

**Министерство здравоохранения Московской области
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ МОСКОВСКИЙ
ОБЛАСТНОЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
им. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)**

УТВЕРЖДАЮ

Директор ____ К.Э.Соболев

« ____ » _____ 2022 г.

Программа государственной итоговой аттестации

Укрупненная группа специальностей:

31.00.00 Клиническая медицина

Специальность

31.08.75 Стоматология ортопедическая

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»

Б3 (108 часов, 3 з.е.)

Москва 2022

Составители:

Ф.И.О., уч. степень, уч. звание, должность

Лосев Владимир Федорович, к.м.н., доцент кафедры, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии

Пьянзин Владимир Иванович, к.м.н., доцент, профессор кафедры ортопедической стоматологии

Пьянзина Анна Владимировна, к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии

Программа Государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая (уровень подготовки кадров высшей квалификации) одобрена Ученым Советом ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского (Протокол № 1 от «21» февраля 2022 г.)

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель – определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая.

Задачи:

1. Установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая, характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации – «Врач-стоматолог-ортопед»);
2. Принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему государственную итоговую аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. МЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В СТРУКТУРЕ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Государственная итоговая аттестация относится к базовой части программы Блока 3 - государственная итоговая аттестация.

Государственная итоговая аттестация завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Государственная итоговая аттестация программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая завершается присвоением квалификации "Врач-стоматолог-ортопед».

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ, ОЦЕНИВАЕМЫЕ НА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- население;

- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

Профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий,

организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4);

Диагностическая деятельность:

- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6);

Лечебная деятельность:

- готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи (ПК-7);

- готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8);

Реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);

Психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10); **Организационно-**

управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);

- готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

4. ФОРМА И СТРУКТУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

4.1. Форма государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программе ординатуры 31.08.75 Стоматология ортопедическая проводится в форме государственного экзамена.

4.2. Трудоёмкость государственной итоговой аттестации

Трудоёмкость государственной итоговой аттестации в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая составляет 108 часов (3 зачётные единицы).

4.3. Структура государственной итоговой аттестации

В Блок 3 "Государственная итоговая аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап – аттестационное тестирование в соответствии с программой государственного экзамена по специальности.

2 этап – демонстрация практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – итоговое собеседование (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника. Тестовый материал охватывает содержание всех дисциплин учебного плана по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая. Каждый обучающийся отвечает на 50 вопросов. На тестовый контроль отводится 60 минут.

Оценка практических навыков и умений проводится с целью демонстрации обучающимся качества полученных им знаний и объема освоенных практических навыков и умений. Каждый обучающийся выполняет 2 практических задания по билету.

Собеседование проводится с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Собеседование проводится на основе решения ситуационных вопросов (задач) междисциплинарного характера. Оценке подлежит уровень компетенции выпускника в использовании теоретической базы для решения профессиональных задач.

В процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Оценка сформированности компетенций в процессе сдачи этапов государственного экзамена

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап – тестирование	УК-1, УК-2, УК-3 ПК-1, ПК- 2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК- 9, ПК- 10, ПК-11, ПК- 12, ПК-13
2 этап – практические навыки	УК-1, УК-2, УК-3 ПК-1, ПК- 2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК- 9, ПК- 10, ПК-11, ПК- 12, ПК-13
3 этап – устное собеседование	УК-1, УК-2, УК-3 ПК-1, ПК- 2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК- 9, ПК- 10, ПК-11, ПК- 12, ПК-13

5. ПОРЯДОК ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Проведение ГИА определяется календарным учебным графиком и расписанием ГИА.

Перед государственной итоговой аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ГИА.

Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен.

В период подготовки к государственному экзамену ординаторам проводятся консультации по дисциплинам, вошедшим в программу ГИА.

Порядок организации и проведения государственной итоговой аттестации регламентирован Положением о порядке организации и проведения государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского».

6. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. Критерии оценки аттестационного тестирования

Результаты 1 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено» и оцениваются следующим образом:

– Тестирование, написанное на 71 % и более правильных ответов оценивается оценкой «зачтено», а на 70 % и менее правильных ответов - оценкой «не зачтено».

– результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

В случае успешного прохождения 1 этапа государственного экзамена, ординатор допускается к прохождению следующего этапа ГИА.

Окончательное решение о допуске к следующему этапу государственной итоговой аттестации обучающегося, получившего оценку «не зачтено» на первом этапе, в каждом отдельном случае принимается государственной экзаменационной комиссией не более 1 раза.

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено».

– **«зачтено»** – обучающийся грамотно выполняет практический навык, соблюдает последовательность манипуляций и отведенное время;

– **«не зачтено»** – обучающийся не выполняет практический навык или выполняет, допуская грубые ошибки, не соблюдает последовательность манипуляций, не выполняет практический навык в отведенное время.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено», к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

6.3. Критерии оценки итогового собеседования

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

– **«отлично»** - выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами

выполнения практических задач; комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

– **«хорошо»** - выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

– **«удовлетворительно»** - выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов членов ГЭК, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

– **«неудовлетворительно»** - выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

7. ПРИМЕРНЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

7.1. Примерные тестовые задания

1. Отрицательное воздействие протезов на защитные механизмы в полости рта заключается в следующем

- а) ионы металлов (сплавов для изготовления протезов) способны воздействовать на резидентную микрофлору полости рта +
- б) пластмассы уменьшают миграцию лейкоцитов в полость рта +
- в) молекулы некоторых протезных материалов способны соединяться с белками клеток и вызывать синтез аллергических антител +
- г) механическое воздействие протезов приводит к снижению местной защиты слизистой оболочки полости рта +

2. Для изготовления вкладок возможно применение

- а) пластмассы +
- б) благородных сплавов +
- в) неблагородных сплавов +

3. При постановке зубов на беззубой нижней челюсти можно использовать такой ориентир

- а) альвеолярный отросток +
- б) треугольник Паунда +
- в) величина угла пересечения межальвеолярной линии с окклюзионной плоскостью +
- г) челюстно-подъязычная линия +

7.2. Примерный перечень практических навыков

1. Проведите внутриротовое обследование.
2. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления полукоронки.
3. Дайте инструкцию пациенту, пролеченному с применением бюгельных протезов.
4. Проведите снятие рабочего оттиска при изготовлении несъемных конструкций зубных протезов.
5. Проведите припасовку пластмассовой коронки.

7.3. Пример билета

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.
Владимирского»

(ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 1

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая*

1. Особенности клинического обследования пациентов с полным отсутствием зубов. Строение и соотношение беззубых челюстей. Классификации беззубых челюстей по Шредеру, Келлеру, Оксману.
2. Виды капп, использующихся при лечении мышечно-суставной дисфункции ВНЧС. Показания, методика изготовления.
3. Планирование и особенности протезирования при одноэтапной имплантации.
Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.
 - 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
 - 2 Предварительный диагноз МКБ 10
 - 3 План подготовки к ортопедическому лечению
 - 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите полный план лечения:

Пациент В., 38 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи и подвижность зуба 46.

Подбородочные и носогубные складки умеренно выражены, смыкание губ свободное, углы рта опущены. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

При осмотре полости рта выявлено: прикус ортогнатический; слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений; прикрепление уздечек на верхней челюсти у основания альвеолярного отростка, на нижней челюсти - на скате альвеолярной части; металлокерамический мостовидный протез с опорой на 17, 15, 14; односторонний концевой дефект зубного ряда верхней челюсти ограничен 25 зубом; комбинированный дефект зубного ряда нижней челюсти; 46 имеет подвижность II степени, умеренно болезненный при перкуссии; на язычной поверхности нижних передних зубов имеются наддесневые зубные отложения.

Зубная формула:

	К	Ф	К	К										Ф	0
7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7		
	0	1	0	0								0	0	0	
	I														

Заведующий кафедрой/курса _____

Лосев В.Ф.

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

8.1 Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор	Год и место издания	Наличие литературы	
				В библиотеке	
				Электр. адрес ресурса	
1	2	3	4	8	
1	Цельнолитые (бюгельные) протезы	Шварц А.Д.	"Новое в стоматологии". 2005 г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0000335668	
2	Частичные съёмные протезы	Жулев Е. Н.	Мед. информ. агентство, 2011 г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001224699	
3	Цельнолитые	Маркск	"Новое в	https://emll.ru/find?	

	съемные протезы	орс Р.	стоматолог ии". 2000 г	iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0000474958
4	Конструкции замковых креплений фирмы Бредент. Теория и практика.	Перевез енцев А.П.	2004 год., ООО "Аладент"	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0000588203
5	Телескопические и замковые крепления зубных протезов.	Лебеде нко И.Ю., Перегу дов А.Б., Глебова Т.Э., Лебеде нко А.И.	«Молодая гвардия» 2005г	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0001239448
6	Дисфункция височно- нижнечелюстных суставов	Семкий А.В., Рабухи на Н.А.	"Новое в стоматолог ии". 2000 г	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0000509571
7	Клиническая гнатология.	Хватов а В.А.	Медицина, 2005	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0000588831
8	Основы микропротезиров ания. Штифтовые конструкции зубных протезов, вкладки, виниры, искусственные коронки, декоративные зубные накладки	Брагин Е.А., Скрыль А.В.	Медицинск ая пресса, 2009 г	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0000750017
9	Несъемные протезы	Жулев Е.Н.	Нижний Новгород 2000г	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0000498268
10	Одонтопрепарир ование при восстановлении дефектов твердых тканей зубов вкладками.	Арутюн ов С.Д., Жулев Е.Н., Волков Е.А.	«Молодая гвардия» 2007г	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0000615036
11	Эстетическая стоматология и керамические	Туати Б., Миара	«Высшее образовани е и наука»	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0000590891

	реставрации.	П., Нэтэнс он Д.	2004г	
12	Этиология, патогенез, диагностика и комплексное лечение больных с заболеваниями височно- нижнечелюстн ого сустава, обусловленными нарушением функциональной окклюзии	Потапо в В. П	Право, 2019 г.	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0001539166
13	Нормализация окклюзии	Гросс М. Д., Мэтьюс Дж. Д	«Медицина » 1986г	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0000867840
14	Съемные протезы: учебное пособие	Мироно ва М.Л.	«ГЭОТАР- Медиа», 2009г	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0000746453
15	Протезирование при полной адент ии	Загорск ий В. А.	Медицина, 2008 г	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0000729585
16	Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов	Вороно в А.П., Лебеде нко И.Ю., Вороно в И.А.	«Стоматол огия», 2009г	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0000746414
17	Значение и методика проведения избирательного пришлифовывани я зубов в комплексном лечении травматической окклюзии и заболеваний тканей пародонт	Султан баева С. У.	Фрунзе 1998г	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0000297207
18	Окклюзионные шины (современное	Хватов а В.А., Чикуно	«Медицинс кая книга», 2010г	https://emll.ru/find? iddb=17&ID=RUCML-BIBL- 0000762492

	состояние проблемы)	в С.О.		
19	Ортопедическое лечение патологической стираемости	Каламаров Х.А.	«Медицинское информационное агентство», 2004г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0000588713
20	Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ. Учебное пособие	Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М.	«Медицинская книга: Стоматология», 2008г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0000729666
21	Частичные съемные протезы. Теория, клиника и лабораторная техника.	Жулев Е.Н.	НГМА, 2000г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001224699
22	Частичные съемные протезы	Джепсон Николай А.	МЕДпресс-информ, 2006 г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0000594343
23	Гибкие ортопедические конструкции из биологически нейтральных термопластических материалов в стоматологии	Собир Р. К.	Институт усовершенствования врачей, 2020 г.	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001539008
24	Запись и ведение медицинской карты в клинике ортопедической стоматологии	Ибрагимова Т.И.	«ГЭОТАР-МЕД», 2013 г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001266975
25	Параллелометрия в ортопедической стоматологии	Ирошников Е.С., Шевченко В.И.	«Медицина», 1989	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0000313205
26	Руководство по дентальной имплантологии	Хоббек Джон А.,	«МЕДпресс-информ», 2007	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0000762432

		Уотсон Роджер М., Сизн Ллойд Дж.Дж.		
27	Протезирование с опорой на имплантаты. Планирование от результата.	Штефан Вольфар т	«Азбука» 2016г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001457980
28	Ортопедическое лечение с опорой на дентальные имплантаты	Миш К.Е.	«МЕДпресс-информ» 2017г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001459896
29	Дентальная имплантология. Основы теории и практики.	Параск евич В.Л.	«Медицинское информационное агентство», 2006г.	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0000642131
30	Принятие решений в дентальной имплантологии: атлас хирургических и ортопедических тактик	Мауро Тоста, Гастаун Соарес де Моура Фильо, Леандр о Чамбро не	МЕДпресс-информ, 2020 г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001542145
31	Осложнения дентальной имплантации: этиология, профилактика и лечение	под ред. Стюарт а Дж. Фроума	ГЭОТАР-Медиа, 2021г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001547687
32	Наглядная дентальная имплантология	Жак Мале, Фрэнси с Мора, Филипп Бушар	ГЭОТАР-Медиа, 2021г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001552699
33	Диагностика и ортопедическое лечение заболеваний	Петрос ов Ю. А	2007г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0000615387

	височно-нижнечелюстного сустава			
--	---------------------------------	--	--	--

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор	Год и место издания	Наличие доп. литературы
				На кафедре
				В т.ч. в электр. виде
1	Физиологическая окклюзия	Джеймс Е.Карлсон	«Midwest press» 2009г	
2	Функциональная окклюзия. От височно-нижнечелюстного сустава до планирования улыбки	Доусон П.Е.	«Практическая медицина» 2016г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001431887
3	Ошибки и осложнения лечения больных с применением дентальных имплантатов и полных съемных протезов	Фидлер К.	«Медицинская пресса», 2006	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001444940
4	Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии	Шашмурина В. Р.	МЕДпресс-информ, 2017 г.	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0000307230
5	Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта: учебное пособие	Рединова Т.Л. Фролова В.В.	ИГМА, 2017 г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001473095
6	Технология изготовления бюгельных протезов	Утюж А. С., Юмашев А. В.,	ГЭОТАР-Медиа, 2021 г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001553985
7	Дентальная имплантация: национальное руководство	Олесова В. Н., Миргазов М. З., Иванов	«Центр дентальной имплантации», 2004г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001510039

		С. Ю., Т. В.		
8	Основы импласнтологии	Иванов С. Ю.	ГЭОТАР- Медиа, 20 17 г.	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001441085

8.2 Перечень современных профессиональных баз данных, используемых для освоения образовательной программы:

1. <http://pravo-minjust.ru/>
2. <https://minzdrav.gov.ru/documents/>
3. www.stom.ru- Российский Стоматологический Портал.
4. stomport.ru- Стоматологический портал.
5. www.edentworld.ru - Общестоматологический ресурс
Информация о периодических изданиях, событиях в стоматологическом мире в России и за рубежом, научные статьи по различным направлениям стоматологии.
6. www.dental-revue.ru - Информационный стоматологический сайт.
7. www.mmbook.ru - Медицинская литература по стоматологии.
8. www.dentalsite.ru - Профессионалам о стоматологии.
9. www.web-4-u.ru/stomatinfo - Электронные книги по стоматологии.
10. www.zub.ru - стоматологический портал.
11. www.dental-azbuka.ru - перевод и издание зарубежных монографий, посвященных стоматологии.
12. www.medalfavit.ru - ежеквартальный журнал для специалистов.
13. www.rosmedportal.com – Медицинский научно-практический электронный журнал для специалистов здравоохранения.
14. www.nidr.nih.gov - Национальный институт стоматологии и краниофасциальных исследований.
15. www.chicagocentre.com - Официальный сайт Чикагского Центра Современной Стоматологии.

8.3 Перечень информационных справочных систем, используемых для освоения образовательной программы:

1. <http://www.consultant.ru/>
2. <https://www.monikiweb.ru/>
3. <https://emll.ru/newlib/>

4. Электронная библиотечная система «ClinicalKey» издательства Elsevier.

5. База электронных ресурсов подписного агентства Конэк www.konekbooks.ru

8.4 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства.

ESET Smart Security Business Edition for 1070 users. Договор 0348200027019000103 от 30.04.2019;

Moodle - система управления виртуальной обучающей средой договор №186.6 от 24.12.2019;

Apache Open Office;

LibreOffice;

Поставка компьютерного оборудования, включая программное обеспечение (Microsoft office) договор № 0348200027016000735-0042770-02 от 15.12.2016;

Электронный библиотечный абонемент ЦНМБ №42/10 от 30.10.2019;

Консультант плюс – договор 0348200027019000018 от 09.04.2019;

Консультант плюс – договор 0348200027019000785 от 04.02.2020.

9. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Материально-технического обеспечение по дисциплине включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

Название дисциплины	Наименование объекта (помещения) и перечень основного оборудования
Стоматология ортопедическая	<p>- аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;</p> <p>- аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства (модель черепа человека, карпульный иньектор для обучения методикам проведения анестезии в челюстно-лицевой области с расходными материалами (искусственные зубы, слюноотсосы, пылесосы, боры стоматологические, шприцы с материалом для пломбирования полостей); имитация CAD/CAM систем для изготовления зубных протезов, в том числе для воскового моделирования; фантом</p>

челюстно-лицевой области; наконечник повышающий и прямой; фантом демонстрационный, установка стоматологическая учебная для работы с комплектом наконечников стоматологических), в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

-помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, место рабочее (комплект оборудования) для врача-стоматолога: установка стоматологическая (УС) или место рабочее универсальное врача стоматолога (МРУ); негатоскоп; автоклав (стерилизатор паровой), при отсутствии центральной стерилизационной; автоклав для наконечников (стерилизатор паровой настольный); аппарат для дезинфекции оттисков, стоматологических изделий и инструментов; аквадистиллятор (медицинский), при отсутствии центральной стерилизационной; фотополимеризатор для композита (внутриротовой); камеры для хранения стерильных инструментов; машина упаковочная (аппарат для предстерилизационной упаковки инструментария) при отсутствии центральной стерилизации; очиститель ультразвуковой (устройство ультразвуковой очистки и дезинфекции инструментов и изделий); прибор и средства для очистки и смазки; стерилизатор стоматологический для мелкого инструментария гласперленовый; лампа (облучатель) бактерицидная для помещений; радиовизиограф или рентген дентальный; ортопантомограф; аппарат для диагностики жизнеспособности пульпы (электроодонтометр); аппарат для определения глубины корневого канала (апекслокатор), цифровой ортопантомограф с цефалостатом; артикулятор и лицевая дуга), в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иного необходимого оборудования;

- зуботехническая лаборатория, оснащенная специализированным оборудованием (аппарат для изготовления индивидуальных капп, аппарат для прессования ортодонтических пластинок при выполнении ортодонтических работ, CAD/CAM системы для изготовления зубных протезов; фрезерный станок с параллелометром; печь для спекания керамики стоматологическая; аппарат с принадлежностями

	для литья металла зубных протезов; аппарат с принадлежностями для предварительного прогрева литьевых форм; аппарат контактной (электродуговой) сварки зубных протезов; аппарат для пайки и сварки зубных протезов лазером; аппарат для электропневмовакуумного штампования), а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.
--	--

Помещения для самостоятельной работы обучающихся: оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду Института.

10. СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО НОРМАТИВНО-ПРАВОВОМУ И МЕТОДИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Основные федеральные нормативные акты (смотреть в действующих редакциях):

1. Конституция Российской Федерации;
2. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
4. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
5. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;
6. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;
7. «Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации».

Нормативные акты Министерства образования и науки Российской Федерации:

1. Приказ Минобрнауки России № 885, Минпросвещения России № 390 от 05.08.2020 «О практической подготовке обучающихся» (вместе с «Положением о практической подготовке обучающихся») (Зарегистрировано в Минюсте России 11.09.2020 № 59778).
2. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 26.08.2014г. №1118 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.75 Стоматология

ортопедическая (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2014г. № 34437).

3. Приказ Минобрнауки России от 24.02.2021 № 138 «Об утверждении Порядка разработки примерных основных образовательных программ высшего образования, проведения их экспертизы и ведения реестра примерных основных образовательных программ высшего образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.03.2021 № 62887).

4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 10 января 2014 г. № 4 «Об установлении соответствия специальностей высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и программам ассистентуры-стажировки, перечень которых утверждён приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 г. № 1061, специальностям специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, указанным в номенклатуре, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н, направлениям подготовки (специальностям) послевузовского профессионального образования для обучающихся в форме ассистентуры-стажировки, перечень которых утверждён приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 февраля 2012 г. № 127» (Зарегистрировано в Минюсте России 24.02.2014 г. № 31403).

5. Приказ Минобрнауки России от 23.08.2017 № 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.09.2017 № 48226).

6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014 г. № 31136).

Нормативные акты Министерства здравоохранения Российской Федерации:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки

«Здравоохранение и медицинские науки» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015 г. № 39438).

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 07.10.2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 г. № 39696).

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 3 сентября 2013 г. № 620н «Об утверждении Порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 01.11.2013 г. № 30304).

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 6 августа 2013 г. № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.09.2013 г. № 29950).

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 11 января 2011 г. № 1н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.09.2011 г. № 20237).

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 г. № 18247).

Поиск вышеуказанных нормативных правовых актов обучающиеся могут самостоятельно осуществлять на:

- Портале «Нормативные правовые акты в Российской Федерации» по адресу <http://pravo-minjust.ru>.

- Официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в разделе – Банк документов по адресу <https://minzdrav.gov.ru/documents>.

- в справочной правовой системе КонсультантПлюс по адресу <http://www.consultant.ru>.

- в информационно-правовом портале Гарант по адресу <https://www.garant.ru>.

Другие нормативные акты, регулирующие образовательную деятельность в сфере здравоохранения. Документы, регламентирующие деятельность ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского:

1. Устав государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, утверждён Министром здравоохранения Московской области Д.С. Марковым. Приказ от 09 марта 2017 года №343;

2. Лицензия на осуществление образовательной деятельности № 0463 от 12 декабря 2012г., предоставлена на основании решения Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки (Рособрнадзор) государственному бюджетному учреждению здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского (ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского).

3. Нормативные локальные акты ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

Поиск локальных нормативных актов по организации и осуществлению образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского» обучающиеся могут самостоятельно осуществлять на официальном сайте ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в разделе – Образование по адресу <https://www.monikiweb.ru>.

Приложение 1

Фонд оценочных средств для проведения итоговой государственной аттестации

Тестовые задания:

1. Основным методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является
 - а) клинический +
 - б) рентгенологический
 - в) биометрический
 - г) реографический
 - д) измерение диагностических моделей челюстей

2. Наибольшую информацию о состоянии периапикальных тканей зубов верхней и нижней челюсти дает следующий метод рентгенологического обследования
 - а) дентальная рентгенография
 - б) панорамная рентгенография
 - в) ортопантомография +
 - г) телерентгенография
 - д) рентгенокинематография

3. Наиболее информативным методом рентгенологического обследования для оценки качества пломбирования корневых каналов отдельных зубов верхней и нижней челюсти является
 - а) дентальная рентгенография +
 - б) панорамная рентгенография
 - в) ортопантомография
 - г) телерентгенография

д) рентгенокинематография

4. Методом рентгенодиагностики, дающим исчерпывающую информацию о состоянии тканей пародонта, является

- а) дентальная рентгенография +
- б) панорамная рентгенография
- в) ортопантомография
- г) телерентгенография
- д) рентгенокинематография

5. Для выявления возможности прохождения корневых каналов верхнего левого моляра целесообразно использовать следующий метод рентгенодиагностики

- а) дентальная рентгенография +
- б) панорамная рентгенография
- в) ортопантомография
- г) телерентгенография
- д) рентгенокинематография

6. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при выявлении соответствия размеров верхней и нижней челюсти является

- а) дентальная рентгенография
- б) панорамная рентгенография
- в) ортопантомография
- г) телерентгенография +
- д) рентгенокинематография

7. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при выявлении положения верхней челюсти по отношению к основанию черепа является

- а) дентальная рентгенография
- б) панорамная рентгенография
- в) ортопантомография
- г) телерентгенография +
- д) рентгенокинематография

8. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при выявлении морфологии элементов височно-нижнечелюстного сустава является

- а) панорамная рентгенография
- б) ортопантомография

- в) телерентгенография
- г) рентгенокинематография
- д) томография височно-нижнечелюстных суставов +

9. Вторичные деформации зубных рядов при наличии всех зубов могут возникать

- а) да +
- б) нет

10. Частичную вторичную адентию, осложненную феноменом Попова □ Годона, следует дифференцировать

- а) от частичной адентии, осложненной снижением окклюзионной высоты и дистальным смещением нижней челюсти
- б) от частичной адентии, осложненной патологической стираемостью твердых тканей зубов и снижением окклюзионной высоты
- в) от частичной адентии обеих челюстей, когда не сохранилось ни одной пары антагонизирующих зубов +

11. В.А.Пономарева выделяет

- а) три формы зубочелюстных деформаций
- б) две формы зубочелюстных деформаций +
- в) четыре формы зубочелюстных деформаций

12. К деформации зубных рядов могут приводить следующие патологические процессы

- а) патологическая стираемость +
- б) кариес +
- в) пародонтит +
- г) адентия +

13. Деформация зубных рядов прогрессирует

- а) в молодом возрасте +
- б) в старческом возрасте
- в) одинаково как в молодом, так и в старческом возрасте

14. Отношение между экстра- и интраальвеолярной частями зуба остается неизменным

- а) при I форме феномена Попова +
- б) при II форме, 2-я группа феномена Попова
- в) при II форме, 1-я группа феномена Попова
- г) при III форме феномена Попова

15. Обнажение цемента смещенных зубов более чем на 1/2 корня относится (по В.А.Пономаревой)
- а) к I форме
 - б) ко II форме, 1-ой группе
 - в) ко II форме, 2-ой группе +
16. Периодонтальная щель у зубов, лишенных антагонистов
- а) расширена
 - б) сужена +
 - в) не изменена
17. В периодонте зубов, не имеющих антагонистов, разрастается
- а) фиброзная ткань +
 - б) рыхлая соединительная ткань
 - в) эпителиальная ткань
18. Метод дезокклюзии применяется
- а) при I форме феномена Попова +
 - б) при II форме феномена Попова
 - в) при I и II формах феномена Попова
19. При методе дезокклюзии выравнивание окклюзионной поверхности происходит
- а) за счет вколачивания зубов
 - б) за счет перестройки костной ткани +
20. Ведущим методом диагностики заболевания височно-нижнечелюстного сустава является:
- а) измерение высоты нижнего отдела лица
 - б) анализ функциональной окклюзии
 - в) рентгенологическое исследование +
21. Реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для определения
- а) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области
 - б) гемодинамики +
 - в) движения головок нижней челюсти
 - г) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава

22. Избирательное пришлифовывание зубов при патологии височно-нижнечелюстного сустава производится с целью
- а) снижения окклюзионной высоты
 - б) уменьшения нагрузки на пародонт
 - в) нормализации функциональной окклюзии +
23. Назовите виды окклюзионных кривых
- а) сагиттальная
 - б) трансверзальная
 - в) сагиттальная и трансверзальная +
24. Рентгенологическая картина при хронических артритах височно-нижнечелюстного сустава
- а) расширение суставной щели
 - б) сужение суставной щели
 - в) контуры суставной головки нечеткие +
 - г) деформация костных элементов сустава
25. Рентгенологическая картина при артрозах височно-нижнечелюстного сустава
- а) сужение суставной щели
 - б) отсутствие суставной щели
 - в) расширение суставной щели
 - г) изменение формы костных элементов сустава +
26. Характерные признаки острого артрита
- а) боли в суставе постоянные в покое
 - б) боли в суставе приступообразные
 - в) боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти
- +
- г) открывание рта до 4.5-5.0 см
27. Аускультация височно-нижнечелюстного сустава при артрозе и хроническом артрите выявляет
- а) крепитацию +
 - б) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей
 - в) отсутствие суставного шума
28. В боковых окклюзиях на рабочей стороне в норме могут быть
- а) групповые контакты щечных бугров жевательных зубов

- б) контакт клыков и боковых резцов
- в) контакт резцов и щечных бугров премоляров
- г) контакт резцов
- д) контакт дистальных бугров вторых моляров
- е) контакт щечных бугров жевательных зубов (и) или контакт клыков +

29. Окклюзионная коррекция (дайте полный ответ) проводится

- а) методами избирательного сошлифовывания зубов, ортопедическими, ортодонтическими методами
- б) ортопедическими, ортодонтическими, хирургическими методами
- в) методами избирательного сошлифовывания зубов, ортопедическими, ортодонтическими, хирургическими методами

30. Укажите факторы окклюзии

- а) суставной путь
- б) движение Беннета
- в) окклюзионная плоскость +
- г) кривая Шпее
- д) кривая Уилсона
- е) величина бугров жевательных зубов
- ж) резцовый путь

31. Для выявления суперконтактов в заднем контактном положении нижнюю челюсть смещают

- а) дистально +
- б) в правую боковую окклюзию
- в) в левую боковую окклюзию
- г) в переднюю окклюзию
- д) открыванием рта в пределах до 1-2 см

32. Укажите показания к применению окклюзионных шин при болезнях височно-нижнечелюстного сустава

- а) нормализовать функцию мышц, положение суставных головок, предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений +
- б) ограничить движение нижней челюсти +

33. При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в височно-нижнечелюстном суставе возможен следующий диагноз

- а) мышечно-суставная дисфункция +
- б) артрит
- в) артроз
- г) остеома суставного отростка нижней челюсти

34. Форма зубных рядов в постоянном прикусе

- а) полукруг
- б) трапеция
- в) треугольник
- г) верхнего - полуэллипс, нижнего - парабола +

35. Ортогнатический прикус постоянных зубов характеризует следующий признак

- а) каждый зуб имеет по одному антагонисту
- б) смыкание по 2 классу Энгля
- в) каждый зуб вступает в контакт с двумя антагонистами за исключением верхнего зуба мудрости и нижнего первого резца. Каждый верхний зуб в центральной окклюзии вступает в контакт с одноименным нижним и позади стоящим +
- г) смыкание по 3 классу Энгля

36. В основу классификации зубочелюстных аномалий по Энгля положено

- а) принцип соотношения зубных рядов (соотношение 1-х моляров) +
- б) принцип аномалии зубов
- в) принцип аномалий челюстей и их анатомических отделов

37. На ортопантограмме получают

- а) развернутое рентгеновское изображение верхней челюсти
- б) развернутое рентгеновское изображение нижней челюсти
- в) развернутое рентгеновское изображение верхней и нижней челюстей +

38. Аппаратами комбинированного действия являются ортодонтические аппараты

- а) имеющие элементы функциональных аппаратов
- б) имеющие элементы механических аппаратов

в) имеющие элементы функциональных и механических аппаратов +

г) имеющие резиновую тягу

39. Функциональными называются аппараты

а) действующие при активации винта

б) действующие при наложении резиновой тяги

в) действующие при активации проволоки

г) действующие при сокращении мускулатуры +

40. Вестибулярная дуга используется с целью

а) для расширения зубного ряда

б) для протрузии зуба

в) для перемещения зубов в оральном направлении +

41. При второй степени стираемости глубина поражения твердых тканей составляет

а) половину величины коронки зуба +

б) половину длины корны

в) 2/3 коронки зуба

42. При прямом виде прикуса встречается форма патологической стираемости

а) горизонтальная +

б) вертикальная

в) смешанная

г) компенсированная

43. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и (или) оральная поверхности зубов, называется

а) декомпенсированная

б) вертикальная +

в) компенсированная

г) горизонтальная

44. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижней трети лица, называется

а) чрезмерная

б) компенсированная +

- в) горизонтальная
- г) вертикальная
- д) смешанная
- е) декомпенсированная

45. Отсутствие снижения высоты нижней трети лица при компенсированной форме патологической стираемости зубов обусловлено

- а) смещением нижней челюсти
- б) ростом альвеолярного отростка челюстей +
- в) изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава
- г) выдвиганием зубов
- д) ошибкой препарирования

46. Дополнительные методы исследования больных с декомпенсированной формой патологической стираемости твердых тканей зубов

- а) клинический анализ крови
- б) томография височно-нижнечелюстного сустава +
- в) биохимический анализ крови
- г) аллергические пробы

47. При всех формах патологической стираемости показаны ортопедические конструкции

- а) штампованные коронки
- б) цельнолитые протезы +
- в) внеротовые лечебные аппараты

48. При 3-й степени патологической стираемости зубов показано применение

- а) пломб
- б) вкладок
- в) культевых коронок +
- г) штампованных коронок

49. Для ортодонтического этапа лечения больных с локализованной формой патологической стираемости зубов применяется

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

50. При патологической стираемости твердых тканей зубов полость зуба
- а) увеличивается
 - б) уменьшается +
 - в) не изменяется
51. Для дифференциации компенсированной формы патологической стираемости твердых тканей зубов от декомпенсированной необходимо
- а) изготовить диагностические модели
 - б) измерить разницу между ВНОЛ при физиологическом покое и в ЦО +
 - в) провести рентгенологическое исследование зубов
 - г) провести ЭОД
 - д) провести реопарадонтотографию
52. При патологической стираемости твердых тканей зубов форма фасеток стирания
- а) кратерообразная +
 - б) ступенчатая
 - в) прямоугольная
53. С потерей эмали режущего края зубов или жевательных бугров скорость стираемости
- а) уменьшается
 - б) увеличивается +
 - в) не изменяется
54. Этиологические факторы патологической стираемости, связанные с функциональной перегрузкой зубов
- а) аномалия прикуса +
 - б) частичная адентия +
 - в) нарушение окклюзии при неправильном протезировании +
 - г) различный функциональный износ зубных протезов, изготовленных из разных материалов +
 - д) бруксизм +
55. При декомпенсированной форме патологической стираемости твердых тканей зубов ортопедическое лечение проводится
- а) в один этап
 - б) в два этапа +
 - в) в три этапа

г) в пять этапов

56. К неспецифическим факторам, способствующим развитию аллергической реакции при использовании металлических протезов, относят

- а) коррозионные процессы +
- б) изменение рН слюны в кислую сторону +
- в) процессы истирания +

57. Для выявления аллергической реакции на пластмассу предложены

- а) аппликационная проба по Сорокину +
- б) провокационная проба +
- в) экспозиционная проба +
- г) лейкопеническая проба +

58. Иммунитет - это

- а) способность иммунной системы вырабатывать антитела
- б) способность иммунокомпетентных клеток распознавать чужеродные белки
- в) способ (механизм) защиты организма от живых тел и веществ, несущих в себе признаки генетической чужеродной информации +
- г) способность некоторых клеток уничтожить бактериальные клетки, попадающие из внешней среды
- д) фагоцитарная функция клеток организма

59. Фактор неспецифической защиты - это

- а) выработка антител к определенному антигену
- б) физиологическое воздействие на бактериальную клетку
- в) химическое воздействие на микроорганизм
- г) комплексное (физиологическое, химическое) воздействие на микроорганизм +
- д) фагоцитарная функция специфических клеток

60. Действие неспецифических механизмов защиты в полости рта появляется

- а) сразу же в момент попадания белковой субстанции или иного вещества +
- б) через сутки
- в) через 1-2 недели
- г) необходимо время для синтеза иммуноглобулинов

д) необходимо время для формирования защиты

61. Наиболее важным фактором неспецифической защиты организма (в полости рта) является

- а) барьерная функция тканей полости рта +
- б) слюноотделение +
- в) находящиеся в слюне антибактериальные компоненты: лизоцим, иммуноглобулины, лейкоциты и др. +
- г) резидентная микрофлора в полости рта +

62. Отрицательное воздействие протезов на защитные механизмы в полости рта заключается в следующем

- а) ионы металлов (сплавов для изготовления протезов) способны воздействовать на резидентную микрофлору полости рта +
- б) пластмассы уменьшают миграцию лейкоцитов в полость рта +
- в) молекулы некоторых протезных материалов способны соединяться с белками клеток и вызывать синтез аллергических антител +
- г) механическое воздействие протезов приводит к снижению местной защиты слизистой оболочки полости рта +

63. Следующее профилактическое (наиболее действенное) мероприятие можно предложить в целях уменьшения отрицательного воздействия протезов

- а) изготовление цельнолитых мостовидных протезов +
- б) изготовление протезов с литыми базисами +
- в) изготовление протезов из бесцветной пластмассы +
- г) систематический массаж протезного ложа +

64. Протезировать больного, который закончил курс лучевой терапии, целесообразно

- а) сразу же после окончания курса лечения
- б) спустя год после проведения курса лучевой терапии
- в) при нормальной (клинический анализ) картине крови +
- г) через два месяца после окончания лучевой терапии
- д) через 6-8 месяцев

65. Иммунологические процессы в полости рта могут изменять

- а) криогенное воздействие на ткани +
- б) действие высоких температур на ткани +
- в) УВЧ-терапия +

- г) радиолучевая терапия +
66. "Аномалия" прикуса - это
- а) нарушение развития формы и функции зубочелюстной системы +
 - б) частичная потеря зубов
 - в) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами
 - г) изменения в мышечной системе
 - д) зубоальвеолярное удлинение, связанное с потерей зубов
67. Деформация зубочелюстной системы - это
- а) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами +
 - б) потеря зубов
 - в) нарушение развития формы и функций зубочелюстной системы
 - г) изменение в височно-нижнечелюстном суставе
 - д) открытый прикус
68. Наиболее характерным функциональным нарушением при деформациях зубочелюстной системы является
- а) нарушение жевания +
 - б) нарушение эстетических норм +
 - в) нарушение окклюзии +
 - г) нарушение артикуляции +
69. При изучении диагностических моделей важна информация
- а) соотношение зубных рядов +
 - б) характер смыкания передних зубов +
 - в) совпадение средних линий между центральными резцами +
 - г) форма зубных дуг +
70. Наиболее важным измерением для дифференциальной диагностики формы аномалии прикуса является
- а) сумма ширины четырех верхних резцов +
 - б) ширина боковых резцов +
 - в) сумма ширины клыка и премоляров +
 - г) длины верхней и нижней зубных дуг +

71. Наиболее важным показателем при измерении диагностической модели является

- а) ширина зубной дуги в области клыков
- б) ширина зубной дуги в области премоляров
- в) ширина зубной дуги в области моляров
- г) высота неба в области моляров
- д) эти данные равноценны по значимости +

72. Следующие обследования позволяют использовать результаты телерентгенографии

- а) измерения на диагностических моделях
- б) электромиография
- в) параметры ортогнатического прикуса +
- г) рентгенография отдельных зубов
- д) электромиомастикациография

73. Наиболее важным при анализе телерентгенограмм является

- а) анализ лицевого скелета (краниометрия) +
- б) анализ гнатической части лицевого скелета (гнатометрия) +
- в) анализ мягких тканей лица (профилометрия) +
- г) планиметрический анализ лица +

74. Возможной формой зубных рядов при прогнатическом (верхнечелюстном) прикусе является

- а) протрузия верхних передних зубов в сочетании с сужением верхнего зубного ряда при нормальном нижнем зубном ряде +
- б) правильная форма верхнего зубного ряда при уплощенной в переднем отделе нижней зубной дуги +
- в) равномерное сужение зубных дуг с передним положением верхнего зубного ряда +
- г) равномерное сужение зубных дуг с задним положением нижнего зубного ряда +

75. Телерентгенограмма при верхнечелюстном прогнатическом прикусе, обусловленном чрезмерным развитием верхней челюсти, позволяет выявить

- а) чрезмерное развитие верхней челюсти (абсолютное) и в соотношениях с нижней челюстью +
- б) правильное соотношение челюстей относительно основания черепа +
- в) значительное увеличение межальвеолярного угла +

г) увеличение сагиттального межрезцового расстояния +

76. На телерентгенограмме при верхнечелюстном прогнатическом прикусе с недоразвитием нижней челюсти выявляется

а) увеличение межапикального угла и сагиттального межрезцового расстояния +

б) недоразвитие нижней челюсти +

в) укорочение нижней челюсти +

г) горизонтальное положение нижней челюсти в лицевом скелете +

77. Истинная прогения - это

а) мезиальное смещение нижней челюсти

б) недоразвитие верхней челюсти при нормальной нижней

в) чрезмерное развитие нижней челюсти +

г) принужденный прикус

д) уплощение фронтального участка верхней челюсти

78. Передние зубы при прогеническом прикусе находятся в соотношении

а) обратное смыкание резцов с контактом и незначительным перекрытием +

б) обратный прикус глубокий +

в) открытый прикус +

г) сагиттальный открытый прикус с глубоким перекрытием резцов +

79. Характерным признаком для прогенического прикуса, обусловленного недоразвитием верхней челюсти, является

а) передние зубы в обратном смыкании, но в контакте +

б) незначительная глубина обратного перекрытия +

в) верхний зубной ряд трапециевидной формы, длина их передней части уменьшена +

г) ретрузия резцов и клыков +

80. Характерным признаком для прогенического прикуса, обусловленным мезиальным смещением нижней челюсти, является

а) нормальная величина челюстей +

б) переднее положение нижней челюсти относительно основания черепа +

- в) переднее положение головки нижней челюсти в суставной ямке +
- г) возможность смыкания зубов +

81. Характерным признаком для глубокого прикуса у взрослого пациента является

- а) отсутствие контакта между передними зубами +
- б) наличие маргинальных пародонтитов +
- в) блокирование движений нижней челюсти +
- г) наличие артропатий +

82. Следующие патологические изменения наблюдаются при глубоком прикусе

- а) патологическая подвижность зубов +
- б) патологическая стираемость зубов +
- в) погружение зуба в лунку +
- г) маргинальные пародонтиты +

83. При появлении двухсторонних включенных дефектах при глубоком прикусе бывает следующее осложнение

- а) дистальный сдвиг нижней челюсти +
- б) функциональная перегрузка оставшихся зубов +
- в) наклон моляров в мезиальную сторону +
- г) уменьшение межальвеолярной высоты +

84. При несвоевременном протезировании большого после потери коренных зубов может возникнуть следующее осложнение

- а) выдвижение зубов потерявших антагонистов (зубоальвеолярное удлинение) +
- б) уменьшение межальвеолярной высоты +
- в) перегрузка оставшихся зубов +
- г) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава +

85. Причиной вторичного глубокого прикуса является

- а) частичная потеря зубов +
- б) патологическая стираемость зубов +
- в) заболевание тканей пародонта +
- г) изменение положения зубов при поражении пародонта +

86. Признаком, характеризующим открытый прикус, является

- а) короткая верхняя губа +

- б) развернутый угол нижней челюсти +
- в) нарушение речи +
- г) нарушение откусывания пищи +

87. На телерентгенограмме при обследовании больных с открытым прикусом выявляется

- а) протрузия верхних зубов
- б) зубоальвеолярное укорочение переднего участка верхней челюсти +
- в) зубоальвеолярное укорочение переднего участка нижней челюсти +
- г) зубоальвеолярное укорочение переднего участка обеих челюстей +

88. Укажите причину перекрестного прикуса

- а) нарушение формы зубных рядов +
- б) нарушение соотношения зубных рядов в трансверзальном направлении +
- в) смещение нижней челюсти в сторону +
- г) мышечная дисгармония и асимметрия развития лицевого скелета +

89. Укажите признак сформировавшегося в детстве перекрестного прикуса

- а) перестройка зубочелюстной системы на уровне зубных рядов +
- б) перестройка зубочелюстной системы на уровне альвеолярного отростка +
- в) перестройка наблюдается на уровне челюстей +
- г) наблюдается аномалия развития лицевого скелета +

90. При дифференциальной диагностике перекрестного прикуса (неравномерное сужение зубных рядов) от деформации вследствие потери зубов учитывается

- а) симметричность расположения боковых зубов по отношению к срединно-сагиттальной плоскости +
- б) фасетки стирания на зубах +
- в) наличие травматической окклюзии +
- г) аномалия формы суставных головок +

91. Наиболее важным фактором при определении возможности ортодонтического лечения взрослых является
- а) нарушения структуры зубочелюстной системы, которые следует устранить +
 - б) возможности морфологической перестройки +
 - в) тяжесть морфологических проявлений аномалии +
 - г) тяжесть клинических проявлений аномалии +
92. При скелетной форме аномалии прикуса происходит
- а) изменение положения челюстей в сагиттальной плоскости по отношению к основанию черепа +
 - б) изменение угла наклона челюстей относительно основания черепа +
 - в) нарушение роста челюстей в сагиттальной плоскости (недоразвитие челюстей) +
 - г) нарушение роста челюстей в вертикальной плоскости +
93. Следующее изменение может сочетаться со скелетной формой аномалии прикуса
- а) дистальное положение головок нижней челюсти +
 - б) изменение формы зубных рядов +
 - в) изменение окклюзионной плоскости +
 - г) аномалия положения отдельных зубов +
94. Ортодонтическим путем можно устранить следующие нарушения зубочелюстной системы у взрослых
- а) изменить положение верхней челюсти +
 - б) изменить положение суставов относительно основания черепа +
 - в) восстановить соответствие величин челюстей +
 - г) изменить положение зуба или группы зубов +
 - д) изменить угол нижней челюсти +
95. У взрослого ортодонтическим путем можно устранить
- а) неправильное положение зубов +
 - б) приобретенную аномалию прикуса +
 - в) приобретенную деформацию зубного ряда +
 - г) приобретенное смещение нижней челюсти +
96. При планировании лечения прогнатического прикуса следует учитывать

- а) патогенез аномалии +
- б) клиническую форму прогнатического прикуса +
- в) степень выраженности клинических проявлений +
- г) пространственное положение нижней челюсти +

97. На выбор метода ортодонтического лечения прогнатического прикуса влияет

- а) возраст и общее состояние больного +
- б) осложняющие и сопутствующие заболевания +
- в) болезни пародонта, функциональная перегрузка +
- г) патологическая стираемость зубов, деформация окклюзионной поверхности зубных рядов +

98. Для деформирующего остеопороза характерным является

- а) чрезмерное резцовое перекрытие
- б) отсутствие части зубов
- в) истончение головки, деформация суставного бугорка, появление экзостозов +
- г) стирание сочлененных поверхностей
- д) склерозирование сочлененных поверхностей

99. На функциональное состояние жевательных мышц влияет

- а) количество сохранившихся зубов +
- б) состояние их пародонта +
- в) положение нижней челюсти +
- г) нарушение окклюзии +

100. На силу сокращения жевательных мышц влияет

- а) вторичный глубокий прикус +
- б) первичный глубокий прикус в сочетании с отсутствием части зубов +
- в) уменьшение площади окклюзионного контакта +
- г) травмирование слизистой оболочки при смыкании зубов +

101. Ортодонтическими аппаратами у взрослых можно добиться

- а) изменения роста челюстей
- б) изменения положения верхней челюсти
- в) расширения верхней челюсти
- г) устранения неправильное положение зубов +

102. Можно применить ортодонтическое лечение у взрослых с целью

- а) коррекции соотношения зубных рядов +
- б) коррекции положения отдельных зубов +
- в) устранения мезиального положения нижней челюсти +
- г) устранения дистального положения нижней челюсти +

103. Для успешного лечения прогнатического прикуса имеет значение

а) состояние височно-нижнечелюстных суставов и соотношение их элементов +

- б) изменение высоты лица в ее нижней трети +
- в) величина межальвеолярного расстояния и межокклюзионного пространства +
- г) возраст и общее состояние больного +

104. Основной задачей лечения аномалий прикуса является

- а) создание режуще-бугоркового контакта во фронтальном отделе
- б) исправление нарушений окклюзии +
- в) устранение причин травмы слизистой оболочки твердого неба
- г) устранение функциональной перегрузки пародонта зубов

105. Следующую форму прогнатического прикуса можно лечить ортодонтической аппаратурой

- а) прогнатический прикус зубных рядов +
- б) обусловленный дистальным смещением нижней челюсти +
- в) прогнатический прикус, при котором сагиттальная щель между верхними и нижними передними зубами не превышает 6 мм +
- г) приобретенный в результате потери зубов +

106. При определении возможности лечения прогнатического прикуса учитывается

- а) возраст больного не более 45 лет +
- б) прогнатический прикус зубоальвеолярной формы +
- в) прогнатический прикус, обусловленный дистальным смещением нижней челюсти +
- г) прогнатический прикус при наличии опоры для ортодонтической аппаратуры +

107. Основным принципом ортодонтического лечения прогнатического прикуса у взрослых является

- а) нормализация положения отдельных зубов +
- б) нормализация формы зубных рядов +

- в) перестройка вертикальных взаимоотношений передних зубов
- + г) изменение положения нижней челюсти в сагиттальном направлении +

108. Укажите показания к протетическому лечению больных с прогнатическим прикусом

- а) скелетные формы аномалии +
- б) сочетание аномалии с отсутствием большого количества зубов
- + в) невозможность проведения ортодонтического лечения +
- г) отказ больного от хирургического вмешательства +

109. Нормализация прикуса проводится с помощью протезов

- а) при сочетании прикуса с выраженным системным заболеванием пародонта +
- б) при отказе больного от ортодонтического лечения +
- в) при неэффективности ранее проведенного ортодонтического лечения +
- г) при генетических формах аномалии +

110. Задачей протетического лечения прогнатического соотношения зубных рядов является

- а) устранение повреждения слизистой оболочки твердого неба +
- б) устранение повреждения десневого края передних нижних зубов +
- в) уменьшение функциональной перегрузки пародонта зубов +
- г) нормализация окклюзии зубных рядов +

111. Протетическим путем у больных с прогнатией можно

- а) изменить положение нижней челюсти (по показаниям) +
- б) восстановить непрерывность зубного ряда +
- в) изменить межальвеолярную высоту +
- г) изменить высоту нижней трети лица +

112. Фактором, определяющим методику протетического лечения прогнатического прикуса, является

- а) величина межальвеолярного расстояния +
- б) величина межокклюзионного расстояния +
- в) высота нижней трети лица +
- г) состояние пародонта зубов +

113. При составлении плана протетического лечения прогнатического прикуса учитывается

- а) величина дефектов зубных рядов +
- б) топография дефектов +
- в) состояние пародонта зубов +
- г) состояние жевательных мышц +

114. При сошлифовании передних зубов при глубоком резцовом перекрытии преследуется цель

- а) создание трехпунктного контакта при движениях нижней челюсти +
- б) уменьшение перегрузки передних нижних зубов +
- в) уменьшение перегрузки передних верхних зубов +
- г) нормализация окклюзии +

115. Показанием к депульпированию передних зубов при их сошлифовании является

- а) хронические верхушечные периодонтиты +
- б) аномальное положение зуба, неблагоприятное для протезирования +
- в) необходимость значительного укорочения зубов +
- г) необходимость значительного сошлифовывания передней группы зубов +

116. При повышении межальвеолярной высоты на протезах важно учитывать

- а) величину свободного межокклюзионного пространства +
- б) предотвращение явлений бруксизма +
- в) равномерная окклюзионная нагрузка на зубы +
- г) предотвращение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава +

117. Применение съемного протеза с литым базисом показано

- а) при глубоком резцовом перекрытии
- б) при уменьшении межальвеолярной высоты и не измененной высоте нижней трети лица
- в) при сужении зубных рядов
- г) при функциональной перегрузке зубов
- д) при частых поломках протезов с пластмассовым базисом +

118. Для эффективного протетического лечения больных с прогеническим прикусом необходимо провести следующее мероприятие

- а) перед протезированием провести сошлифовывание бугорков и зубов при неравномерной спраокклюзии +
- б) увеличение межальвеолярной высоты провести с помощью накладок на естественные зубы +
- в) изменение межальвеолярной высоты контролировать измерениями высоты нижней трети лица в состоянии покоя +
- г) обеспечить рентгенографический контроль височно-нижнечелюстного сустава +

119. При протетическом лечении прогнатического прикуса целесообразно изготавливать съемные протезы, так как

- а) на них легче поставить передние зубы
- б) постановка максимально может быть приближена к положению естественных зубов
- в) съемный протез позволяет избежать перегрузки опорных зубов
- г) на съемном протезе легче создать опору для нижних передних зубов
- д) на съемном протезе легче провести коррекцию прикуса +

120. При планировании ортодонтического лечения прогенического прикуса следует учитывать

- а) величину сагиттального межрезцового расстояния +
- б) положение передних зубов относительно основания челюстей +
- в) размеры апикального базиса верхней и нижней челюстей +
- г) положение верхней челюсти относительно основания +

121. Укажите наиболее обоснованное действие при прогеническом прикусе, характеризующимся протрузионным положением нижних зубов, ретрузией верхних зубов, сагиттальным межрезцовым расстоянием 5 мм

- а) перемещение в губном направлении только верхних зубов
- б) перемещение язычно только нижних зубов
- в) хирургическое лечение
- г) сочетанная работа с верхней и нижней челюстью +
- д) повышение прикуса

122. При прогеническом прикусе, который характеризуется: протрузией верхних передних зубов, ретрузией нижних, сагиттальным межрезцовым расстоянием 10 мм, более обосновано

- а) смещение вперед верхних зубов
- б) смещение язычно нижних зубов
- в) одновременное смещение верхних зубов в губном направлении, нижних - в язычном
- г) отказ врача от ортодонтического лечения без телерентгенографического обследования +
- д) хирургическое лечение

123. Методом лечения, наиболее эффективным при дистальном положении нижней челюсти относительно основания черепа, является

- а) ретракция верхней челюсти
- б) смещение зубов нижней челюсти
- в) сочетанные с хирургическим, протетическим методами лечения +
- г) хирургическое вмешательство

124. Методом лечения, наиболее эффективным при дистальном положении верхней челюсти относительно основания черепа, является

- а) ретракция верхней челюсти
- б) смещение зубов нижней челюсти
- в) изменение положения верхних зубов в сочетании с протезированием
- г) хирургическое вмешательство
- д) комплексные методы +

125. Эффективным методом при лечении прогенического прикуса, вызванного мезиальным смещением нижней челюсти, является

- а) нормализация функции языка и глотания
- б) устранение деформации зубных рядов
- в) устранение преждевременных окклюзионных контактов
- г) аппаратное лечение
- д) сочетание всех вышеперечисленных методов +

126. Аппаратами, применимыми для лечения мезиального смещения нижней челюсти, являются

- а) аппарат Брюкля +
- б) направляющая коронка Катца +
- в) каппа с наклонной плоскостью +
- г) дуга Энгля +

127. В качестве матрицы для изготовления колпачка применяется платина

- а) так как это благородный металл
- б) так как имеет минимально возможную толщину
- в) так как достаточно жестка и не образует окислов
- г) так как по химическим свойствам совместима с фарфором
- д) так как имеет высокую температуру плавления +

128. Толщина платиновой фольги, применяемой для изготовления фарфоровых коронок, составляет

- а) 0.25 мм
- б) 0.025 мм +
- в) 0.075 мм
- г) 0.1 мм
- д) 0.50 мм

129. Для изготовления вкладок возможно применение

- а) пластмассы +
- б) благородных сплавов +
- в) неблагородных сплавов +

130. На какой модели техник моделирует каркас цельнолитого протеза?

- а) диагностической
- б) рабочей
- в) дублированной гипсовой
- г) дублированной супергипсовой +
- д) дублированной огнеупорной

131. Для получения огнеупорной модели необходимо сделать

- а) параллелометрию рабочей модели
- б) параллелографию рабочей модели
- в) изолировать зоны поднутрения рабочей модели +
- г) дублировать рабочую модель
- д) пропитать водой рабочую модель

132. Дублирование модели делают с помощью

- а) альгинатного материала
- б) силиконового материала
- в) гидроколлоидного материала +
- г) термопластического материала
- д) эвгеполоксидцинкового материала

133. Для получения огнеупорной модели необходимо иметь

- а) этилсиликат
- б) корунд
- в) силамин
- г) маршалит +
- д) супергипс

134. Огнеупорную модель упрочняют

- а) пропиткой водой
- б) высушиванием
- в) прокаливанием
- г) нанесением изоляционного лака +
- д) пропиткой расплавленным парафином

135. Для изготовления цельнолитного каркаса опирающегося протеза широко применяются следующие современные отечественные сплавы

- а) нержавеющая сталь
- б) сплав золота
- в) хром-никелевый сплав
- г) хром-кобальтовый сплав
- д) серебряно-палладиевый сплав +

136. Применение эластичной пластмассы целесообразно

- а) при протезировании в ранние (после удаления) сроки +
- б) при очень резкой атрофии альвеолярных отростков +
- в) для изготовления временных лечебных и непосредственных протезов +
- г) для облегчения адаптации к съемным протезам пожилых людей +

137. Металлические базисы применяются

- а) у больных с бруксизмом
- б) у лиц с мощной жевательной мускулатурой
- в) при частых поломках пластмассового базиса
- г) при непереносимости пластмассы +

138. Surpli предложил классификацию

- а) слепочных материалов
- б) методов получения слепков
- в) формы скатов альвеолярных гребней
- г) типов слизистой оболочки рта
- д) беззубой верхней челюсти

е) беззубой нижней челюсти

139. Для анатомических слепков применяют слепочные массы

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

140. При аллергии на базисные пластмассы проводят следующие лечебно-профилактические мероприятия:

- а) дополимеризация протеза СВЧ методом
- б) изготовление съемного протеза из бесцветной пластмассы с применением СВЧ полимеризации
- в) изготовление съемного протеза с металлическим базисом
- г) покрытие внутренней поверхности базиса протеза золотом методом гальванопластики

141. Возможные причины непереносимости акриловых пластмасс – протезов:

- а) механическая травма слизистой оболочки под протезом
- б) избыточное содержание мономера в базисе
- в) скопление бактерий на поверхности базиса
- г) нарушение термокоагуляции слизистой оболочки под базисом +
- д) аллергия на компоненты акриловой пластмассы

142. Современный отечественный сплав, широко применяемый для изготовления цельнолитых бюгельных протезов:

- а) нержавеющая сталь +
- б) сплав золота +
- в) никелево-хромовый сплав +
- г) кобальто-хромовый сплав +
- д) серебряно-палладиевый сплав +

143. Причины непереносимости акриловой пластмассы – это:

- а) механическая травма слизистой оболочки +
- б) содержание избыточного остаточного мономера +
- в) скопление бактерий на поверхности протеза +
- г) нарушение теплообмена слизистой оболочки под протезом +
- д) аллергическая реакция на компоненты, входящие в состав акриловой пластмассы +

144. К микропротезам относятся
- а) вкладки и виниры +
 - б) штифтовые вкладки +
 - в) полукоронки и вкладки +
 - г) интрадентальные и парапульпарные несъемные конструкции +
145. Вкладки могут быть
- а) фарфоровые +
 - б) металлические +
 - в) комбинированные +
146. По классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку к первому классу относятся
- а) полости, располагающиеся в естественных фисурах жевательных зубов +
 - б) полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров
 - в) полости на проксимальных поверхностях передних зубов
 - г) полости на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
 - д) полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов
147. Ко второму классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку относятся полости
- а) располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов
 - б) на жевательной проксимальной поверхностях моляров и премоляров +
 - в) на проксимальных поверхностях передних зубов
 - г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
 - д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов
148. К третьему классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку относятся полости
- а) располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов
 - б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров

- в) на проксимальных поверхностях передних зубов +
- г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

149. К четвертому классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку относятся полости

а) располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов

- б) на жевательных поверхностях моляров и премоляров
- в) на проксимальных поверхностях передних зубов
- г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов +
- д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

150. К пятому классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку относятся полости

а) располагающиеся на жевательных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов

- б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров
- в) на проксимальных поверхностях передних зубов
- г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- д) все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов +

151. При работе с твердыми тканями клыков с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

- а) на верхушках бугров
- б) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- в) на верхушках бугров и в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- г) на проксимальных поверхностях +

151. При работе с твердыми тканями премоляров с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

- а) на верхушках бугров
- б) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- в) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности +
- г) на проксимальных поверхностях
- д) на жевательной поверхности

152. При работе с твердыми тканями моляров с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

- а) на вершущках бугров
- б) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- в) на вершущках бугров и в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности +
- г) на проксимальных поверхностях
- д) на жевательной поверхности

152. При подготовке полости зуба под вкладку делают фальц

- а) на 1/3 толщины эмали
- б) на 1/2 толщины эмали +
- в) на всю толщину эмали
- г) в пределах эмали
- д) в пределах твердых тканей, отступив от пульповой камеры на 0.5-1.0 мм

153. При формировании дна полости для вкладки она должна быть

- а) параллельна крыше пульповой камеры +
- б) повторять рельеф крыши пульповой камеры
- в) под углом 5° к рогам пульпы
- г) под углом 10° к рогам пульпы
- д) под углом 15° к рогам пульпы

154. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют под углом

- а) 15°
- б) 30°
- в) 45° +
- г) 60°
- д) 90°

155. При подготовке полости зуба под вкладку формируют фальц с целью

- а) предупреждения смещения
- б) исключения опрокидывающего момента
- в) лучшей фиксации и прилегания +
- г) исключения сколов
- д) исключения рассасывания цемента

156. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют только

- а) для вкладок из благородных металлов

- б) для вкладок из неблагородных металлов
- в) для металлических вкладок +
- г) для вкладок из высокопрочной пластмассы (изозит)
- д) для вкладок из фарфора

157. Полуколонка может быть опорой только

- а) металлокерамического мостовидного протеза +
- б) цельнометаллического мостовидного протеза +
- в) металлокрилового цельнолитого мостовидного протеза +
- г) паяного мостовидного протеза +

158. Возможно ли применение полуколонки в качестве шин при заболеваниях пародонта?

- а) да +
- б) да, если пародонтит легкой и средней степени
- в) да, только с предварительным депульпированием зубов
- г) нет

159. Нужно ли при изготовлении пластмассовых коронок формировать уступ в пришеечной зоне?

- а) да +
- б) да, но только на передней поверхности
- в) да, если зуб депульпирован
- г) нет

160. Пластмассовая коронка по отношению к десневому краю должна располагаться

- а) не доходить до десны на 0.5 мм
- б) не доходить до десны на 1.0 мм
- в) на уровне десны +
- г) под десной на 0.5 мм
- д) под десной на 1.0 мм

161. Получить более точное воспроизведение на модели зубных и около зубных тканей позволяет

- а) стомальгин
- б) эластик
- в) акродент
- г) сизласт 69
- д) сизласт 05 +

162. Возможно ли изготовление 2-х цветной пластмассовой коронки?
а) нет
б) нет, так как коронку из пластмассы готовят однократной полимеризацией
в) да +
163. Возможно ли применение пластмассовых коронок при пародонтите?
а) нет
б) да +
164. Возможно ли изготовление пластмассовых мостовидных протезов?
а) да +
б) да, если отсутствует один зуб
в) да, если отсутствует два зуба
г) да, если отсутствует три зуба
д) нет
1655. Какие возможны ошибки и осложнения при применении литых штифтовых вкладок?
а) перфорация стенки корня +
б) недостаточная глубина штифта +
в) раскол корня +
г) расцементировка вкладки +
166. Средняя длина корневого канала центрального резца нижней челюсти составляет
а) 12.0 мм
б) 12.5 мм
в) 13.0 мм +
г) 13.5 мм
д) 14.5 мм
167. Средняя длина корневого канала бокового резца нижней челюсти составляет
а) 10.0 мм
б) 11.0 мм
в) 12.0 мм
г) 13.0 мм +
д) 14.0 мм
168. Средняя длина корневого канала клыка нижней челюсти составляет

- а) 15.0 мм
- б) 16.0 мм
- в) 16.5 мм +
- г) 17.0 мм
- д) 17.5 мм

169. Средняя длина корневого канала центральных резцов нижней челюсти составляет

- а) 11.0 мм
- б) 11.5 мм
- в) 12.0 мм +
- г) 12.5 мм
- д) 13.0 мм
- а) 13.0 мм +
- б) 13.5 мм
- в) 14.0 мм
- г) 14.5 мм
- д) 15.0 мм

170. Средняя длина корневого канала клыков нижней челюсти составляет

- а) 15.0 мм +
- б) 15.5 мм
- в) 16.0 мм
- г) 16.5 мм
- д) 17.0 мм

171. Возможна ли фиксация фарфоровых коронок на временный цемент?

- а) да
- б) да, если это одиночная коронка
- в) да, если у пациента нет бруксизма
- г) да, если не более чем на 5-7 дней
- д) нет +

172. Для дисфункции височно-нижнечелюстного сустава характерно

- а) боль в суставе +
- б) хруст и щелканье в суставе +
- в) смещение нижней челюсти +
- г) снижение высоты прикуса +

173. Возможно ли применение фарфоровых коронок при патологической стираемости зубов?

- а) нет
- б) возможно
- в) возможно, но после соответствующей подготовки +
- г) возможно только при I степени
- д) возможно только при I и II степени

174. Фарфоровые коронки по сравнению с другими видами несъемных протезов имеют следующие недостатки

- а) сложность изготовления +
- б) дороговизна +
- в) необходимость глубокого препарирования твердых тканей +
- г) необходимость наличия дорогостоящего оборудования +

175. Какой уступ нужно формировать в пришеечной зоне при изготовлении фарфоровой коронки?

- а) желобообразный
- б) символ уступа
- в) под углом 90° +
- г) под углом 135°
- д) не нужно уступа

176. В качестве матрицы для изготовления колпачка применяется платина

- а) так как это благородный металл
- б) так как имеет минимально возможную толщину
- в) так как достаточно жестка и не образует окислов
- г) так как по химическим свойствам совместима с фарфором
- д) так как имеет высокую температуру плавления +

177. Толщина платиновой фольги, применяемой для изготовления фарфоровых коронок, составляет

- а) 0.25 мм
- б) 0.025 мм +
- в) 0.075 мм
- г) 0.1 мм
- д) 0.50 мм

178. Показанием к применению литых штифтовых вкладок является

- а) патологическая стираемость зубов
- б) если зуб депульпирован более года тому назад
- в) если зуб депульпирован более 3-х лет тому назад
- г) если зуб депульпирован 5 и более лет тому назад

д) дефект коронковой части на $1/3$ и более +

179. Оптимальная длина штифта литой штифтовой вкладки составляет

- а) $1/4$ корня
- б) $1/3$ корня
- в) $1/2$ длины корня
- г) $2/3$ длины корня +
- д) на всю длину корня

180. Для изготовления вкладок возможно применение

- а) пластмассы +
- б) благородных сплавов +
- в) неблагородных сплавов +

181. Зубоальвеолярное удлинение чаще наблюдается

- а) на верхней челюсти +
- б) на нижней челюсти
- в) на обеих челюстях одинаково
- г) преимущественно во фронтальной группе зубов
- д) преимущественно в группе боковых зубов

182. При использовании метода последовательной дезокклюзии при частичном отсутствии зубов, осложненном зубочелюстными деформациями, дезокклюзия между антагонизирующими и естественными зубами должна составлять не более

- а) 1 мм
- б) 2 мм +
- в) 3 мм
- г) 4 мм
- д) 5 мм

183. Оптимальное расположение дистальной окклюзионной лапки опорно-удерживающего кламмера на зубе

- а) горизонтальное
- б) под углом $5-10^\circ$ к горизонтали +
- в) под углом $10-15^\circ$ к горизонтали
- г) под углом $15-20^\circ$ к горизонтали
- д) под углом $20-25^\circ$ к горизонтали

184. В бюгельных протезах, замещающих концевые дефекты, используют кламмеры

- а) Ней №1 +
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

185. В бюгельных протезах, замещающих включенные дефекты, рекомендуется использовать кламмеры

- а) Ней №1 +
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

186. При наклоне опорного зуба в оральную или вестибулярную сторону в бюгельных протезах рекомендуется использовать кламмеры

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3 +
- г) Ней №4
- д) Ней №5

187. При медиальном наклоне опорного зуба в бюгельном протезе рекомендуется использовать кламмеры

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5 +

188. При низких конвергированных молярах рекомендуется использовать в бюгельных протезах кламмеры

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5 +

189. Наиболее эффективно использовать в качестве антипрокидывателя в бюгельном протезе

- а) отростки базиса протеза

- б) пальцевые отростки
- в) многозвеньевые кламмеры +
- г) непрерывные кламмеры
- д) передние небные дуги

190. При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти бюгельными протезами, когда беззубая часть альвеолярного отростка имеет скат, направленный в дистальную сторону, рекомендуется использовать

- а) опорно-удерживающие кламмеры
- б) многозвеньевые кламмеры +
- в) непрерывные кламмеры
- г) дробители нагрузки
- д) антипрокидыватели

191. При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти бюгельными протезами, когда беззубая часть альвеолярного гребня имеет скат, направленный в мезиальную сторону, рекомендуется использовать

- а) опорно-удерживающие кламмеры
- б) многозвеньевые кламмеры +
- в) непрерывные кламмеры
- г) дробители нагрузки
- д) антипрокидыватели

192. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах зубных рядов I класса по Кеннеди

- а) переднее
- б) среднее +
- в) заднее
- г) переднесреднее
- д) среднезаднее

193. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах зубных рядов III класса по Кеннеди

- а) переднее
- б) среднее
- в) заднее
- г) переднесреднее +

194. Если необходимо увеличить жесткость небной дуги, то увеличивают размер

- а) в толщину
- б) в ширину
- в) в толщину и ширину +
- г) больше в ширину
- д) больше в толщину

195. Отношение небной дуги к слизистой оболочке твердого неба

- а) касательное
- б) не касается на 0.5-1 мм +
- в) не касается на 1-1.5 мм
- г) не касается на 1.5-2 мм
- д) не касается на 2-2.5 мм

196. При значительном наклоне фронтального участка альвеолярного отростка нижней челюсти кпереди применяют

- а) лингвальную дугу
- б) вестибулярную дугу
- в) лингвальную пластинку +
- г) модифицированный непрерывный кламмер
- д) вестибулярную дугу с модифицированным непрерывным

кламмером

197. При маленьком пространстве между дном полости рта и десневым краем в бюгельном протезе применяют

- а) лингвальную дугу +
- б) вестибулярную дугу
- в) лингвальную пластинку
- г) модифицированный непрерывный кламмер
- д) вестибулярную дугу и модифицированный непрерывный

кламмер

198. Расположение каркаса седла бюгельного протеза

- а) на вершине альвеолярного гребня +
- б) на оральном скате альвеолярного гребня
- в) на вестибулярном скате альвеолярного гребня
- г) на оральном скате и вершине альвеолярного гребня
- д) на вестибулярном скате и вершине альвеолярного гребня

199. Длина каркаса седла бюгельного протеза на верхней челюсти

- а) до $1/3$ длины базиса протеза
- б) до $1/2$ длины базиса протеза

- в) до бугров верхней челюсти +
- г) на всю длину базиса
- д) на 2/3 базиса протеза

200. Длина каркаса седла бюгельного протеза на нижней челюсти

- а) до 1/4 длины базиса протеза
- б) до 1/3 длины базиса протеза
- в) до 1/2 длины базиса протеза
- г) до 2/3 длины базиса протеза +
- д) на всю длину базиса протеза

201. В бюгельных протезах при концевых седлах искусственные зубы устанавливаются

- а) на всю длину базиса
- б) на 1/3 длины базиса протеза
- в) на 1/2 длины базиса протеза
- г) на 2/3 длины базиса протеза +
- д) на 3/4 длины базиса протеза

202. У паяных золотых протезов в сравнении со стальными

- а) выше гальванизм и выше твердость
- б) выше гальванизм, но ниже твердость
- в) ниже гальванизм, но выше твердость
- г) ниже гальванизм и ниже твердость +

203. У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми

- а) выше стираемость и выше цветостойкость
- б) выше стираемость, но ниже цветостойкость
- в) ниже стираемость и ниже цветостойкость
- г) ниже стираемость, но выше цветостойкость +

204. У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми

- а) выше гигроскопичность и выше прочность
- б) выше гигроскопичность, но ниже прочность
- в) ниже гигроскопичность и ниже прочность
- г) ниже гигроскопичность, но выше прочность +

205. У металлокерамических протезов по сравнению с паянными с пластмассовой облицовкой

- а) выше эстетика и выше прочность +
 - б) выше эстетика, но ниже прочность
 - в) ниже эстетика и ниже прочность
 - г) ниже эстетика, но выше прочность
206. У мостовидного протеза по сравнению с бюгельным
- а) выше нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу +
 - б) выше нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу
 - в) ниже нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
 - г) ниже нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу
207. Толщина плеча кламмера Аккера у основания
- а) 0.5 ± 0.2 мм
 - б) 0.8 ± 0.2 мм
 - в) 1.0 ± 0.2 мм +
 - г) 1.2 ± 0.4 мм
 - д) 1.8 ± 0.4 мм
208. Толщина плеча кламмера Аккера у окончания
- а) 0.5 ± 0.1 мм +
 - б) 0.6 ± 0.1 мм
 - в) 0.9 ± 0.1 мм
 - г) 1.0 ± 0.1 мм
 - д) 1.2 ± 0.1 мм
209. Толщина окклюзионной накладки (лапки) у основания
- а) не менее 0.5 мм
 - б) не менее 0.8 мм
 - в) не менее 1.0 мм +
 - г) не менее 2.5 мм
 - д) не менее 4.0 мм
210. Толщина окклюзионной накладки (лапки) у окончания
- а) не менее 0.1 мм
 - б) не менее 0.2 мм
 - в) не менее 0.3 мм
 - г) не менее 0.4 мм
 - д) не менее 1.0 мм
211. Ширина верхней задней дуги
- а) 3.0 ± 2.0 мм

- б) 4.0 ± 2.0 мм
- в) 5.0 ± 2.0 мм +
- г) 6.0 ± 2.0 мм
- д) 8.0 ± 2.0 мм

212. Ширина верхней передней дуги

- а) 6.0 ± 2.0 мм
- б) 7.0 ± 2.0 мм
- в) 8.0 ± 2.0 мм
- г) 9.0 ± 2.0 мм
- д) 10.0 ± 2.0 мм +

213. Ширина нижней дуги

- а) 2.5 ± 1.0 мм
- б) 3.0 ± 1.0 мм +
- в) 3.5 ± 1.0 мм
- г) 4.0 ± 1.0 мм
- д) 5.0 ± 1.0 мм

214. Толщина верхней задней дуги

- а) 1.3 ± 0.2 мм
- б) 1.4 ± 0.2 мм
- в) 1.5 ± 0.2 мм +
- г) 1.6 ± 0.2 мм

215. Ширина верхней передней дуги

- а) 0.3 ± 0.1 мм
- б) 0.4 ± 0.1 мм
- в) 0.5 ± 0.1 мм
- г) 0.6 ± 0.1 мм +
- д) 0.7 ± 0.1 мм

216. Толщина нижней дуги

- а) 0.5 ± 0.1 мм
- б) 1.0 ± 0.1 мм
- в) 1.5 ± 0.1 мм
- г) 2.0 ± 0.1 мм
- д) 2.5 ± 0.1 мм +

217. Толщина небной пластинки

- а) 1.5 ± 0.2 мм

- б) 1.0 ± 0.2 мм
- в) 0.8 ± 0.3 мм +
- г) 0.4 ± 0.2 мм
- д) 0.2 ± 0.2 мм

218. Толщина язычной пластинки у зубного ряда

- а) 1.5 ± 0.1 мм
- б) 1.0 ± 0.1 мм +
- в) 0.8 ± 0.1 мм
- г) 0.5 ± 0.1 мм
- д) 0.3 ± 0.1 мм

219. Толщина язычной пластинки у нижнего края

- а) 2.5 ± 0.1 мм
- б) 2.0 ± 0.1 мм +
- в) 1.5 ± 0.1 мм
- г) 1.0 ± 0.1 мм
- д) 0.9 ± 0.1 мм

220. Ширина ограничителя базиса

- а) 2.0 ± 2.0 мм
- б) 3.0 ± 2.0 мм
- в) 4.0 ± 2.0 мм
- г) 5.0 ± 2.0 мм
- д) 6.0 ± 2.0 мм +

221. Толщина ограничителя базиса

- а) 5.0 ± 0.2 мм
- б) 4.0 ± 0.2 мм
- в) 3.0 ± 0.2 мм +
- г) 2.0 ± 0.2 мм
- д) 1.0 ± 0.2 мм

222. Величина зазора между каркасом седла бюгельного протеза и слизистой оболочкой альвеолярного отростка

- а) нет зазора
- б) 0.2 мм
- в) 0.5 мм
- г) 1.0 мм
- д) не менее 1.5 мм +

223. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и верхней передней дугой

- а) нет зазора
- б) не более 0.1 мм
- в) не более 0.3 мм +
- г) не более 0.5 мм
- д) не более 0.8 мм

224. Вестибулярное расположение дуги в бюгельном протезе для нижней челюсти обусловлено следующим положением фронтальных зубов нижней челюсти

- а) выраженной протрузией фронтальных зубов верхней челюсти
- б) выраженной протрузией фронтальных зубов нижней челюсти +
- в) вертикальным положением продольных осей нижних фронтальных зубов
- г) желанием пациента
- д) высоким альвеолярным отростком нижней челюсти

225. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и небной пластинкой

- а) не более 0.8 мм
- б) не более 0.5 мм
- в) не более 0.4 мм
- г) не более 0.3 мм +
- д) нет зазора

226. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и ответвлениями бюгеля верхней челюсти

- а) не более 0.7 мм
- б) не более 0.5 мм +
- в) не более 0.3 мм
- г) не более 0.2 мм
- д) нет зазора

227. Величина зазора между слизистой оболочкой и удлинненным плечом кламмера Роуча

- а) нет зазора
- б) 0.1 мм
- в) от 0.2 до 0.6 мм
- г) от 0.6 до 0.8 мм

д) от 0.8 до 1 мм +

228. Величина зазора между слизистой оболочкой и усиливающим ответвлением кольцевидного кламмера

- а) нет зазора
- б) 0.1 мм
- в) от 0.2 до 0.6 мм
- г) от 0.6 до 0.8 мм
- д) от 0.8 до 1 мм +

229. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и ответвлением для Кипмайдера

- а) нет зазора
- б) 0.2 мм
- в) от 1.0 до 1.5 мм
- г) 0.4 мм
- д) от 0.5 до 1.0 мм +

230. Кипмайдер - это

- а) шинирующее устройство
- б) фиксирующее устройство
- в) антипрокидывающее устройство +
- г) эстетическое приспособление
- д) декоративный элемент

231. Толщина удлиняющего плеча (стержня) кламмера Роуча у окончания

- а) 0.4 мм
- б) 0.6 мм +
- в) 0.8 мм
- г) 1.0 мм
- д) 1.2 мм

232. Ширина плеча кольцевидного кламмера у основания

- а) 2.0 ± 0.5 мм +
- б) 1.5 ± 0.5 мм
- в) 1.0 ± 0.5 мм
- г) 0.5 ± 0.5 мм
- д) 0.3 ± 0.2 мм

233. Толщина плеча кольцевидного кламмера у основания

- а) 0.8 ± 0.2 мм

- б) 1.0 ± 0.2 мм
- в) 1.2 ± 0.2 мм +
- г) 1.4 ± 0.2 мм
- д) 1.6 ± 0.2 мм

234. Толщина плеча кольцевидного кламмера у основания

- а) 1.2 ± 0.1 мм
- б) 1.0 ± 0.1 мм
- в) 0.8 ± 0.1 мм
- г) 0.6 ± 0.1 мм +
- д) 0.4 ± 0.1 мм

235. Ширина кламмера заднего действия (одноплечевого) у основания

- а) 0.5 ± 0.5 мм
- б) 1.0 ± 0.5 мм
- в) 1.5 ± 0.5 мм
- г) 2.0 ± 0.5 мм +
- д) 2.5 ± 0.5 мм

236. Ширина кламмера заднего действия (одноплечевого) у окончания

- а) 0.4 ± 0.2 мм
- б) 0.6 ± 0.2 мм +
- в) 0.8 ± 0.2 мм
- г) 1.0 ± 0.2 мм
- д) 1.2 ± 0.2 мм

237. Толщина кламмера заднего действия (одноплечевого) у окончания

- а) 0.6 ± 0.2 мм +
- б) 0.8 ± 0.2 мм
- в) 1.0 ± 0.2 мм
- г) 1.2 ± 0.2 мм
- д) 1.4 ± 0.2 мм

238. Толщина кламмера заднего действия (одноплечевого) у окончания

- а) 1.2 ± 0.1 мм
- б) 1.0 ± 0.1 мм
- в) 0.8 ± 0.1 мм
- г) 0.6 ± 0.1 мм
- д) 0.4 ± 0.1 мм +

239. Существует ... основных типов наклона модели на столике параллелометра

- а) 2 типа
- б) 3 типа
- в) 4 типа +
- г) 5 типов
- д) 6 типов

240. Цоколь рабочей модели для конструирования опирающегося протеза должен быть высотой

- а) 1 мм
- б) 15 мм
- в) 30 мм +
- г) 40 мм
- д) 50 мм

241. На цоколь рабочей модели для параллелометрии наносят следующие линии

- а) обзора
- б) экватора зуба
- в) продольной оси зуба +
- г) десневого края
- д) жевательной поверхности

242. Наиболее важной линией при расположении элементов в опорноудерживающем кламмере является

- а) продольная ось зуба
- б) линия анатомического экватора
- в) линия вертикали
- г) контрольная линия +
- д) линия десневого края

243. Наиболее информативными методами обследования больных с полной потерей зубов являются

- а) клинический +
- б) рентгенологический +
- в) биометрический +
- г) анализ фотографий +

244. Используя функциональные двигательные пробы, можно выявить

- а) смещение нижней челюсти +

- б) функциональные отклонения в мышцах +
- в) функциональные отклонения в височно-нижнечелюстных суставах +
- г) миосуставной дисфункциональный синдром +

245. С помощью речевых проб и двигательных функций можно определить

- а) соотношение челюстей до потери зубов +
- б) величину вертикального перекрытия зубов +
- в) оптимальную высоту нижней трети лица +
- г) величину межокклюзионного промежутка покоя +

246. При рентгенологическом обследовании больных с полной потерей зубов следует обратить внимание

- а) на наличие кисты +
- б) на оценку опорных свойств протезного ложа +
- в) на наличие остатков корней, секвестров +
- г) на возможность прогноза устойчивости кости к атрофическим процессам +

247. Пользование неудовлетворительным протезом может вызвать

- а) смещение нижней челюсти +
- б) уменьшение межальвеолярной высоты +
- в) изменение характера сокращений мышц (жевательных, мимических, языка) +
- г) изменение окклюзионного положения нижней челюсти +

248. При решении вопроса об удалении одного оставшегося зуба необходимо учитывать

- а) возможность лучшей фиксации протеза +
- б) сохранение межальвеолярной высоты +
- в) перестройку нервно-рефлекторной регуляции и функции +
- г) определение центрального соотношения челюстей +

249. Положительным при использовании сохраненного корня зуба является

- а) возможность использования корня зуба в качестве опоры для съемного протеза (аттачмены, магниты и т.д.) +
- б) передача жевательного давления через сохранившийся корень +
- в) увеличение жевательной эффективности протеза +

г) замедление атрофии альвеолярного отростка +

250. У больных с полной потерей зубов применим следующий метод хирургической подготовки

- а) устранение тяжей, перемещение уздечек +
- б) альвеолэктомия +
- в) углубление преддверия полости рта +
- г) субпериостальная имплантация +

251. Основной задачей при подготовке больных к повторному протезированию является

- а) нормализация соотношения челюстей и межальвеолярной высоты +
- б) профилактика артропатий
- в) повышение эффективности жевания
- г) удовлетворение эстетических запросов
- д) восстановление функции речи

252. При конструировании полных протезов следует учитывать

- а) состояние тканей протезного ложа +
- б) дифференцированное распределение давления базиса на подлежащие ткани +
- в) тщательное формирование клапанной зоны +
- г) площадь протезного ложа +

253. Опорные свойства протезного ложа можно связать

- а) со степенью атрофии кости челюсти +
- б) с площадью протезного ложа +
- в) с состоянием подслизистого слоя +
- г) с воздействием жевательных и мимических мышц на протез +

254. Для протезирования наиболее благоприятна

- а) плотная слизистая оболочка +
- б) тонкая слизистая оболочка
- в) рыхлая, податливая слизистая оболочка
- г) подвижная слизистая оболочка
- д) сочетание тонкой слизистой оболочки с подвижной

255. Какая форма альвеолярного отростка наиболее благоприятна для протезирования?

- а) отлогая

- б) отвесная +
- в) с навесами
- г) с резко выраженными буграми
- д) с неравномерной атрофией

256. Наиболее целесообразной тактикой при наличии торуса средней выраженности является

- а) хирургическое вмешательство
- б) дифференциальный оттиск +
- в) изоляция торуса
- г) укорочение протеза
- д) моделировка базиса протеза с обходом торуса

257. Для предупреждения травмы резцового сосочка необходимо предпринимать

- а) моделирование базиса с обходом сосочка
- б) хирургическое иссечение его +
- в) оттиск с дифференцированным давлением
- г) изоляция его на модели
- д) выпиливание базиса протеза в области сосочка

258. При формировании дистального края полного верхнего протеза следует учитывать

- а) костные контуры дистального края твердого неба +
- б) структурные элементы тканей слизисто-железистой зоны +
- в) форму ската мягкого неба +
- г) направление ската мягкого неба и глотки +

259. Наиболее благоприятным типом атрофии нижней челюсти для изготовления протеза является

- а) выраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка
- б) незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков +
- в) выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе
- г) выраженная атрофия в переднем отделе
- д) неравномерная выраженная атрофия

260. Тщательное формирование границ протезного ложа необходимо

- а) при наличии узкого, острого альвеолярного гребня +
- б) при резком сужении безмышечных пространств +

- в) при расположении подбородочных отверстий выше гребня альвеолярных отростков +
- г) при наличии подвижной слизистой в боковых участках челюсти +

261. Наибольшее влияние на удержание протеза оказывает

- а) круговая мышца рта +
- б) подбородочная мышца +
- в) мышцы, опускающие угол рта +
- г) мышцы, поднимающие угол рта и верхнюю губу +

262. Смягчить отрицательное воздействие мышц (жевательных и мимических) на стабилизацию протеза может

- а) соединительно-тканые прослойки переходных складок +
- б) жировая клетчатка в переходных складках +
- в) сосуды +
- г) внутритканевая жидкость +

263. Следует уделить особое внимание формированию части нижнечелюстного протеза

- а) в области преддверия полости рта
- б) в подъязычной области
- в) в позадимолярной области
- г) в позадиальвеолярной области
- д) их значение равноценно +

264. Целесообразно применять декомпенсированный оттиск с беззубых челюстей

- а) при наличии резкой атрофии альвеолярного отростка +
- б) при повышенной чувствительности слизистой оболочки +
- в) при равномерно податливой слизистой оболочке протезного ложа +
- г) при истонченной слизистой оболочке +

265. Какой способ разгрузки протезного ложа можно применять?

- а) декомпенсированные оттиски +
- б) сужение окклюзионной поверхности зубов +
- в) постановка зубов с низкими буграми +
- г) использование эластичных пластмасс +

266. Метод функционального оформления краев оттиска используется

- а) для создания клапанной зоны +
- б) для создания формы вестибулярного края оттиска с учетом функции мимических мышц +
- в) для получения оптимальной толщины и формы краев оттиска с учетом эстетических требований +
- г) для получения оптимальной толщины и формы краев оттиска с учетом фонетических требований +

267. Укажите признак уменьшенной высоты нижней трети лица

- а) сниженный тонус жевательных мышц +
- б) уменьшение силы сокращения жевательных мышц +
- в) дисфункция височно-нижнечелюстных суставов +
- г) появление заед в углах рта +

268. Укажите признак увеличения высоты нижней трети лица

- а) увеличение тонуса жевательных мышц +
- б) увеличение силы их сокращения +
- в) болезненные ощущения в мышцах +
- г) больной испытывает чрезмерное давление на костную основу протезного ложа +

269. При определении центрального соотношения челюстей следует учитывать

- а) оптимальную высоту нижнего отдела лица +
- б) равномерное и одновременное сокращение жевательных мышц на обеих сторонах +
- в) определенное положение суставных головок в суставных ямках +
- г) определенное положение нижней челюсти по отношению к верхней челюсти, лицевому и мозговому черепу +

270. Положение покоя нижней челюсти определяет

- а) тонус жевательных мимических мышц +
- б) миостатические рефлексы +
- в) эластичность и упругость слизистой оболочки +
- г) проприоцептивная информация о положении нижней челюсти +

271. Для правильного определения положения нижней челюсти по отношению к верхней важна

- а) подготовка гипсовых моделей челюстей +

- б) определение высоты нижнего отдела лица +
- в) определение и формирование окклюзионной плоскости +
- г) фиксация центрального положения челюстей +

272. Применять жесткие базисы целесообразно

- а) при значительной атрофии беззубых челюстей +
- б) при получении оттиска под контролем жевательного давления +
- в) при применении внутриротовой регистрации центральной окклюзии +
- г) при использовании фонетических проб для постановки зубов +

273. Метод определения высоты нижнего отдела лица, который дает наилучший эстетический и функциональный эффект, - это

- а) антропометрический метод
- б) с помощью циркуля золотого сечения
- в) с помощью фонетических и глотательных проб +
- г) ориентация на высоту нижней трети лица в состоянии покоя нижней челюсти
- д) на основании изучения фотографий больного

274. На величину межокклюзионного промежутка влияет

- а) положение головы +
- б) дыхание +
- в) общее мышечное напряжение +
- г) парафункции мышц челюстно-лицевой области +

275. При постановке передних зубов следует учитывать

- а) тип губы +
- б) межальвеолярную высоту +
- в) величину межокклюзионного промежутка +
- г) угол межальвеолярный +

276. Наиболее индивидуальным является метод формирования окклюзионной плоскости

- а) по носоушной и зрачковой горизонтали
- б) по методу Паунда
- в) с помощью аппарата Ларина
- г) с помощью внутриротовой записи движений нижней челюсти +
- д) с помощью внеротовой записи движения нижней челюсти

277. Тактика врача при протезировании больных с привычным "передним" положением нижней челюсти
- а) зафиксировать среднее (между привычным передним и задним) положение нижней челюсти +
 - б) постановку фронтальных зубов провести с минимальным перекрытием нижних зубов +
 - в) поставить искусственные зубы с плоскими буграми +
 - г) шлифовать зубы для обеспечения большей свободы движений нижней челюсти +
278. При подборе искусственных зубов следует учитывать
- а) форму лица +
 - б) форму зубной дуги +
 - в) форму головы +
 - г) возраст и пол пациента +
279. При протезировании больных с полной адентией необходимо решить
- а) как укрепить протезы на беззубой челюсти +
 - б) как восстановить пропорции лица +
 - в) как восстановить функцию жевания +
 - г) как восстановить фонетическую функцию +
280. Укажите фактор, который следует учитывать при конструировании фонетически эффективного протеза
- а) постановку искусственных зубов +
 - б) форму вестибулярной и оральной поверхности базиса протеза +
 - в) учет межальвеолярной высоты +
 - г) уровень расположения окклюзионной поверхности +
281. Палатография дает информацию
- а) о положении языка при определенной форме +
 - б) о положении губ +
 - в) о взаимодействии языка, губ с зубами +
 - г) можно с помощью палатограммы определить изменение этих взаимодействий в связи с потерей зубов и протезированием +
282. Произношение фонемы "С" дает информацию
- а) об оптимальном сагиттальном соотношении передних верхних и нижних зубов +

- б) о степени вертикального перекрытия нижних зубов верхними (или наоборот) +
- в) о выявлении аномалийного соотношения челюстей +
- г) о выявлении привычки прокладывания языка между зубами +

283. При постановке зубов на верхней челюсти важен следующий ориентир

- а) эстетический центр лица +
- б) резцовый сосочек верхней челюсти +
- в) линия клыков +
- г) межальвеолярные линии улыбки +

284. При постановке зубов на беззубой нижней челюсти можно использовать такой ориентир

- а) альвеолярный отросток +
- б) треугольник Паунда +
- в) величина угла пересечения межальвеолярной линии с окклюзионной плоскостью +
- г) челюстно-подъязычная линия +

285. Показаниями для применения метода объемного моделирования базиса (метод функционального отпечатка) являются

- а) парафункция языка и губ +
- б) прогеническое соотношение челюстей +
- в) прогнатическое соотношение челюстей +
- г) значительная атрофия альвеолярных отростков и челюстей +

286. Анализ акта глотания позволяет правильно сформировать уровень окклюзионной поверхности. Характерным признаком для нормального глотания является

- а) губы слегка сомкнуты +
- б) зубы сомкнуты +
- в) круговая мышца не напряжена +
- г) кончик языка упирается в передний участок неба и небную поверхность передних верхних зубов +

287. Определите показания к анатомической постановке зубов (по Гизи)

- а) ортогнатическое соотношение зубных рядов со всеми его признаками +
- б) незначительная атрофия альвеолярных отростков +

- в) наличие легко определяемого центрального соотношения челюстей +
- г) преобладание вертикальных движений нижней челюсти +

288. Какое преимущество имеет методика внутриротовой пришлифовки окклюзионных валиков (А.Катц, З.Гельфанд, А.Сапожников, М.Нападов)?

- а) индивидуальность оформления окклюзионной плоскости +
- б) возможность более точного воспроизведения режцового пути
- в) возможность более точного определения соотношения челюстей
- г) возможность более точного воспроизведения суставного пути
- д) индивидуальность постановки зубов

289. Укажите фактор, определяющий успех адаптации больного к протезу

- а) качество протезов +
- б) реактивность организма +
- в) тип высшей нервной деятельности пациента +
- г) психологическая подготовка пациента к протезированию +

290. Для эффективной речевой адаптации при ортопедическом лечении больных важно учесть

- а) функциональные особенности языка +
- б) функциональную характеристику жевательных и мимических мышц +
- в) характер взаимодействия активных органов речевой артикуляции с протезом +
- г) конструкционные особенности +

291. Лабораторная перебазировка протезов необходима

- а) при недостаточной фиксации съемных протезов +
- б) при изменении формы альвеолярного отростка после непосредственного протезирования +
- в) при незначительном снижении высоты нижней трети лица +
- г) при необходимости уточнения прилегания базиса к протезному ложу +

292. Применение эластичной пластмассы целесообразно

- а) при протезировании в ранние (после удаления) сроки +
- б) при очень резкой атрофии альвеолярных отростков +
- в) для изготовления временных лечебных и непосредственных протезов +

293. Причиной повышенного рвотного рефлюкса может быть
- а) неплотное прилегание протеза в дистальных отделах +
 - б) удлиненный дистальный край протеза +
 - в) недостаточная изоляция торуса +
 - г) неравномерное смыкание зубных рядов, сужение зубных рядов
- +
294. Металлические базисы применяются
- а) у больных с бруксизмом +
 - б) у лиц с мощной жевательной мускулатурой +
 - в) при частых поломках пластмассового базиса +
 - г) при непереносимости пластмассы +
295. На верхней челюсти с вестибулярной стороны граница протеза должна покрывать
- а) пассивно подвижную слизистую оболочку +
 - б) неподвижную слизистую оболочку
296. Для анатомических слепков применяют слепочные массы
- а) термопластические +
 - б) альгинатные +
 - в) гипс +
297. Понятие "пятерка Ганау" включает
- а) наклон суставного пути +
 - б) резцовое перекрытие +
 - в) сагиттальные и трансверзальные кривые +
 - г) наклон протетической плоскости +
 - д) высоту бугорков зубов +
298. В.Ю.Курляндский различает три фазы адаптации к зубным протезам
- а) возбуждение, раздражение, состояние комфорта
 - б) возбуждение, раздражение, торможение
 - в) раздражение, частичное торможение, полное торможение +
299. Мягкие подкладки съемных пластиночных протезов показаны
- а) при сухой малопродуктивной слизистой оболочке +
 - б) при гипертрофированной слизистой оболочке
 - в) при "болтающемся" альвеолярном гребне
 - г) при повышенном рвотном рефлексе

300. При полной адентии головка нижней челюсти смещается
- а) вперед
 - б) вниз
 - в) влево
 - г) вправо
 - д) лингвально
 - е) кзади и вверх +
301. Задний край протеза верхней челюсти при полной адентии
- а) должен перекрывать линию "А" на 1-2 мм +
 - б) не должен доходить до линии "А" на 5 мм
 - в) должен оканчиваться на линии "А"
302. Зубоальвеолярное удлинение чаще наблюдается
- а) на верхней челюсти +
 - б) на нижней челюсти
 - в) на обеих челюстях одинаково
 - г) преимущественно во фронтальной группе зубов
 - д) преимущественно в группе боковых зубов
303. При использовании метода последовательной дезокклюзии при частичном отсутствии зубов, осложненном зубочелюстными деформациями, дезокклюзия между антагонизирующими и естественными зубами должна составлять не более
- а) 1 мм
 - б) 2 мм +
 - в) 3 мм
 - г) 4 мм
 - д) 5 мм
304. Положение линии обзора при проведении параллелометрии зависит
- а) от анатомической формы зубов
 - б) от степени наклона зубов
 - в) от степени зубочелюстной деформации
 - г) от степени наклона модели +
 - д) от методики параллелометрии
305. Глубина ретенционной зоны зуба при проведении параллелометрии зависит
- а) от анатомической формы зубов

- б) от степени выраженности экватора
- в) от степени зубочелюстной деформации +
- г) от степени наклона модели
- д) от методики параллелометрии

306. Оптимальное расположение дистальной окклюзионной лапки опорно-удерживающего кламмера на зубе

- а) горизонтальное
- б) под углом 5-10° к горизонтали +
- в) под углом 10-15° к горизонтали
- г) под углом 15-20° к горизонтали
- д) под углом 20-25° к горизонтали

307. В бюгельных протезах замещающих концевые дефекты используют кламмеры

- а) Ней №1 +
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

308. В бюгельных протезах, замещающих включенные дефекты, рекомендуется использовать кламмеры

- а) Ней №1 +
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

309. При наклоне опорного зуба в оральную или вестибулярную сторону в бюгельных протезах рекомендуется использовать кламмеры

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3 +
- г) Ней №4
- д) Ней №5

310. При медиальном наклоне опорного зуба в бюгельном протезе рекомендуется использовать кламмеры

- а) Ней №1
- б) Ней №2

- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5 +

311. При низких конвергированных молярах рекомендуется использовать в бюгельных протезах кламмеры

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5 +

312. Наиболее эффективно использовать в качестве антипрокидывателя в бюгельном протезе

- а) отростки базиса протеза
- б) пальцевые отростки
- в) многозвеньевые кламмеры +
- г) непрерывные кламмеры
- д) передние небные дуги

313. При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти бюгельными протезами, когда беззубая часть альвеолярного отростка имеет скат, направленный в дистальную сторону, рекомендуется использовать

- а) опорно-удерживающие кламмеры
- б) многозвеньевые кламмеры +
- в) непрерывные кламмеры
- г) дробители нагрузки
- д) антипрокидыватели

314. При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти бюгельными протезами, когда беззубая часть альвеолярного гребня имеет скат, направленный в мезиальную сторону, рекомендуется использовать

- а) опорно-удерживающие кламмеры
- б) многозвеньевые кламмеры +
- в) непрерывные кламмеры
- г) дробители нагрузки
- д) антипрокидыватели

315. Укажите последовательность планирования элементов бюгельного протеза

- а) уточнение выбора опорных, ретенционных и стабилизирующих элементов +
- б) планирование соединяющей дуги и каркасов базиса протеза
- в) планирование базисов протеза
- г) планирование непрямых удерживателей (антипрокидывателей):

316. На верхней челюсти при высоком и среднем высоты альвеолярном отростке граница базиса бюгельного протеза проходит с оральной стороны

- а) на уровне перехода альвеолярного отростка в твердое небо +
- б) на уровне середины альвеолярного отростка
- в) на уровне ската альвеолярного гребня
- г) покрывает часть твердого неба
- д) покрывает значительную часть неба

317. На нижней челюсти при высоком и среднем высоты альвеолярном отростке дистальная граница базиса бюгельного протеза при концевых седлах проходит

- а) впереди альвеолярного слизистого бугорка
- б) по альвеолярному слизистому бугорку
- в) позади альвеолярного слизистого бугорка +
- г) на середине слизистого бугорка
- д) значительно перекрывает бугорок

318. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах I-A класса по Кеннеди

- а) переднее
- б) среднее +
- в) заднее
- г) переднесреднее
- д) среднезаднее

319. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах зубных рядов III класса по Кеннеди

- а) переднее
- б) среднее
- в) заднее
- г) переднесреднее +
- д) среднезаднее

320. Если необходимо увеличить жесткость небной дуги, то увеличивают размер

- а) в толщину
- б) в ширину
- в) в толщину и ширину +
- г) больше в ширину

321. Отношение небной дуги к слизистой оболочке твердого неба

- а) касательное
- б) не касается на 0.5-1 мм +
- в) не касается на 1-1.5 мм
- г) не касается на 1.5-2 мм
- д) не касается на 2-2.5 мм

322. Типичное расположение лингвальной дуги бюгельного протеза

- а) выше экватора альвеолярного отростка
- б) на уровне экватора альвеолярного отростка +
- в) ниже экватора альвеолярного отростка
- г) значительно выше экватора альвеолярного отростка
- д) значительно ниже экватора альвеолярного отростка

323. При значительном наклоне фронтального участка альвеолярного отростка нижней челюсти кпереди применяют

- а) лингвальную дугу
- б) вестибулярную дугу
- в) лингвальную пластинку +
- г) модифицированный непрерывный кламмер
- д) вестибулярную дугу с модифицированным непрерывным

кламмером

324. При маленьком пространстве между дном полости рта и десневым краем в бюгельном протезе применяют

- а) лингвальную дугу +
- б) вестибулярную дугу
- в) лингвальную пластинку
- г) модифицированный непрерывный кламмер
- д) вестибулярную дугу и модифицированный непрерывный

кламмер

325. Расположение каркаса седла бюгельного протеза

- а) на вершине альвеолярного гребня +

- б) на оральном скате альвеолярного гребня
- в) на вестибулярном скате альвеолярного гребня
- г) на оральном скате и вершине альвеолярного гребня
- д) на вестибулярном скате и вершине альвеолярного гребня

326. Длина каркаса седла бюгельного протеза на верхней челюсти

- а) до $1/3$ длины базиса протеза
- б) до $1/2$ длины базиса протеза
- в) до бугров верхней челюсти +
- г) на всю длину базиса
- д) на $2/3$ базиса протеза

327. Длина каркаса седла бюгельного протеза на нижней челюсти

- а) до $1/4$ длины базиса протеза
- б) до $1/3$ длины базиса протеза
- в) до $1/2$ длины базиса протеза
- г) до $2/3$ длины базиса протеза +
- д) на всю длину базиса протеза

328. В бюгельных протезах при концевых седлах искусственные зубы устанавливаются

- а) на всю длину базиса
- б) на $1/3$ длины базиса протеза
- в) на $1/2$ длины базиса протеза
- г) на $2/3$ длины базиса протеза +
- д) на $3/4$ длины базиса протеза

329. Укажите главный критерий выбора опорного зуба под опорно-удерживающий кламмер

- а) устойчивость зуба
- б) выраженность анатомического экватора +
- в) высота клинической коронки
- г) поражение твердых тканей зубов
- д) отсутствие периапикального воспаления

330. Наиболее выгодно направление кламмерной линии

- а) трансверзальное
- б) сагиттальное +
- в) диагональное
- г) все вышеперечисленное
- д) трансверзально-сагиттальное

331. Укажите основной элемент бюгельного протеза
- а) дуга +
 - б) седло с искусственными зубами
 - в) опорно-удерживающий кламмер
 - г) многозвеньевой кламмер
 - д) кипмайдер
332. Для изготовления цельнолитого бюгельного протеза верхней челюсти при IV классе дефектов по Кеннеди достаточно сделать
- а) анатомический оттиск +
 - б) функциональный оттиск
 - в) дифференцированный оттиск
 - г) дифференцированно-комбинированный оттиск
 - д) произвольный оттиск
333. При изготовлении цельнолитого бюгельного протеза при I классе протяженного дефекта нижней челюсти достаточно сделать
- а) анатомический оттиск
 - б) функциональный оттиск
 - в) дифференцированный оттиск
 - г) дифференцированно-комбинированный оттиск +
 - д) произвольный оттиск
334. Для изготовления бюгельного протеза при II классе протяженного дефекта на нижней челюсти нужно сделать
- а) анатомический оттиск
 - б) функциональный оттиск
 - в) дифференцированный оттиск
 - г) дифференцированно-комбинированный оттиск +
 - д) произвольный оттиск
335. Для изготовления бюгельного протеза верхней челюсти при III классе дефекта зубного ряда по Кеннеди нужно сделать
- а) анатомический оттиск +
 - б) функциональный оттиск
 - в) дифференцированный оттиск
 - г) дифференцированно-комбинированный оттиск
 - д) произвольный оттиск

336. Укажите место преимущественного расположения дуги на верхней челюсти

- а) передняя треть твердого неба
- б) задняя треть средней трети твердого неба
- в) передняя треть задней трети твердого неба
- г) средняя треть задней трети твердого неба +
- д) задняя треть задней трети твердого неба

337. Изменение традиционного месторасположения дуги на верхней челюсти обуславливает

- а) желание пациента
- б) форма твердого неба
- в) выраженный торус шва твердого неба +
- г) топография дефекта зубного ряда
- д) эстетические требования

338. Наиболее полно отражает качественную характеристику передачи жевательной нагрузки бюгельного протеза

- а) съемный протез
- б) скелетный протез
- в) бюгельный протез
- г) полуфизиологический протез
- д) опирающийся протез +

339. 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 +

340. Для дефекта, возникшего в результате лучевой терапии, характерны

- а) разнообразная локализация дефекта +
- б) резкие рубцовые изменения в пораженной области +
- в) изменение в цвете тканей окружающих дефект +

341. Укажите аппараты, относящиеся к группе репонирующего типа действия

- а) шина Ванкевича +
- б) шина Порта

в) проволочная шина-скоба

342. Укажите аппараты, относящиеся к группе внутриротовых назубных фиксирующих

- а) проволочные шины по Тигерштадту +
- б) шина Вебера
- в) шина Порта

343. Характерные особенности дефектов челюстно-лицевой области после хейло- и уранопластики

- а) разнообразное расположение дефектов мягких тканей +
- б) значительная деформация +
- в) значительные рубцовые изменения +
- г) нарушения речи +

344. Укажите причины, приводящие к неправильно сросшимся переломам

- а) неправильное сопоставление отломков +
- б) недостаточная фиксация отломков
- в) нарушение гигиены полости рта
- г) применение лечебной гимнастики

345. Укажите причины формирования ложного сустава

- а) поздняя, неэффективная иммобилизация отломков +
- б) остеомиелит +
- в) интерпозиция +

346. Функциональными нарушениями, наблюдаемыми при стомоназальных дефектах (приобретенных), являются

- а) нарушение окклюзии +
- б) нарушение формирования пищевого комка +
- в) нарушение речи +
- г) нарушение глотания +

347. При ложном суставе съемный протез изготавливается

- а) с одним базисом
- б) с двумя фрагментами и подвижной фиксацией между ними +
- в) с металлическим базисом

348. Особенности снятия слепков при стомоназальных дефектах (приобретенных)

- а) необходимость тампонирования дефекта +
- б) сегментарное снятие оттиска
- в) снятие оттиска разборной ложкой
- г) снятие оттиска без тампонады дефекта
- д) снятие оттиска индивидуальной ложкой

349. При изготовлении верхне-челюстного obtурирующего протеза при наличии непрерывного зубного ряда на сохранившемся участке верхней челюсти наиболее применимы следующие фиксирующие элементы

- а) фиксирующие кламмеры +
- б) телескопические коронки +
- в) балочная (штанговая) система фиксации +
- г) опорно-удерживающие кламмеры +

350. Наиболее применимыми методами фиксации при сочетанных дефектах верхней челюсти и лица являются

- а) сочетанная система с очковой оправой +
- б) применение магнитных элементов +
- в) использование эластичной пластмассы +
- г) специальная хирургическая подготовка +

351. При обширных дефектах челюстей и одиночном зубе на сохранившемся участке челюсти наиболее применимы следующие фиксирующие элементы

- а) фиксирующие кламмеры
- б) магнитные элементы
- в) телескопические коронки +
- г) использование эластичной массы
- д) использование пружинных элементов

352. Конструкция obtурирующей части протеза при срединном дефекте костного неба следующая

- а) на базе нет obtурирующей части
- б) obtуратор высоко входит в полость носа
- в) obtуратор полый
- г) на базисе вокруг дефекта создан небольшой валик
- д) obtуратор возвышается над базисом на 2-3 мм +

353. Контрактура нижней челюсти бывает

- а) костная +
- б) рефлекторно-мышечная +

в) рубцовая +

354. Более целесообразной конструкцией obturатора при полном отсутствии верхней челюсти является

- а) obturатор полый, воздухоносный +
- б) obturатор массивный, монолитный
- в) obturатор изготовлен в виде тонкой пластинки
- г) разнообразная конструкция obturатора
- д) плавающий obturатор

355. Конструкцией obtурирующей части при дефекте задней трети костного и мягкого неба (больные с детского возраста пользовались obtуратором) является

- а) монолитное соединение obtурирующей части с базисом протеза
- б) раздельное изготовление obtуратора и зубного протеза +
- в) obturатор имеет подвижное соединение с базисом протеза
- г) obturатор массивный, воздухоносный
- д) obturатор массивный, монолитный

356. Наиболее рациональными методами формирования obtурирующей части протеза являются

- а) на модели восковыми композициями
- б) в полости рта функциональное формирование obtурирующей части с помощью термопластических масс на готовом протезе
- в) в полости рта на жестком базисе (термопластмассами) +
- г) в полости рта на восковой конструкции протеза восковыми композициями
- д) в полости рта на восковой конструкции протеза слепочными массами

357. Наиболее оптимальными сроками изготовления резекционного протеза являются

- а) через 2 месяца после операции
- б) через 6 месяцев после операции
- в) через 2 недели после операции
- г) до оперативного вмешательства +
- д) сразу же после операции

358. К основным функциям резекционного протеза относятся

- а) восстановление эстетических норм челюстно-лицевой области
- + б) восстановление функции дыхания +
- в) защита раневой поверхности +
- г) частичное восстановление нарушенных функций и формирование протезного ложа +

359. Наиболее объективно определяют степень восстановления обтурирующим протезом функции глотания следующие лабораторные методы

- а) рентгенография
- б) фагиография +
- в) реопарадентография
- г) электромиография
- д) электромиомастикациография

360. Наиболее объективными лабораторными методами при оценке функции жевания с обтурирующим протезом являются

- а) применение диагностических моделей
- б) электромиография +
- в) фагиография
- г) реопарадентография
- д) рентгенография

361. Наиболее объективными клиническими методами при оценке функциональной ценности обтурирующего протеза являются

- а) осмотр полости рта
- б) фонетические пробы
- в) глотание воды +
- г) проверка окклюзии и артикуляции
- д) выявление зон повышенного давления

362. К характерным признакам неправильно сросшихся обломков при переломе нижней челюсти относятся

- а) нарушение функции речи
- б) нарушение формирования пищевого комка
- в) несмыкание ротовой щели
- г) нарушение окклюзионных соотношений с зубами верхней челюсти +
- д) аномальное положение зубов

363. Основным признаком, позволяющим определить наличие "ложного" сустава нижней челюсти во фронтальном участке, является

- а) несинхронные движения суставных головок височно-нижнечелюстного сустава +
- б) резкое нарушение окклюзионных взаимоотношений с верхними зубами +
- в) смещение отломков в язычном направлении +
- г) подвижность обломков, определяющаяся при пальцевом обследовании +

364. 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 +

365. Особенности протезирования больных с неправильно сросшимися отломками

- а) предварительное (ортодонтическое) исправление положения отломков
- б) предварительное (ортодонтическое) исправление положения зубной дуги
- в) изготовление протезов с расположением искусственных зубов по центру альвеолярного отростка
- г) изготовление протезов с двойным рядом зубов +
- д) отказ в протезировании до хирургического исправления положения отломков

366. Характер смещения отломков нижней челюсти при переломе в центральном отделе (вертикальный перелом)

- а) отломки находятся в состоянии "уравновешивания" +
- б) незначительное смещение отломков +
- в) незначительное нарушение прикуса +

367. 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 +

368. 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) наложение репонирующего аппарата
- д) наложение шинирующего аппарата

369. Укажите один из важных клинических признаков перелома нижней челюсти

- а) нарушение прикуса при сомкнутых челюстях +
- б) невозможность закрыть рот
- в) глубокое перекрытие нижних зубов верхними
- г) дистальный сдвиг нижней челюсти
- д) невозможность сомкнуть губы

370. При повреждении сосудисто-нервного пучка в области ментального отверстия характерны следующие признаки

- а) нарушение поверхностей чувствительности кожи лица +
- б) нарушение болевой чувствительности +
- в) нарушение тактильной чувствительности +
- г) нарушение температурной чувствительности +

371. 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 +

372. При изготовлении шин для лечения переломов челюстей учитываются

- а) быстрота изготовления +
- б) стандартизация шин +
- в) гигиеничность шин +
- г) отсутствие окклюзионных нарушений +

373. Укажите один из характерных признаков переднего двустороннего вывиха нижней челюсти

- а) смещение подбородка в сторону
- б) полуоткрыт рот, невозможно закрыть рот +

- в) болезненность в области нижней челюсти
 - г) нарушение окклюзии
 - д) аномалия прикуса при сомкнутых зубах
374. Для переднего одностороннего вывиха нижней челюсти характерно
- а) рот полуоткрыт +
 - б) подбородок смещен в сторону (здоровую) +
 - в) ограниченное движение нижней челюсти +
 - г) изменение в пораженном суставе +
375. Для переднего двухстороннего вывиха нижней челюсти характерно
- а) резкая болезненность в височно-нижнечелюстных суставах +
 - б) невозможность открыть рот +
 - в) слюнотечение +
 - г) затруднение речи +
376. Назовите предрасполагающие к привычным вывихам факторы
- а) полиартриты +
 - б) заболевание височно-нижнечелюстного сустава +
 - в) растяжение суставной капсулы +
 - г) клинические судороги +
377. Снять мышечную контрактуру при вывихах нижней челюсти можно
- а) с помощью местной анестезии +
 - б) применением мышечных релаксантов +
 - в) общим наркозом +
 - г) силовым воздействием +
378. При лечении привычных вывихов нижней челюсти можно применять
- а) укрепление связочно-капсулярного аппарата +
 - б) применение ортопедических аппаратов +
 - в) оперативное лечение +
 - г) применение имплантанта +
379. Наиболее характерным симптомом перелома альвеолярного отростка верхней челюсти является
- а) нарушение прикуса +
 - б) возможно пальпаторно определить подвижность отломков +
 - в) нарушение формы зубной дуги +
 - г) вытекание изо рта вязкой слюны с кровью +

380. 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 +
381. Назовите признак тяжелого повреждения верхней челюсти
- а) повреждение соседних органов +
 - б) резкие функциональные нарушения +
 - в) повреждение основания черепа +
 - г) значительное нарушение верхней челюсти +
382. Какова тактика врача по отношению к вывихнутым или резкоподвижным зубам, находящимся в зоне повреждения (перелома) челюсти?
- а) депульпирование этих зубов +
 - б) шинирование с помощью лигатурной проволоки +
 - в) шинирование быстротвердеющей пластмассой +
 - г) удаление +
383. Тактика врача в отношении зубов, находящихся в щели перелома при наличии глубоких зубодесневых карманов -
- а) удаление +
 - б) консервативное лечение
 - в) шинирование быстротвердеющей пластмассой
 - г) шинирование с помощью лигатурной проволоки
 - д) лечение с применением антибиотиков
384. Тактика врача в отношении зубов вклиненных в щель перелома, когда они препятствуют вправлению отломков -
- а) консервативное лечение
 - б) шинирование самотвердеющей пластмассой
 - в) лечение с применением антибиотиков
 - г) удаление +
 - д) перемещение с помощью репонирующего аппарата
385. Аппаратом, применение которого целесообразно для иммобилизации отломков верхней челюсти, является
- а) стандартный комплект Эбаржа +
 - б) назубная проволочная шина +
 - в) шина Аржанцева +

г) проволочные шины с распорками +

386. Расположение плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке следующее

- а) плечи расположены на уровне кортикальной пластинки
- б) выше кортикальной пластинки
- в) ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм +
- г) выше кортикальной пластинки на 2-3 мм
- д) в зависимости о состояния кости

387. Проходить регулярный контроль больному, получившему лечение с помощью имплантации

- а) не требуется
- б) в зависимости от желания пациента
- в) требуется в течение первого года
- г) требуется проводить регулярный контроль +
- д) требуется в течение первых шести месяцев

388. Субпериостальная имплантация показана

- а) если включенный дефект небольшой протяженности с резко выраженной атрофией альвеолярного отростка
- б) если концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным альвеолярным отростком
- в) при полном отсутствии зубов на челюсти со значительной атрофией альвеолярного гребня +
- г) при утрате одного зуба с резкой атрофией альвеолярного гребня
- д) при утрате всех фронтальных зубов с хорошо сохранившимся альвеолярным отростком

389. При использовании субпериостальной имплантации необходимо изготовление индивидуальной ложки в следующих случаях

- а) применение индивидуальной ложки необязательно
- б) необходимо применять в каждом случае +
- в) только при использовании полного субпериостального имплантата
- г) в зависимости от анатомических условий

390. Получать оттиск при субпериостальной имплантации рекомендуется

- а) гипсом
- б) альгинатными материалами

- в) силиконовыми материалами +
- г) любыми
- д) в зависимости от клинической условий

391. Изгибать головку титанового имплантата можно

- а) на 30°
- б) до 10°
- в) не более 45°
- г) до 15° +
- д) изгибать нельзя

392. Аналог имплантата отличается от собственно имплантата по толщине

- а) толще на 0.3 мм
- б) тоньше на 0.2 мм +
- в) толщина одинакова
- г) толще на 0.2 мм
- д) тоньше на 0.5 мм

393. Инструмент "стружкоудалитель" предназначен

- а) для удаления костных опилок
- б) для удаления костных опилок и сглаживания неровностей
- в) для удаления костных опилок, сглаживания неровностей и измерения глубины +
- г) для удаления костных опилок, сглаживания неровностей, измерения глубины и углубления костного ложа

394. На какую часть эндодонто-эндоссального имплантата наносят цемент перед фиксацией?

- а) на всю длину
- б) на внутрикостную часть
- в) на внутрикорневую часть +
- г) на внутрикорневую часть и 2 мм за вершущку
- д) в зависимости от длины имплантата

395. При субпериостальной имплантации наиболее часто используется

- а) проводниковая анестезия
- б) инфильтрационная анестезия
- в) нейропептаналгезия
- г) инфильтрационная и проводниковая анестезия +
- д) эндотрахеальный наркоз

396. После имплантации швы снимаются
- а) через 3 недели
 - б) через 7-8 дней +
 - в) через 2-3 дня
 - г) через 10-12 дней
 - д) через 4-5 дней
397. Завышение высоты нижнего отдела лица при протезировании с опорой на имплантаты
- а) допустимо во всех случаях
 - б) недопустимо во всех случаях +
 - в) недопустимо только при полном отсутствии зубов
 - г) допустимо при опоре на имплантат и естественные зубы
 - д) допустимо при использовании имплантата в качестве промежуточной опоры
398. Целью применения внутрислизистых имплантатов является
- а) улучшение фиксации съемных протезов +
 - б) улучшение фиксации мостовидных протезов
 - в) улучшение устойчивости зубов
 - г) улучшение эстетики протезирования
399. Применение эндо-субпериостальных имплантатов показано
- а) во фронтальном отделе нижней челюсти
 - б) в дистальных участках нижней челюсти
 - в) во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти +
 - г) во фронтальном отделе верхней челюсти
 - д) в дистальных участках верхней челюсти
400. Если величина костного ложа незначительно шире имплантата
- а) имплантация откладывается
 - б) возможно достижение плотной посадки путем изгибания имплантата +
 - в) если имеется место, то подготавливают новое ложе
 - г) имплантат помещают в подготовленное ложе несмотря на подвижность
401. Стерилизуют имплантаты
- а) в автоклаве
 - б) в суховоздушном стерилизаторе

- в) в автоклаве или в сухожаровом шкафу +
- г) химическим способом

402. Цель пассивации - это

- а) упрочнение имплантата
- б) удаление инородных включений
- в) создание окисной пленки +
- г) устранение внутренних напряжений в металле
- д) улучшение кристаллической структуры

403. Показаниями к проведению имплантации являются

- а) полное отсутствие зубов +
- б) концевые дефекты зубных рядов +
- в) потеря одного зуба +
- г) неудовлетворительная фиксация съемного протеза +

405. К противопоказаниям к проведению имплантации относятся

- а) эндокринные заболевания +
- б) сифилис +
- в) гемофилия +
- г) нарушение кальциевого обмена +

406. Назовите элементы субпериостального имплантата

- а) вестибулярная ветвь +
- б) небная дуга
- в) подъязычная дуга
- г) оральное ответвление

407. Элементы конструкции внутрислизистого имплантата -

- а) головка +
- б) шейка +
- в) базисная часть +

408. Наиболее часто рекомендуется для зашивания разреза слизисто-надкостничного лоскута

- а) кетгут +
- б) шелк
- в) полиамидная нить
- г) волос

409. Оссеоинтеграция имплантата - это

- а) плотное укрепление имплантата
 - б) помещение имплантата в костную ткань
 - в) плотный контакт между новообразованной костной тканью и поверхностью имплантата +
 - г) наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью
 - д) эпителиальная выстилка между имплантатом и костью
409. Фиброзная интеграция имплантата - это
- а) укрепление имплантата в соединительной ткани
 - б) наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью +
 - в) эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата
 - г) помещение имплантата под надкостницу
410. Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится
- а) в целях достижения оссеоинтеграции +
 - б) для снижения послеоперационной травмы
 - в) для предупреждения фиброзной интеграции
 - г) при плохих способностях к регенерации костной ткани
 - д) в целях улучшения функционального эффекта
411. При неправильной установке имплантата в кости могут возникать такие осложнения как
- а) кровотечение +
 - б) подвижность имплантата +
 - в) флегмона +
 - г) рассасывание костной ткани вокруг имплантата +
412. К потере имплантата могут привести
- а) плохая гигиена полости рта +
 - б) нерациональное питание +
 - в) неудовлетворительная жевательная нагрузка +
 - г) нарушение обмена веществ +
413. Комбинация внутрикостных и субпериостальных имплантатов допустима
- а) при расположении имплантатов на разных челюстях
 - б) при наличии больших дефектов зубных рядов
 - в) при использовании для имплантатов однородных металлов +
414. Имплантация в арсенале известных методов стоматологического лечения имеет следующее значение

- а) единственный метод, позволяющий получить положительный результат
- б) имплантация является методом выбора +
- в) имплантация применяется только в исключительных случаях
- г) имплантация применяется по желанию больного
- д) имплантация применяется с большой осторожностью, так как еще не доказана состоятельность данного вида лечения

415. Стоматологической имплантацией могут заниматься

- а) все врачи-стоматологи
- б) только врачи-стоматологи-ортопеды
- в) врачи-стоматологи-хирурги высшей категории
- г) врачи-стоматологи высокой квалификации, имеющие достаточный опыт практической работы и прошедшие специализацию +
- д) врачи любой специальности

416. Какие отделы челюстей пригодны для внутрикостной имплантации?

- а) только альвеолярный отросток
- б) фронтальный отдел верхней и нижней челюсти
- в) все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат без риска повреждения определенных анатомических структур +
- г) базальные отделы челюстей в пределах расположения зубных рядов
- д) только дистальные отделы верхней и нижней челюсти

417. Наиболее приемлемыми материалами для изготовления хирургического инструментария для имплантации являются

- а) любой подходящий для этой цели металл
- б) металлы, применяемые для изготовления данных имплантатов +
- в) нержавеющей сталь
- г) хромо-кобальтовый сплав
- д) сталь с покрытием нитридом титана

418. Нормализация окклюзии при имплантации

- а) один из основных параметров влияющих на успех лечения +
- б) не оказывает влияния на результата имплантации
- в) может оказывать влияние на результат у некоторых больных
- г) не придается большого значения устранению окклюзионных нарушений

д) оказывает влияние на результат лечения у больных с сопутствующей патологией

419. Отпечаток костной ткани при субпериостальной имплантации получают

- а) с помощью стандартной металлической ложки любым слепочным материалом
- б) частичной стандартной ложкой с помощью альгинатов
- в) с помощью жесткой индивидуальной ложки силиконовыми материалами +
- г) жесткой индивидуальной ложкой с помощью жидкого гипса
- д) без использования слепочной ложки супергипсом

420. Имплантация противопоказана

- а) при сахарном диабете +
- б) при остеопорозе +
- в) при сифилисе +
- г) при СПИДе +

421. Какое количество имплантатов может быть максимально установлено у одного больного?

- а) один
- б) два-три
- в) не более шести
- г) 6-8
- д) ограничений нет +

422. На образование тепла при сверлении кости влияют

- а) форма сверла +
- б) величина бора +
- в) острота бора +
- г) давление при сверлении +

423. Наилучшим способом охлаждения кости при ее сверлении является

- а) внешнее воздушное охлаждение
- б) охлаждение жидкостью с внешним подводом
- в) охлаждение воздухом с подводкой внутри бора
- г) все способы хороши
- д) подведение охлаждающей жидкости к режущей кромке +

424. Оптимальная величина подачи охлаждающей жидкости

- а) 300-500 мл/мин +
- б) 100-200 мл/мин
- в) 600-700 мл/мин
- г) 10-15 мл/мин
- д) 30-50 мл/мин

425. Что происходит с костной тканью при превышении температуры критических величин?

- а) гиперемия
- б) отек
- в) инфильтрация
- г) некроз +
- д) пролиферация

426. Некроз костной ткани происходит при температуре

- а) 45°C
- б) 40-50°C
- в) выше 50°C +
- г) 65°C и выше
- д) 60-65°C

427. При сверлении температура кости не должна превышать

- а) 20°
- б) 30°
- в) 37°
- г) 47° +
- д) 50°

428. Какие клеточные элементы относятся к костной ткани?

- а) остеобласты +
- б) остеоциты +
- в) остеокласты +
- г) нет данных +

429. Функцией остеобластов является

- а) образование костной ткани +
- б) резорбция кости
- в) функция иммунитета
- г) функция кроветворения

430. Функцией остеокластов является

- а) образование костной ткани
- б) резорбция кости +
- в) функция иммунитета
- г) функция кроветворения
- д) не имеет функционального значения

431. Возможными путями ускорения заживления кости являются

- а) гормональная стимуляция +
- б) электрическая стимуляция +
- в) применение фибрина +

432. Причинами, ведущими к нарушению костного заживления, являются

- а) травматическое препарирование кости +
- б) облучение +
- в) первичная подвижность имплантата +
- г) плохая биосовместимость +

433. Величина окисной пленки на поверхности титана

- а) 5-7 ангстрем
- б) 2-10 мкм
- в) 30-50 ангстрем +
- г) 25-30 мкм
- д) 40-60 мкм

434. К возможным реакциям костной ткани на травму относятся

- а) образование фиброзной ткани +
- б) секвестрация +
- в) образование новой костной ткани +
- г) оссеоинтеграция +

435. При имплантации на реакцию костной ткани влияют

- а) репаративные способности костной ткани +
- б) материал имплантата +
- в) форма имплантата +
- г) техника препарирования +

436. К послеоперационным осложнениям при имплантации относятся

- а) расхождение швов +
- б) подвижность имплантата +
- в) перфорация верхне-челюстного синуса +

437. При изготовлении имплантата используют
- а) медь
 - б) титан +
 - в) цинк
 - г) хром
 - д) ниобий
438. Инструменты, применяемые при имплантации
- а) скальпель +
 - б) костные кусачки +
 - в) стружкоудалитель +
 - г) иглодержатель +
439. Какие анатомические структуры следует учитывать при проведении внутрикостной имплантации на нижней челюсти?
- а) верхнечелюстной синус
 - б) резцовые отверстия
 - в) скуловой отросток
 - г) лобный отросток
 - д) подбородочные отверстия +
440. Какие анатомические структуры следует учитывать при проведении внутрикостной имплантации на верхней челюсти?
- а) мышечковые отростки
 - б) придаточные пазухи +
 - в) венечные отростки
 - г) внутреннюю косую линию
 - д) наружную косую линию
441. К нарушению оссеоинтеграции ведут
- а) травматическое препарирование кости +
 - б) предоперационное облучение +
 - в) подвижность имплантата +
 - г) перегрузка имплантата +
442. В настоящее время для увеличения атрофированного альвеолярного отростка используют
- а) каучук
 - б) гидроксилapatит +
 - в) полиуритан
 - г) нейлон

д) метилметакрилат

443. Коллагеновые волокна в разделительном слое при фиброзной интеграции

- а) направлены вдоль имплантата
- б) направлены перпендикулярно поверхности имплантата
- в) направлены под определенным углом к имплантату
- г) хаотично
- д) образуют сетчатую структуру +

444. Имеется ли адаптация или адгезия эпителиальной ткани к поверхности имплантата?

- а) имеется +
- б) отсутствует
- в) не изучено
- г) отчасти
- д) только у титановых имплантатов

445. К недостаткам имплантатов из пористых материалов относятся

- а) меньшая механическая прочность
- б) возможность загрязнения +
- в) худшая биотолерантность

446. Преимуществом эндодонто-эндоссальных имплантатов является

- а) лучшая биосовместимость
- б) отсутствие необходимости прикрепления в кости
- в) отсутствие связи с внешней средой +
- г) большая механическая прочность
- д) простота применения

447. Факторами неблагоприятными для размещения имплантата на верхней челюсти являются

- а) преобладание спонгиозной кости
- б) часто встречающиеся неудовлетворительные анатомические взаимоотношения +
- в) плохое кровоснабжение
- г) плохая иннервация

448. Перспектива успеха имплантации в юношеские годы

- а) благоприятная
- б) неблагоприятная +

- в) не изучено
- г) благоприятный результат только у девочек
- д) благоприятный результат только у мальчиков

449. Наиболее частой причиной утраты зубного имплантата является
- а) остеомиелит челюсти
 - б) отлом имплантатной головки
 - в) воспалительные осложнения +
 - г) аллергическая реакция

Практические навыки:

1. Проведите физикальное обследование пациента.
2. Проведите внешний осмотр пациента.
3. Проведите внутриротовое обследование.
4. Проведите внеротовое обследование.
5. Проведите анализ диагностических моделей в артикуляторе, настроенном на индивидуальную функцию. Какие признаки врач может оценить в ходе такого анализа?
6. Проведите процедуру анализа траектории и величины смещения нижней челюсти из центрального соотношения во множественную окклюзию.
7. Проведите процедуру анализа статической и динамической окклюзии.
8. Проведите исследование демпфирующей способности пародонта опорных зубов.

9. Проведите оценку жевательной функции с помощью функциональной жевательной пробы.
10. Проведите диагностику функции речи.
11. Проведите оценку исходных эстетических параметров.
12. Проведите оценку эстетических параметров результата стоматологического лечения.
13. Опишите интраоральную радиограмму зуба.
14. Опишите панорамную томографию зубных рядов.
15. Опишите данные компьютерной томографии.
16. Проведите фотографический метод согласно протоколу.
17. Выполните протокол портретной фотосъемки в клинике ортопедической стоматологии.
18. Выполните протокол внутриротовой фотосъемки в клинике ортопедической стоматологии.
19. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления вкладки инлей.
20. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления вкладки онлей.
21. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления вкладки оверлей.
22. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления вкладки пинлей.
23. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления полной литой металлической коронки.
24. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления металлокерамической коронки.
25. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления искусственной коронки из пластмассы, изготавливаемой прямым методом.
26. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления искусственной коронки из пластмассы, изготавливаемой непрямым методом.
27. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления искусственной коронки из композиционных материалов
28. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления керамической искусственной коронки.
29. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления полукоронки.
30. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления телескопической коронки.
31. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления экваторной
32. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления винира.
33. Отпрепарируйте зуб для последующего изготовления культевой штифтовой вкладки.
34. Проведите моделировку культевой штифтовой вкладки.
35. Проведите снятие оттиска для последующего изготовления культевой штифтовой вкладки.

36. Проведите манипуляции, выполняемые врачом-стоматологом-ортопедом при проведении ортопедического лечения пациента с применением цельнолитых мостовидных протезов с односторонней опорой.
37. Проведите манипуляции, выполняемые врачом-стоматологом-ортопедом при проведении ортопедического лечения пациента с применением цельнолитых мостовидных протезов с двусторонней опорой.
38. Проведите манипуляции, выполняемые врачом-стоматологом-ортопедом при проведении ортопедического лечения пациента с применением цельнолитых мостовидных протезов с промежуточной опорой.
39. Проведите манипуляции, выполняемые врачом-стоматологом-ортопедом при проведении ортопедического лечения пациента с применением металлокерамических мостовидных протезов с односторонней опорой.
40. Проведите манипуляции, выполняемые врачом-стоматологом-ортопедом при проведении ортопедического лечения пациента с применением металлокерамических мостовидных протезов с двусторонней опорой.
41. Проведите манипуляции, выполняемые врачом-стоматологом-ортопедом при проведении ортопедического лечения пациента с применением металлокерамических мостовидных протезов с промежуточной опорой.
42. Проведите манипуляции, выполняемые врачом-стоматологом-ортопедом при проведении ортопедического лечения пациента с применением адгезивных мостовидных протезов.
43. Проведите снятие анатомического оттиска при проведении ортопедического лечения пациента с применением полных съемных протезов.
44. Проведите снятие функционального оттиска при проведении ортопедического лечения пациента с применением полных съемных протезов.
45. Проведите манипуляции, выполняемые врачом-стоматологом-ортопедом при проведении ортопедического лечения пациента с применением частичных съемных протезов.
46. Проведите манипуляции, выполняемые врачом-стоматологом-ортопедом при проведении ортопедического лечения пациента с применением бюгельных протезов.
47. Дайте инструкцию пациенту, пролеченному с применением полных съемных протезов.

48. Дайте инструкцию пациенту, пролеченному с применением частичных съемных протезов.
49. Дайте инструкцию пациенту, пролеченному с применением бюгельных протезов.
50. Дайте инструкцию пациенту, пролеченному с применением мостовидных протезов.
51. Дайте инструкцию пациенту, пролеченному с применением несъемных протезов, фиксированных на дентальных имплантатах.
52. Дайте инструкцию пациенту, пролеченному с применением съемных протезов, фиксированных на дентальных имплантатах.
53. Проведите обследование пациента с синдромом болевой мышечно-суставной дисфункции.
54. Проведите обследование пациента с бруксизмом.
55. Проведите процедуру шлифования зубов.
56. Проведите манипуляции, выполняемые врачом-стоматологом-ортопедом при проведении ортопедического лечения пациента с применением одиночной коронки, фиксируемой на дентальном имплантате при помощи винтовой фиксации.
57. Проведите манипуляции, выполняемые врачом-стоматологом-ортопедом при проведении ортопедического лечения пациента с применением одиночной коронки, фиксируемой на дентальном имплантате при помощи цементной фиксации.
58. Проведите согласно протоколу компьютерное планирование числа, размера и расположения имплантатов при ортопедическом лечении с применением дентальной имплантации.
59. Проведите врачебные манипуляции у пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении после зубного протезирования.
60. Внесите данные пациента при оформлении медицинской карты стоматологического больного на первичном приеме в клинике ортопедической стоматологии.
61. Проведите аппликационную анестезию в клинике ортопедической стоматологии.
62. Проведите инъекционное обезболивание в клинике ортопедической стоматологии.
63. Проведите инфильтрационную анестезию на верхней челюсти в клинике ортопедической стоматологии.
64. Проведите снятие рабочего оттиска при изготовлении несъемных конструкций зубных протезов.
65. Проведите снятие двухэтапного двухслойного оттиска.
66. Проведите снятие одноэтапного двухслойного оттиска.

67. Проведите снятие оттиска закрытой ложкой при лечении пациентов с применением дентальной имплантации.
68. Проведите снятие оттиска открытой ложкой при лечении пациентов с применением дентальной имплантации.
69. Проведите припасовку индивидуальной оттискной ложки.
70. Проведите ретракцию десны.
71. Проведите определение центральной окклюзии функционально-физиологическим методом.
72. Проведите определение центрального соотношения челюстей функционально-физиологическим методом.
73. Проведите методику определения цвета зубов врачом-стоматологом-ортопедом.
74. Проведите припасовку полной литой металлической коронки.
75. Проведите припасовку литой комбинированной коронки.
76. Проведите припасовку пластмассовой коронки.
77. Проведите припасовку временного пластмассового мостовидного протеза.
78. Проведите припасовку цельнометаллического мостовидного протеза, изготовленного методом литья или фрезерования.
79. Проведите припасовку комбинированного мостовидного протеза с облицовкой.
80. Проведите припасовку цельнокерамического мостовидного протеза.
81. Проведите временную фиксацию зубного протеза.
82. Проведите постоянную фиксацию зубного протеза.
83. Проведите внутриротовую починку зубного протеза при сколе керамической облицовки.
84. Проведите диагностическое восковое моделирование прототипа постоянного протеза.
85. Изготовьте временную реставрацию прямым методом.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 1

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Особенности клинического обследования пациентов с полным отсутствием зубов. Строение и соотношение беззубых челюстей. Классификации беззубых челюстей по Шредеру, Келлеру, Оксману.
2. Виды кап, использующихся при лечении мышечно-суставной дисфункции ВНЧС. Показания, методика изготовления.
3. Планирование и особенности протезирования при одноэтапной имплантации.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите полный план лечения:

Пациент В., 38 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи и подвижность зуба 46.

Подбородочные и носогубные складки умеренно выражены, смыкание губ свободное, углы рта опущены. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

При осмотре полости рта выявлено: прикус ортогнатический; слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений; прикрепление уздечек на верхней челюсти у основания альвеолярного отростка, на нижней челюсти - на скате альвеолярной части; металлокерамический мостовидный протез с опорой на 17, 15, 14; односторонний концевой дефект зубного ряда верхней челюсти ограничен 25 зубом; комбинированный дефект зубного ряда нижней челюсти;

46 имеет подвижность II степени, умеренно болезненный при перкуссии; на язычной поверхности нижних передних зубов имеются наддесневые зубные отложения.

Зубная формула:

К	0	К	К									0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	II	0	0								0	0	0

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 2

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Фиксация и стабилизация полных съемных пластиночных протезов. Понятие о клапанной зоне.
2. Этиология парафункций жевательных мышц.
3. Каркасные съемные протезы верхней челюсти с опорой на балку, фиксируемую к имплантатам. Варианты количества и расположения имплантатов

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите полный план лечения:

Пациентка М., 58 лет, обратилась к заведующему ортопедическим отделением с жалобой на врача-стоматолога-ортопеда в связи с предложением ей удалить оставшиеся зубы верхней челюсти. Ранее ортопедического лечения не проводилось.

Подбородочные и носогубные складки умеренно выражены, смыкание губ свободное, углы рта опущены. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

При осмотре полости рта выявлено:слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений; прикрепление уздечек на верхней челюсти у основания альвеолярного отростка, на нижней челюсти - на скате альвеолярной части; двусторонний концевой дефект зубного ряда верхней челюсти ограничен 13 и 23 зубами; двусторонний концевой дефект зубного ряда нижней челюсти ограничен 43 и 33 зубами; 13, 12,11, 21, 22, 23 зубы имеет подвижность III степени с обнажением корней на ½ их длины и веерообразным расхождением под углом 45°; 43,42,41,31,32,33 зубы имеет подвижность II степени с обнажением корней на ¼.; на язычной поверхности нижних передних зубов имеются наддесневые зубные отложения.

Зубная формула:

0	0	0	0	III	III	III	III	III	III	0	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	0	0	II	II	II	II	II	II	II	0	0	0

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 3

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

- 1.Анатомические оттиски, методика получения, материалы. Индивидуальные ложки, характеристика, методы их изготовления и материалы, применяемые для этих целей.
2. Патологическая стираемость. Клинические признаки генерализованной формы стертости без снижения и со снижением окклюзионной высоты.
- 3.Планирование и особенности протезирования при двухэтапной методике имплантации.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10

- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 47 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду по поводу протезирования. Пациент протезирован частичными съёмными пластиночными протезами 8 лет назад, но пользоваться протезом на нижней челюсти не смог, в связи с чем за 8 лет утратил шесть зубов. Сохранившиеся зубы имеют подвижность II степени, с обнажением корней зубов на 1/3.

Слизистая оболочка полости рта бледная, атрофичная, без воспалительных явлений.

Зубная формула:

0	0	0	0	II	0	0	0	0	II	II	II	II	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	II	II	0	0	0	0	0	II	II	II	0	0

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
 (ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 4

*для проведения государственной итоговой аттестации
 по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Припасовка индивидуальных ложек по методике Гербста. Оттисковые материалы. Получение и оценка функциональных оттисков.
2. Бруксизм. Клиника. Диагностика.
3. Планирование и особенности немедленной имплантации.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 36 лет обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Больная 7 лет страдает сахарным диабетом. Передние зубы нижней челюсти удалены 2 месяца назад из-за подвижности IV степени. Остальные зубы имеют II степень подвижности с обнажением корней на $\frac{1}{4}$. 12, 11, 21, 22 зубы имеют веерообразное расхождение с диастемой в 0,5 см.

Зубная формула:

П	0	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	0	П
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
П	П	П	П	П	0	0	0	0	П	П	П	П	П

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 5

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Обоснование выбора оттискового материала для получения функциональных оттисков. Виды оттисковых материалов, применяемых для снятия функциональных оттисков.
2. Основные и дополнительные методы обследования при лечении патологии твердых тканей зубов.
3. Ортопедический этап имплантологического лечения. Особенности проведения.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 40 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на подвижность передних зубов нижней челюсти. Все зубы интактные. Передние зубы верхней челюсти перекрывают нижние на ½ их коронок.. Зубы 42, 41, 31, 32 имеют подвижность II степени и зубные отложения на язычной поверхности в пришеечной области.

Зубная формула:

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
					II	II	II	II					

Заведующий кафедрой/курса _____

подпись

Лосев В.Ф. _____

(Ф.И.О.)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 6

для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»

1. Границы базисов протеза при полном отсутствии зубов. Изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками.
2. Ортопедическое лечение парафункций жевательных мышц
3. Особенности конструирования протезов, опирающихся на эндооссальные имплантаты.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 51 года обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Сохранившиеся зубы верхней и нижней челюстей имеют подвижность II степени. Прикус глубокий травмирующий.

Зубная формула:

0	0	0	0	II	II	II	II	II	II	II	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
O	O	O	II	II	II	II	II	II	II	O	O	O	O

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 7

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов. Анализ и коррекция врачебных и технических ошибок при определении центрального соотношения челюстей.
2. Изменения ВНЧС при снижающемся прикусе.
3. Клинико-лабораторные этапы изготовления несъемных конструкций с опорой на имплантаты.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 38 лет обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи.

Внешний вид больной: уменьшение высоты нижнего отдела лица, западение верхней губы, выдвижение подбородка. Прикус мезиальный с перекрытием передними зубами нижней челюсти передних зубов верхней челюсти на 1/2 длины коронок. 16 зуб разрушен на 2/3, частично восстановлен пломбой. На нижней челюсти сохранившиеся зубы имеют подвижность II-III степени с обнажением корней на 1/3.

Зубная формула:

		П	0									0		
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
0	0	0	II	II	III	III	III	III	II	0	0	0	0	

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 8

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Припасовка и наложение пластиночных протезов при полном отсутствии зубов.
Правила пользования и коррекция съёмных протезов
2. Функциональная анатомия и биомеханика пародонта.
3. Принципы конструирования протезов, фиксированных на имплантатах.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 60 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду по поводу протезирования.

Ранее неоднократно в течение 15 лет протезирован съёмными пластиночными протезами. Последними протезами пользуется 6 лет.

Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти неравномерная, резко выраженная в переднем отделе. Слизистая оболочка бледная, атрофичная, тонкая. Нёбный торус выражен умеренно. Зубы 43 и 33 имеют подвижность II степени с обнажением корня на ¼. Искусственные зубы на протезах верхней и нижней челюсти стёрты, межальвеолярная высота снижена.

Зубная формула:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 9

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Клинико-лабораторные этапы изготовления полных съемных протезов. Пробы по Гербсту на верхней челюсти.
2. Определение функционального состояния зубо-челюстной системы на основ одонтопародонтограммы. Понятие о резервных силах пародонта.
3. Клинико-лабораторные этапы изготовления условно съемных конструкций, опирающихся на эндооссальные дентальные имплантаты.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент Л., 22 лет, предъявляет жалобы на нарушение фиксации пломбы 21 зуба, эстетические нарушения, невозможность откусывать твердую пищу, изменение цвета зуба. Коронка 21 зуба разрушена на 60%, имеет объемную полость (4 класс по Блеку). Перкуссия, зондирование полости безболезненное.

На рентгенограмме: канал корня 21 зуба пломбирован рентгеноконтрастным материалом на 2/3, в области верхушки корня отмечается разрежение костной ткани округлой формы, диаметром 1,5-2 мм.

Зубная формула:

| | | | | | | П | | | | | |

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Заведующий кафедрой/курса _____

подпись

Лосев В.Ф. _____

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 10

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Анатомические и функциональные оттиски с беззубых челюстей. Функциональные пробы Гербста. Границы базисов протезов при полном отсутствии зубов.
2. Определение компенсированного, суб- и декомпенсированного состояния зубочелюстной системы. Понятие «травматический узел», «травматическая артикуляция»
3. Методика снятия слепков при протезировании на имплантатах. Закрытая ложка. Непрямой метод переноса трансфера.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент М., предъявляет жалобы на умеренные самопроизвольные боли ноющего характера в области 26 зуба при употреблении холодной и горячей пищи.

Объективно: коронковая часть 26 зуба разрушена на 40 %, имеет дефект 2 класса по Блеку. Зондирование полости болезненное, перкуссия отрицательная. Зуб неподвижен. Отсутствующих зубов нет. Прикус ортогнатический.

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 11

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Теоретическое обоснование необходимости применения индивидуального артикулятора при изготовлении полных съемных протезов, характеристика артикуляторов.
2. Относительный физиологический покой жевательной мускулатуры, его значение в клинике ортопедической стоматологии.
3. Методика снятия слепков при протезировании на имплантатах. Открытая ложка. Прямой метод переноса трансфера.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10

- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 52 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду по поводу протезирования. Пациент протезирован частичными съёмными пластиночными протезами 5 лет назад, но пользоваться протезом на нижней челюсти не смог, в связи с чем за утратил шесть зубов. Сохранившиеся зубы имеют подвижность II степени, с обнажением корней зубов на 1/3. Слизистая оболочка полости рта бледная, атрофичная, без воспалительных явлений.

Зубная формула:

0	0	0	0	II	0	0	0	0	II	II	II	II	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	II	II	0	0	0	0	0	II	II	II	0	0

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 12

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Пробы по Гербсту на верхней челюсти. Границы базисов протеза при полном отсутствии зубов.
2. Артикуляция. Движения нижней челюсти в сагитальной плоскости и трансверзальной. Основные параметры этих движений.
3. Требования к протезированию на дентальных имплантатах. Ахенская концепция.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 46 лет обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Больная 7 лет страдает артериальной гипертензией.

Передние зубы нижней челюсти удалены 2 месяца назад из-за подвижности IV степени.

Остальные зубы имеют II степень подвижности с обнажением корней на ¼. 12, 11, 21, 22 зубы имеют веерообразное расхождение с диастемой в 0,5 см.

Зубная формула:

П	0	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	0	П
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
П	П	П	П	П	0	0	0	0	П	П	П	П	П

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 13

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Ошибки при определении и фиксации центрального соотношения челюстей. Механизм происхождения, методы устранения.
2. Комплексное лечение болезней пародонта. Значение ортопедического лечения в общем комплексе лечения.
3. Последовательность клинико-лабораторных этапов ортопедического лечения при двухэтапной имплантации.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 45 лет обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на подвижность передних зубов нижней челюсти. Все зубы интактные. Передние зубы верхней челюсти перекрывают нижние на ½ их коронок.. Зубы 42, 41, 31, 32 имеют подвижность II степени и зубные отложения на язычной поверхности в пришеечной области.

Зубная формула:

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
					II	II	II	II					

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 14

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Постановка зубов при конструировании протезов полного зубного ряда.
2. Избирательное шлифование окклюзионной поверхности зубов, блокирующих движение нижней челюсти. Показание. Методика проведения.
3. Восстановление целостности зубного ряда съёмными конструкциями протезов с опорой на дентальные имплантаты.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 50 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Сохранившиеся зубы верхней и нижней челюстей имеют подвижность II степени. Прикус глубокий травмирующий.

Зубная формула:

0	0	0	0	II	II	II	II	II	II	II	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
О	О	О	II	II	II	II	II	II	II	О	О	О	О

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 15

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Припасовка и наложение протезов. Адаптация к полным съемным протезам. Возможные осложнения при пользовании протезами.
2. Временное шинирование на этапах лечения заболеваний пародонта, показания к применению временных шин.
3. Балочное крепление протезов при изготовлении ортопедических конструкций с опорой на имплантаты.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 46 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи.

Внешний вид: уменьшение высоты нижнего отдела лица, западение верхней губы, выдвижение подбородка.

Прикус мезиальный с перекрытием передними зубами нижней челюсти передних зубов верхней челюсти на 1/2 длины коронок. 16 зуб разрушен на 2/3, частично восстановлен пломбой. На нижней челюсти сохранившиеся зубы имеют подвижность II-III степени с обнажением корней на 1/3.

Зубная формула:

	П	0									0			
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
0	0	0	II	II	III	III	III	III	II	0	0	0	0	

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 16

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Ошибки при конструировании протезов (клинические и лабораторные), методы их предупреждения и устранения.
2. Факторы окклюзии (суставной путь; движение Бенета; окклюзионная плоскость - Шпея, Уилсона; морфология окклюзии; резцовый путь; расстояние между суставными головками)
3. Показания и противопоказания к дентальной имплантации.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 65 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду по поводу протезирования.

Ранее неоднократно в течение 15 лет протезирован съёмными пластиночными протезами. Последними протезами пользуется 6 лет. Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти неравномерная, резко выраженная в переднем отделе. Слизистая оболочка бледная, атрофичная, тонкая. Нёбный торус выражен умеренно. Зубы 43 и 33 имеют подвижность II степени с обнажением корня на $\frac{1}{4}$. Искусственные зубы на протезах верхней и нижней челюсти стёрты, межальвеолярная высота снижена.

Зубная формула:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27		
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37		
0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 17

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Клиника полного отсутствия зубов. Методы фиксации и стабилизации полных съемных протезов.
2. Виды временных шин и методы их изготовления (склеивание зубов фотокомпозитами, лигатурные, пластмассовые, комбинированные шины, шины-кашпы).
3. Преждевременные окклюзионные контакты на протезах с опорой на имплантаты. Причины возникновения. Последствия. Пути устранения.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент В., 25 лет, предъявляет жалобы на нарушение фиксации пломбы 22 зуба, эстетические нарушения, невозможность откусывать твердую пищу, изменение цвета зуба. Коронка 22 зуба разрушена на 60%, имеет объемную полость (4 класс по Блеку). Перкуссия, зондирование полости безболезненное. На рентгенограмме: канал корня 22 зуба пломбирован рентгеноконтрастным материалом на 2/3, в области верхушки корня отмечается разрежение костной ткани округлой формы, диаметром 1,5-2 мм.

Зубная формула:

								П						
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	

Заведующий кафедрой/курса _____

подпись

Лосев В.Ф. _____

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 18

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Протезы с двухслойными, комбинированными и армированными базисами. Технология изготовления.
2. Теория артикуляционного равновесия, основные положения.
3. Клинико-лабораторные этапы протезирования условно-съёмными конструкциями, опирающимися на эндооссальные дентальные имплантаты

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент Р. предъявляет жалобы на умеренные самопроизвольные боли ноющего характера в области 36 зуба при употреблении холодной и горячей пищи.

Объективно: коронковая часть 36 зуба разрушена на 40%, имеет дефект 2 класса по Блеку. Зондирование полости болезненное, перкуссия отрицательная. Зуб неподвижен. Отсутствующих зубов нет. Прикус ортогнатический.

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
												С	

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 19

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Виды оттисковых материалов, применяемых для снятия функциональных оттисков. Пробы по Гербсту на нижней челюсти.
2. Несъемные и съемные виды шин и шин-протезов.
3. Протезирование съемными конструкциями с опорой на дентальные имплантаты. Виды съемного протезирования на имплантатах

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению

4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите полный план лечения:

Пациент К., 35 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи из-за отсутствия 36 зуба.

Подбородочные и носогубные складки умеренно выражены, смыкание губ свободное, углы рта опущены. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

При осмотре полости рта выявлено: прикус ортогнатический; слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений;

прикрепление уздечек на верхней челюсти у основания альвеолярного отростка, на нижней челюсти - на скате альвеолярной части; металлокерамический мостовидный протез с опорой на 47, 45, 44; на язычной поверхности нижних передних зубов имеются наддесневые зубные отложения.

Зубная формула:

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
К	0	К	К									0	

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 20

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов. Оценка правильности определения высоты нижнего отдела лица в положении центральной окклюзии.
2. Метод компьютерной окклюзиографии (Т-Skan). Описание, показания к применению.

3. Клинико-лабораторные этапы изготовления съемных протезов с фиксацией сферическими аттачменами на имплантатах.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 43 лет обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Прикус ортогнатический.

Зубная формула:

0	0	0	0									0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
	П										0	П	П	

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 21

для проведения государственной итоговой аттестации

по специальности «Стоматология ортопедическая»

1. Полная потеря зубов. Этиология, клиника.
2. Постоянные несъемные шины и шины-протезы для групп фронтальных зубов (фронтальная стабилизация).
3. Клинико-лабораторные этапы изготовления съемных протезов с балочной системой на имплантатах.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите полный план лечения:

Пациент В., 38 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи и подвижность зуба 46.

Подбородочные и носогубные складки умеренно выражены, смыкание губ свободное, углы рта опущены. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

При осмотре полости рта выявлено: прикус ортогнатический; слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений; прикрепление уздечек на верхней челюсти у основания альвеолярного отростка, на нижней челюсти - на скате альвеолярной части; металлокерамический мостовидный протез с опорой на 17, 15, 14; односторонний концевой дефект зубного ряда верхней челюсти ограничен 25 зубом; комбинированный дефект зубного ряда нижней челюсти; 46 имеет подвижность II степени, умеренно болезненный при перкуссии; на язычной поверхности нижних передних зубов имеются наддесневые зубные отложения.

Зубная формула:

К	0	К	К									0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	II	0	0								0	0	0

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 22

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Ошибки при определении центрального соотношения челюстей и конструировании протезов: причины, признаки, способы устранения. Понятие о клапанной зоне.
2. Ортопедическое лечение заболеваний ВНЧС. Цели и задачи.
3. Значение преемственности и согласованности хирургического и ортопедического этапов дентальной имплантации.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите полный план лечения:

Пациентка М., 58 лет, обратилась к заведующему ортопедическим отделением с жалобой на врача-стоматолога-ортопеда в связи с предложением ей удалить оставшиеся зубы верхней челюсти. Ранее ортопедического лечения не проводилось. Подбородочные и носогубные складки умеренно выражены, смыкание губ свободное, углы рта опущены. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная. При осмотре полости рта выявлено: слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений; прикрепление уздечек на верхней челюсти у основания альвеолярного отростка, на нижней челюсти - на скате альвеолярной части; двусторонний концевой дефект зубного ряда верхней челюсти ограничен 13 и 23 зубами; двусторонний концевой дефект зубного ряда нижней челюсти ограничен 43 и 33 зубами; 13, 12, 11, 21, 22, 23 зубы имеет подвижность III степени с обнажением корней на $\frac{1}{2}$ их длины и веерообразным расхождением под углом 45° ; 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубы имеет подвижность II степени с обнажением корней на $\frac{1}{4}$; на язычной поверхности нижних передних зубов имеются наддесневые зубные отложения.

Зубная формула:

0	0	0	0	III	III	III	III	III	III	0	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	0	0	II	II	II	II	II	II	II	0	0	0

Заведующий кафедрой/курса _____

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 23

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Особенности повторного протезирования при полной вторичной адентии.
2. Постоянные несъемные шины и шины-протезы для групп жевательных зубов (сагиттальная стабилизация) и всего зубного ряда (стабилизация по дуге).
3. Анализ анатомо-топографических и функциональных особенностей зубочелюстной системы при планировании дентальной имплантации

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 47 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду по поводу протезирования. Пациент протезирован частичными съёмными пластиночными протезами 8 лет назад, но пользоваться протезом на нижней челюсти не смог, в связи с чем за 8 лет утратил шесть зубов. Сохранившиеся зубы имеют подвижность II степени, с обнажением корней зубов на 1/3.

Слизистая оболочка полости рта бледная, атрофичная, без воспалительных явлений.

Зубная формула:

0	0	0	0	II	0	0	0	0	0	II	II	II	II	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
0	0	II	II	0	0	0	0	0	II	II	II	0	0	

Заведующий кафедрой/курса _____

Лосев В.Ф.

подпись

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 24

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Конструирование искусственных зубных рядов по индивидуальным окклюзионным кривым.
2. Особенности применения постоянных шинирующих аппаратов-протезов при генерализованном пародонтозе сохранённых зубных рядов.
3. Принципы планирования ортопедического лечения с использованием имплантатов при одиночно отсутствующих зубах.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 36 лет обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Больная 7 лет страдает сахарным диабетом. Передние зубы нижней челюсти удалены 2 месяца назад из-за подвижности IV степени. Остальные зубы имеют II степень подвижности с обнажением корней на ¼. 12, 11, 21, 22 зубы имеют веерообразное расхождение с диастемой в 0,5 см.

Зубная формула:

II	0	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	0	II
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
II	II	II	II	II	0	0	0	0	II	II	II	II	II

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 25

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Контроль фиксации протезов. Законы физики и анатомо-физиологические предпосылки в обеспечении фиксации полных съемных протезов.
2. Сплит-терапия. Виды устройств. Методика применения.
3. Принципы планирования ортопедического лечения с использованием имплантатов при включенных дефектах зубного ряда.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 40 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на подвижность передних зубов нижней челюсти. Все зубы интактные. Передние зубы верхней челюсти перекрывают нижние на ½ их коронок.. Зубы 42, 41, 31, 32 имеют подвижность II степени и зубные отложения на язычной поверхности в пришеечной области.

Зубная формула:

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

| | | | | П | П | П | П | | | | |

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 26

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Последовательности клинико-лабораторных этапов изготовления полных съемных протезов.
2. Бруксизм. Классификация (МКБ-10, по причинам возникновения). Классификация парафункций Скориковой Л.А.
3. Принципы планирования ортопедического лечения с использованием имплантатов при концевых дефектах зубного ряда.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 51 года обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Сохранившиеся зубы верхней и нижней челюстей имеют подвижность II степени. Прикус глубокий травмирующий.

Зубная формула:

0	0	0	0	II	II	II	II	II	II	II	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
O	O	O	II	II	II	II	II	II	II	O	O	O	O

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 27

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Особенности клинического обследования пациентов с полным отсутствием зубов. Классификация типов слизистой оболочки протезного ложа (Суппле), зоны податливости (Люнд).
2. Биомеханические основы шинирования. Виды стабилизации зубных рядов.
3. Принципы мостовидного протезирования при включенных и концевых дефектах зубных рядов.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 38 лет обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи.

Внешний вид больной: уменьшение высоты нижнего отдела лица, западение верхней губы, выдвижение подбородка. Прикус мезиальный с перекрытием передними зубами нижней челюсти передних зубов верхней челюсти на 1/2 длины коронок. 16 зуб разрушен на 2/3, частично восстановлен пломбой. На нижней челюсти сохранившиеся зубы имеют подвижность II-III степени с обнажением корней на 1/3.

Зубная формула:

17	П	0	15	14	13	12	11	21	22	23	24	0	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37		
0	0	0	II	II	III	III	III	III	II	0	0	0	0		

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 28

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Формы альвеолярных скатов, гребней встречаются у беззубых больных. Виды оттисковых материалов, применяемых для снятия функциональных оттисков.
2. Оклюзионная миорелаксирующая шина. Изготовление. Рекомендации по применению.

3. Выбор расположения имплантатов как опор мостовидных протезов в зависимости от количества отсутствующих зубов и качества кости.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 60 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду по поводу протезирования. Ранее неоднократно в течение 15 лет протезирован съёмными пластиночными протезами. Последними протезами пользуется 6 лет.

Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти неравномерная, резко выраженная в переднем отделе. Слизистая оболочка бледная, атрофичная, тонкая. Нёбный торус выражен умеренно. Зубы 43 и 33 имеют подвижность II степени с обнажением корня на ¼. Искусственные зубы на протезах верхней и нижней челюсти стёрты, межальвеолярная высота снижена.

Зубная формула:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 29

для проведения государственной итоговой аттестации

по специальности «Стоматология ортопедическая»

1. Определение понятий: «подвижная» и «неподвижная» слизистая оболочка, «нейтральная зона», «клапанная зона».
2. Оклюзионные шины. Классификация. Показания к применению.
3. Принципы мостовидного протезирования при полном отсутствии зубов.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент Л., 22 лет, предъявляет жалобы на нарушение фиксации пломбы 21 зуба, эстетические нарушения, невозможность откусывать твердую пищу, изменение цвета зуба. Коронка 21 зуба разрушена на 60%, имеет объемную полость (4 класс по Блеку). Перкуссия, зондирование полости безболезненное.

На рентгенограмме: канал корня 21 зуба пломбирован рентгеноконтрастным материалом на 2/3, в области верхушки корня отмечается разрежение костной ткани округлой формы, диаметром 1,5-2 мм.

Зубная формула:

17	16	15	14	13	12	11	П	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 30

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Ортопедическое лечение с использованием полных съемных протезов лиц пожилого и старческого возраста с учетом возрастных особенностей.
2. Контакты зубов при выдвигании нижней челюсти вперед и ее боковых движениях. Преждевременные контакты – супраконтакты
3. Общие принципы протезирования на имплантатах. Особенности протезирования с использованием различных систем имплантатов.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент М., предъявляет жалобы на умеренные самопроизвольные боли ноющего характера в области 26 зуба при употреблении холодной и горячей пищи.

Объективно: коронковая часть 26 зуба разрушена на 40 %, имеет дефект 2 класса по Блеку. Зондирование полости болезненное, перкуссия отрицательная. Зуб неподвижен. Отсутствующих зубов нет. Прикус ортогнатический.

													С	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 31

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Анатомические и функциональные оттиски. Изготовление и припасовка индивидуальных ложек.
2. Ортопедическое лечение мышечно-суставной дисфункции. Современные концепции.
3. Варианты расположения имплантатов на верхней челюсти при несъемном протезировании полного отсутствия зубов.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 52 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду по поводу протезирования. Пациент протезирован частичными съёмными пластиночными протезами 5 лет назад, но пользоваться протезом на нижней челюсти не смог, в связи с чем за утратил шесть зубов. Сохранившиеся зубы имеют подвижность II степени, с обнажением корней зубов на 1/3. Слизистая оболочка полости рта бледная, атрофичная, без воспалительных явлений.

Зубная формула:

0	0	0	0	II	0	0	0	0	II	II	II	II	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	II	II	0	0	0	0	0	II	II	II	0	0

подпись

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 32

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Характеристика оттисковых материалов. Функциональные пробы по Гербсту. Последовательность припасовки индивидуальной ложки на верхнюю челюсть с применением функциональных проб Гербста.
2. Ортопедическое лечение очагового пародонтита.
3. Варианты расположения имплантатов на нижней челюсти при несъемном протезировании полного отсутствия зубов.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 46 лет обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Больная 7 лет страдает артериальной гипертензией.

Передние зубы нижней челюсти удалены 2 месяца назад из-за подвижности IV степени.

Остальные зубы имеют II степень подвижности с обнажением корней на $\frac{1}{4}$. 12, 11, 21, 22 зубы имеют веерообразное расхождение с диастемой в 0,5 см.

Зубная формула:

II	0	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	0	II
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
II	II	II	II	II	0	0	0	0	II	II	II	II	II

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 33

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Факторы стабилизация полных съемных протезов на верхней и нижней челюстях при полном отсутствии зубов. Методы фиксации съемных протезов.
2. Методы лечения заболеваний ВНЧС. Особенности лечения при болевом синдроме в ВНЧС.
3. Ошибки и осложнения несъемного протезирования с опорой на имплантаты.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 45 лет обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на подвижность передних зубов нижней челюсти. Все зубы интактные. Передние зубы верхней челюсти перекрывают нижние на ½ их коронок.. Зубы 42, 41, 31, 32 имеют подвижность II степени и зубные отложения на язычной поверхности в пришеечной области.

Зубная формула:

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

| | | | | П | П | П | П | | | | |

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 34

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Протезы с двухслойными, комбинированными и армированными базисами. Технология изготовления.
2. Бруксизм. Требования к пациенту перед началом лечения. Профилактика.
3. Функционально-эстетические и этико-правовые аспекты множественной имплантации при полном отсутствии зубов.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 50 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Сохранившиеся зубы верхней и нижней челюстей имеют подвижность II степени. Прикус глубокий травмирующий.
Зубная формула:

0	0	0	0	II	II	II	II	II	II	II	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
O	O	O	II	II	II	II	II	II	II	O	O	O	O

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 35

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Границы базисов протеза при полном отсутствии зубов. Обоснование выбора оттискового материала для получения функциональных оттисков.
2. Комплексный мультидисциплинарный подход в лечении бруксизма.
3. Показания к съёмному протезированию с опорой на имплантаты.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению

4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 46 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи.

Внешний вид: уменьшение высоты нижнего отдела лица, западение верхней губы, выдвигание подбородка.

Прикус мезиальный с перекрытием передними зубами нижней челюсти передних зубов верхней челюсти на 1/2 длины коронок. 16 зуб разрушен на 2/3, частично восстановлен пломбой. На нижней челюсти сохранившиеся зубы имеют подвижность II-III степени с обнажением корней на 1/3.

Зубная формула:

	П	0									0			
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
0	0	0	II	II	III	III	III	III	II	0	0	0	0	

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 36

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Клинико-лабораторные этапы изготовления полных съёмных протезов.
2. Механизмы развития мышечно-суставной дисфункции ВНЧС
3. Основные преимущества съёмных протезов с опорой на имплантаты в сравнении с традиционными полными съёмными протезами.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 65 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду по поводу протезирования. Ранее неоднократно в течение 15 лет протезирован съёмными пластиночными протезами. Последними протезами пользуется 6 лет. Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти неравномерная, резко выраженная в переднем отделе. Слизистая оболочка бледная, атрофичная, тонкая. Нёбный торус выражен умеренно. Зубы 43 и 33 имеют подвижность II степени с обнажением корня на $\frac{1}{4}$. Искусственные зубы на протезах верхней и нижней челюсти стёрты, межальвеолярная высота снижена. Зубная формула:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 37

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов. Ошибки при определении и фиксации центрального соотношения челюстей.
2. Оклюзионная миорелаксирующая шина. Изготовление. Рекомендации по применению.
3. CAD/CAM-технологии, применение при протезировании с опорой на имплантаты.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент В., 25 лет, предъявляет жалобы на нарушение фиксации пломбы 22 зуба, эстетические нарушения, невозможность откусывать твердую пищу, изменение цвета зуба. Коронка 22 зуба разрушена на 60%, имеет объемную полость (4 класс по Блеку). Перкуссия, зондирование полости безболезненное. На рентгенограмме: канал корня 22 зуба пломбирован рентгеноконтрастным материалом на 2/3, в области верхушки корня отмечается разрежение костной ткани округлой формы, диаметром 1,5-2 мм.

Зубная формула:

									П						
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27		
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37		

Заведующий кафедрой/курса _____

подпись

Лосев В.Ф. _____

(Ф.И.О.)

(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)
Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 38

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Виды оттисков и оттискные материалы, применяемые при полном съемном протезировании.
2. Применение параллелометра при изготовлении шин-протезов при лечении заболеваний пародонта.
3. Съемные протезы с опорой на имплантаты в сравнении с полными несъемными протезами с опорой на имплантаты: достоинства и недостатки

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент Р. предъявляет жалобы на умеренные самопроизвольные боли ноющего характера в области 36 зуба при употреблении холодной и горячей пищи.

Объективно: коронковая часть 36 зуба разрушена на 40%, имеет дефект 2 класса по Блеку. Зондирование полости болезненное, перкуссия отрицательная. Зуб неподвижен.

Отсутствующих зубов нет. Прикус ортогнатический.

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 41

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Причины поломок полных съемных протезов. Ошибки, выявляемые при проверке смыкания искусственных зубов в центральной окклюзии.
2. Параллелометрия. Значение в ортопедической стоматологии.
3. Протезирование с опорой на имплантаты с помощью системы CAD/CAM.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите полный план лечения:

Пациент В., 38 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи и подвижность зуба 46.

Подбородочные и носогубные складки умеренно выражены, смыкание губ свободное, углы рта опущены. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

При осмотре полости рта выявлено: прикус ортогнатический; слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений;

прикрепление уздечек на верхней челюсти у основания альвеолярного отростка, на нижней челюсти - на скате альвеолярной части; металлокерамический мостовидный

протез с опорой на 17, 15, 14; односторонний концевой дефект зубного ряда верхней челюсти ограничен 25 зубом; комбинированный дефект зубного ряда нижней челюсти; 46 имеет подвижность II степени, умеренно болезненный при перкуссии; на язычной поверхности нижних передних зубов имеются наддесневые зубные отложения.
Зубная формула:

К	0	К	К									0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	II	0	0								0	0	0

Заведующий кафедрой/курса _____

подпись

Лосев В.Ф. _____

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 42

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Показания и противопоказания к изготовлению полных съёмных протезов.
2. Определение компенсированного, суб- и декомпенсированного состояния зубочелюстной системы. Понятие «травматический узел», «травматическая артикуляция».
3. CAD/CAM технологии в ортопедической стоматологии.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите полный план лечения:

Пациентка М., 58 лет, обратилась к заведующему ортопедическим отделением с жалобой на врача-стоматолога-ортопеда в связи с предложением ей удалить оставшиеся зубы верхней челюсти. Ранее ортопедического лечения не проводилось. Подбородочные и носогубные складки умеренно выражены, смыкание губ свободное, углы рта опущены. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная. При осмотре полости рта выявлено: слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений; прикрепление уздечек на верхней челюсти у основания альвеолярного отростка, на нижней челюсти - на скате альвеолярной части; двусторонний концевой дефект зубного ряда верхней челюсти ограничен 13 и 23 зубами; двусторонний концевой дефект зубного ряда нижней челюсти ограничен 43 и 33 зубами; 13, 12, 11, 21, 22, 23 зубы имеет подвижность III степени с обнажением корней на $\frac{1}{2}$ их длины и веерообразным расхождением под углом 45° ; 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубы имеет подвижность II степени с обнажением корней на $\frac{1}{4}$; на язычной поверхности нижних передних зубов имеются наддесневые зубные отложения.

Зубная формула:

0	0	0	0	III	III	III	III	III	III	0	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	0	0	II	II	II	II	II	II	II	0	0	0

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 43

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Признаки центральной окклюзии при ортогнатическом прикусе. Клинические признаки и тактика врача при повышении или понижении высоты нижнего отдела лица на этапе определения центрального соотношения челюстей.
2. Цель и метод изучения диагностических моделей в параллелометре.
3. Каркасные съемные протезы верхней челюсти с опорой на балку, фиксируемую к имплантатам. Варианты количества и расположения имплантатов.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 47 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду по поводу протезирования. Пациент протезирован частичными съёмными пластиночными протезами 8 лет назад, но пользоваться протезом на нижней челюсти не смог, в связи с чем за 8 лет утратил шесть зубов. Сохранившиеся зубы имеют подвижность II степени, с обнажением корней зубов на 1/3.

Слизистая оболочка полости рта бледная, атрофичная, без воспалительных явлений.

Зубная формула:

0	0	0	0	II	0	0	0	0	II	II	II	II	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	II	II	0	0	0	0	0	II	II	II	0	0

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 44

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Методы определения центральной окклюзии. Пробы по Гербсту на нижней челюсти.
2. Особенности применения постоянных шинирующих аппаратов-протезов при генерализованном пародонтозе сохранённых зубных рядов.

3. Непосредственное протезирование и непосредственная нагрузка дентальных имплантатов.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 36 лет обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Больная 7 лет страдает сахарным диабетом. Передние зубы нижней челюсти удалены 2 месяца назад из-за подвижности IV степени. Остальные зубы имеют II степень подвижности с обнажением корней на $\frac{1}{4}$. 12, 11, 21, 22 зубы имеют веерообразное расхождение с диастемой в 0,5 см.

Зубная формула:

П	0	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	0	П
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
П	П	П	П	П	0	0	0	0	П	П	П	П	П

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 45

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Клинические признаки и тактика врача при ошибках, обусловленных сдвигом, деформацией и отхождением базисов от протезного ложа при определении центрального соотношения челюстей
2. Виды капп, использующихся при лечении мышечно-суставной дисфункции ВНЧС. Показания, методика изготовления.
3. Условно-съёмное протезирование на имплантатах при полном отсутствии зубов по Бранемарку. «Мост Торонто».

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 40 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на подвижность передних зубов нижней челюсти. Все зубы интактные. Передние зубы верхней челюсти перекрывают нижние на ½ их коронок. Зубы 42, 41, 31, 32 имеют подвижность II степени и зубные отложения на язычной поверхности в пришеечной области.

Зубная формула:

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
					II	II	II	II					

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 46

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Эстетические критерии для постановки искусственных зубов в полных съемных протезах. Клинические ориентиры для постановки зубов.
2. Этиология парафункций жевательных мышц.
3. Планирование и особенности протезирования при одноэтапной имплантации.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 51 года обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Сохранившиеся зубы верхней и нижней челюстей имеют подвижность II степени. Прикус глубокий травмирующий.

Зубная формула:

0	0	0	0	II	II	II	II	II	II	II	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
O	O	O	II	II	II	II	II	II	II	O	O	O	O

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 47

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Индивидуальные ложки, характеристика, методы их изготовления и материалы, применяемые для этих целей. Анатомические образования для определения границ базиса протеза на верхней и нижней челюсти.
2. Патологическая стираемость. Клинические признаки генерализованной формы стертости без снижения и со снижением окклюзионной высоты.
3. Планирование и особенности протезирования при двухэтапной методике имплантации.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 38 лет обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи.

Внешний вид больной: уменьшение высоты нижнего отдела лица, западение верхней губы, выдвижение подбородка. Прикус мезиальный с перекрытием передними зубами нижней челюсти передних зубов верхней челюсти на $\frac{1}{2}$ длины коронок. 16 зуб разрушен на $\frac{2}{3}$, частично восстановлен пломбой. На нижней челюсти сохранившиеся зубы имеют подвижность II-III степени с обнажением корней на $\frac{1}{3}$.

Зубная формула:

	П	0									0			
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
0	0	0	II	II	III	III	III	III	II	0	0	0	0	

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 48

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Оттисковые материалы. Получение и оценка функциональных оттисков. Податливость и подвижность слизистой оболочки, буферные зоны. Границы базисов полных съёмных пластиночных протезов.
2. Основные и дополнительные методы обследования при лечении патологии твердых тканей зубов.
3. Планирование и особенности немедленной имплантации.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 60 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду по поводу протезирования. Ранее неоднократно в течение 15 лет протезирован съёмными пластиночными протезами. Последними протезами пользуется 6 лет.

Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти неравномерная, резко выраженная в переднем отделе. Слизистая оболочка бледная, атрофичная, тонкая. Нёбный торус выражен умеренно. Зубы 43 и 33 имеют подвижность II степени с обнажением корня на ¼. Искусственные зубы на протезах верхней и нижней челюсти стёрты, межальвеолярная высота снижена.

Зубная формула:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	

47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0

Заведующий кафедрой/курса _____

Лосев В.Ф. _____

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 49

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Особенности повторного протезирования при полной вторичной адентии.
2. Определение функционального состояния зубо-челюстной системы на основе одонтопародонтограммы. Понятие о резервных силах пародонта.
3. Ортопедический этап имплантологического лечения. Особенности проведения.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент Л., 22 лет, предъявляет жалобы на нарушение фиксации пломбы 21 зуба, эстетические нарушения, невозможность откусывать твердую пищу, изменение цвета зуба. Коронка 21 зуба разрушена на 60%, имеет объемную полость (4 класс по Блеку). Перкуссия, зондирование полости безболезненное.

На рентгенограмме: канал корня 21 зуба пломбирован рентгеноконтрастным материалом на 2/3, в области верхушки корня отмечается разрежение костной ткани округлой формы, диаметром 1,5-2 мм.

Зубная формула:

17	16	15	14	13	12	11	П 21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Заведующий кафедрой/курса _____

подпись

Лосев В.Ф. _____

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 50

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Особенности ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов и заболеваниями слизистой оболочки полости рта.
2. Определение функционального состояния зубо-челюстной системы на основе одонтопародонтограммы. Понятие о резервных силах пародонта.
3. Клинико-лабораторные этапы изготовления несъемных конструкций с опорой на имплантаты.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент М., предъявляет жалобы на умеренные самопроизвольные боли ноющего характера в области 26 зуба при употреблении холодной и горячей пищи. Объективно: коронковая часть 26 зуба разрушена на 40 %, имеет дефект 2 класса по Блеку. Зондирование полости болезненное, перкуссия отрицательная. Зуб неподвижен. Отсутствующих зубов нет. Прикус ортогнатический.

													С	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 51

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Ошибки при определении и фиксации центрального соотношения челюстей.
2. Артикуляция. Движения нижней челюсти в сагитальной плоскости и трансверзальной. Основные параметры этих движений.
3. Принципы конструирования протезов, фиксированных на имплантатах.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению

4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 52 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду по поводу протезирования. Пациент протезирован частичными съёмными пластиночными протезами 5 лет назад, но пользоваться протезом на нижней челюсти не смог, в связи с чем за утратил шесть зубов. Сохранившиеся зубы имеют подвижность II степени, с обнажением корней зубов на 1/3. Слизистая оболочка полости рта бледная, атрофичная, без воспалительных явлений.

Зубная формула:

0	0	0	0	II	0	0	0	0	II	II	II	II	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	II	II	0	0	0	0	0	II	II	II	0	0

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 52

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Особенности обследования больных с полной вторичной адентией.
2. Механизм движений нижней челюсти в сагитальном направлении. Резцовый и суставной пути, их взаимосвязь.
3. Клинико-лабораторные этапы изготовления условно съёмных конструкций, опирающихся на эндооссальные дентальные имплантаты.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 46 лет обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Больная 7 лет страдает артериальной гипертензией.

Передние зубы нижней челюсти удалены 2 месяца назад из-за подвижности IV степени.

Остальные зубы имеют II степень подвижности с обнажением корней на $\frac{1}{4}$. 12, 11, 21, 22 зубы имеют веерообразное расхождение с диастемой в 0,5 см.

Зубная формула:

II	0	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II	0	II
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
II	II	II	II	II	0	0	0	0	II	II	II	II	II

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 53

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Подготовка больных к протезированию полными съемными протезами.
2. Виды капт, использующихся при лечении мышечно-суставной дисфункции ВНЧС. Показания, методика изготовления.
3. Клинико-лабораторные этапы изготовления съемных протезов с фиксацией сферическими аттачменами на имплантатах.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 45 лет обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на подвижность передних зубов нижней челюсти. Все зубы интактные. Передние зубы верхней челюсти перекрывают нижние на ½ их коронок.. Зубы 42, 41, 31, 32 имеют подвижность II степени и зубные отложения на язычной поверхности в пришеечной области.

Зубная формула:

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
					II	II	II	II					

Заведующий кафедрой/курса _____

подпись

Лосев В.Ф. _____

(Ф.И.О.)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 54

для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»

1. Основные свойства базисных материалов и их влияние на качественные характеристики съемных протезов.
2. Избирательное пришлифовывание окклюзионной поверхности зубов, блокирующих движение нижней челюсти. Показание. Методика проведения.
3. Методика снятия слепков при протезировании на имплантатах. Закрытая ложка. Непрямой метод переноса трансфера.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 50 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Сохранившиеся зубы верхней и нижней челюстей имеют подвижность II степени. Прикус глубокий травмирующий.

Зубная формула:

0	0	0	0	II	II	II	II	II	II	II	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
O	O	O	II	II	II	II	II	II	II	O	O	O	O

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 55

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Анатомо-физиологические обоснования границ полного съемного протеза.
2. Факторы окклюзии (суставной путь; движение Бенета; окклюзионная плоскость - Шпея, Уилсона; морфология окклюзии; резцовый путь; расстояние между суставными головками)
3. Условно-съемное протезирование на имплантатах при полном отсутствии зубов по Бранемарку. «Мост Торонто».

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 46 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи.

Внешний вид: уменьшение высоты нижнего отдела лица, западение верхней губы, выдвижение подбородка.

Прикус мезиальный с перекрытием передними зубами нижней челюсти передних зубов верхней челюсти на 1/2 длины коронок. 16 зуб разрушен на 2/3, частично восстановлен пломбой. На нижней челюсти сохранившиеся зубы имеют подвижность II-III степени с обнажением корней на 1/3.

Зубная формула:

	П	0									0			
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
0	0	0	II	II	III	III	III	III	II	0	0	0	0	

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 56

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Признаки центральной окклюзии при ортогнатическом прикусе. Клинические признаки и тактика врача при повышении или понижении высоты нижнего отдела лица на этапе определения центрального соотношения челюстей.
2. Временное шинирование на этапах лечения заболеваний пародонта, показания к применению временных шин.
3. Требования к протезированию на дентальных имплантатах. Ахенская концепция.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент 65 лет обратился к врачу-стоматологу-ортопеду по поводу протезирования. Ранее неоднократно в течение 15 лет протезирован съёмными пластиночными протезами. Последними протезами пользуется 6 лет. Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти неравномерная, резко выраженная в переднем отделе. Слизистая оболочка бледная, атрофичная, тонкая. Нёбный торус выражен умеренно. Зубы 43 и 33 имеют подвижность II степени с обнажением корня на $\frac{1}{4}$. Искусственные зубы на протезах верхней и нижней челюсти стёрты, межальвеолярная высота снижена.

Зубная формула:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27		
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37		
0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 57

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Анатомические оттиски, методика получения, материалы. Индивидуальные ложки, характеристика, методы их изготовления и материалы, применяемые для этих целей.
2. Виды временных шин и методы их изготовления (склеивание зубов фотокомпозитами, лигатурные, пластмассовые, комбинированные шины, шины-каппы).
3. Последовательность клинико-лабораторных этапов ортопедического лечения при двухэтапной имплантации.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент В., 25 лет, предъявляет жалобы на нарушение фиксации пломбы 22 зуба, эстетические нарушения, невозможность откусывать твердую пищу, изменение цвета зуба. Коронка 22 зуба разрушена на 60%, имеет объемную полость (4 класс по Блеку). Перкуссия, зондирование полости безболезненное. На рентгенограмме: канал корня 22 зуба пломбирован рентгеноконтрастным материалом на 2/3, в области верхушки корня отмечается разрежение костной ткани округлой формы, диаметром 1,5-2 мм.

Зубная формула:

								П						
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	

Заведующий кафедрой/курса _____

подпись

Лосев В.Ф. _____

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 58

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Факторы стабилизация полных съемных протезов на верхней и нижней челюстях при полном отсутствии зубов. Методы фиксации съемных протезов.
2. Метод компьютерной окклюзиографии (Т-Skan). Описание, показания к применению.
3. Последовательность клинико-лабораторных этапов ортопедического лечения при двухэтапной имплантации.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациент Р. предъявляет жалобы на умеренные самопроизвольные боли ноющего характера в области 36 зуба при употреблении холодной и горячей пищи.

Объективно: коронковая часть 36 зуба разрушена на 40%, имеет дефект 2 класса по Блеку. Зондирование полости болезненное, перкуссия отрицательная. Зуб неподвижен. Отсутствующих зубов нет. Прикус ортогнатический.

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36 С	37

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 59

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Ортопедическое лечение с использованием полных съёмных протезов лиц пожилого и старческого возраста с учетом возрастных особенностей.
2. Несъёмные и съёмные виды шин и шин-протезов.
3. Восстановление целостности зубного ряда съёмными конструкциями протезов с опорой на дентальные имплантаты.

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению

4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите полный план лечения:

Пациент К., 35 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи из-за отсутствия 36 зуба.

Подбородочные и носогубные складки умеренно выражены, смыкание губ свободное, углы рта опущены. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

При осмотре полости рта выявлено: прикус ортогнатический; слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений;

прикрепление уздечек на верхней челюсти у основания альвеолярного отростка, на нижней челюсти - на скате альвеолярной части; металлокерамический мостовидный протез с опорой на 47, 45, 44; на язычной поверхности нижних передних зубов имеются наддесневые зубные отложения.

Зубная формула:

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
К	0	К	К									0	

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
(ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

Кафедра ортопедической стоматологии

Билет № 60

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «Стоматология ортопедическая»*

1. Особенности обследования больных с полной вторичной адентией.
2. Постоянные несъемные шины и шины-протезы для групп жевательных зубов (сагиттальная стабилизация) и всего зубного ряда (стабилизация по дуге).
3. Клинико-лабораторные этапы протезирования условно-съемными конструкциями, опирающимися на эндооссальные дентальные имплантаты

Описать ортопантограмму (прилагается) и предложить способы ортопедического лечения данного пациента.

- 1 Оценка состояния полости рта на момент обращения, заполнение зубной формулы.
- 2 Предварительный диагноз МКБ 10
- 3 План подготовки к ортопедическому лечению
- 4 Ортопедическое лечение (предложить на выбор несколько вариантов)

Задача

Предложите план лечения:

Пациентка 43 лет обратилась к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на эстетический недостаток и затруднённое пережёвывание пищи. Прикус ортогнатический.

Зубная формула:

0	0	0	0									0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
	П										0	П	П	

Заведующий кафедрой/курса

подпись

Лосев В.Ф.

(Ф.И.О.)