовление базисов с окклюзионными валиками;  
b) загипсовка моделей;  
c) изготовление индивидуальной ложки;  
d) отливка функциональных оттисков;  
e) постановка зубов;  
f) окончательное моделирование и загипсовка в кювету;  
g) шлифовка и полировка.
30. Постановка по стеклу 5 | 5 предусматривает:
- a) 5 | 5 касается стекла нёбными буграми;  
b) щечные на 0,5 мм не достигает его;  
c) 5 | 5 касаются обоими буграми.
31. Сколько зон податливости слизистой оболочки выделял Лунд?
- a) 1;            b) 2;            c) 3;            d) 4.
32. Где должна проходить вестибулярная граница индивидуальной ложки по Гербсту на нижней челюсти?
- a) по самому глубокому месту переходной складки;  
b) на 2–3 мм выше переходной складки;  
c) на 5–6 мм выше переходной складки.
33. Постановка по стеклу к горизонтальной плоскости 4 | 4 предусматривает:
- a) 4 | 4 касаются поверхности стекла щечными буграми, нёбные на 1 мм не достигают его;  
b) 4 | 4 касаются обоими буграми;  
c) вообще не касается.
34. При постановке зубов при прогеническом прикусе на верхней челюсти ставят:
- a) на 2 премоляра меньше;        b) на 2 моляра меньше;

- с) на 2 клыка меньше.
35. Высота окклюзионного валика нижней челюсти во фронтальном и дистальном отделе (см):  
а) 1,4;      б) 0,7;      в) 1;      д) 0,9;
36. Постановка по стеклу к горизонтальной плоскости первых моляров:  
а)  $\underline{6} \mid \underline{6}$  касаются стекла мезиально-нёбным бугром, остальные приподняты: мезиальным — на 0,5 мм, дистально-щечным — на 1,5 мм, дистально-нёбным — на 1 мм;  
б)  $\underline{6} \mid \underline{6}$  касаются стекла мезиально-нёбным бугром, остальные приподняты: мезиальным — на 1 мм, дистально-щечным — на 2 мм, дистально-нёбным — на 1 мм;  
в) не касается всеми буграми.
37. Наибольший коэффициент трения с эмалью зуба имеет материал:  
а) нержавеющей сталь;  
б) пластмасса «Синма»;  
в) фарфоровая масса «Гамма».
38. Что является причиной гранулярной пористости?  
а) нарушение режима полимеризации;  
б) неправильное соотношение полимера к мономеру;  
в) недостаток пластмассы во время формовки.
39. Сагиттальная щель между искусственными фронтальными зубами верхней и нижней челюстей при прогнати в съёмных протезах должна соответствовать глубине перекрытия?  
а) да;      б) нет;      в) да, при постановке по стеклу.
40. Какой способ гипсовки используется при замене восковой композиции полных съёмных протезов на пластмассу?  
а) прямой;      б) обратный;      в) комбинированный.
41. Постановка зубов по Васильеву показана:  
а) при значительной атрофии альвеолярных отростков;  
б) ортогнатическом соотношении челюстей;  
в) при дисфункции ВНЧС;  
г) во всех перечисленных случаях.
42. При получении функциональных оттисков важно ли соблюдение последовательности проведения проб?  
а) да;      б) нет;      в) только при значительной атрофии.
43. Дистальная граница верхнего базиса должна перекрывать линии «а»:  
а) на 1–2 мм;      б) на 3–4 мм;      в) не доходить до нее.
44. Допишите метод определения межальвеолярной высоты: анатомический антропометрический, аппаратурно-функциональный \_\_\_\_\_.
45. Распространенность полной потери зубов по данным Г. В. Базияна в возрасте 40–49 лет:  
а) 10 человек;      б) 15 человек;      в) 32 человек.

46. Распространенность полной потери зубов по данным Г. В. Базиана в возрасте 60 лет и старше:  
а) 137 человек;      б) 248 человек;      с) 307 человек.
47. Как можно устранить преждевременные контакты отдельных зубов?  
а) методом пришлифовки;      б) укорочением границ протеза;  
с) перебазировкой.
48. При каком типе альвеолярного отростка по Келлеру наиболее лучшие условия для фиксации и стабилизации протезов?  
а) при I-м;      б) II-м;      с) III-м;      д) при IV-м.
49. В чем отличие классификации беззубой нижней челюсти Курляндского от классификации Келлера?  
а) в количестве типов альвеолярного отростка;  
б) состоянии слизистой оболочки;  
с) в наличии экзостозов.
50. При каком типе слизистой оболочки по Суппле наиболее благоприятные условия для пользования полным съемным протезом?  
а) при I-м;      б) II-м;      с) III-м;      д) при IV-м.
51. При улыбке в переднем отделе виден базис протеза, правильно ли определена линия улыбки?  
а) да;      б) нет;      с) не имеет значения.
52. Вторая функциональная проба нижней челюсти:  
а) глотание;      б) широкое открывание рта;  
с) дотрагивание кончиком языка до щеки при полужакрытом рте.
53. При атрофичном типе слизистой оболочки показано применение слепочных материалов:  
а) стомальгин, упин;      б) дентол, репин;  
с) дентафоль, стомопласт;      д) все перечисленные.
54. Какой толщины должна быть мягкая пластмасса при изготовлении протеза с 2-слойным базисом (мм)?  
а) 1–2;      б) 4–5;      с) 7–8.
55. Допустимая глубина резцового перекрытия при прогнатическом соотношении челюстей (мм):  
а) 1;      б) 2–4;      с) 5–7.
56. Какой необходимо получить оттиск при 4 типе слизистой оболочки по Суппле?  
а) компрессионный;      б) разгружающий;      с) комбинированный.
57. Для какой цели служит аппарат Ларина?  
а) для определения высоты нижнего отдела лица;  
б) создания протетической плоскости;  
с) для определения формы зубов.
58. При проверке конструкции съемных протезов в полости рта наблюдается бугорковый контакт боковых зубов, щель между передними зубами, незначительное повышение межальвеолярной высоты. Какая определена окклюзия?  
а) передняя;      б) боковая;      с) центральная.

59. Податливость слизистой оболочки характеризуется:
- а) изменением положения отдельных точек слизистой оболочки под влиянием сокращения мышц;
  - б) вертикальным или горизонтальным смещением слизистой оболочки под влиянием давления базиса протеза;
  - в) выраженностью жировой ткани.
60. При проверке конструкции полных съемных протезов высота нижнего отдела лица при сомкнутых зубных рядах должна быть меньше высоты физиологического покоя (мм):
- а) на 2–4;                      б) 5–7;                      в) на 8–13.
61. К клиническим этапам изготовления полных съемных протезов относятся:
- а) получение анатомических и функциональных оттисков, определение центрального соотношения челюстей, проверка конструкции протеза;
  - б) получение анатомических и функциональных оттисков, определение высоты прикуса и центральной окклюзии, постановка зубов, наложение протеза и его коррекция;
  - в) получение анатомических и функциональных оттисков, определение высоты прикуса и центральной окклюзии, формовка базиса протеза для замены на пластмассовую, наложение протеза.
62. При проверке конструкции протезов при ортогнатическом соотношении челюстей степень перекрытия нижних передних зубов должна быть:
- а) на 1–2 мм;                      б) на 4–5 мм;                      в) отсутствие перекрытия.
63. При проверке конструкции протезов в полости рта в положении ЦО окклюзионные контакты должны быть:
- а) в области боковых зубов;
  - б) множественный контакт;
  - в) в области передних зубов.
64. Что, по вашему мнению, обуславливает вертикальную податливость слизистой оболочки?
- а) расположение в подслизистом слое жировой клетчатки и слизистых желез;
  - б) наличие густой сосудистой сети в подслизистом слое;
  - в) наличие жировой клетчатки.
65. Постановка по стеклу горизонтальной плоскости вторых моляров:
- а)  $\overline{7} \mid \overline{7}$  касаются стекла, его мезиально-щечные бугры находятся на уровне дистально-щечных бугров первых моляров;
  - б)  $\overline{7} \mid \overline{7}$  не касаются стекла, мезиально-щечные бугры находятся на уровне дистально-щечных бугров первых моляров, остальные бугры выше стекла на 2–2,5 мм;
  - в) все бугры не касаются стекла на 2–3 мм.
66. Ориентиры, наносимые на восковые базисы:
- а) линия центра, линия клыков, линия улыбки;
  - б) линия центра, носоушная линия, линия улыбки;
  - в) передней окклюзии.

67. После наложения полных съемных протезов отмечается сглаженность носогубных и подбородочных складок, стук зубов. Это объясняется:
- а) снижением высоты прикуса;
  - б) повышением высоты прикуса;
  - в) боковой окклюзией.
68. Каким требованиям должен отвечать функциональный оттиск с верхней челюсти?
- а) четко отображать ткани протезного поля;
  - б) отображать переходную складку;
  - в) отображать альвеолярные бугры;
  - г) все перечисленное.
69. Окантовка краев функционального оттиска проводится:
- а) на 1–2 мм ниже краев оттиска;
  - б) по краю оттиска;
  - в) вообще не проводится.
70. В задачи протезирования беззубых челюстей входят:
- а) восстановление утраченных функций глотания, жевания и т. д.;
  - б) предупреждение заболеваний желудочно-кишечного тракта;
  - в) все перечисленные выше задачи.
71. Для исследования функционального состояния зубочелюстной системы применяют метод:
- а) мастикациографии;
  - б) функциональных жевательных проб;
  - в) риноскопии;
  - г) электромиографии.
72. Как должен поступить врач, если во время осмотра обнаруживается, что слизистая оболочка протезного ложа находится в состоянии хронического воспаления (срок пользования протезом 5 лет)?
- а) немедленно приступить к изготовлению нового протеза;
  - б) запретить пациенту пользоваться старыми протезами до стихания воспалительного процесса;
  - в) принять решение о целесообразности изготовления нового протеза;
  - г) провести коррекцию протеза в местах наибольшей гиперемии.
73. Заеда может возникнуть при наличии следующих условий:
- а) при снижении ВНОЛ;
  - б) при малой ротовой щели и несоразмерно с ней большим базисом протеза;
  - в) все вышеперечисленное.
74. Протезирование при лейкоплакии показано (стадия ремиссии):
- а) только несъемными конструкциями протезов;
  - б) всеми видами ортопедических конструкций, если части протеза, прилежащие к пораженному участку, имеют гладкую хорошо полированную поверхность;
  - в) не показано вообще.
75. Укажите специальный метод диагностики больных с заболеванием ВНЧС:
- а) электромиография;
  - б) гнатодинамометрия;
  - в) ринопневмометрия.
76. Ортопедическое лечение заболеваний ВНЧС предусматривает:
- а) восстановление межальвеолярной высоты;
  - б) нормализацию положения нижней челюсти;

- с) выравнивание окклюзионной кривой;  
 d) все вышеперечисленное.
77. Правильное определение понятия «непосредственное протезирование»:  
 а) это протезирование больного через 3 дня после проведенной операции;  
 б) это протезирование оперируемого больного на операционном столе;  
 в) пострезекционный протез изготавливается заранее по намеченному совместно с хирургом плану и накладывается в день операции.
78. Укажите наиболее вероятную причину возникновения лейкоплакии:  
 а) травма краем протеза и острыми краями зубов;  
 б) снижение окклюзионной высоты;  
 в) заболевания парадонта.
79. Допускается ли перебазировка непосредственного протеза?  
 а) да;            б) нет;            в) в зависимости от возраста.
80. Постановка  $\underline{2} | \underline{2}$  по методике Васильева предусматривает:  
 а) касание стекла;            б) отстояние от стекла на 0,5 мм;  
 в) отстояние от стекла на 1 мм.
81. Проводится ли постановка на пластмассовом базисе  $\frac{8|8}{8|8}$ ?  
 а) да;    б) нет;    в) при незначительной атрофии альвеолярных отростков.
82. С каких искусственных зубов начинают расстановку по Васильеву на нижней челюсти?  
 а) премоляры;            б) моляры;            в) передние.
83. При каком соотношении беззубых челюстей возможна постановка передних зубов на приточке?  
 а) ортогнатическом;            б) прогнатическом;            в) прогеническом.
84. Постановка  $\underline{3} | \underline{3}$  по методике Васильева предусматривает:  
 а) касание стекла;            б) отставание от стекла на 0,5 мм;  
 в) отставание от стекла на 1 мм.
85. При каком соотношении беззубых челюстей ставят по одному премоляру с обеих сторон на нижней челюсти?  
 а) при ортогнатическом;            б) прогнатическом;            в) при прогеническом.
86. Укорочение зубной дуги верхней челюсти на один премоляр с обеих сторон проводят при соотношении:  
 а) при ортогнатическом;            б) прогнатическом;            в) при прогеническом.
87. С какой целью при прогнатическом соотношении челюстей создают накусочную площадку для передних зубов?  
 а) для улучшения фиксации протеза;  
 б) улучшения стабилизации протеза во время функции;  
 в) для улучшения фиксации и стабилизации.
88. При каком соотношении беззубых челюстей постановка искусственных зубов предусматривает замену верхних боковых зубов правой стороны нижними боковыми зубами левой стороны, а верхних боковых зубов левой стороны нижними боковыми зубами правой стороны?  
 а) при ортогнатическом;            б) прогнатическом;            в) при прогеническом.

89. Напишите фазы адаптации к зубным протезам по Курляндскому \_\_\_\_\_
90. Ширина прикусного валика на верхней челюсти во фронтальном участке (мм):  
а) 2–3;      б) 3–4;      с) 6–8.
91. Ширина прикусного валика верхней челюсти в боковом участке (мм):  
а) 3–4;      б) 4–5;      с) 8–10.
92. Напишите известные методы перебазировки съемных протезов \_\_\_\_\_
93. «Камперовская горизонталь» — это линия, проходящая между:  
а) зрачками;  
б) основанием крыла носа и середины козелка уха;  
с) основанием перегородки носа и подбородка.
94. Ориентиром срединной линии на прикусном валике верхней челюсти является:  
а) уздечка верхней губы;      б) срединная линия лица;  
с) расположение зрачковой линии.
95. Линия клыков на прикусном валике верхней челюсти, проведенная по углу рта, соответствует:  
а) дистально-аппроксимальной поверхности клыков;      б) бугоркам клыков;  
с) медиально-аппроксимальной поверхности клыков.
96. Шейки искусственных зубов во фронтальном участке по отношению к линии улыбки на прикусном валике верхней челюсти располагаются:  
а) выше;      б) на уровне;      с) ниже.
97. Высота нёба человека по Н. И. Агапову колеблется:  
а) от 0,5 до 2,5 см;      б) 2,5 до 5 см;      с) от 5 см и выше.
98. Какой тип беззубой верхней челюсти по Шредеру наименее благоприятен для протезирования полным съемным протезом?  
а) 1-й;      б) 2-й;      с) 3-й.
99. Какие типы беззубых нижних челюстей по Келлеру наименее благоприятны для протезирования полными съемными протезами?  
а) 1-й;      б) 2-й;      с) 3-й и 4-й.
100. Какое расстояние между окклюзионными валиками при нормальной межальвеолярной высоте при произношении звука «О» при разговорной пробе (в мм)?  
а) 1–2;      б) 3–5;      с) 6–10.
101. Проверка конструкции полного съемного протеза складывается (поставьте очередность):  
а) из проверки воскового шаблона зубами в полости рта;  
б) осмотра моделей челюстей;  
с) из проверки постановки зубов в артикуляторе.
102. Применение адгезивных средств повышает эффективность фиксации съемных полных пластиночных протезов:  
а) на 25–40 %;      б) 50 %;      с) на 90 %.



103. Сколько времени больной должен пользоваться протезом до прихода к врачу на коррекцию?  
а) 4–6 ч;                      б) 1–2 дня;    с) 3–5 дней.
104. Через сколько лет съемные протезы подлежат замене?  
а) 1–2;                      б) 3–5;        с) 7–10.
105. Принцип передачи жевательного давления съемными протезами:  
а) физиологический;                      б) полуфизиологический;  
с) нефизиологический.
106. Толщина базиса протеза на верхней челюсти должна быть (мм):  
а) 2–2,5;                      б) 3–4;        с) 4–5.
107. Содержание остаточного мономера в быстротвердеющей пластмассе:  
а) 3–5 %;                      б) 7–8 %;    с) 10–12 %.
108. Из какого материала изготавливаются прикусные валики?  
а) базисный воск;                      б) лавакс;  
с) воск для моделировки мостовидных протезов.
109. Оттисковый материал, применяемый для получения анатомического оттиска:  
а) репин;                      б) гипс;        с) сизэласт-21.
110. Вторая функциональная проба нижней челюсти:  
а) глотание;                      б) широкое открывание рта;  
с) дотрагивание кончиком языка до щеки при полузакрытом рте.
111. Какой необходимо получить оттиск при 4 типе слизистой оболочки по Суппле?  
а) компрессионный;                      б) разгружающий;        с) комбинированный.
112. Какие материалы применяют для получения индивидуальной ложки?  
а) синма-М;                      б) карбопласт;        с) акрилоксид.
113. При какой температуре проводится процесс полимеризации пластмассы в емкости с водой (в градусах)?  
а) 100;                      б) 80;        с) 60.
114. В классификации оттисков по Гаврилову выделяют:  
а) стандартные;                      б) функциональные;        с) полуфункциональные.
115. В классификации оттисков по Гаврилову по степени отжатия слизистой выделяют оттиски:  
а) полученные под давлением;                      б) анатомические;        с) разгружающие.
116. Постановка по стеклу клыка в/ч (по Васильеву):  
а) не касается стекла на 0,5–1 мм;                      б) касается стекла;  
с) не касается стекла на 1,5–2 мм.
117. При постановке по стеклу 1 моляра в/ч (по Васильеву) дистальный небный бугорок:  
а) касается стекла;                      б) отстоит на 1 мм;        с) отстоит на 0,5 мм.
118. При постановке по стеклу 1 моляра в/ч (по Васильеву) медиальный небный бугорок:  
а) отстоит на 1,5 мм;                      б) касается стекла;        с) отстоит на 1 мм.
119. При постановке по стеклу 1 моляра в/ч (по Васильеву) дистальный щечный бугорок отстоит:

- a) на 1 мм;                            b) 1,5 мм;                            c) на 0,5 мм.
120. При постановке по стеклу 1 моляра в/ч (по Васильеву) медиальный щечный бугорок:  
a) касается стекла;            b) отстоит на 0,5 мм;    c) отстоит на 1 мм.
121. При постановке по стеклу второго моляра в/ч (по Васильеву) его бугорки:  
a) касаются стекла;            b) не касаются.
122. При формировании валика в переднем отделе ориентируются на линию:  
a) камперовскую;            b) зрачковую;            c) не ориентируются вообще.
123. При формировании валика в боковом отделе ориентируются на линию:  
a) камперовскую;            b) зрачковую;            c) не ориентируются вообще.
124. Камперовская горизонталь — это линия:  
a) зрачковая;                    b) центральная;            c) носоушная.
125. При истинной прогнатии передние зубы ставят:  
a) на искусственной десне;  
b) на приточке;  
c) на искусственной десне и на приточке.
126. Противопоказанием к клиническому методу перебазировки является:  
a) гипертрофированная слизистая;  
b) нормальная слизистая;  
c) хронические заболевания слизистой.
127. При определении центрального соотношения челюстей произошло смещение н/ч вперед, тогда в клинической картине будут симптомы:  
a) боковой окклюзии;            b) дистального прикуса;  
c) боковой окклюзии и дистального прикуса.
128. При определении центрального соотношения челюстей произошло смещение н/ч вправо, тогда в клинической картине будут симптомы:  
a) левой боковой окклюзии;    b) правой боковой окклюзии;  
c) дистального прикуса.
129. При определении центрального соотношения челюстей произошло смещение н/ч влево, тогда в клинической картине будут симптомы:  
a) левой боковой окклюзии;    b) правой боковой окклюзии;  
c) дистального прикуса.
130. При определении центрального соотношения челюстей произошло завышение высоты прикуса, тогда в клинической картине будет:  
a) выраженные носогубные складки;  
b) отсутствие расстояния между зубами в состоянии физиологического покоя;  
c) губы поджаты, углы рта опущены.
131. При определении центрального соотношения челюстей произошло занижение высоты прикуса, тогда в клинической картине будет:  
a) выраженные носогубные складки;  
b) отсутствие расстояния между зубами в состоянии физиологического покоя;

- с) губы не смыкаются, углы рта приподняты.
132. Средний тип губы в/ч равен (мм):  
а) 8–14;    б) 5–7;    с) 2–4.
133. Длинный тип губы в/ч равен (мм):  
а) 15–22;    б) 8–14;    с) 28–34.
134. При длинном типе губы в/ч выстояние прикусного валика:  
а) на 2–4 мм ниже верхней губы;  
б) на уровне верхней губы или выше ее на 2 мм;  
с) на 6–8 мм ниже верхней губы.
135. В настоящее время широко распространен метод определения высоты нижнего отдела лица:  
а) антропометрический; б) анатоμο-физиологический;  
с) анатомический.
136. Сколько фаз адаптации зубным протезам различает В. Ю. Курляндский?  
а) 2;    б) 3;    с) 4.
137. Фаза полного торможения наступает:  
а) с 1-го по 5-й день;    б) с 5-го по 10-й день;    с) с 5-го по 33-й день.
138. Жевательная эффективность полного съемного протеза максимальна к концу:  
а) 1-го года пользования протезом;    б) 2-го года пользования протезом;  
с) через 5–8 лет.

### Челюстно-лицевая ортопедия

- Когда применяются шины с распорочным изгибом (более полный ответ)?  
а) при легко подвижных отломках;  
б) легко подвижных отломках и наличии дефектов в зубном ряду;  
с) при переломах с тугоподвижными отломками.
- Типичное смещение альвеолярного отростка верхней челюсти при каком переломе (ФОР-III)?  
а) кзади и книзу;    б) вперед и книзу;    с) книзу.
- Типичное смещение срединного отломка нижней челюсти при двойном переломе в пределах зубного ряда:  
а) кзади и вниз;    б) кверху;    с) влево;    д) вправо.
- Можно ли аппаратурно-хирургическим способом исправить деформацию прикуса при лечении неправильно сросшихся переломов челюстей?  
а) да;    б) нет;    с) в молодом возрасте.
- Наиболее полный перечень местных причин образования ложных суставов:  
а) нарушение питания, авитаминозы, интерпозиция мягких тканей, дефект костной ткани;  
б) нарушение питания, авитаминозы, интерпозиция мягких тканей, осложнения перелома хроническим воспалением кости;

- с) нарушение методики лечения, дефект костной ткани, интерпозиция мягких тканей, осложнение перелома хроническим воспалением кости.
6. Когда применяется каппово-штанговый аппарат с круглыми двойными трубками (лечение переломов нижней челюсти)?
- а) при наклоне зубов;
  - б) вестибулярном наклоне зубов;
  - с) повороте зуба вокруг оси;
  - д) низких клинических коронках зубов;
  - е) при высоких клинических коронках зубов.
7. Когда невозможно применение каппово-штангового аппарата с круглыми двойными трубками (лечение переломов нижней челюсти)?
- а) при оральном наклоне зубов;
  - б) вестибулярном наклоне зубов;
  - с) низких клинических коронках;
  - д) при высоких клинических коронках.
8. За счет каких мышц происходит типичное смещение отломков нижней челюсти при двойном переломе (срединный фрагмент)?
- а) жевательная;
  - б) височная;
  - с) подбородочно-подъязычная;
9. Метод фиксации верхнечелюстной шины с головной шапочкой при лечении переломов верхней челюсти со вскрытием гайморовых пазух:
- а) лабильная;
  - б) с резиновой тягой;
  - с) жесткая.
10. При полной адентии верхней челюсти в сочетании с микростомией показано протезирование:
- а) складным протезом;
  - б) разборным протезом;
  - с) протезом с базисом из эластичной пластмассы.
11. Показания к протезированию при неправильно сросшихся переломах:
- а) имеется точечный бугорково-бугорковый множественный контакт с антагонистами;
  - б) имеется точечный контакт боковыми поверхностями;
  - с) нет контактов с антагонистами.
12. При двойном переломе нижней челюсти малые фрагменты смещаются:
- а) вперед, внутрь и поворачиваются вокруг горизонтальной оси;
  - б) назад, кнаружи и поворачиваются вокруг вертикальной оси;
  - с) назад кнаружи и поворачиваются вокруг горизонтальной оси.
13. Какое типичное смещение отломков нижней челюсти происходит за счет подбородочно-язычной, челюстно-подъязычной, двубрюшной мышц?
- а) книзу и назад;
  - б) кверху и вперед;
  - с) книзу и влево;
  - д) вправо и кверху.
14. Какая ложка применяется для получения слепков при микростомии?
- а) стандартная № 1;
  - б) индивидуальная;
  - с) разборная.
15. Какими аппаратами можно провести репозицию отломков?
- а) стандартный аппарат Збаржа;
  - б) шина Тигерштедта с зацепными петлями;
  - с) гладкая проволочная шина;
  - д) шина Васильева;
  - е) всеми перечисленными.

16. Когда применяется зубнадесневая шина Вебера?
- а) при переломах н/ч со смещением отломков и наличием 2–3 устойчивых зубов на отломках;
  - б) при переломах н/челюсти в пределах зубного ряда без смещения, для до-лечения переломов при снятии межчелюстной тяги;
  - с) при переломах нижней челюсти со смещением и наличии 4–5 устойчивых зубов на отломках.
17. Подбородочная праща накладывается:
- а) при переломе беззубой в/ч;
  - б) переломах н/ч или в/ч при наличии достаточного количества зубов на челюстях;
  - с) при переломах скуловой кости.
18. Толщина алюминиевой проволоки для изготовления шины Тигерштедта (мм):
- а) 0,5–1,0;                      б) 1,2–2,0;                      с) 2,5–3,0.
19. Какие из перечисленных шин являются наиболее оптимальными с точки зрения биомеханики?
- а) проволочная алюминиевая;
  - б) из быстротвердеющей пластмассы;
  - с) проволочная паяная на кольцах (коронках).
20. Под каким углом к протетической плоскости изгибаются зацепные петли в шине Тигерштедта?
- а) 5–10°;                      б) 15–20°;                      с) 25–30°;                      д) 35–45°;                      е) 50–60°.
21. Можно ли наложить резиновую тягу, если на в/ч наложена шина Васильева, на н/ч гладкая проволочная шина?
- а) да;                      б) нет;                      с) да, если есть распорочный изгиб.
22. В каких случаях применяют obturator по Померанцевой–Урбанской?
- а) при естественном вскармливании грудных детей;
  - б) для замещения дефектов мягкого нёба сифилитического происхождения при полной неподвижности тканей;
  - с) при искусственном вскармливании грудных детей.
23. Укажите наиболее вероятные причины образования ложных суставов при переломе н/ч:
- а) авитаминоз;                      б) дистрофия;
  - с) несвоевременная иммобилизация отломков, обширные разрывы мягких тканей и внедрение их между отломками;
  - д) все перечисленное.
24. Можно ли при ложном суставе в переднем отделе н/ч и следующей топографией дефекта 0054000 | 0004500 протезировать частичным съёмным протезом?
- а) да;                      б) нет;                      с) да, с мягкой прокладкой.
25. Положение лигатуры, укрепляющей на зубном ряду шину Тигерштедта:
- а) выше экватора;                      б) на уровне экватора;
  - с) ниже экватора;                      д) у шейки зуба.

26. При переломе н/ч без смещения у больного с подвижностью всех зубов II–III степени, какой шине следует отдать предпочтение?  
а) проволочной гладкой; б) проволочной шине с зацепными петлями;  
в) съемной зубонаддесневой шине Вебера;  
г) шине из быстротвердеющей пластмассы назубной.
27. Какой способ иммобилизации показан при переломе в области угла нижней челюсти без смещения и с наличием зубов на отломках?  
а) консервативный; б) оперативный; в) аппаратурно-хирургический.
28. Какой способ иммобилизации показан при переломе в области угла н/ч со смещением?  
а) консервативный; б) оперативный; в) аппаратурно-хирургический.
29. Когда применяется шина Порты?  
а) при переломах челюстей с недостаточным количеством зубов;  
б) суббазальных переломах в/ч со смещением;  
в) при переломах беззубых челюстей без смещения.
30. Когда применяется шина Гунига?  
а) при переломах беззубых челюстей;  
б) переломах челюстей с одиночно стоящими зубами без смещения;  
в) при двухсторонних переломах челюстей с достаточным количеством опорных зубов.
31. С какой целью применяется нёбная пластинка при оперативных вмешательствах пластики нёба (дайте более полный ответ)?  
а) с целью защиты раневой поверхности от внутрибольничной инфекции;  
б) для удержания тампонов, используемых после оперативного вмешательства;  
в) для защиты раны и перемещенных лоскутов нёба от влияния среды полости рта и прижатия лоскутов нёба к его костям, а также для формирования нёбного свода.
32. Причинами возникновения дефектов верхней челюсти являются:  
а) результат воспалительного процесса челюстно-лицевой области;  
б) травматические повреждения и оперативные вмешательства челюстно-лицевой области;  
в) результат лучевой терапии;  
г) врожденные дефекты;  
д) все вышеперечисленное.
33. Для дефекта, возникшего в результате лучевой терапии, характерны:  
а) разнообразная локализация дефекта;  
б) резкие рубцовые изменения в пораженной области;  
в) изменения в цвете тканей окружающих дефект;  
г) все вышеперечисленное.
34. Укажите аппараты, относящиеся к группе репонирующего типа действия:  
а) шина Ванкевича; б) шина Порты;  
в) проволочная шина-скоба; г) все вышеперечисленное.

35. Укажите аппараты, относящиеся к группе внутриротовых назубных фиксирующих:
- a) проволочные шины по Тигерштедту;
  - b) шина Вебера;
  - c) шина Порты;
  - d) все вышеперечисленное.
36. Характерные особенности дефектов челюстно-лицевой области после хейло- и уранопластики:
- a) разнообразное расположение дефектов мягких тканей;
  - b) значительная деформация;
  - c) значительные рубцовые изменения;
  - d) нарушения речи;
  - e) все вышеперечисленное.
37. Укажите причины, приводящие к неправильно сросшимся переломам:
- a) неправильное сопоставление отломков;
  - b) недостаточная фиксация отломков;
  - c) нарушение гигиены полости рта;
  - d) применение лечебной гимнастики;
  - e) все вышеперечисленное.
38. Укажите причины формирования ложного сустава:
- a) поздняя, неэффективная иммобилизация отломков;
  - b) остеомиелит;
  - c) интерпозиция мягких тканей;
  - d) раннее протезирование;
  - e) все вышеперечисленные.
39. Функциональными нарушениями, наблюдаемыми при стомоназальных дефектах (приобретенных), являются:
- a) нарушение окклюзии;
  - b) нарушение формирования пищевого комка;
  - c) нарушение речи;
  - d) нарушение глотания;
  - e) все вышеперечисленное.
40. При ложном суставе съемный протез изготавливается:
- a) с 1 базисом;
  - b) 2 фрагментами и подвижной фиксацией между ними;
  - c) с металлическим базисом.
41. При изготовлении верхнечелюстного obturating протеза при наличии непрерывного зубного ряда на сохранившемся участке верхней челюсти наиболее применимы следующие фиксирующие элементы:
- a) телескопические коронки;
  - b) балочная (штанговая) система фиксации;
  - c) опорно-удерживающие кламмеры;
  - d) все вышеперечисленное.
42. Наиболее применимыми методами фиксации при сочетанных дефектах верхней челюсти и лица являются:
- a) сочетанная система с очковой оправой;
  - b) применение магнитных элементов;
  - c) использование эластичной пластмассы;
  - d) специальная хирургическая подготовка;
  - e) все вышеперечисленное.

43. При обширных дефектах челюстей и одиночном зубе на сохранившемся участке челюсти наиболее применимы следующие фиксирующие элементы:  
а) фиксирующие кламмеры; б) магнитные элементы;  
с) телескопические коронки; д) все вышеперечисленное.
44. Наиболее рациональными методами формирования obtурирующей части протеза являются:  
а) на модели восковыми композициями;  
б) в полости рта на жестком базисе (термопластмассами);  
с) в полости рта на восковой конструкции протеза восковыми композициями;  
д) в полости рта на восковой конструкции протеза слепочными массами.
45. Наиболее оптимальный срок изготовления резекционного протеза:  
а) через 2 месяца после операции; б) через 6 месяцев после операции;  
с) через 2 недели после операции; д) до оперативного вмешательства;  
е) сразу же после операции.
46. К основным функциям резекционного протеза относятся:  
а) восстановление эстетических норм челюстно-лицевой области;  
б) восстановление функции дыхания;  
с) защита раневой поверхности;  
д) частичное восстановление нарушенных функций и формирование протезного ложа;  
е) все вышеперечисленное.
47. Наиболее объективно определяют степень восстановления obtурирующим протезом функции глотания следующие лабораторные методы:  
а) рентгенография; б) фагиография;  
с) реопародонтография; д) электромиография.
48. Наиболее объективными лабораторными методами при оценке функции жевания с obtурирующим протезом являются:  
а) применение диагностических моделей;  
б) электромиография; с) фагиография;  
д) реопародонтография; е) рентгенография.
49. Какие признаки относятся к неправильно сросшимся отломкам при переломе нижней челюсти?  
а) нарушение формирования пищевого комка;  
б) несмыкание ротовой щели;  
с) нарушение окклюзионных соотношений с зубами верхней челюсти;  
д) аномальное положение зубов;  
е) все вышеперечисленное.
50. Основным признаком, позволяющим определить наличие перелома нижней челюсти, является:  
а) несинхронные движения суставных головок височно-нижнечелюстного сустава;  
б) резкое нарушение окклюзионных взаимоотношений с верхними зубами;  
с) смещение отломков в язычном направлении;  
д) подвижность отломков, определяющаяся при пальцевом обследовании;



- е) все вышеперечисленное.
51. Несрастание отломков в области премоляров и моляров позволяют определить:
- а) подвижность обломков;
  - б) смещение малого отломка в язычном направлении;
  - в) окклюзионные нарушения;
  - г) нарушения функции речи;
  - е) все вышеперечисленное.
52. Для смещения отломков нижней челюсти при переломе в центральном отделе (вертикальный перелом) характерно:
- а) отломки могут находиться в правильном положении;
  - б) незначительное смещение отломков;
  - в) незначительное нарушение прикуса;
  - г) все вышеперечисленное.
53. Характер смещения отломков нижней челюсти при переломе в области угла (перелом поперечный, идет косо кнутри и вперед):
- а) резкое смещение малого отростка внутрь;
  - б) резкое смещение малого отростка вверх;
  - в) резкое смещение малого отростка кпереди;
  - г) все вышеперечисленное.
54. К способам нормализации окклюзионных соотношений челюстей при неправильно сросшихся отломках относятся:
- а) ортодонтическое исправление положения отломков;
  - б) удаление зубов;
  - в) изготовление двойного ряда зубов;
  - г) все вышеперечисленное.
55. Укажите клинические признаки перелома нижней челюсти:
- а) нарушение прикуса при сомкнутых челюстях;
  - б) невозможность закрыть рот;
  - в) глубокое перекрытие нижних зубов верхними;
  - г) дистальный сдвиг нижней челюсти;
  - е) все вышеперечисленное.
56. При лечении переломов целесообразно применять:
- а) шины, гнутые из алюминиевой проволоки;
  - б) шины из быстротвердеющих пластмасс;
  - в) стандартные шины назубные ленточные;
  - г) сочетание проволочных шин с быстротвердеющими пластмассовыми;
  - е) все вышеперечисленные.
57. При изготовлении шин для лечения переломов челюстей учитывается:
- а) быстрота изготовления;
  - б) гигиеничность шин;
  - в) отсутствие окклюзионных нарушений;
  - г) все вышеперечисленное.
58. Для одностороннего вывиха нижней челюсти характерно:
- а) рот полуоткрыт;
  - б) подбородок смещен в сторону (здоровую);

- с) ограниченное движение нижней челюсти;
  - д) изменение в пораженном суставе;
  - е) все вышеперечисленное.
59. Для двухстороннего вывиха нижней челюсти характерно:
- а) резкая болезненность в височно-нижнечелюстных суставах;
  - б) невозможность открыть рот;
  - в) слюнотечение;
  - г) затруднение речи;
  - д) все вышеперечисленное.
60. Назовите предрасполагающие к привычным вывихам факторы:
- а) полиартриты;
  - б) заболевание височно-нижнечелюстного сустава;
  - в) растяжение суставной капсулы;
  - г) все вышеперечисленное.
61. Снять мышечную контрактуру при вывихах нижней челюсти можно:
- а) с помощью местной анестезии;
  - б) применением мышечных релаксантов;
  - в) общим наркозом;
  - г) все вышеперечисленное.
62. При лечении привычных вывихов нижней челюсти можно применять:
- а) укрепление связочно-капсулярного аппарата;
  - б) применение ортопедических аппаратов;
  - в) все вышеперечисленное.
63. Наиболее характерным симптомом перелома альвеолярного отростка верхней челюсти является:
- а) нарушение прикуса;
  - б) возможность пальпаторно определить подвижность отломков;
  - в) нарушение формы зубной дуги;
  - г) вытекание изо рта вязкой слюны с кровью;
  - д) все вышеперечисленное.
64. Назовите характерный признак перелома тела верхней челюсти:
- а) головная боль, головокружение;
  - б) значительный отек мягких тканей лица;
  - в) резкое нарушение прикуса;
  - г) нарушение речи, глотания;
  - д) все вышеперечисленное.
65. Назовите признак тяжелого повреждения верхней челюсти:
- а) повреждение соседних органов;
  - б) резкие функциональные нарушения;
  - в) повреждение основания черепа;
  - г) значительное нарушение верхней челюсти;
  - д) все вышеперечисленное.
66. Тактика врача в отношении зубов, находящихся в щели перелома при наличии глубоких зубодесневых карманов:
- а) удаление;
  - б) консервативное лечение;
  - в) шинирование быстротвердеющей пластмассой;

- d) шинирование с помощью лигатурной проволоки;  
e) лечение с применением антибиотиков.
67. Аппаратом, применение которого целесообразно для иммобилизации отломков верхней челюсти, является:  
a) стандартный комплект Збаржа;      b) назубная проволочная шина;  
c) проволочные шины с распорками;      d) все вышеперечисленное.
68. Методы лечения неправильно сросшихся переломов:  
a) ортодонтический;      b) хирургический;      c) ортопедический;  
d) комбинированный;      e) все вышеперечисленные.
69. Особенности протеза по Оксману при ложных суставах:  
a) протез с односуставным и двухсуставным соединением;  
b) протез с пружинным соединением;  
c) петлевидный шарнир.
70. Задняя граница защитной нёбной пластинки проходит:  
a) по линии А;  
b) по глоточному краю мягкого нёба;  
c) на 1–2 мм длиннее глоточного края мягкого нёба.
71. Временные лигатурные повязки накладываются на срок:  
a) 12 ч;      b) 4 дня;      c) 1–3 дня.
72. Каким способом проводится одномоментная репозиция?  
a) ручным;      b) аппаратным;      c) комбинированным.
73. Межчелюстная фиксация необходима в случае:  
a) одностороннего бокового перелома тела нижней челюсти;  
b) срединного перелома нижней челюсти;  
c) двустороннего перелома тела нижней челюсти.  
d) все вышеперечисленное.
74. Шина с шарнирным межчелюстным соединением:  
a) Ванкевич;      b) Порта;      c) Померанцевой–Урбанской.
75. Наиболее тяжелые огнестрельные переломы верхней челюсти по классификации Курляндского относятся к классу:  
a) 1;      b) 2;      c) 3;      d) 4.
76. Шина Вебера применяется при переломах нижней челюсти:  
a) со смещением;      b) без смещения;      c) поворотом отломка внутрь.
77. Для лечения переломов нижней челюсти за пределами зубного ряда применяется шина:  
a) Шредера;      b) Померанцевой–Урбанской;      c) все вышеперечисленное.
78. Шина Степанова отличается от шины Тигерштедта:  
a) локализацией на челюсти;      b) показаниями к применению;  
c) наличием металлической дуги.
79. Дополнительные методы, применяемые при лечении переломов в сочетании с дефектом кости:  
a) репозиция;      b) фиксация;      c) формирование;      d) замещение.

80. Аппарат Оксмана, применяемый при лечении огнестрельных переломов нижней челюсти позволяет провести:
- a) репозицию;
  - b) фиксацию;
  - c) замещение дефекта костной ткани;
  - d) все вышеперечисленное.
81. Выберите способ иммобилизации при переломе ветви нижней челюсти со смещением:
- a) консервативный;
  - b) оперативный;
  - c) комбинированный.
82. Дайте наиболее полное определение понятию «первая медицинская помощь»:
- a) взаимопомощь и помощь санинструктора;
  - b) впервые оказанная медицинская помощь;
  - c) взаимопомощь и помощь санинструктора, оказанная в течение 30 мин.
83. Какой объем включает в себя доврачебная помощь?
- a) взаимопомощь и помощь санинструктора;
  - b) борьба с угрожающими жизни осложнениями и транспортная иммобилизация;
  - c) эвакуация.
84. На каком этапе оказывается квалифицированная медицинская помощь?
- a) медицинский пункт полка;
  - b) госпитальная база;
  - c) медицинская служба дивизии.

### Ортодонтия

1. К методам лечения и профилактики аномалий зубочелюстной системы относятся:
- a) аппаратурно-хирургический;
  - b) хирургический;
  - c) функциональный;
  - d) все перечисленные.
2. К аномалиям величины и формы зубов относятся:
- a) зубы гигантские шиповидные;
  - b) зубы Гетчинсона, Фурнье, Турнера;
  - c) все перечисленные.
3. К аномалиям формы зубных рядов относится:
- a) скученность;
  - b) диастема;
  - c) суженный зубной ряд;
  - d) все перечисленные.
4. Какие из перечисленных аномалий относятся к аномалиям положения отдельных зубов?
- a) скученность;
  - b) поворот зуба вокруг продольной оси;
  - c) губно-щечное прорезывание;
  - d) все перечисленное.
5. Открытый прикус относится к аномалиям:
- a) в сагиттальной плоскости;
  - b) вертикальной плоскости;
  - c) в трансверзальной плоскости.
6. Истинная прогения относится к аномалиям:
- a) в трансверзальной плоскости;
  - b) сагиттальной плоскости;

- с) в вертикальной плоскости.
7. Прогнатия относится к аномалиям:
- а) в сагиттальной плоскости;
  - б) вертикальной плоскости;
  - с) в трансверзальной плоскости.
8. Какие из перечисленных ниже признаков характерны для истинной прогении?
- а) длинное и широкое тело нижней челюсти, увеличение ее угла до  $140^\circ$  и больше;
  - б) укорочение ветви нижней челюсти, угол может быть развернут и достигать  $135\text{--}145^\circ$ ;
  - с) укорочение ветви нижней челюсти, угол может быть  $160\text{--}180^\circ$ .
9. Какие из перечисленных ниже методов применяются для лечения открытого прикуса?
- а) хирургический;
  - б) ортодонтический;
  - с) ортопедический;
  - д) все перечисленные.
10. Перекрестный прикус относится к аномалиям:
- а) в трансверзальной плоскости;
  - б) вертикальной плоскости;
  - с) в сагиттальной плоскости.
11. Что является противопоказанием к ортодонтическому лечению при открытом прикусе?
- а) воспалительные явления в ВНЧС;
  - б) множественный кариес;
  - с) тяжелые общие заболевания;
  - д) все перечисленные.
12. К каким осложнениям может привести передозировка силы действия ортодонтического аппарата?
- а) к атрофии костной ткани и потере перемещаемого зуба;
  - б) резорбции корня;
  - с) к повреждению сосудов пульпы;
  - д) все перечисленные.
13. Какой метод лечения зубочелюстных аномалий у взрослых является более рациональным?
- а) миогимнастика;
  - б) ортопедический;
  - с) комплексный.
14. Укажите причину развития ложной прогении:
- а) вследствие чрезмерного развития нижней челюсти;
  - б) вследствие задержки роста всей верхней челюсти или ее переднего участка при наличии нормальной нижней челюсти;
  - с) вследствие чрезмерного развития верхней и нижней челюсти.
15. Причиной развития укорочения зубного ряда могут быть:
- а) аномалии формы и величины зубов;
  - б) числа и расположения зубов;
  - с) все перечисленные.
16. Какие факторы могут быть причиной развития сужения зубного ряда?
- а) затрудненное носовое дыхание;
  - б) сосание большого пальца руки;
  - с) нарушение функции жевания, глотания и речи;
  - д) все перечисленные.

17. Причиной развития диастемы на верхней челюсти может быть:
- а) низкое прикрепление уздечки;
  - б) высокое прикрепление уздечки;
  - в) нормальное прикрепление уздечки.
18. К какому виду аномалий по классификации Калвеллиса относится вестибулярное положение клыков?
- а) аномалии зубных рядов;
  - б) аномалии положения отдельных зубов;
  - в) аномалии прикуса.
19. Поворот зубов вокруг оси относится к аномалиям:
- а) прикуса;
  - б) положения отдельных зубов;
  - в) скелетным.
20. Какие из перечисленных ниже аномалий прикуса способствуют развитию травматической окклюзии?
- а) глубокий;
  - б) прогения;
  - в) бипрогнатия;
  - г) все перечисленные.
21. Для лечения перекрестного прикуса применяется:
- а) аппарат Оксмана;
  - б) шины Степанова, Васильева, Ванкевич;
  - в) аппарат Энгля.
22. Ортодонтическое лечение глубокого прикуса достигается:
- а) изменением положения передних зубов и формы зубных рядов;
  - б) повышением межальвеолярной высоты;
  - в) изменением глубины резцового перекрытия;
  - г) всеми перечисленными.
23. Для обследования ортодонтических больных проводятся:
- а) цефалометрические методы исследования;
  - б) изучения диагностических моделей;
  - в) все вышеперечисленные.
24. Для лечения дистального прикуса применяются:
- а) расширяющая пластинка с винтом и наклонной плоскостью;
  - б) каппы;
  - в) ортодонтические пластинки с протрагирующими активаторами.
25. В основу классификации Энгля заложены принципы:
- а) морфологического изменения зубов, зубных рядов и прикуса;
  - б) соотношения верхних и нижних шестых зубов (ключ окклюзии);
  - в) соотношения передних зубов.
26. Для лечения открытого прикуса применяются:
- а) коронка Катца;
  - б) аппарат Энгля;
  - в) каппа Бынина.
27. Какие аномалии прикуса относятся к аномалиям в сагиттальном направлении?
- а) глубокий, открытый;
  - б) дистальный, мезиальный;
  - в) перекрестный.
28. Миогимнастика как метод лечения аномалий прикуса применяется:
- а) при истинной прогении;
  - б) сужении зубных рядов;
  - в) при открытом прикусе.
29. Можно ли с помощью миогимнастики у взрослых устранить деформацию зубных рядов?
- а) да;
  - б) нет;
  - в) да, при длительном лечении.
30. Глубокий прикус относится к аномалиям:

- a) в сагиттальной плоскости;    b) вертикальной плоскости;  
c) в трансверзальной плоскости.
31. Ортодонтические аппараты классифицируются:  
a) по механизму трансформации сил и условиям фиксации;  
b) целевому назначению;  
c) по способу фиксации;  
d) все перечисленные.
32. К аппаратам комбинированного действия относится:  
a) аппараты Брюкля, Френкеля, Гуляевой;  
b) шины Васильева;  
c) шина Тигерштетда.
33. Аппарат Энгля относится:  
a) к механически действующим;  
b) к функциональным;  
c) комбинированного действия.
34. К аппаратам какого действия относятся коронки Катца, каппа Шварца?  
a) механического;    b) функционального;    c) комбинированного.
35. Что относится к аномалиям зубочелюстной системы?  
a) изменение цвета зубов;  
b) аномалии положения отдельных зубов;  
c) все перечисленные.
36. Какие из нарушений зубочелюстной системы можно устранить ортодонтическим путем?  
a) восстановить соответствие величин челюстей (истинные прогения, прогнатия);  
b) аномалии прикуса, связанные с неправильным положением зубов;  
c) все перечисленные.
37. Укажите величину сил, применяемых при ортодонтическом лечении:  
a) большие;                    b) умеренные;  
c) слабые;                    d) все вышеперечисленные.
38. Какие силы применимы при ортодонтическом лечении?  
a) силы постоянного действия;  
b) силы перемежающего действия;  
c) все вышеперечисленные.
39. Укажите методы профилактики и лечения аномалий зубочелюстной системы:  
a) функциональный;            b) аппаратный;    c) аппаратно-хирургический;  
d) хирургический;            e) все вышеперечисленные.
40. Укажите хирургические приемы, дополняющие ортодонтическое лечение:  
a) удаление зубов;            b) клиновидная резекция альвеолярного отростка;  
c) кортикотомия;            d) декортикация;  
e) ослабление межальвеолярных перегородок;  
f) все вышеперечисленные.
41. Укажите особенности лечения зубочелюстных аномалий у взрослых:

- а) ортодонтическое лечение проводится, когда формирование лицевого скелета закончено;
- б) костная ткань менее податлива и труднее перестраивается под влиянием воздействия ортодонтических аппаратов;
- в) возможности приспособления к ортодонтическим аппаратам у взрослого меньше, чем у ребенка;
- г) ортодонтическое лечение более продолжительное, чем у детей;
- д) зубочелюстные аномалии усугубляются дефектами и деформацией зубных рядов;
- е) все вышеперечисленные.
42. После ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий рецидивы наблюдаются:
- а) чаще у взрослых;      б) чаще у детей;      в) не наблюдаются;
- г) с одинаковой вероятностью и у взрослых и у детей.
43. К функциональным нарушениям зубочелюстной системы относятся:
- а) неэффективное жевание;      б) неправильное глотание;
- в) ротовое дыхание;      г) нечеткое произношение звуков речи;
- д) парафункция мышц ротовой и околоушной областей;
- е) все вышеперечисленные.
44. После вестибулярного отклонения резцов верхней челюсти глубина резцового перекрытия:
- а) уменьшается;      б) увеличивается;      в) не изменяется.
45. Длительность активного ортодонтического лечения зубоальвеолярной формы мезиального прикуса составляет:
- а) 6–12 мес.;      б) 12–24 мес.;      в) от 2 недель до 4 мес.
46. Какие аппараты применяют для дистального перемещения зубов?
- а) съемные пластинки с пружинами различных конструкций;
- б) аппараты Энгля;
- в) Бен- и Эджуайз-техника с дополнительными кольцами на перемещаемые зубы;
- г) все вышеперечисленные.
47. Являются ли противопоказанием в ортопедической коррекции прикуса заболевания ВНЧС, не сопровождающиеся смещением нижней челюсти в результате неправильных межжюккюзионных контактов между зубными рядами?
- а) да;      б) нет;      в) в молодом возрасте.
48. Перечислите задачи зубочелюстного протезирования:
- а) восстановление разрушенных кариесом и стертости зубов;
- б) ликвидация или уменьшение сагиттальной и вертикальной щелей между резцами;
- в) повышение прикуса;
- г) устранение функциональной перегрузки отдельных зубов и их групп, а также смещения нижней челюсти;
- д) улучшение функций зубочелюстной системы;
- е) устранение эстетических нарушений;



- g) все вышеперечисленные.
49. При перекрестном прикусе возможны следующие нарушения:
- а) трансверзальные движения нижней челюсти затруднены;
  - б) нарушение функции ВНЧС;
  - в) все вышеперечисленные.
50. На какой период требуется ретенция достигнутого результата ортодонтического лечения аномалий положения отдельных зубов?
- а) 6 мес.;
  - б) 1 год;
  - в) 3 года.
51. Назовите аппараты, которые относятся к аппаратам механического действия:
- а) аппараты, действие которых создается положением резиновой тяги, лигатуры, пружины, винта;
  - б) аппараты, сочетающие в себе механические и функционально-направляющие элементы;
  - в) аппараты, фиксирующие нижнюю челюсть в нужном положении.
52. Назовите аппараты, которые относятся к аппаратам функционального действия:
- а) аппараты, фиксирующие нижнюю челюсть в нужном положении;
  - б) аппараты с наклонной плоскостью, накусочной поверхностью или окклюзионными накладками;
  - в) съёмные аппараты с винтом.
53. Назовите аппараты, которые относятся к аппаратам комбинированного действия:
- а) аппараты, сочетающие в себе дуги, пружины, винты, наклонную или накусочную плоскости пелоты;
  - б) аппараты, действие которых основано на силе жевательной мускулатуры;
  - в) аппарат Энгля.
54. Источником силы в аппаратах функционального действия является:
- а) сократительная способность жевательных и мимических мышц;
  - б) активная часть аппарата (упругость дуги);
  - в) активная часть аппарата — пружины.
55. Укажите, когда проводится ортодонтическое лечение взрослых:
- а) до протезирования;
  - б) в процессе протезирования;
  - в) после протезирования.
56. Кто создал теорию артикуляционного равновесия?
- а) Попов;
  - б) Годон;
  - в) Гофунг;
  - г) Катц.
57. На каких животных В. О. Попов впервые описал «искривления челюстей при потере антагонизирующих зубов»?
- а) на морских свинках;
  - б) морских котиках;
  - в) крысах;
  - г) на мышах.
58. Каким термином можно называть перемещение зубов при потере их антагонистов?
- а) феномен Годона;
  - б) феномен Попова–Годона;

- с) вторичная деформация;      d) все вышеперечисленные.
59. Могут ли развиваться изменения в височно-нижнечелюстном суставе при аномалиях зубочелюстной системы?  
а) да;      b) нет;      c) только в молодом возрасте.
60. Всегда ли происходит функциональная перегрузка височно-нижнечелюстного сустава при частичной адентии зубных рядов?  
а) да;      b) нет;      c) только в молодом возрасте.
61. В каких случаях деформацию зубного ряда (феномен Попова–Годона) можно исправить сошлифовыванием зубов?  
а) при незначительном перемещении зубов;  
b) при невозможности исправления деформации ортодонтическим методом;  
c) все вышеперечисленные.
62. Возможно ли исправление вертикальных деформаций ортодонтическим методом при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава?  
а) да;      b) нет;      c) только в молодом возрасте.
63. Возможно ли исправление вертикальных деформаций ортодонтическим методом при вертикальной атрофии костной ткани в области перемещаемых зубов больше, чем  $\frac{1}{2}$ ?  
а) да;      b) нет;      c) только в молодом возрасте.
64. Методы устранения деформации зубных рядов (ненужные выделить):  
а) хирургический;      b) терапевтический;      c) ортодонтический.
65. Требуется ли проводить своевременное протезирование для профилактики деформаций при потере зубов в зубном ряду?  
а) нет;      b) да;      c) только в молодом возрасте.
66. На какую максимальную величину допустимо одномоментно разобщать зубные ряды при лечении вертикальных деформаций ортодонтическим методом (в мм)?  
а) на 0,5;      b) 4;      c) 6;      d) на 10.
67. В каком году Годон создал теорию артикуляционного равновесия?  
а) в 1880;      b) 1905;      c) в 1935.
68. В каком году В. О. Попов описал искривление челюсти при потере зубов-антагонистов?  
а) в 1890;      b) 1880;      c) 1888;      d) в 1808.
69. Можно ли замещать дефект зубного ряда мостовидным протезом во фронтальном отделе при отсутствии 3 зубов?  
а) да, при интактных зубах;      b) да, при атрофии более, чем на  $\frac{1}{2}$ ;      c) нет.
70. Какие дефекты зубных рядов условно называют средними?  
а) при отсутствии 6–8 зубов;      b) отсутствии 2–3 зубов;  
c) при отсутствии 4–6 зубов.
71. Можно ли проводить лечение вертикальных деформаций зубных рядов несъемными аппаратами-протезами?  
а) да;      b) нет;      c) при атрофии корней зубов на  $\frac{1}{2}$ .
72. Какой аппарат-протез нежелательно использовать при лечении вертикальной деформации зубных рядов?

- a) мостовидный;    b) пластиночный;    c) бюгельный;    d) консольный.
73. В чем заключается хирургический метод лечения вертикальных деформаций?  
a) в удалении зубов;  
b) сошлифовывании твердых тканей зубов;  
c) в депульпировании оставшихся зубов;  
d) все вышеперечисленное.
74. Применяется ли метод компактостеотомии для ускорения аппаратурного перемещения сместившихся зубов?  
a) да;    b) нет;    c) при рассосавшихся корнях зубов.
75. На сколько классов Энгль разделил аномалии прикуса?  
a) на 1;    b) 2;    c) 3;    d) на 4.
76. Сколько видов неправильного положения зубов различает Энгль?  
a) 3;    b) 5;    c) 7;    d) 9.
77. Как называется низкое положение отдельных зубов?  
a) интраокклюзия;    b) инфраокклюзия;  
c) супраокклюзия;    d) все вышеперечисленные.
78. Сколько видов аномалийного положения зубов выделяет Д. А. Калвелис?  
a) 5;    b) 7;    c) 10;    d) 13.
79. Как называется поворот зуба вокруг вертикальной оси?  
a) инфраокклюзия;    b) супраокклюзия;  
c) тортоаномалия;    d) транспозиция.
80. Тремы и диастемы между зубами можно отнести:  
a) к аномалиям отдельных зубов;    b) аномалиям прикуса;  
c) все вышеперечисленные.
81. Транспозиция зубов — это:  
a) вестибулярное прорезывание зубов;    b) оральное прорезывание зубов;  
c) синоним ретенции зуба;    d) перемена мест зубов.
82. Сколько видов диастемы выделила Ф.Я. Хорошилкина (1972)?  
a) 2;    b) 3;    c) 4;    d) 5.
83. Третий вид диастемы по Ф. Я. Хорошилкиной — это:  
a) латеральное положение коронок центральных резцов при правильном положении верхушек их корней;  
b) мезиальный наклон коронок центральных резцов и латеральное отклонение их корней;  
c) корпусное латеральное смещение их резцов.
84. Какие существуют аномалии прикуса?  
a) сагиттальные;    b) вертикальные;  
c) трансверзальные;    d) все вышеперечисленные.
85. Назовите синоним «прогнатии»:  
a) дистальный прикус;    b) пастериальный прикус;  
c) верхнечелюстная прогнатия;    d) все вышеперечисленные.
86. Термин «прогения» предложил:  
a) Godon;    b) Sternfeld;    c) Каламкаров;    d) Катц.
87. К вертикальным аномалиям прикуса относят:

- a) глубокий прикус;      b) прогению;  
c) протрузию резцов;      d) всё вышеперечисленные.
88. Сколько основных форм открытого прикуса выделяет Д. А. Калвеллис?  
a) 2;      b) 4;      c) 6;      d) 5.
89. Термин «ложная диастема» означает промежуток между зубами:  
a) обусловленный недоразвитием формы и размеров коронок зубов;  
b) при нормальной форме и размерах зубов;  
c) обусловленный удалением зуба.
90. При тортоаномалии поворот зуба может достигать:  
a) 45°;      b) 90°;      c) 180°;      d) все перечисленные.
91. К клиническому обследованию больных относится:  
a) осмотр;      b) инструментальное обследование;      c) всё перечисленное.
92. Какие типы лица бывают?  
a) церебральный;      b) респираторный;  
c) мышечный;      d) все вышеперечисленные.
93. Типы лица бывают:  
a) квадратное;      b) треугольное;      c) овальное;      d) все перечисленные.
94. Требуется ли проводить метод пальпации при обследовании полости рта перед съемным протезированием?  
a) да;      b) нет;      c) при нежелании больного.
95. Метод перкуссии чаще всего используется для диагностики:  
a) пульпитов;      b) периодонтитов;      c) непрорезавшихся зубов.
96. Сколько степеней подвижности зуба выделяют Свракова и Атанасова?  
a) 3;      b) 4;      c) 6;      d) 2.
97. Подвижность зуба по Свраковой–Атанасовой до 2 мм относят:  
a) к I степени;      b) II степени;      c) III степени;      d) к IV степени.
98. Термометрия — это:  
a) определение температурной реакции;  
b) определение болевой чувствительности;  
c) определение жизнеспособности пульпы.
99. В каких единицах измеряют электровозбудимость зуба?  
a) миллиампер;      b) микроампер;      c) милливольт;      d) Ом.
100. Что относится к специальным методам исследования ортопедических больных:  
a) телерентгенография;  
b) панорамная рентгенография;  
c) дентальная рентгенография.
101. Ангиография — метод контрастного рентгенологического исследования:  
a) миндалин;      b) сосудистой системы;  
c) суставов;      d) головного мозга.
102. Можно ли проводить антропометрическое исследование челюстей и зубных дуг в полости рта пациента?  
a) да;      b) нет;      c) по настоянию больного.

103. Напряжение, развиваемое мышцей при максимальном сокращении, называется:
- a) абсолютным сокращением;
  - b) взрывной мощностью;
  - c) абсолютной мышечной силой;
  - d) резервной силой периодонта.

### **Клинические и технологические ошибки при протезировании ортопедических больных**

1. При формировании полости под вкладку необходимо учитывать:
  - a) топографию полости зуба;
  - b) квалификацию врача-ортопеда;
  - c) состояние зубов-антагонистов.
2. Случайное вскрытие рога пульпы при препарировании под вкладку возможно:
  - a) при использовании некачественных боров;
  - b) наклоне зуба;
  - c) препарировании без учета топографии полости зуба;
  - d) при низкой чувствительности пульпы.
3. Случайное вскрытие пульпы при формировании полостей под вкладку при 5 классе возможно при формировании:
  - a) сферического дна;
  - b) плоского дна;
  - c) сферического дна с фальцем.
4. Для диагностики расположения полукоронок необходимо пользоваться:
  - a) рентгенограммой для определения топографии пульпы;
  - b) анамнезом и жалобами больного;
  - c) данными из стоматологической карточки;
  - d) советами коллеги.
5. Отлом стенки зуба при формировании полости вкладки может произойти:
  - a) из-за неоправданно сохраненной истонченной стенки;
  - b) создания скоса на поверхности зуба;
  - c) из-за чрезмерно глубокой полости.
6. Отлом стенки зуба при формировании полости вкладки может чаще произойти:
  - a) в зубе с витальной пульпой;
  - b) в депульпированных зубах;
  - c) в зубе с витальной пульпой при формировании фальца.
7. Восковая модель вкладки не извлекается из полости, если:
  - a) при формировании стенок оставлены ниши;
  - b) оставлены слишком тонкие стенки;
  - c) не отпрепарирован скос на поверхности зуба.
8. Устранить ниши при формировании под вкладки возможно:
  - a) путем моделирования вкладки;
  - b) путем правильного формирования вкладки;
  - c) увлажнением полости.

9. Восковая модель вкладки плохо извлекается из полости:
- из-за сформированной неглубокой полости;
  - не созданной дивергенции стенок при формировании полости;
  - сферического дна полости;
  - из-за плохого воска.
10. Для извлечения восковой репродукции вкладки полость:
- предварительно высушить воздухом;
  - предварительно высушить эфиром;
  - увлажнить водой.
11. При извлечении вкладки при помощи штифта, чтобы штифт не отделился от восковой модели, его нужно:
- обработать спиртом;
  - прогреть;
  - тщательно высушить.
12. При припасовке готовой вкладки, если вкладка не вводится в полость:
- произвести профилактику расширенной полости;
  - вкладку перемоделировать;
  - использовать другую конструкцию.
13. Готовая вкладка не вводится в полость, причина:
- воск перед извлечением из полости не был достаточно охлажден, что вызвано его деформацией;
  - недостаточный фальц по краю полости;
  - на внутренней поверхности вкладки нет наплывов металла.
14. Литая вкладка не припасовывается. Возможные ваши действия:
- устранить препятствия и довести посадку вкладки;
  - вкладку перемоделировать;
  - вкладку зафиксировать временно.
15. Вкладка изготавливается ассиметричной, наносится отметка для определения положения в полости, чтобы:
- в момент цементировки не был изменен путь введения вкладки;
  - вкладка выглядела эстетично;
  - не нарушалась окклюзия.
16. Причина нависающего края готовой вкладки:
- для фиксации вкладки использовали цемент густой консистенции;
  - недостаточный фальц по краю полости;
  - недостаточно полно собранный анамнез.
17. Под штампованную металлическую коронку препарируют зуб, придавая пульпе форму:
- цилиндра;
  - куба;
  - пирамиды.
18. Недостаточное препарирование под коронку возможно:
- из-за невнимательности в работе;
  - неудобного положения пациента в кресле;
  - неудобного положения врача;
  - из-за низкой квалификации медсестры.
19. Частая причина недостаточного препарирования под коронку:

- a) субъективное мнение доктора;      b) болевые ощущения пациента;  
c) неправильное положение больного.
20. При пользовании мостовидными протезами развивается травма слизистой под телом протеза:  
a) при плотном прилегании промежуточной части к альвеолярному отростку;  
b) промывной промежуточной части мостовидного протеза;  
c) при касательной промежуточной части мостовидного протеза в переднем участке зубного ряда.
21. Прикусывание слизистой оболочки щеки возникает:  
a) когда щечные бугры смыкаются со щечными буграми зубов-антагонистов;  
b) при повышении окклюзионной высоты;  
c) при повышенном тонусе жевательных мышц.
22. Травматический пульпит после препарирования под коронки может развиваться:  
a) если препарирование проводится без возможного охлаждения;  
b) если не проведено временное защитное покрытие препарированных зубов;  
c) если временные коронки изготовлены из самотвердеющих акрилатов во рту пациента;  
d) в период изготовления временной коронки, не фиксированной лечебными пастами;  
e) все перечисленное.
23. Расцементировка металлокерамического протеза и плохая фиксация наблюдается:  
a) при малой культе зуба;      b) при большой культе зуба;  
c) при употреблении твёрдой пищи.
24. Создание малой конусности при препарировании под МК-протез приводит:  
a) к затрудненному наложению протеза, возникновению напряжений и отлому керамического покрытия;  
b) легкому наложению протеза;  
c) к расцементировке протеза.
25. Чрезмерная конусность при препарировании под МК-протез приводит:  
a) к рацементированию протеза;  
b) затрудненному наложению протеза;  
c) к отлому керамического покрытия в отдаленные сроки.
26. Несоответствие цвета МК-протеза цвету естественных зубов может быть связано:  
a) с подбором эталонов расцветки при естественном освещении;  
b) с подбором эталонов расцветки при искусственном освещении;  
c) при подборе цвета после полоскания полости рта.
27. Напряженность в металлокерамическом протезе возникает вследствие:  
a) тугого наложения каркаса металлокерамического протеза;  
b) свободного наложения металлокерамического протеза;  
c) свободного наложения и полоскания тёплым раствором воды.

28. Коронка при припасовке может завывать окклюзию:
- а) при недостаточном сошлифовывании окклюзионной поверхности;
  - б) при чрезмерном сошлифовывании жевательной поверхности;
  - в) при наклоне рядом стоящих зубов.
29. При повышении окклюзии на искусственной коронке развивается:
- а) пришеечный кариес;    б) травматический периодонтит;
  - в) острый пульпит.
30. При чрезмерном сошлифовывании окклюзионной поверхности жевательной группы зубов окклюзионная высота:
- а) снижается;            б) остается в том же положении;    в) повышается.
31. Врачебные ошибки при определении количества опорных зубов в мостовидном протезе возникают:
- а) при неправильной оценке состояния тканей пародонта опорных зубов;
  - б) настоятельной просьбе больных;    в) при нарушенной психики больного.
32. При пользовании мостовидными протезами вследствие невыверенных окклюзионных соотношений:
- а) развивается травматический периодонтит;
  - б) некариозные поражения твердых тканей зуба;    в) нет осложнений.
33. При определении центрального соотношения произошло смещение нижней челюсти вперед, в клинике наблюдается:
- а) прогнатическое соотношение зубных рядов, просвет между фронтальными зубами;
  - б) смещение центра нижнего зубного ряда вправо;
  - в) смещение центра нижнего зубного ряда влево;
  - г) прогеническое соотношение зубов.
34. При определении центрального соотношения произошло смещение нижней челюсти влево. В клинике наблюдается:
- а) смещение центра нижнего зубного ряда вправо, просвет между боковыми зубами слева;
  - б) смещение центра нижнего зубного ряда влево, просвет между боковыми зубами справа;
  - в) не будет смещений.
35. При проверке конструкции полных съемных протезов произошло смещение нижней челюсти вперед тактика врача:
- а) снять искусственные зубы с верхнего протеза, переопределить центральное смещение;
  - б) снять искусственные зубы с нижнего протеза, переопределить центральное соотношение;
  - в) продолжить работу.
36. При определении центрального соотношения произошло смещение верхнего базиса с валиком вперед, клиническая картина:
- а) прогнатическое соотношение зубов, просвет между боковыми зубами;
  - б) прогеническое соотношение зубов, просвет между фронтальными зубами;
  - в) не будет изменений.



37. При определении центрального соотношения произошло смещение верхнего базиса с валиком назад, клиническая картина:  
 а) прогнатическое соотношение зубов, просвет между боковыми зубами;  
 б) прогеническое соотношение зубов, просвет между фронтальными зубами;  
 с) не будет изменений.
38. При определении центрального соотношения произошло отхождение справа верхнего базиса вниз или нижнего базиса вверх, клиническая картина:  
 а) смыкание зубов преимущественно слева, просвет между зубами справа;  
 б) смыкание зубов преимущественно справа, просвет между зубами слева;  
 с) не будет изменений.
39. При определении центрального соотношения произошло отхождение слева верхнего базиса вниз или нижнего базиса вверх, клиническая картина:  
 а) смыкание зубов преимущественно слева, просвет между зубами справа;  
 б) смыкание зубов преимущественно справа, просвет между зубами слева;  
 с) не будет изменений.
40. При определении центрального соотношения произошло смещение верхнего базиса с валиком или нижнего базиса вправо либо влево, методы устранения ошибки:  
 а) переопределить и зафиксировать снова ЦО;  
 б) получить новые оттиски;  
 с) изготовить новые восковые шаблоны.

## Ответы на тестовые вопросы

### ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

1	b	9	b	17	b	25	c	33	b	41	c	49	f	57	e
2	a	10	c	18	c	26	d	34	c	42	c	50	b	58	b
3	c	11	d	19	c	27	b	35	b	43	d	51	c	59	a
4	b	12	a	20	b	28	b	36	b	44	e	52	d		
5	c	13	b	21	c	29	c	37	c	45	d	53	e		
6	b	14	d	22	b	30	c	38	b	46	c	54	a		
7	c	15	a	23	b	31	d	39	d	47	b	55	b		
8	e	16	c	24	c	32	b	40	c	48	a	56	c		

### ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

1	c	12	c	23	a	34	b	45	c	56	a	67	a	78	d
2	b	13	*	24	*	35	d	46	b	57	b	68	d	79	c
3	a	14	b	25	c	36	a	47	c	58	a	69	d	80	a
4	c	15	c	26	b	37	b	48	b	59	d	70	b	81	d
5	b	16	a	27	b	38	b	49	a	60	d	71	b	82	d
6	c	17	c	28	a	39	a	50	d	61	b	72	a	83	a
7	b	18	b	29	*	40	c	51	d	62	*	73	a	84	b
8	b	19	b	30	a	41	b	52	b	63	d	74	b	85	b
9	b	20	b	31	b	42	a	53	a	64	d	75	a		

10	c		21	d		32	b		43	a		54	b		65	c		76	a			
11	c		22	a		33	b		44	c		55	a		66	b		77	f			

$$13^* - \underline{34}$$

$$24^* - \underline{56}$$

$$29^* - \frac{\underline{8}}{1 \mid 1}$$

62 — пластинка, отросток с пелотами

Репозиторий БГМУ

## МАТЕРИАЛОВЕДЕНИЕ

1	b	21	c	41	b	61	c	81	a	101	e	121	*	141	a
2	b	22	a	42	d	62	b	82	a	102	d	122	a	142	a
3	b	23	a	43	c	63	a	83	b	103	c	123	b	143	d
4	c	24	c	44	b	64	a	84	b	104	*	124	b	144	d
5	b	25	b	45	a	65	c	85	*	105	d	125	a	145	b
6	a	26	a	46	c	66	c	86	d	106	a	126	a	146	a
7	b	27	a	47	b	67	b	87	d	107	c	127	e	147	e
8	c	28	c	48	c	68	b	88	c	108	b	128	c	148	a
9	c	29	c	49	a	69	c	89	a	109	c	129	a	149	a
10	b	30	c	50	b	70	a	90	c	110	b	130	a	150	c
11	b	31	c	51	b	71	c	91	a	111	a	131	a	151	d
12	a	32	a	52	a	72	b	92	c	112	d	132	b	152	d
13	a	33	a	53	e	73	b	93	d	113	a	133	a	153	c
14	a	34	a	54	a	74	c	94	a	114	*	134	b	154	a
15	b	35	b	55	a	75	b	95	b	115	c	135	a		
16	b	36	a	56	b	76	a	96	e	116	d	136	b		
17	b	37	b	57	d	77	d	97	e	117	d	137	c		
18	b	38	c	58	b	78	a	98	a	118	b	138	a		
19	c	39	b	59	b	79	a	99	c	119	d	139	a		
20	a	40	b	60	c	80	a	100	c	120	c	140	a		

85\* — негативное

104\* — получено из 2 и более элементов

114\* — твердости

121\* — соединение 2 и более металлов

## ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФЕКТОВ КОРОНОК ЗУБОВ

1	c	29	b	57	a	85	b	113	c	141	f	169	a	197	b
2	a	30	c	58	c	86	a	114	a	142	b	170	e	198	c
3	a	31	b	59	a	87	a	115	a	143	b	171	c	199	c
4	c	32	a	60	d	88	b	116	b	144	e	172	c	200	b
5	b	33	a	61	a	89	d	117	c	145	b	173	e	201	c
6	a	34	c	62	b	90	a	118	b	146	a	174	c	202	c
7	a	35	c	63	a	91	a	119	c	147	d	175	c	203	d
8	b	36	b	64	a	92	b	120	d	148	a	176	c	204	d
9	C	37	e	65	b	93	b	121	a	149	a	177	b	205	b
10	B	38	c	66	b	94	a	122	a	150	b	178	b	206	a
11	A	39	b	67	d	95	c	123	b	151	b	179	b	207	c
12	C	40	a	68	d	96	c	124	b	152	f	180	b	208	b
13	d	41	a	69	d	97	d	125	a	153	a	181	c	209	c
14	a	42	e	70	a	98	b	126	b	154	d	182	b	210	b
15	d	43	c	71	a	99	a	127	b	155	a	183	b	211	b
16	c	44	c	72	d	100	a	128	f	156	a	184	a	212	b
17	d	45	d	73	c	101	b	129	e	157	b	185	b	213	c
18	e	46	a	74	b	102	b	130	a	158	d	186	a	214	b
19	b	47	c	75	c	103	b	131	a	159	d	187	b	215	b
20	c	48	b	76	b	104	b	132	a	160	a	188	e	216	a
21	a	49	c	77	b	105	b	133	a	161	a	189	b	217	b
22	d	50	b	78	b	106	b	134	b	162	d	190	b	218	b
23	c	51	b	79	d	107	b	135	e	163	e	191	c		
24	b	52	b	80	b	108	b	136	a	164	a	192	a		
25	a	53	d	81	c	109	a	137	e	165	a	193	d		
26	d	54	b	82	b	110	c	138	c	166	a	194	b		
27	d	55	a	83	b	111	c	139	b	167	b	195	d		
28	b	56	a	84	b	112	a	140	b	168	a	196	a		

**ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЧАСТИЧНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ  
МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ**

1	a		11	a		21	b		31	b		41	b		51	a		61	d			
2	d		12	d		22	b		32	b		42	d		52	a		62	a			
3	a		13	d		23	a		33	b		43	a		53	d		63	b			
4	a		14	b		24	b		34	d		44	b		54	b		64	e			
5	b		15	d		25	d		35	a		45	d		55	a		65	c			
6	a		16	e		26	b		36	a		46	a		56	a		66	b			
7	b		17	c		27	a		37	a		47	b		57	a		67	c			
8	c		18	c		28	a		38	d		48	b		58	c		68	b			
9	b		19	b		29	c		39	c		49	b		59	a		69	b			
10	d		20	b		30	b		40	d		50	d		60	a		70	–			cdabfeg

**ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЧАСТИЧНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ**

**А. Частичные съемные пластиночные протезы**

1	c		16	a		31	a		46	b		61	d		76	a		91	b		106	b
2	c		17	*		32	b		47	a		62	d		77	b		92	a		107	c
3	d		18	c		33	a		48	c		63	c		78	a		93	b		108	c
4	*		19	*		34	b		49	a		64	e		79	a		94	a		109	a
5	b		20	b		35	d		50	a		65	e		80	a		95	b		110	a
6	b		21	b		36	c		51	c		66	d		81	a		96	c		111	c
7	b		22	b		37	c		52	d		67	b		82	a		97	e		112	b
8	d		23	c		38	c		53	e		68	b		83	a		98	c		113	c
9	c		24	c		39	b		54	d		69	d		84	a		99	b			
10	c		25	b		40	a		55	e		70	d		85	b		100	c			
11	*		26	b		41	b		56	c		71	a		86	b		101	d			
12	b		27	b		42	c		57	a		72	b		87	f		102	a			
13	c		28	a		43	a		58	d		73	c		88	f		103	f			
14	c		29	*		44	e		59	d		74	b		89	c		104	g			
15	b		30	c		45	a		60	d		75	a		90	d		105	a			

- 4\* — базис;
- 11\* — плечо;
- 17\* — badc;
- 19\* — зубы;
- 29\* — 2143

## Б. Бюгельные протезы

1	b	14	d	27	b	40	d	53	b	66	c	79	d	92	b
2	b	15	c	28	d	41	e	54	c	67	b	80	c	93	d
3	c	16	e	29	d	42	e	55	b	68	b	81	c	94	b
4	c	17	d	30	b	43	b	56	c	69	b	82	d	95	e
5	c	18	d	31	b	44	b	57	c	70	c	83	d	96	a
6	a	19	c	32	c	45	c	58	a	71	c	84	b	97	*
7	c	20	c	33	c	46	c	59	a	72	b	85	d	98	b
8	b	21	d	34	d	47	b	60	a	73	b	86	c	99	c
9	a	22	c	35	b	48	a	61	b	74	c	87	c	100	b
10	b	23	b	36	b	49	c	62	a	75	c	88	b	101	c
11	b	24	c	37	a	50	b	63	b	76	c	89	b	102	b
12	b	25	a	38	c	51	b	64	c	77	d	90	a		
13	d	26	d	39	c	52	c	65	a	78	d	91	b		

97\* — каркас, базис, искусственные зубы

## ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИОДОНТА

1	b	22	c	43	c	64	e	85	a	106	f	127	a	148	a
2	e	23	*	44	a	65	*	86	b	107	a	128	a	149	a
3	a	24	*	45	b	66	b	87	d	108	b	129	a	150	c
4	b	25	b	46	c	67	b	88	e	109	b	130	d	151	a
5	c	26	c	47	b	68	d	89	e	110	a	131	c	152	a
6	d	27	c	48	b	69	a	90	a	111	a	132	b	153	d
7	c	28	b	49	b	70	a	91	d	112	d	133	d	154	b
8	*	29	a	50	c	71	c	92	d	113	a	134	a	155	b
9	b	30	c	51	b	72	c	93	b	114	a	135	a	156	a
10	a	31	b	52	d	73	b	94	b	115	d	136	a	157	a
11	*	32	a	53	c	74	d	95	a	116	b	137	b	158	a
12	a	33	a	54	a	75	b	96	d	117	a	138	b	159	a
13	a	34	c	55	e	76	b	97	a	118	d	139	a	160	c
14	b	35	a	56	d	77	a	98	a	119	b	140	a	161	b
15	c	36	b	57	b	78	d	99	a	120	a	141	a	162	a
16	c	37	a	58	d	79	e	100	c	121	d	142	a	163	a
17	a	38	c	59	a	80	b	101	d	122	d	143	a	164	a
18	c	39	a	60	a	81	a	102	b	123	d	144	a		
19	c	40	b	61	b	82	d	103	b	124	b	145	a		
20	c	41	a	62	a	83	b	104	c	125	a	146	a		
21	b	42	b	63	b	84	a	105	b	126	b	147	b		

8\* — смешанный; 11\* — периодонтальная связка; 24\* — течение, распространенность; 23\* — язвенный десквамат; 65\* — фронто-сагиттальная, парасагиттальная, по дуге

### ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТИРАЕМОСТЬ ЗУБОВ

1	e		6	a		11	b		16	b		21	d		26	b		31	b		36	b
2	e		7	a		12	c		17	a		22	d		27	c		32	a		37	a
3	d		8	b		13	d		18	c		23	f		28	b		33	b		38	a
4	b		9	a		14	a		19	d		24	a		29	a		34	c			
5	b		10	b		15	b		20	a		25	a		30	a		35	a			

### ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

1	c		5	a		9	a		13	b		17	a		21	b		25	a			
2	a		6	a		10	c		14	b		18	b		22	a		26	e			
3	d		7	a		11	a		15	b		19	a		23	b						
4	c		8	a		12	a		16	b		20	b		24	a						

### ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

1	a		19	b		37	b		55	b		73	c		91	c		109	b		127	b
2	b		20	b		38	b		56	b		74	b		92	*		110	a		128	a
3	b		21	c		39	a		57	b		75	a		93	b		111	b		129	b
4	b		22	d		40	b		58	a		76	d		94	b		112	b		130	b
5	c		23	b		41	d		59	b		77	c		95	a		113	a		131	a
6	e		24	b		42	a		60	a		78	a		96	b		114	b		132	a
7	b		25	b		43	a		61	a		79	a		97	b		115	a		133	a
8	a		26	a		44	*		62	a		80	b		98	c		116	b		134	b
9	b		27	a		45	c		63	b		81	b		99	c		117	b		135	b
10	b		28	b		46	b		64	b		82	a		100	b		118	b		136	b
11	b		29	d		47	a		65	b		83	b		101	*		119	b		137	c
12	d		30	c		48	a		66	a		84	a		102	a		120	b		138	a
13	b		31	d		49	a		67	b		85	c		103	a		121	b			
14	a		32	a		50	a		68	d		86	c		104	b		122	b			
15	c		33	a		51	b		69	a		87	c		105	c		123	a			
16	a		34	a		52	a		70	c		88	c		106	a		124	c			
17	a		35	a		53	b		71	b		89	c		107	a		125	b			
18	a		36	a		54	a		72	c		90	c		108	a		126	c			

44\* — анатомо-физиологические;

92\* — клинические, лабораторные, комбинированные;

101\* — все

## ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ОРТОПЕДИЯ

1	b	12	c	23	d	34	a	45	d	56	e	67	d	78	c
2	a	13	a	24	b	35	a	46	e	57	d	68	e	79	d
3	a	14	c	25	d	36	e	47	b	58	e	69	a	80	d
4	a	15	e	26	c	37	a	48	b	59	e	70	c	81	b
5	c	16	b	27	a	38	e	49	c	60	d	71	c	82	c
6	e	17	b	28	b	39	e	50	e	61	d	72	a	83	b
7	c	18	b	29	c	40	b	51	e	62	c	73	d	84	c
8	c	19	c	30	b	41	d	52	d	63	e	74	c		
9	c	20	d	31	c	42	e	53	d	64	e	75	c		
10	c	21	b	32	e	43	c	54	c	65	e	76	b		
11	c	22	b	33	d	44	b	55	a	66	a	77	c		

## ОРТОДОНТИЯ

1	d	14	b	27	b	40	f	53	a	66	b	79	c	92	d
2	c	15	c	28	b	41	f	54	a	67	b	80	a	93	d
3	c	16	d	29	b	42	a	55	a	68	b	81	d	94	a
4	d	17	a	30	b	43	f	56	b	69	a	82	b	95	b
5	B	18	a	31	d	44	a	57	a	70	c	83	b	96	a
6	b	19	b	32	a	45	c	58	d	71	a	84	d	97	b
7	a	20	a	33	a	46	d	59	a	72	d	85	d	98	a
8	a	21	c	34	b	47	b	60	b	73	a	86	b	99	b
9	d	22	d	35	b	48	g	61	d	74	a	87	a	100	a
10	a	23	c	36	b	49	c	62	b	75	c	88	a	101	b
11	d	24	a	37	b	50	b	63	b	76	d	89	a	102	a
12	d	25	b	38	c	51	a	64	b	77	b	90	d	103	c
13	c	26	b	39	e	52	b	65	b	78	c	91	c		

## КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

1	a	6	b	11	b	16	a	21	a	26	b	31	a	36	b
2	a	7	a	12	b	17	a	22	e	27	a	32	a	37	a
3	b	8	b	13	a	18	a	23	a	28	a	33	a	38	a
4	a	9	b	14	a	19	b	24	a	29	b	34	a	39	b
5	a	10	c	15	a	20	a	25	a	30	a	35	b	40	a



## Оглавление

Организационные вопросы ортопедической стоматологии (С. А. Наумович) .....	3
Функциональная анатомия зубочелюстной системы (В. Н. Ралло).....	7
Материаловедение (С. В. Ивашенко) .....	14
Ортопедическое лечение дефектов коронок зубов (А. С. Борунов).....	23
Протезирование частичного отсутствия зубов мостовидными протезами (В. Г. Воложин) .....	41
Протезирование частичного отсутствия зубов съемными протезами .....	47
А. Частичные съемные пластиночные протезы (В. И. Синицын) .....	47
Б. Бюгельные протезы (А. Н. Горбачев).....	58
Заболевания периодонта (С. Н. Пархамович) .....	69
Патологическая стираемость зубов (З. С. Ельцова) .....	82
Заболевания слизистой оболочки полости рта (Т. В. Крушинина) .....	85
Протезирование при полном отсутствии зубов (Е. Д. Соломонов) .....	86
Челюстно-лицевая ортопедия (С. В. Ивашенко, В. Н. Ралло) .....	98
Ортодонтия (С. А. Наумович) .....	107
Клинические и технологические ошибки при протезировании ортопедических больных (В. Г. Шишов) .....	115
Ответы на тестовые вопросы.....	120

Учебное издание

**Наумович** Семен Антонович  
**Ралло** Владимир Николаевич  
**Ивашенко** Сергей Владимирович и др.

## **ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**

Тестовые вопросы для подготовки к государственному экзамену

*Издание пятое, дополненное*

Ответственный за выпуск С. А. Наумович  
Редактор Н. А. Лебедко  
Компьютерный набор В. И. Ульянченко  
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 01.03.07. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».  
Печать офсетная. Гарнитура «Times».  
Усл. печ. л. 7,44. Уч.-изд. л. 6,09. Тираж 150 экз. Заказ 158.  
Издатель и полиграфическое исполнение –  
Белорусский государственный медицинский университет.  
ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.  
220030, г. Минск, Ленинградская, 6.