

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2019 г.  
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ  
по дисциплине «ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ»  
Специальность 31.05.03 Стоматология  
(уровень специалитета)  
Направленность Стоматология  
для лиц на базе среднего профессионального образования  
(31.00.00 Клиническая медицина, 34.00.00 Сестринское дело), высшего образования  
Форма обучения: очная  
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог  
Срок обучения: 5 лет**

**1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы**

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.	Морфологические и функциональные нарушения в челюстно-лицевой области, обусловленные полным отсутствием зубов.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
2.	Диагностика, план и задачи ортопедического лечения пациентов с полной потерей зубов.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
3.	Методы фиксации полных съемных протезов.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
4.	Определение центрального соотношения челюстей при полной потере зубов. Лицевая дуга. Обзор современных артикуляторов	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
5.	Конструирование искусственных зубных рядов в полных съемных зубных протезах. Методы постановки искусственных	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение.	Пятибалльная шкала оценивания

	зубов по Васильеву, по сферической плоскости, в индивидуальном артикуляторе		Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	
6.	Проверка конструкции протеза на этапе постановки искусственных зубов. Тактика врача при выявлении ошибок. Адаптация к полному съемному протезу.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
7.	Реакция тканей протезного ложа при пользовании полными съемными протезами. Реставрация полных съемных протезов. Особенности повторного протезирования пациентов	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания

**2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа** (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины – п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- курация больного/ разбор тематического больного
- составление доклада/устных реферативных сообщений,
- решение ситуационных задач;
- разбор истории болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

**2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

**2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль успеваемости (по темам или разделам)**

Тема №1. Морфологические и функциональные нарушения в челюстно-лицевой области, обусловленные полным отсутствием зубов.

**1. Функциональные изменения челюстей после полной утраты зубов:**

- 1) атрофия тела верхней челюсти и альвеолярных отростков челюстей
- 2) увеличение амплитуды и характера движения нижней челюсти
- 3) верно все.

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

- 1) атрофия суставного бугорка
- 2) головка нижней челюсти смещается кзади и вверх
- 3) появление боли, шума, щелканья
- 4) верно все

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

- 1) увеличение амплитуды и характера движения нижней челюсти
- 2) атрофия тела верхней челюсти и альвеолярных отростков челюстей
- 3) увеличение угла нижней челюсти до 140 градусов
- 4) атрофия тела верхней челюсти и альвеолярных отростков челюстей, увеличение угла нижней челюсти до 140 градусов
- 5) уменьшение угла нижней челюсти до 80 градусов

**4. Носогубные складки у больных при полной утрате зубов:**

- 1) резко выражены
- 2) сглажены
- 3) асимметричны
- 4) не изменены
- 5) отсутствуют

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

- 1) два
- 2) три
- 3) четыре
- 4) пять
- 5) шесть

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

- 1) два
- 2) три
- 3) четыре
- 4) пять
- 5) шесть

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

- 1) два
- 2) три
- 3) четыре
- 4) пять
- 5) шесть

**8. Средняя атрофия альвеолярных отростков в переднем отделе и незначительная атрофия их в боковом отделе:**

- 1) 1 тип по А.И. Дойникову
- 2) 2 тип по А.И. Дойникову
- 3) 3 тип по А.И. Дойникову
- 4) 4 тип по А.И. Дойникову
- 5) 5 тип по А.И. Дойникову.

**9. Мasticациография это:**

- 1) запись сокращений жевательных мышц
- 2) запись движений головок нижней челюсти
- 3) запись жевательных движений нижней челюсти
- 4) регистрация характера смыкания зубных рядов

**10. Семиотика – это учение**

- 1) о наследственных заболеваниях человека
- 2) врожденных заболеваниях человека
- 3) признаках болезни и патологических состояниях

**11. Первичными в возникновении болезней зубочелюстной системы являются**

- 1) функциональные изменения
- 2) морфологические изменения

**12 .Назовите аппарат , воспроизводящий движения нижней челюсти только в вертикальной плоскости.**

- 1) окклюдатор
- 2) параллеломер
- 3) артикулятор

**13 .Переходная часть слизистой оболочки полости рта в красную кайму губ называется зоной:**

- 1) Фордайса
- 2) Тцанка
- 3) Клейна.

**14 .Слизистая оболочка полости рта выстлана**

- 1) цилиндрическим мерцательным эпителием
- 2) многослойным плоским частично ороговевающим эпителием
- 3) железистым эпителием.

**15 .Наиболее податливой считается зона слизистой оболочки полости рта:**

- 1) альвеолярный отросток
- 2) область поперечных складок
- 3) область сагиттального шва
- 4) задняя треть твердого неба.

**Ответы**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>
2	2	4	1	4	4	4	5	3	3	2	1	3	2	4

Тема №2.

Диагностика, план и задачи ортопедического лечения пациентов с полной потерей зубов.

**1. К объективным методам обследования больных, при полной потере зубов относится:**

- 1) опрос
- 2) физические методы
- 3) специальные методы
- 4) физические и специальные методы
- 5) верно все

**2. При протезировании больных с полной потерей зубов решаются задачи:**

- 1) восстановление внешнего вида больных
- 2) восстановление функции жевания
- 3) восстановление речи
- 4) нормализация деятельности жевательных мышц и ВНЧС
- 5) верно все

**3. Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности:**

- 1) анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, жалобы и субъективное состояние больного, семейный анамнез.
- 2) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние больного, анамнез жизни больного, анамнез данного заболевания.
- 3) жалобы и субъективное состояние больного, анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, семейный анамнез.

**4. Первым этапом обследования больного является:**

- 1) внешний осмотр
- 2) обследование полости рта
- 3) осмотр зубных рядов
- 4) сбор анамнеза

**5. Пальпация используется в ортопедической стоматологии для:**

- 1) выявления наличия скрытых костных выступов, определения тонуса жевательных мышц
- 2) выявления характера движений головок нижней челюсти
- 3) для определения рельефа альвеолярных частей, податливости слизистой
- 4) верно все

**6. Перкуссия используется в ортопедической стоматологии:**

- 1) определения глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 2) определения тонуса мышц, выявления скрытых костных выступов
- 3) выявления болевой реакции пародонта

4) верно все

**7. При заполнении истории болезни врач-стоматолог-ортопед в графе «Перенесенные и сопутствующие заболевания» обращает внимание на:**

- 1) на патологию желудочно-кишечного тракта
- 2) заболевания эндокринной системы
- 3) перенесенные инфекционные заболевания
- 4) болезни сердечно-сосудистой системы
- 5) верно все

**8. Физические методы обследования, при полной потери зубов включают:**

- 1) опрос
- 2) анамнез
- 3) пальпация
- 4) рентгенография
- 5) верно все
- 6) верно б, в, д.

**9. Антропометрический метод исследования включает в себя:**

- 1) диагностику моделей беззубых челюстей
- 2) рентгенографию
- 3) миографию
- 4) анализ крови, мочи, слюны
- 5) анализ мазков биопрепаратов
- 6) верно все
- 7) рентгенографию и миографию

**10. Болевая чувствительность слизистой оболочки протезного ложа определяется**

- 1) гнатодинамометром
- 2) эстезиометром
- 3) электро-вакуумным аппаратом

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	5	3	4	4	3	5	3	1	2

Тема №3.

Методы фиксации полных съемных протезов.

**1. Требования, предъявляемые к гипсовым рабочим моделям, при изготовлении полных съемных протезов:**

- 1) отсутствие пор, повреждений, уздечка языка оттянута,
- 2) четкое отображение рельефа протезного ложа, отсутствие пор, повреждений,
- 3) аккуратно обрезанная, незначительные смазывания рельефа переходной складки,
- 4) имеются поднутрения и оттяжки специально для коррекции,

**2. Морфофункциональные образования, отображенные на протезном ложе рабочих моделей челюстей, при изготовлении полных съемных протезов:**

- 1) поднижнечелюстные бугорки, подбугры верхней челюсти,
- 2) линия "Б", объем переходной складки,
- 3) щечно-десневые тяжи, уздечки языка, верхней и нижней губы,
- 4) губы, язык,

**3. Требования, предъявляемые к восковым базисам при изготовлении полных съемных протезов:**

- 1) границы базиса на 2 мм не доходят до границ протезного ложа,
- 2) перекрывают щечно-десневые тяжи и уздечку языка, плотно прилегает к модели на всем протяжении,
- 3) плотно прилегает к модели, не балансирует, именно закругленные края, доходящие до границ протезного ложа,
- 4) границы базиса на 3 мм перекрывают переходную складку для создания "клапанной зоны"

**4. Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к ретромолярному бугорку**

- 1) перекрывает его

- 2) не доходит до бугорка на 1 мм
- 3) не доходит до бугорка на 5 мм
- 4) располагается по середине бугорка

**5. Базис съёмного протеза при полном отсутствии зубова нижней челюсти по отношению к челюстно-подъязычной линии**

- 1) не перекрывает ее
- 2) заканчивается на ее уровне
- 3) перекрывает ее
- 4) на уровне ее

**6. При изготовлении индивидуальной ложки в полости рта используется:**

- 1) гипс
- 2) воск
- 3) пластмасса
- 4) термопластическая масса
- 5) легкоплавкий сплав

**7. Биомеханические методы фиксации полных съёмных протезов:**

- 1) адгезия.
- 2) когезия,
- 3) анатомическая ретенция,
- 4) применение магнитов.

**8. Физические методы фиксации полных съёмных протезов:**

- 1) анатомическая ретенция,
- 2) утяжеление протеза нижней челюсти,
- 3) адгезия,
- 4) правильная окантовка протеза по границам,

**9. Биофизический метод(функциональная .присасываемость) стабилизации полных съёмных протезов:**

- 1) разряженное воздушное пространство, образуемое круговым замкнутым клапанном,
- 2) функциональное моделирование внешней поверхности протеза,
- 3) сила магнитного поля,
- 4) анатомическая ретенция,

**10. Физико-биологический метод фиксации съёмного протеза при полном отсутствии зубов обеспечивается:**

- 1) замковыми креплениями и функциональной присасываемостью
- 2) функциональной присасываемостью и кламмерами
- 3) кламмерами и замковыми креплениями
- 4) замковыми креплениями и адгезией
- 5) адгезией и функциональной присасываемостью

**11. Клапанная зона является понятием:**

- 1) анатомическим
- 2) физиологическим
- 3) функциональным
- 4) комплексным
- 5) эстетическим

**12. Дистальный край съёмного протеза при полном отсутствии зубов на верхней челюсти при ортогнатическом соотношении челюстей должен:**

- 1) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 1 -2 мм
- 2) проходить строго по границе твердого и мягкого неба
- 3) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 3-5 мм
- 4) не доходить до границы твердого неба на 5-7 мм
- 5) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 5-7 мм

**13. Граница съёмного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к позадиомолярному (ретромолярному) бугорку:**

- 1) перекрывает его полностью
- 2) не доходит до бугорка на 1 мм
- 3) не доходит до бугорка на 5 мм
- 4) располагается посередине бугорка

5) перекрывает бугорок на 2/3

**14. При проведении функциональных проб амплитуда движений нижней челюсти зависит от.**

- 1) типа соотношения челюстей
- 2) степени атрофии челюстей
- 3) типа слизистой оболочки (по Суппли)
- 4) размера нижней челюсти
- 5) высоты нижнего отдела лица

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
2	3	3	1	3	2	3	3	1	5	3	1	1	2

Тема №4.

Определение центрального соотношения челюстей при полной потере зубов. Лицевая дуга. Обзор современных артикуляторов.

**1. Для проведения этапа "Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов" в клинику поступают:**

- 1) модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками
- 2) восковые базисы с окклюзионными валиками
- 3) модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в окклюдатор
- 4) модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в артикулятор
- 5) модели с восковыми базисами и искусственными зубами

**2. Перед фиксацией центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов создают ретенционные пункты на окклюзионных валиках:**

- 1) нижнем на окклюзионной поверхности
- 2) верхнем на окклюзионной поверхности
- 3) нижнем и верхнем на окклюзионных поверхностях
- 4) расположение насечек не имеет значения
- 5) нижнем и верхнем на вестибулярных поверхностях

**3. Для фиксации центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов разогретый воск размещают на окклюзионном валике:**

- 1) верхнем
- 2) нижнем
- 3) верхнем и нижнем
- 4) верхнем только в области жевательных зубов
- 5) нижнем только в области жевательных зубов

**4. Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов начинают с:**

- 1) оформления вестибулярного овала на верхнем окклюзионном валике
- 2) припасовки нижнего воскового базиса с окклюзионными валиками в соответствии с высотой нижнего отдела лица
- 3) нанесения клинических ориентиров для постановки зубов
- 4) фиксации центрального соотношения челюстей
- 5) формирования протетической плоскости на верхнем окклюзионном валике

**5. После проведения этапа определения центрального соотношения челюстей восковые базисы с окклюзионными валиками:**

- 1) используют для постановки искусственных зубов
- 2) сохраняют до этапа проверки конструкции протезов
- 3) сохраняют до полного изготовления протезов и их наложения
- 4) переплавляют для повторного использования воска
- 5) выдают пациенту на руки

**6. Центральное соотношение беззубых челюстей при постановки зубов в полных съемных протезах по сферической поверхности определяют с помощью:**

- 1) аппарат Ларина
- 2) специальной ленточки, состоящей из внутри ротовой сферической и вне ротовой частей
- 3) шпателем
- 4) циркуля



**7. Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов начинают с:**

- 1) оформления вестибулярного овала на верхнем окклюзионном валике
- 2) припасовки нижнего воскового базиса с окклюзионными валиками в соответствии с высотой нижнего отдела лица
- 3) нанесения клинических ориентиров для постановки зубов
- 4) фиксации центрального соотношения челюстей
- 5) формирования протетической плоскости на верхнем окклюзионном валике

**8. Существуют следующие виды артикуляторов**

- 1) среднеанатомические
- 2) полностью или частично регулируемые
- 3) скользящие
- 4) суставные
- 5) все вышеперечисленные виды

**9. Настройка суставных механизмов артикулятора осуществляется с помощью:**

- 1) силиконовых или восковых блоков, фиксирующих переднюю и боковые окклюзии
- 2) аппаратов, определяющих суставные и резцовые углы (пантографы)
- 3) аппаратов, определяющих суставные углы (аксиографы)
- 4) аппаратов определяющих протетическую плоскость
- 5) 1+2+3

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	2	1	3	2	1	5	5

Тема №5.

Конструирование искусственных зубных рядов в полных съемных зубных протезах. Методы постановки искусственных зубов по Васильеву, по сферической плоскости, в индивидуальном артикуляторе.

**1. При полном отсутствии зубов конструирование зубных рядов по ортогнатическому, прогеническому или прогнатическому типу обусловлено**

- 1) необходимостью увеличения окклюзионной поверхности.
- 2) просьбой больного
- 3) видом аппарата для конструирования зубных рядов (окклюдатор, артикулятор)
- 4) видом соотношения челюстей больного
- 5) степенью атрофии челюстей

**2. Постановка искусственных зубов - как метод стабилизации полных съемных протезов:**

- 1) постановка зубов по центру альвеолярных отростков,
- 2) увеличение площади протезного ложа,
- 3) постановка зубов по перекрестному прикусу,
- 4) средняя линия лица совпадает со средней линией проведенной между центральными резцами верхней и нижней челюстей,

**3. При подборе искусственных зубов следует учитывать:**

- 1) форму лица,
- 2) форму зубной дуги,
- 3) форму головы,
- 4) возраст и пол пациента,
- 5) все вышеперечисленное,

**4. Искусственные пластмассовые зубы соединяются с базисом пластиночного протеза:**

- 1) механически,
- 2) химически,
- 3) при помощи клея
- 4) механически

**5. Основные группы ошибок при определении центральных соотношений беззубых челюстей:**

- 1) ошибки при изготовлении воскового базиса с окклюзионным валиком на нижнюю челюсть.
- 2) ошибки при определении физиологического покоя нижней челюсти и высоты прикуса.
- 3) ошибки при изготовлении воскового базиса с окклюзионным валиком на верхнюю челюсть.
- 4) ошибки при припасовке воскового базиса на в/ч.

**6. Признаки ошибок при фиксации центрального соотношения беззубых челюстей:**

- 1) отсутствие фиссурно - бугоркового контакта,
- 2) сохранение фиссурно - бугоркового контакта,
- 3) средняя линия лица совпадает с линией между центральными резцами верхней и нижней челюсти,
- 4) сохранен "ключ окклюзии",

**7. Методы постановки зубов в полных съемных протезах, наиболее распространенные в практике ортопедической стоматологии:**

- 1) по Васильеву,
- 2) по сферической поверхности,
- 3) по Тей Сауну;
- 4) по индивидуальным окклюзионным кривым.

**8. Модели челюстей при постановке искусственных зубов в полных съемных протезах по Васильеву фиксируют в артикулятор с помощью:**

- 1) постановочного стекла,
- 2) прибора Васильева,
- 3) произвольно,
- 4) постановочной пластинки,

**9. Окклюзионные валики при постановке зубов в полных съемных протезах по сферической поверхности формируют в виде:**

- 1) плоскости,
- 2) сферы,
- 3) произвольно,
- 4) линии Шпея,

**10. Устойчивость полных съемных протезов в покое называется:**

- 1) фиксация;
- 2) стабилизация;
- 3) адгезия;
- 4) когезия;

**11. Центральное соотношение беззубых челюстей при постановки зубов в полных съемных протезах по сферической поверхности определяют с помощью:**

- 1) аппарат Ларина,
- 2) специальной линейки, состоящей из внутри ротовой сферической и вне ротовой частей,
- 3) шпателем,
- 4) циркуля,

**12. Постановочная пластинка при постановке зубов в полных съемных протезах имеет вид:**

- 1) сферической поверхности,
- 2) постановочного стекла,
- 3) пластинка: верхняя поверхность- плоскость, а нижняя - сфера,
- 4) вид параболы,

**13. Определение центральной окклюзии производят:**

- 1) до примерки каркаса бюгельного протеза, ;
- 2) во время примерки каркаса бюгельного протеза,
- 3) после примерки каркаса бюгельного протеза,
- 4) при наложении каркаса бюгельного протеза,

**14. При полном отсутствии зубов конструирование зубных рядов по ортогнатическому, прогеническому или прогнатическому типу обусловлено**

- 1) необходимостью увеличения окклюзионной поверхности.
- 2) просьбой больного
- 3) видом аппарата для конструирования зубных рядов (окклюдатор, артикулятор)
- 4) видом соотношения челюстей больного
- 5) степенью атрофии челюстей

**15. Сроки проведения первой коррекции съемного протеза**

- 1) на следующий день после наложения протеза
- 2) через неделю после наложения протеза
- 3) при появлении боли под протезом

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4	1	5	2	2	1	4	1	2	1	2	3	1	4	1

Тема № 6.

Проверка конструкции протеза на этапе постановки искусственных зубов. Тактика врача при выявлении ошибок. Адаптация к полному съемному протезу.

**1. При недостаточно хорошей фиксации полного съемного протеза, обусловленной**

1. удлиненными границами базиса, необходимо:

- 1) снять слепок и изготовить новый протез
- 2) провести коррекцию краев протеза
- 3) уточнить границы протеза самотвердеющей пластмассой
- 4) снять слепок, используя протез, и провести перебазировку в лаборатории
- 5) провести перебазировку эластичной базисной пластмассой

**2. . Сроки проведения первой коррекции съемного протеза:**

- 1) на следующий день после наложения протеза
- 2) через неделю после наложения протеза
- 3) только при появлении боли под протезом
- 4) любые по согласованию с пациентом
- 5) после полной адаптации к протезу

**3. . Основные группы ошибок при определении центральных соотношений беззубых челюстей:**

- 1) ошибки при изготовлении воскового базиса с окклюзионным валиком на нижнюю челюсть.
- 2) ошибки при определении физиологического покоя нижней челюсти и высоты прикуса.
- 3) ошибки при изготовлении воскового базиса с окклюзионным валиком на верхнюю челюсть.
- 4) ошибки при припасовке воскового базиса на в/ч.

**4. Признаки ошибок при фиксации центрального соотношения беззубых челюстей:**

- 1) отсутствие фиссурно - бугоркового контакта,
- 2) сохранение фиссурно - бугоркового контакта,
- 3) средняя линия лица совпадает с линией между центральными резцами верхней и нижней челюсти,
- 4) сохранен "ключ окклюзии",

**5. При полном отсутствии зубов протезы с пластмассовыми зубами рекомендуется менять:**

- 1) через 2-4 года
- 2) через 5-6 лет
- 3) через 7-8 лет
- 4) по усмотрению пациента
- 5) в случае появления неудовлетворительной фиксации

**6. Эластичная пластмасса, применяемая в двухслойных базисах съемных протезов:**

- 1) этикрил
- 2) синма-М
- 3) ПМ-01
- 4) протакрил
- 5) фторакс

**7. После проведения последней коррекции полного съемного протеза пациенту**

**необходимо рекомендовать являться в клинику для диспансерного осмотра:**

- 1) один раз в месяц
- 2) один раз в полгода
- 3) один раз в год
- 4) только при возникновении жалоб
- 5) пожеланию

**Ответы**

1	2	3	4	5	6	7
2	1	2	1	1	3	2

Тема №7.

Реакция тканей протезного ложа при пользовании полными съемными протезами.

Рестаурация полных съемных протезов. Особенности повторного протезирования пациентов

**1. Клиническое проявление острого травматического повреждения**

- 1) Язва
- 2) Эрозия
- 3) Гиперкератоз
- 4) Гиперплазия

**2. Какие компоненты входящие в состав пластмассы вызывают аллергический стоматит:**

- 1) Полимер
- 2) Мономер
- 3) Перекись бензола
- 4) Окись цинка
- 5) Краситель
- 6) Верно все
- 7) Все, кроме полимера

**3. Классификация Суппле характеризует:**

- 1) состояние альвеолярных отростков
- 2) состояние слизистой оболочки полости рта
- 3) состояние только подвижной части слизистой оболочки

**4. Сколько зон податливости выделяет Люнд**

- 1) 2
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 3

**5. Ведущие симптомы при токсическом стоматите:**

- 1) отек и эрозия
- 2) гиперемия и эрозия
- 3) гиперемия и отек
- 4) язва и гиперемия

**6. Основное лечение острых травматических стоматитов:**

- 1) медикаментозное
- 2) прекращение пользования протезом
- 3) коррекция протеза

**7. При полном отсутствии зубов протезы с пластмассовыми зубами рекомендуется менять:**

- 1) через 2-4 года
- 2) через 5-6 лет
- 3) через 7-8 лет
- 4) по усмотрению пациента
- 5) в случае появления неудовлетворительной фиксации

**8. Получения оттиска при починке съёмного пластиночного протеза не требуется при**

- 1) переломе или трещине базиса
- 2) отломе плеча кламмера
- 3) необходимости установки дополнительного зуба
- 4) переносе кламмера
- 5) отломе искусственного зуба

**9. Неточность составления отломков при починке протеза:**

- 1) не влияет на жевательную эффективность
- 2) приводит к неравномерной толщине базиса
- 3) исключает возможность пользования протезом
- 4) влияет на жевательную эффективность

**10. При балансировке пластмассового базиса после починки рекомендуется:**

- 1) сточить зоны неплотного прилегания к небной поверхности
- 2) совершить перебазировку во рту с помощью быстротвердеющей пластмассы
- 3) изготовить новый протез
- 4) удлинить границу протеза

**11. Пластмасса, применяемая для починки:**

- 1) этакрил
- 2) протакрил

3) карбопласт

4) боксил

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2	7	2	2	3	3	1	1	3	1,2	2

**2.2 Перечень тематик докладов/ устных реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя)**

Тема занятия	Тема реферативного сообщения
1 Морфологические и функциональные нарушения в челюстно-лицевой области, обусловленные полным отсутствием зубов.	Анатомо-физиологические особенности и морфо-функциональная перестройка органов челюстно-лицевой области в связи с полным отсутствием зубов. Строение и соотношение беззубых челюстей, их классификации. Обследование челюстно-лицевой области пациентов с беззубыми челюстями, диагноз, выбор метода лечения, прогноз его эффективности. Методы фиксации и стабилизации полных съемных пластиночных протезов. Понятие о переходной складке, нейтральной и клапанной зонах. Податливость и подвижность слизистой оболочки, буферные зоны. Границы базисов полных съемных пластиночных протезов.
2 Диагностика, план и задачи ортопедического лечения пациентов с полной потерей зубов.	Сравнительная характеристика методов определения центрального соотношения челюстей: антропометрического, анатомического, анатомо-физиологического. Анализ возможных ошибок, допущенных на этапе определения центрального соотношения челюстей. Клинические признаки ошибок, методы их устранения. Сравнительная характеристика методов компрессионного и литьевого прессования пластмасс на этапах изготовления съемных протезов
3 Методы фиксации полных съемных протезов.	Базисные пластмассы акрилового ряда как аллергенный, химико-токсический и травматический факторы в развитии патологических состояний слизистой оболочки полости рта. Возможные ошибки и осложнения при определении и фиксации центрального соотношения челюстей, их проявление в клинике при проверке конструкции протеза и методы их исправления. Методы изготовления индивидуальных ложек. Классификация функциональных оттисков. Методики получения функциональных оттисков (разгружающих, компрессионных, дифференцированных).
4 Определение центрального соотношения челюстей при полной потере зубов. Лицевая дуга. Обзор современных артикуляторов	Постановка искусственных зубов в полных съемных протезах по стеклу и сферической поверхности. Антропометрические ориентиры и анатомическая закономерность строения лица при ортогнатическом прикусе, лежащие в основе построения искусственных зубных рядов в полных съемных пластиночных протезах. Особенности ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов на фоне аномалии развития челюстей (прогнатия, прогения).
5 Конструирование искусственных зубных рядов в полных съемных зубных протезах. Методы постановки искусственных зубов по Васильеву, по сферической плоскост-ти, в индивидуальном артикуляторе	Методика объемного моделирования базисов полных съемных пластиночных протезов. Методика изготовления полных съемных протезов с небным рельефом (воспроизведением рельефа поперечных складок передней трети твердого неба). Особенности ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов съемными протезами с металлическими или двухслойными базисами.
6 Проверка конструкции протеза на этапе постановки искусственных зубов. Тактика врача при выявлении ошибок. Адаптация к полному съемному	Проблемы фонетики при ортопедическом лечении полными съемными пластиночными протезами. Применение функциональных речевых проб при протезировании пациентов с полным отсутствием зубов. Диагностические и тактические ошибки на этапах изготовления



- Рос и развивался нормально.
- Пенсионер.
- Без вредных привычек.
- Наследственность неотягощена.
- Аллергоанамнез неотягощён.

### 1.5. Объективный статус

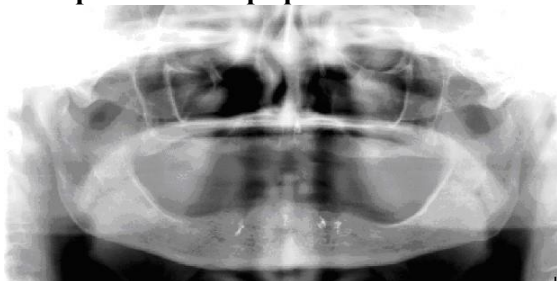
Снижение нижней трети отдела лица, значительная выраженность носогубных складок. В полости рта на верхней челюсти зубы полностью отсутствуют, средняя степень атрофии альвеолярного отростка; слизистая оболочка рыхлая, имеется избыток слизистой оболочки в переднем отделе. На нижней челюсти зубы полностью отсутствуют, выраженная атрофия альвеолярной части в боковом отделе и относительно сохранившаяся альвеолярная часть в переднем отделе; слизистая оболочка в области моляров рыхлая, гиперемированная, хорошо увлажнена.

**Вопрос №1** К дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза и дальнейшего лечения, относят:

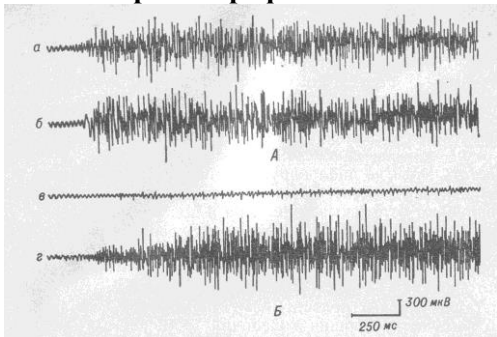
1. ортопантомографию
2. электромиографию
3. телерентгенограмму
4. реопародонтографию

### 3. Результаты дополнительных методов обследования

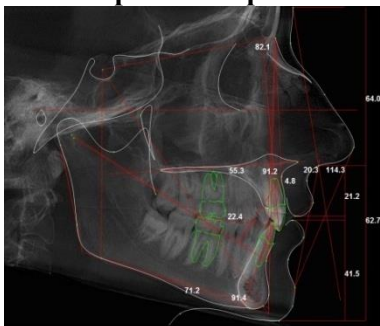
#### 3.1. Ортопантомография



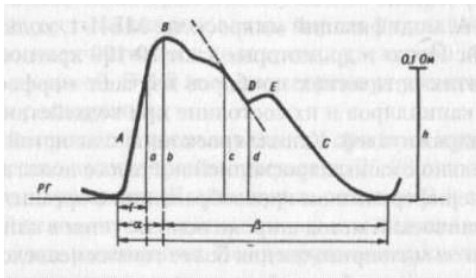
#### 3.2. Электромиография



#### 3.3. Телерентгенограмма



#### 3.4. Реопародонтография



**Вопрос №2** На верхней и нижней челюстях определяется \_\_\_\_\_ класс по Суппле:

1. 3
2. 1
3. 2
4. 4

**Вопрос №3** Полностью диагноз у данного пациента звучит: \_\_\_\_\_, 3 класс по Суппле, \_\_\_ тип по Шрёдеру, \_\_\_ тип по Келлеру:

1. полное отсутствие зубов верхней и нижней челюсти, 2, 3
2. полная вторичная адентия, 2, 3
3. полное отсутствие зубов верхней и нижней челюсти, 3, 4
4. полная вторичная адентия, 3, 3

### 6. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №4** Наиболее целесообразной методикой снятия оттиска в данной клинической ситуации является оттиск:

1. с дифференцированным давлением
2. разгружающий
3. компрессионный
4. индивидуальный

**Вопрос №5** Анатомический оттиск при полном отсутствии зубов получают ложкой:

1. стандартной, подходящего размера
2. индивидуальной
3. металлической с отсутствием перфораций
4. частичной

**Вопрос №6** При полном отсутствии зубов для снятия анатомического оттиска применяют:

1. альгинатные массы
2. С-силиконовые слепочные массы
3. гипс
4. А-силиконовые слепочные массы

**Вопрос №7** Для получения функционального оттиска используется \_\_\_\_\_ ложка с:

1. индивидуальная; корригирующим слоем силиконовой слепочной массы
2. индивидуальная; альгинатной массой
3. стандартная; А-силиконовой слепочной массой
4. стандартная; С-силиконовой слепочной массой

**Вопрос №8** При припасовке индивидуальной ложки необходимо провести проб Гербста: \_\_\_\_\_ для верхней челюсти и \_\_\_\_\_ для нижней челюсти:

1. 4, 6
2. 6; 4
3. 3; 3
4. 2; 2

**Вопрос №9** Определение центрального соотношения челюстей анатомо-физиологическим методом заключается в последовательности действий:

1. определение состояния функционального покоя; определение конструктивного положения нижней челюсти; формирование протетической плоскости; определение межальвеолярного расстояния; разметка прикусных валиков
2. определение состояния функционального покоя; измерение моделей челюстей; разметка прикусных валиков
3. разметка прикусных валиков; формирование протетической плоскости; определение центральной окклюзии



4. определение состояния функционального покоя; определение конструктивного положения нижней челюсти; формирование протетической плоскости; нанесение клинических ориентиров; изготовление индивидуальной ложки

**Вопрос №10** Фазами адаптации к полному съёмному протезу, предложенными В.Ю. Курляндским, являются:

1. 1 – фаза раздражения;
- 2 – фаза частичного торможения;
- 3 – фаза полного торможения
2. 1 – фаза частичного торможения;
- 2 – фаза адаптации;
- 3 – фаза полного привыкания
3. 1 – фаза раздражения;
- 2 – фаза торможения;
- 3 – фаза полного привыкания
4. 1 – фаза раздражения;
- 2 – фаза адаптации;
- 3 – фаза торможения

**Вопрос №11** Рекомендации пациенту для сокращения сроков адаптации заключаются в:

1. постоянном использовании протеза, в том числе и ночью; снятии протеза только для гигиенических процедур; чтении вслух
2. постоянном использовании протеза днём; снятии протеза ночью и для гигиенических процедур
3. использовании протезов только во время принятия пищи
4. использовании протезов только за два часа до планового приёма врача

**Вопрос №12** Кратность посещения врача-стоматолога в рамках диспансерного наблюдения составляет \_\_\_\_\_ в год:

1. 2 раза
2. 4 раза
3. 3 раза
4. 1 раз

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

#### **Задача 4**

##### **1.1. Ситуация**

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка 75 лет.

##### **1.2. Жалобы**

на

- отсутствие протеза на нижней челюсти в связи с его поломкой;
- плохую фиксацию полного съёмного пластиночного протеза на верхней челюсти;
- затруднённое пережёвывание пищи;
- неудовлетворительный внешний вид.

##### **1.3. Анамнез заболевания**

Отсутствующие зубы разрушались и удалялись в течение всей жизни в результате кариеса и его осложнений. Последнее ортопедическое лечение проводилось 2 года назад полными съёмными протезами, которыми не смогла пользоваться. Поломка полного съёмного пластиночного протеза на нижнюю челюсть 1 месяц назад

##### **1.4. Анамнез жизни**

- Со слов пациента аллергическая реакция на пластмассу протеза.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

##### **1.5. Объективный статус**

##### **Внешний осмотр:**

Конфигурация лица изменена за счёт снижения высоты нижнего отдела лица на 12 мм. Выражены носогубные складки, углы рта значительно опущены.



**Зубная формула**

О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О

Полный съёмный пластиночный протез на верхней челюсти не соответствует границам протезного ложа, фиксация протеза неудовлетворительная, искусственные зубы стёрты на  $\frac{1}{3}$  высоты коронок. Соотношение челюстей по ортогнатическому типу. Атрофия альвеолярной части нижней челюсти – IV типа по Келлеру, верхней челюсти – умеренная атрофия альвеолярного отростка.

**Вопрос №1** Аппаратным методом обследования, который следует провести при подозрении на наличие под слизистой оболочкой не удалённых корней, является :

1. панорамная рентгенография челюсти
2. электромиография
3. гнатодинамометрия
4. периотестометрия
5. миотонометрия
6. реопародонтография

### **3. Результаты аппаратного метода обследования**

#### **3.1. Панорамная рентгенография челюсти**

По данным рентгенограммы:

- полное отсутствие зубов на обеих челюстях;
- равномерная атрофия костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти;
- отсутствие патологических изменений в структуре костной ткани.

#### **3.2. Электромиография**

Метод исследования биоэлектрических потенциалов, возникающих в скелетных мышцах.

#### **3.3. Гнатодинамометрия**

Аппаратный метод определения силы жевательных мышц и выносливости опорных тканей зубов к восприятию давления при сжатии челюстей.

#### **3.4. Периотестометрия**

Аппаратный метод определения степени подвижности зубов и состояния периодонта.

#### **3.5. Миотонометрия**

Аппаратный метод обследования, позволяющий определить тонус мышц.

#### **3.6. Реопародонтография**

Аппаратный метод обследования, позволяющий оценить кровенаполнение и тонус сосудов.

**Вопрос №2** Рентгенологическим исследованием, которое проводят при подозрении на патологию височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС), является:

1. томография ВНЧС при закрытом и открытом рте
2. прицельная контактная рентгенография
3. ортопантомография
4. обзорная рентгенография черепа в носоподбородочной проекции
5. гнатодинамометрия
6. электромиография

### **5. Результаты рентгенологического исследования**

#### **5.1. Томография ВНЧС при закрытом и открытом рте**

Видимые изменения отсутствуют.

## 5.2. Прицельная контактная рентгенография

Рентгенологический метод обследования, использующийся для оценки состояния корней, корневых каналов, периапикальных тканей, атрофии костной ткани в области присутствующих зубов.

## 5.3. Ортопантомография

Рентгенологический метод обследования, позволяющий оценить состояние твёрдых тканей верхней и нижней челюстей.

## 5.4. Обзорная рентгенография черепа в носоподбородочной проекции

Рентгенологический метод обследования придаточных пазух носа, и структур лицевого скелета.

## 5.5. Гнатодинамометрия

Аппаратный метод определения силы жевательных мышц и выносливости опорных тканей зубов к восприятию давления при сжатии челюстей.

## 5.6. Электромиография

Аппаратный метод исследования биоэлектрических потенциалов, возникающих в скелетных мышцах.

**Вопрос №3** Диагнозом данной пациентки является :

1. полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях
2. хронический пародонтит средней степени тяжести
3. частичное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях
4. хронический пародонтит тяжёлой степени тяжести

## 7. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №4** IV тип по Келлеру при полном отсутствии зубов характеризуется:

1. резкой атрофией во фронтальном отделе альвеолярного отростка и хорошо выраженным альвеолярным отростком в области жевательных зубов
2. резко выраженным альвеолярным отростком и буграми на нижней и верхней челюстях
3. хорошо выраженным альвеолярным отростком в области фронтальных зубов и резкой атрофией в области жевательных зубов
4. равномерной резкой атрофией альвеолярного отростка и подвижной слизистой оболочкой, прикреплённой почти на уровне гребня альвеолярного отростка

**Вопрос №5** Умеренная, нормальная, податливая слизистая оболочка по Суппле относится к \_\_\_\_ классу:

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4

**Вопрос №6** План лечения пациентки (без учёта имплантации) заключается в изготовлении \_\_\_\_\_ с учётом восстановления высоты нижнего отдела лица :

1. полных съёмных пластиночных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти
2. бюгельного протеза на нижнюю челюсть и частичного съёмного протеза на верхнюю челюсть
3. бюгельного протеза на нижнюю челюсть и покрывного протеза на верхнюю челюсть
4. съёмных покрывных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти

**Вопрос №7** В первое посещение данного пациента после диагностических исследований и принятия решения о протезировании приступают к :

1. снятию анатомического оттиска для изготовления индивидуальных оттисковых ложек
2. определению центрального соотношения при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками
3. снятию функциональных оттисков при помощи индивидуальных ложек
4. определению цвета гарнитурных зубов и постановке искусственных зубов на воске

**Вопрос №8** Индивидуальная ложка изготавливается из:

1. пластмассы
2. легкоплавкого металла
3. гипса
4. оттисковой массы

**Вопрос №9** Во второе посещение пациентки, при изготовлении полных съёмных пластиночных протезов, производят:

1. припасовку индивидуальных ложек и получение функциональных оттисков
2. получение анатомических оттисков, определение цвета зубов и базиса протеза



### Задача 3

#### 1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент 76 лет.

#### 1.2. Жалобы

на

- неудовлетворительную эстетику;
- затруднённое пережёвывание пищи;
- плохую фиксацию верхнего съёмного протеза;
- выпадение пластмассового 2.2 зуба из съёмного протеза.

#### 1.3. Анамнез заболевания

Отсутствующие зубы удалялись в результате кариеса и его осложнений. Со слов пациента, полный съёмный протез верхней челюсти изготовлен 12 лет назад, зубы нижней челюсти удалялись в течение жизни в связи с осложнениями кариеса зубов, пародонтитом. Ортопедическое лечение нижней челюсти ранее не проводилось. Последнее удаление 4 месяца назад в связи с неудачным консервативным лечением хронического периодонтита 3.3 зуба.

#### 1.4. Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: артериальная гипертензия, глаукома.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

#### 1.5. Объективный статус

##### Внешний осмотр.

Выражены носогубные складки, углы рта опущены. Открывание рта в полном объёме, пальпация жевательных мышц безболезненная.

##### Зубная формула:

О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О



Полное отсутствие зубов верхней и нижней челюстей. Средняя степень атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти, бугры верхней челюсти сохранены, нёбный свод чётко выражен. Выраженная атрофия альвеолярной части в боковых отделах нижней челюсти. Слизистая оболочка умеренной податливости, хорошо увлажнена, бледно-розового цвета. Уздечки губ, языка, щёчные тяжи достаточно удалены от вершины альвеолярного гребня. Пластиночный протез на верхней челюсти не соответствует границам протезного ложа, фиксация протеза неудовлетворительная

**Вопрос №1** Дополнительным аппаратным методом обследования, который проводится по усмотрению врача-стоматолога для постановки диагноза, является :

1. ортопантомография
2. определение цвета зубов
3. полярография
4. реопародонтография

#### 3. Результаты дополнительных методов обследования

##### 3.1. Ортопантомография

По данным ортопантомографии:

- равномерная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти;
- выраженная атрофия костной ткани в боковом отделе нижней челюсти.

##### 3.2. Определение цвета зубов

Цвет и форму гарнитурных зубов при ортопедическом лечении полными съёмными пластиночными протезами проводят на этапах изготовления протезов, а не при постановке диагноза. Выбор цвета,

размера и формы искусственных зубов проводят в соответствии с индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица).

### 3.3. Полярография

Метод качественного и количественного химического анализа, основанный на получении кривых зависимости величины тока от напряжения в цепи, состоящей из исследуемого раствора и погружённых в него электродов, один из которых сильно поляризующийся, а другой практически неполяризующийся.

### 3.4. Реопародонтография

Метод основан на оценке кровоснабжения тканей пародонта в области присутствующих зубов.

**Вопрос №2** Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет в среднем \_\_\_\_\_ мм:

1. 2-4
2. 0-1
3. 6-8
4. 8-12

**Вопрос №3** Основным диагнозом пациента является :

1. полное отсутствие зубов на верхней челюсти; полное отсутствие зубов на нижней челюсти
2. полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти; хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени тяжести
3. частичное отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти; хронический пародонтит средней степени тяжести
4. частичное отсутствие зубов на верхней челюсти; полное отсутствие зубов на нижней челюсти

### 6. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №4** Атрофия 2 типа по Келлеру при полном отсутствии зубов характеризуется:

1. равномерной резкой атрофией альвеолярного отростка, подвижной слизистой оболочкой, прикреплённой почти на уровне гребня альвеолярного отростка
2. резко выраженным альвеолярным отростком и буграми
3. хорошо выраженным альвеолярным отростком в области фронтальных зубов, резкой атрофией в области жевательных зубов с обеих сторон
4. резкой атрофией альвеолярного отростка во фронтальном отделе

**Вопрос №5** Высокий альвеолярный отросток, глубокое нёбо, нормальная слизистая оболочка без видимого турса относятся к \_\_\_\_\_ типу по Шредеру:

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4

**Вопрос №6** План лечения пациента (без учёта имплантации) заключается в изготовлении \_\_\_\_\_ протезов на верхнюю и нижнюю челюсти с учётом высоты нижнего отдела лица:

1. съёмных пластиночных
2. бюгельных
3. съёмных покрывных
4. мостовидных

**Вопрос №7** Конструкционными стоматологическими материалами, используемыми для изготовления съёмных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов, являются :

1. акриловые пластмассы, использующиеся для изготовления базисов протезов, и гарнитурные зубы
2. удерживающие кламмера, цельнолитые коронки и провизорные коронки
3. опорно-удерживающие кламмера и металлокерамические мостовидные протезы
4. опорно-удерживающие кламмера, комбинированные коронки и окклюзионные накладки

**Вопрос №8** Для получения функционального оттиска используют ложку:

1. индивидуальную
2. металлическую
3. пластмассовую
4. стандартную

**Вопрос №9** Одной из стадий полимеризации пластмассы является:



8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
О	О	О	О	А	А	А	А	А	О		О	О	О	О	О
				І	І	І	І	І							

**Условные обозначения:** отсутствует - О, корень - R, кариес - С, пульпит - Р, периодонтит - Рт, пломбированный - П, пародонтит - А, подвижность - І, ІІ, ІІІ (степень), коронка - К, искривлённый зуб - И.

**Осмотр полости рта:** На верхней челюсти наблюдается средняя степень атрофии альвеолярного отростка. Бугры верхней челюсти сохранены, нёбный свод чётко выражен. Переходная складка расположена несколько ближе к вершине альвеолярного отростка. Торус не выражен. На нижней челюсти неравномерная атрофия альвеолярной части в местах отсутствующих зубов.

**Прикус:** прогеническое соотношение челюстей.

**Вопрос №1** К дополнительным аппаратным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. рентгенографию
2. гнатодинамометрию
3. определение цвета зубов
4. электроодонтометрию

### 3. Результаты дополнительных методов обследования

#### 3.1. Рентгенография

По данным прицельной внутриротовой рентгенографии:

- резорбция костной ткани до ½ длины корня присутствующих зубов на нижней челюсти;
- глубина пародонтального кармана до 5 мм.

#### 3.2. Гнатодинамометрия

Данный метод при отсутствии антагонизирующих пар зубов провести невозможно.

#### 3.3. Определение цвета зубов

Цвет и форму гарнитурных зубов при ортопедическом лечении полными съёмными пластиночными протезами проводят на этапах изготовления протезов, а не при постановке диагноза. Выбор цвета, размера и формы искусственных зубов проводят в соответствии с индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица).

#### 3.4. Электроодонтометрия

Реакция 101–200 мкА соответствует полной гибели пульпы, при этом на ток реагируют рецепторы периодонта.

**Вопрос №2** Для рентгенологического исследования при подозрении на патологию височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) проводят:

1. томографию ВНЧС при закрытом и открытом рте
2. прицельную контактную рентгенографию
3. ортопантомографию
4. обзорную рентгенографию черепа в носоподбородочной проекции
5. гнатодинамометрию
6. электромиографию

### 5. Результаты обследования

#### 5.1. Томография ВНЧС при закрытом и открытом рте

Отмечается сужение суставной щели в ВНЧС слева.

#### 5.2. Прицельная контактная рентгенография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

#### 5.3. Ортопантомография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

#### 5.4. Обзорная рентгенография черепа в носоподбородочной проекции

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

#### 5.5. Гнатодинамометрия

Аппаратный метод определения силы жевательных мышц и выносливости опорных тканей зубов к восприятию давления при сжатии челюстей. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

#### 5.6. Электромиография



Аппаратный метод исследования биоэлектрических потенциалов, возникающих в скелетных мышцах. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

**Вопрос №3** Основным предполагаемым диагнозом является :

1. полное отсутствие зубов на верхней челюсти; частичное отсутствие зубов на нижней челюсти (1 класс 1 подкласс по Кеннеди); хронический генерализованный пародонтит
2. полное отсутствие зубов на нижней челюсти; частичное отсутствие зубов на верхней челюсти (1 класс 1 подкласс по Кеннеди); острый гингивит
3. частичное отсутствие зубов на верхней челюсти; частичное отсутствие зубов на нижней челюсти (1 класс 2 подкласс по Кеннеди); хронический пародонтоз
4. частичное отсутствие зубов на нижней челюсти (3 класс по Кеннеди; локализованный пародонтит тяжёлой степени тяжести; хронический артрит височно-нижнечелюстного сустава

## 7. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №4** 2 тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется:

1. средней степенью атрофии альвеолярного отростка, маловыраженными буграми, средней глубины нёбом, выраженным торусом
2. равномерной резкой атрофией альвеолярной части, подвижной слизистой оболочкой, расположенной почти на уровне альвеолярного гребня
3. высоким альвеолярным отростком, равномерно покрытым плотной слизистой оболочкой, хорошо выраженными буграми, глубоким нёбом, отсутствием или слабовыраженным нёбным валиком
4. полным отсутствием альвеолярного отростка, резко уменьшенными размерами тела верхней челюсти, слабо развитыми альвеолярными буграми, плоским нёбом, широким торусом

**Вопрос №5** Средней степени тяжести пародонтита соответствует:

1. резорбция костной ткани до  $\frac{1}{2}$  длины корня зуба, глубина пародонтального кармана до 5 мм, подвижность зубов I-II степени
2. резорбция костной ткани  $\frac{1}{4}$  длины корня зуба, глубина пародонтального кармана до 3,5 мм
3. резорбция костной ткани на  $\frac{3}{4}$  и более длины корня зуба, глубина пародонтального кармана более 6-8 мм, подвижность зубов II-III степени
4. отсутствие пародонтального кармана при зондировании, отсутствие на рентгенограмме признаков деструкции вершин межальвеолярных перегородок

**Вопрос №6** При получении анатомического оттиска для изготовления индивидуальной ложки применяются оттисковые ложки:

1. специальные металлические для беззубых челюстей
2. стандартные
3. неперфорированные
4. с низкой/высокой высотой бортика

**Вопрос №7** Атрофия 2 типа по Келлеру при полном отсутствии зубов характеризуется:

1. равномерной резкой атрофией альвеолярного отростка, подвижной слизистой оболочкой, прикреплённой почти на уровне гребня альвеолярного отростка
2. резко выраженным альвеолярным отростком и буграми
3. хорошо выраженным альвеолярным отростком в области фронтальных зубов, резкой атрофией в области жевательных зубов с обеих сторон
4. резкой атрофией альвеолярного отростка во фронтальном отделе

**Вопрос №8** Индивидуальная ложка изготавливается из:

1. пластмассы
2. легкоплавкого металла
3. гипса
4. оттискной массы

**Вопрос №9** Стадией полимеризации пластмассы является:

1. тестообразная
2. жидкая
3. крупчатая
4. плотная

**Вопрос №10** Проведение функциональных проб по Гербсту необходимо для:

1. припасовки индивидуальной ложки
2. определения границ будущего протеза



- затруднённое пережёвывание пищи;
- плохую фиксацию съёмных протезов;
- периодически возникающие болевые ощущения в области 1.3 зуба;
- подвижность 1.3 зуба.

### 1.3. Анамнез заболевания

Отсутствующие зубы удалялись в результате кариеса и его осложнений. 1.3 зуб был лечен по поводу пульпита 12 лет назад. Первое протезирование проводилось около 28 лет назад, последнее 9 месяцев назад – цельнолитыми коронками с пластмассовой облицовкой и частичными съёмными пластиночными протезами. Последнее удаление зубов было 4 месяца назад в связи с кариозным процессом под коронками, после чего нарушилась фиксация съёмных протезов.

### 1.4. Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: гипертоническая болезнь 1 степени. Назначенные медикаментозные препараты (бета-блокаторы) принимает нерегулярно.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

### 1.5. Объективный статус

**Внешний осмотр:** выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены; высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии снижена на 4 мм.



**Зубная формула:**

О	О	О	О	О	К	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О

1.3 зуб – подвижность 2 степени, маргинальная десна незначительно гиперемирована, отёчна. Отмечается выраженная атрофия альвеолярных отростков на верхней челюсти и нижней челюсти. Пластиночные протезы на верхней челюсти и нижней челюсти не соответствуют границам протезного ложа, фиксация протезов неудовлетворительная. Соотношение челюстей по ортогнатическому типу. Слизистая оболочка протезного ложа на верхней челюсти и нижней челюсти гиперемирована, отёчна. Атрофия альвеолярной части нижней челюсти – 2 типа по Келлеру, имеется умеренная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти.

**Вопрос №1** К дополнительным аппаратным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. прицельную внутриротовую рентгенографию
2. гнатодинамометрию
3. определение цвета зубов
4. электроодонтометрию

### 3. Результаты дополнительных аппаратных методов обследования

#### 3.1. Прицельная внутриротовая рентгенография

- корневой канал 1.3 зуба запломбирован не до верхушки;
- отмечается расширение периодонтальной щели;
- атрофия костной ткани на ½ длины корня 1.3 зуба.

#### 3.2. Гнатодинамометрия

Данный метод при отсутствии антагонизирующих пар зубов провести невозможно. Исследование не является обязательным в данной клинической ситуации.

#### 3.3. Определение цвета зубов

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

### **3.4. Электроодонтометрия**

Реакция 101–200 мкА соответствует полной гибели пульпы, при этом на ток реагируют рецепторы периодонта. Исследование не является обязательным в данной клинической ситуации.

**Вопрос №2** Аппаратным методом обследования при подозрении на наличие под слизистой оболочкой неудалённых корней является :

1. панорамная рентгенография челюсти
2. электромиография
3. гнатодинамометрия
4. периотестометрия
5. миотонометрия
6. реопародонтография

## **5. Результаты аппаратных методов обследования**

### **5.1. Панорамная рентгенография челюсти**

Неудалённые корни на рентгенограмме не выявлены.

### **5.2. Электромиография**

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

### **5.3. Гнатодинамометрия**

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

### **5.4. Периотестометрия**

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

### **5.5. Миотонометрия**

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации. Аппаратный метод обследования, позволяющий определить тонус мышц.

### **5.6. Реопародонтография**

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации, т.к. данный метод обследования, позволяет оценить кровенаполнение и тонус сосудов.

**Вопрос №3** Основным предполагаемым диагнозом в данной клинической ситуации является:

1. частичное отсутствие зубов на верхней челюсти; полное отсутствие зубов на нижней челюсти; хронический апикальный периодонтит 1.3 зуба; хронический пародонтит средней степени тяжести.
2. полное отсутствие зубов на верхней челюсти; частичное отсутствие зубов на нижней челюсти; хронический гингивит 1.3 зуба; хронический пародонтит тяжёлой степени тяжести.
3. частичное отсутствие зубов на верхней челюсти; частичное отсутствие зубов на нижней челюсти; хронический артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС); пародонтоз 1.3 зуба.
4. полное отсутствие зубов на верхней челюсти; полное отсутствие зубов на нижней челюсти; деформирующий артроз височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС); артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

## **7. Диагноз**

Диагноз:

**Вопрос №4** Атрофия 2 типа по Келлеру при полном отсутствии зубов характеризуется:

1. равномерной резкой атрофией альвеолярного отростка, подвижной слизистой оболочкой, прикреплённой почти на уровне гребня альвеолярного отростка
2. резко выраженным альвеолярным отростком и буграми на верхней челюсти
3. хорошо выраженным альвеолярным отростком в области фронтальных зубов, и резкой атрофией в области жевательных зубов с обеих сторон
4. резкой атрофией альвеолярного отростка во фронтальном отделе нижней челюсти

**Вопрос №5** Высокий альвеолярный отросток, глубокое нёбо, нормальная слизистая оболочка без видимого турса относится к \_\_\_\_ типу по Шредеру:

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4

**Вопрос №6** План ортопедического лечения (без учёта имплантации) заключается в изготовлении :

1. съёмных пластиночных протезов на верхнюю челюсть и нижнюю челюсть с учётом высоты нижнего отдела лица

2. бюгельного протеза на верхнюю челюсть с учетом высоты нижнего отдела лица
3. консольного протеза с опорой на 1.3 зуб и частичных съёмных пластиночных протезов на верхнюю челюсть и нижнюю челюсть
4. мостовидного протеза на верхнюю челюсть, частичного съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть и бюгельного протеза на нижнюю челюсть

**Вопрос №7** Конструкционными стоматологическими материалами, используемыми для изготовления съёмных протезов при полном отсутствии зубов, являются:

1. акриловые пластмассы, использующиеся для изготовления базисов протезов и гарнитурные зубы
2. металлокерамические коронки, провизорные коронки, опорно-удерживающие кламмера
3. удерживающие кламмера, цельнолитые коронки, окклюзионные накладки
4. опорно-удерживающие кламмера, комбинированные коронки, замковые крепления

**Вопрос №8** Индивидуальная ложка изготавливается из:

1. пластмассы
2. легкоплавкого металла
3. гипса
4. оттискной массы

**Вопрос №9** Стадией полимеризации пластмассы является:

1. тестообразная
2. жидкая
3. крупчатая
4. плотная

**Вопрос №10** Функциональные пробы по Гербсту применяются для:

1. припасовки индивидуальной ложки
2. изготовления металлокерамической коронки
3. оценки высоты нижнего отдела лица
4. отливки гипсовой модели

**Вопрос №11** Период адаптации к полным съёмным протезам может длиться до:

1. 1,5 месяцев
2. 5 часов
3. 2 суток
4. 4 суток

**Вопрос №12** Профилактический осмотр пациентов после ортопедического лечения необходимо проводить один раз в \_\_\_ месяцев:

1. 6
2. 9
3. 12
4. 15

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

#### **Задача 4**

##### **1.1. Ситуация**

В стоматологическую клинику обратилась пациентка П. 80 лет.

##### **1.2. Жалобы**

на затруднённое пережёвывание пищи.

##### **1.3. Анамнез заболевания**

- Зубы в области верхней челюсти были удалены около 10 лет назад.
- Полным съёмным протезом пользовалась около 10 лет.
- Старый протез плохо фиксируется.

##### **1.4. Анамнез жизни**

- Росла и развивалась нормально.
- Не работает.
- Без вредных привычек.
- Наследственность неотягощена.

- Аллергоанамнез не отягощён.

### 1.5. Объективный статус

Конфигурация лица не изменена. Высота нижней трети лица уменьшена, носогубные и подбородочная складки резко выражены, углы рта и кончик носа опущены, верхняя губа западает, подбородок выдвинут кпереди. Речь шепелявая, маловнятная. Рот открывает в полном объёме, преддверие полости рта средней глубины, слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта, твёрдого и мягкого нёба, языка и нёбных дужек без видимых патологических изменений, бледно-розового цвета. Уздечка верхней губы расположена от вершины альвеолярного отростка в виде тяжа до 5 мм. На боковой поверхности верхней челюсти – 3 щёчных тяжа, крылочелюстная складка выражена. Граница между твёрдым и мягким нёбом (линия А) шириной 3-4 мм, расположена на уровне верхнечелюстных бугров. В передней трети твёрдого нёба – 3-4 поперечных складки, резцовый сосочек умеренно выражен, торус выражен слабо.



**Вопрос №1** К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят :

1. сбор анамнеза
2. пальпацию
3. осмотр, аускультацию височно-нижнечелюстных суставов
4. прицельную рентгенографию
5. люминесцентную диагностику языка
6. компьютерную томографию

### 3. Результаты обследования

#### 3.1. Сбор анамнеза

Зубы утрачены вследствие осложнённого кариеса 10 лет назад, изготовлены полные съёмные пластиночные протезы на верхнюю и частично съёмный протез на нижнюю челюсть, отвечающие всем требованиям. Фиксация ухудшилась полгода назад. Аллергологический анамнез не отягощён. Тифы, малярию, туберкулёз, болезнь Боткина, вен. заболевания отрицает. Боли в области ВНЧС отрицает.

#### 3.2. Пальпация

Преддверие полости рта средней глубины, слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта, твёрдого и мягкого нёба, языка и нёбных дужек без видимых патологических изменений, бледно-розового цвета. Уздечка верхней губы расположена от вершины альвеолярного отростка в виде тяжа до 5 мм. На боковой поверхности верхней челюсти – 3 щёчных тяжа, крылочелюстная складка выражена. Граница между твёрдым и мягким нёбом (линия А) шириной 3-4 мм, расположена на уровне верхнечелюстных бугров. В передней трети твёрдого нёба – 3-4 поперечных складки, резцовый сосочек умеренно выражен, торус выражен слабо.

#### 3.3. Осмотр, аускультация височно-нижнечелюстных суставов

Рот открывается в полном объёме, хруста (щелчков) и боли в области височно-нижнечелюстных суставов при движениях нижней челюсти нет.

#### 3.4. Прицельная рентгенография

Костная структура имеет ячеистую структуру, признаки резорбции отсутствуют.

#### 3.5. Люминесцентная диагностика языка

Язык здорового человека флюоресцирует в оттенках от апельсинового до красного.

#### 3.6. Компьютерная томография

Расстояние до верхнечелюстной пазухи 2 мм.

**Вопрос №2** Основным диагнозом в данной клинической ситуации является:

1. полное отсутствие зубов, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита
2. частичное отсутствие зубов, потеря зубов вследствие удаления или локализованного пародонтита
3. частичное отсутствие зубов
4. атрофия беззубого альвеолярного края

## 5. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №3** Оптимальным для протезирования классом слизистой по Суппле является:

1. I
2. II
3. III
4. IV

**Вопрос №4** Методика проведения припасовки индивидуальной ложки заключается в :

1. проведении функциональных проб
2. расчерчивании границ протеза
3. проведении кожноаллергических проб
4. изучении клинических ориентиров

**Вопрос №5** Основным методом лечения при полном отсутствии зубов является изготовление:

1. полных съёмных пластиночных протезов
2. мостовидных протезов
3. культевых вкладок
4. бюгельных протезов

**Вопрос №6** Возможным вариантом протезирования является использование:

1. внутрикостных дентальных имплантатов
2. мостовидных протезов
3. частичного съёмного пластиночного протеза
4. бюгельного протеза

**Вопрос №7** Основными этапами протезирования полными съёмными пластиночными протезами являются:

1. проверка конструкции протеза, наложение и припасовка готового протеза
2. одонтопрепарирование, наложение и коррекция протеза
3. наложение и припасовка готового протеза, коррекция протеза
4. одонтопрепарирование, наложение и припасовка готового протеза

**Вопрос №8** Тактика проведения протезирования пациента с выраженным торусом заключается в:

1. «изоляции» в области торуса при изготовлении рабочей модели
2. проведении хирургической коррекции торуса
3. проведении массажа в области твёрдого нёба с целью уменьшения торуса
4. формировании отверстия в проекции торуса при моделировании базиса съёмного протеза
5. протеза

**Вопрос №9** Тактика проведения лечения пациентов с аллергическими реакциями на пластмассу заключается в изготовлении протезов:

1. из бесцветной пластмассы (по показаниям проводят серебрение базиса протеза)
2. с металлическим базисом (по показаниям проводят серебрение базиса протеза)
3. с оцинкованным металлическим базисом
4. с меньшим содержанием мономера

**Вопрос №10** Показаниями к изготовлению мягкой подкладки является наличие \_\_\_\_\_ на протезном ложе:

1. острых костных выступов
2. острых костных карманов
3. язвенных высыпаний
4. эрозийных высыпаний

**Вопрос №11** Оценку качества съёмного протеза (базиса протеза) проводят:

1. перед наложением протеза
2. при коррекции на следующий день
3. после адаптации пациента к съёмному протезу
4. через год при диспансерном осмотре

**Вопрос №12** Перебазировка или замена протезов производится по потребности или через (в годах):

1. 3-4
2. 1
3. 10
4. 15-20

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2,3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

#### Тема 4

**Задача 1.** Больной В., 52 лет, обратился по поводу протезирования зубов. Объективно: зубная формула: 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34. Зубы интактные, коронки высокие, подвижность II степени.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план ортопедического лечения.

**Задача 2.** При припасовке и наложении бюгельного протеза на нижнюю челюсть пациент отмечает неплотное прилегание протеза к слизистой оболочке справа и балансирование его. На этапах припасовки каркаса бюгельного протеза и проверки конструкции протеза в полости рта этого явления не было.

1. Что могло послужить причиной балансирования бюгельного протеза?
2. Какова тактика врача в данной ситуации?

**Задача 3.** При припасовке литого каркаса бюгельного протеза верхней челюсти на гипсовой модели отсутствует восковая прослойка между моделью и каркасом бюгельного протеза.

1. К каким осложнениям может привести данная техническая ошибка?
2. С какой целью необходимо наложение пластинки бюгельного воска на рабочую модель под каркас?

#### Задача 4

##### 1.1. Ситуация

На приём в поликлинику обратился мужчина 65 лет.

##### 1.2. Жалобы

на

- затруднённое пережёвывание пищи,
- эстетический и фонетический дефекты.

##### 1.3. Анамнез заболевания

Зубы терял в течение жизни в результате их разрушения кариесом и несвоевременного лечения. Ранее протезировался: изготавливались коронки, мостовидные протезы, частичный съёмный протез на верхнюю челюсть. Последнее ортопедическое лечение проводилось 10 лет назад. Три месяца назад был удалён последний зуб.

##### 1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает инженером.
- Страдает гипертонической болезнью, операции отрицает.
- Наследственность: отец в последние годы жизни пользовался съёмными протезами на беззубых челюстях.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Вредные привычки: не имеет.

##### 1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. При внешнем осмотре отмечается западение губ и щёк, углубление носогубных складок, опущение углов рта, заметное укорочение нижней трети лица, открывание рта свободное, не ограниченное, трещин и мацераций в углах рта не отмечается.

##### Зубная формула:

О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О

При осмотре полости рта наблюдается незначительная атрофия беззубого альвеолярного отростка верхней челюсти и выраженная беззубая альвеолярная часть нижней челюсти.

**Прикус:** ортогнатическое соотношение челюстей.



Слизистая оболочка рта умеренно-податливая, умеренно подвижная, бледно-розового цвета, умеренно выделяет слизистый секрет.

**Вопрос №1** К необходимым дополнительным методам обследования для постановки диагноза при полном отсутствии зубов на обеих челюстях относят:

1. диагностические модели беззубых челюстей
2. пальпацию регионарных лимфатических узлов
3. гнатодинамометрию
4. определение демпфирующих свойств периодонта
5. реопародонтографию

### **3. Результаты дополнительных методов обследования**

#### **3.1. Диагностические модели беззубых челюстей**

Позволяют определить тип беззубой верхней челюсти по Шредеру, тип беззубой нижней челюсти по Келлеру.

#### **3.2. Пальпация регионарных лимфатических узлов**

Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике, не является обязательным для постановки диагноза.

#### **3.3. Гнатодинамометрия**

Исследование не является обязательным при постановке диагноза в данной клинической ситуации.

#### **3.4. Определение демпфирующих свойств периодонта**

Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике, не является обязательным для постановки диагноза.

#### **3.5. Реопародонтография**

Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике, не является обязательным для постановки диагноза.

**Вопрос №2** Основным диагнозом в данной клинической ситуации является:

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита
2. хронический пародонтит генерализованный
3. неуточнённые поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой
4. синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

### **5. Диагноз**

Диагноз:

**Вопрос №3** В данной клинической ситуации необходимо изготовить:

1. съёмные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю беззубые челюсти
2. съёмные бюгельные протезы на верхнюю и нижнюю беззубые челюсти
3. съёмный пластиночный протез на верхнюю челюсть и съёмный бюгельный протез на нижнюю челюсть
4. съёмный бюгельный протез на верхнюю челюсть и съёмный пластиночный протез на нижнюю челюсть

**Вопрос №4** Первым этапом ортопедического лечения в данной клинической ситуации является получение \_\_\_\_\_ оттисков для изготовления :

1. анатомических; индивидуальных ложек на верхнюю и нижнюю беззубые челюсти
2. функциональных; съёмных бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю беззубые челюсти
3. функциональных; полных съёмных пластиночных протезов
4. функциональных; восковых базисов с окклюзионными валиками

**Вопрос №5** Необходимость применения индивидуальных слепочных ложек объясняется получением точного отображения рельефа протезного ложа, особенно :

1. по границам будущего протеза
2. в области турса твёрдого нёба
3. в области щёк и губ
4. в области мягкого нёба

**Вопрос №6** Во второе посещение проводится припасовка индивидуальных жёстких ложек и получение \_\_\_\_\_ оттисков с применением \_\_\_\_\_ проб :

1. рабочих функциональных; функциональных
2. рабочих анатомических; анатомических
3. вспомогательных; анатомических
4. вспомогательных; разгрузочных

**Вопрос №7** В третье посещение проводят :

1. определение центрального соотношения челюстей и получение необходимых ориентиров для подбора искусственных зубов
2. определение центрального соотношения челюстей в средне-анатомическом артикуляторе
3. получение анатомических оттисков для изготовления индивидуальных ложек на верхнюю и нижнюю беззубые челюсти
4. припасовку индивидуальных жёстких ложек и получение рабочих функциональных оттисков с применением функциональных проб

**Вопрос №8** Основной задачей этапа проверки конструкции протеза является определение правильности :

1. проведения всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления протезов
2. получения анатомических оттисков с верхней и нижней челюстей
3. изготовления протезов на верхнюю и нижнюю челюсти
4. подбора зубным техником искусственных зубов по форме, размеру и цвету

**Вопрос №9** После лабораторного этапа замены восковых базисов на пластмассовые следует клинический этап:

1. припасовки и наложения готовых протезов
2. коррекции готовых полных съёмных протезов
3. полировки готовых полных съёмных протезов
4. определения центрального соотношения челюстей

**Вопрос №10** Этап припасовки и наложения полных съёмных пластиночных протезов начинают с проверки качества :

1. проведения лабораторного этапа замены восковых базисов на пластмассовые
2. прилегания базисов готовых протезов к тканям протезного ложа
3. прилегания базисов готовых протезов к гипсовым моделям
4. смыкания искусственных зубов в основных видах окклюзии

**Вопрос №11** После припасовки и наложения протезов на беззубые челюсти пациенту дают рекомендацию явиться на коррекцию протезов:

1. на следующий день
2. на следующей неделе
3. через 2 недели
4. через 3 недели

**Вопрос №12** При появлении болей под базисом протеза пациенту необходимо протез \_\_\_\_\_ до приёма врача :

1. снять, не носить и наложить за 2-3 часа
2. не снимать, терпеть боль и снять за 2-3 часа
3. не снимать, терпеть боль
4. снять, наложить на ночь и снять за 2-3 часа

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

## Задача 5

### 1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент 73 лет.

### 1.2. Жалобы

на

- затруднённый приём пищи,
- эстетический дефект.

### 1.3. Анамнез заболевания

Зубы терял в течение жизни в результате осложнений кариеса.

### 1.4. Анамнез жизни

- Наследственность: не отягощена.
- Перенёс инфаркт миокарда 2 года назад, наблюдается у кардиолога.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

### 1.5. Объективный статус

Конфигурация лица изменена. Резко выражены носогубные и подбородочная складки, опущены углы рта. Высота нижнего отдела лица снижена.

**Локальный статус:**

На верхней челюсти – определяется наличие высокого нёбного свода, выраженные верхнечелюстные бугры и альвеолярный отросток. Переходная складка, места прикрепления мышц, складок слизистой оболочки расположены относительно высоко. При пальпации выявлен корень 1.5 зуба, покрытый слизистой оболочкой. На нижней челюсти – альвеолярные отростки незначительно и равномерно атрофированы. Точки прикрепления мышц и складок слизистой оболочки расположены у основания альвеолярного отростка. Экзостозы отсутствуют. Здоровая слизистая оболочка рта: умеренно-податливая, умеренно подвижная, бледно-розового цвета, умеренно выделяет слизистый секрет.

**Зубная формула:**

0	0	0	Rx	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Вопрос №1** К необходимым для постановки диагноза дополнительным аппаратным методам обследования относят :

1. ортопантомографию
2. электроодонтометрию
3. осмотр
4. исследование диагностических моделей

**3. Результаты дополнительных методов обследования**

**3.1. Ортопантомографию**

По данным ортопантомографии 1.5 зуба:

- корневые каналы запломбированы на 1/3 длины корня;
- корень разрушен более чем на 1/4 длины корня;
- разрежение костной ткани с нечёткими границами размером 3×3 мм в области верхушки корня.

**3.2. Электроодонтометрию**

Электроодонтометрия – исследование, с помощью которого измеряется электровозбудимость пульпы. Не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

**3.3. Осмотр**

Осмотр – основной клинический метод обследования.

**3.4. Исследование диагностических моделей**

Исследование диагностических моделей – клинический метод обследования.

**Вопрос №2** Клиническим диагнозом является K02.8 - другой кариес 1.5 зуба (полное разрушение коронковой части), а также :

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни на верхней челюсти; атрофия беззубого альвеолярного края на нижней челюсти.
2. атрофия беззубого альвеолярного края на верхней челюсти; потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни на нижней челюсти
3. хронический пародонтит
4. адентия на верхней челюсти

**5. Диагноз**

Диагноз:

**Вопрос №3** Беззубая нижняя челюсть пациента относится к \_\_\_ типу по Дойникову:

1. I
2. II
3. III
4. IV

**Вопрос №4** Беззубая нижняя челюсть пациента относится к \_\_\_ типу по Келлеру:

1. I
2. II

3. III
4. IV

**Вопрос №5** Слизистая оболочка пациента относится к \_\_\_ типу по Суппле:

1. I
2. II
3. III
4. IV

**Вопрос №6** Основной задачей ортопедического лечения пациента является:

1. полная реабилитация зубочелюстной системы
2. обеспечение функции глотания, тактильной чувствительности
3. облегчение слюноотделения, речевой функции
4. поддержание речевого аппарата, дыхательной функции

**Вопрос №7** Корень 1.5 зуба пациента подлежит :

1. удалению
2. эндодонтическому лечению
3. сохранению под слизистой оболочкой без лечения
4. удалению с одномоментной установкой имплантата

**Вопрос №8** Основным методом лечения при полном отсутствии зубов является изготовление \_\_\_\_\_ протезов :

1. полных съёмных пластиночных
2. частичных съёмных пластиночных
3. бюгельных
4. малых седловидных

**Вопрос №9** Функциональные оттиски с верхней и нижней челюстей при полном отсутствии зубов получают с помощью:

1. индивидуальных ложек
2. прикусных вилок
3. восковых базисов
4. стандартных оттискных ложек

**Вопрос №10** Для получения функционального оттиска используют \_\_\_\_\_ массы :

1. поливинилсилоксановые
2. альгинатные
3. агаровые
4. гипсовые

**Вопрос №11** Статическим методом определения центрального соотношения челюстей является:

1. антропометрический
2. анатомо-физиологический
3. аксиографический
4. функциональный

**Вопрос №12** После припасовки и наложения съёмного протеза назначение пациента на приём проводится:

1. на следующий день
2. через неделю
3. на следующий месяц
4. через год

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

### Тема 5

**Задача 1.** Больной М., 50 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов в боковых отделах нижней челюсти.

Объективно: зубы 35, 38, 44, 48, ограничивающие дефекты зубного ряда нижней челюсти, интактные, устойчивые, коронки правильной анатомической формы, достаточно высокие,

относительно параллельные между собой. При проведении параллелометрии линия обзора (клинического экватора) на опорных зубах 35, 44 имеет типичное направление.

1. Какие фиксирующие элементы необходимо использовать в бюгельном протезе с опорой на 35, 44?

**Задача 2.** Больному Д., 48 лет, изготавливается бюгельный протез нижней челюсти с опорно-удерживающими кламмерами.

1. В какой зоне поверхности опорного зуба необходимо расположить жесткую часть плеча кламмера первого типа системы Нея?

**Задача 3.** Пациенту З., 44 лет, в клинике ортопедической стоматологии изготавливается бюгельный протез на нижнюю челюсть. Изготовление цельнолитого каркаса планируется на огнеупорной модели.

1. Чем обусловлена необходимость изготовления огнеупорной модели? Какие материалы для ее изготовления используются?

**Задача 4.** У пациента К., 48 лет, односторонний концевой дефект зубного ряда нижней челюсти, ограниченный зубом 45, планируется заместить бюгельным протезом.

1. Где следует разместить окклюзионную накладку, чтобы предупредить функциональную перегрузку зуба 45?

### Задача 5

#### 1.1. Ситуация

На приём в поликлинику обратился мужчина 72 лет.

#### 1.2. Жалобы

на

- затруднённое пережёвывание пищи,
- эстетический дефект.

#### 1.3. Анамнез заболевания

Зубы начал терять приблизительно 15 лет назад по причине разрушения зубов из-за кариеса. Ранее не протезировался.

#### 1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- На пенсии.
- Перенесённые заболевания, операции отрицает.
- Наследственность: мать потеряла зубы в 65 лет.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Вредные привычки: курит более 40 лет.

#### 1.5. Объективный статус

**Внешний осмотр:** Изменение конфигурации лица – западение верхней губы и щёк, резко выраженные носогубные и подбородочная складки, опущение углов рта, уменьшение высоты нижней трети лица. Осмотр полости рта.

#### Зубная формула:

О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О	О	О			О	О			О	О	О	О	О

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: умеренно-податливая, умеренно подвижная, бледно-розового цвета, умеренно выделяет слизистый секрет – I класс по Суппле.



**Локальный статус:** При осмотре полости рта – полное отсутствие зубов на верхней челюсти, частичное отсутствие зубов на нижней челюсти – III класс по Гаврилову. Рецессия десны у 3.2, 3.3, 4.2, 4.3 зубов на ½ длины коронковой части зуба. с Отмечается умеренная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти – I тип по классификации Шредера.

**Вопрос №1** К необходимым методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относятся:

1. пальпация суставов
2. пальпация мышц
3. гнатодинамометрия у 3.2, 3.3, 4.2, 4.3 зубов
4. панорамная рентгенография верхней челюсти
5. панорамная рентгенография нижней челюсти
6. цитологическое исследование отделяемого полости рта

### **3. Результаты методов обследования**

#### **3.1. Пальпация суставов**

При пальпации области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) болезненности не отмечается, щелчков нет.

#### **3.2. Пальпация мышц**

При пальпации m.masseter слева отмечается незначительная болезненность и напряжение мышцы.

#### **3.3. Гнатодинамометрия у 3.2, 3.3, 4.2, 4.3 зубов**

Исследование не является обязательным при постановке диагноза в данной клинической ситуации.

#### **3.4. Панорамная рентгенография верхней челюсти**

Данный метод обследования не является обязательным при постановке диагноза в данном клиническом случае, проводится по потребности (на усмотрение лечащего врача).

#### **3.5. Панорамная рентгенография нижней челюсти**

Данный метод обследования не является обязательным при постановке диагноза в данном клиническом случае, проводится по потребности (на усмотрение лечащего врача).

#### **3.6. Цитологическое исследование отделяемого полости рта**

Данный метод обследования не является обязательным при постановке диагноза в данном клиническом случае, проводится по потребности (на усмотрение лечащего врача).

**Вопрос №2** Основным диагнозом в данной клинической ситуации является:

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита
2. челюстно-лицевая аномалия функционального происхождения неуточнённая
3. синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена)
4. рецидивирующий вывих и подвывих височно-нижнечелюстного сустава

### **5. Диагноз**

Диагноз:

**Вопрос №3** На первом этапе лечения необходимо изготовить искусственные металлокерамические коронки на зубы :

1. 3.2, 3.3, 4.2, 4.3
2. 3.1, 3.4, 4.1, 4.4
3. 3.5, 3.6, 4.5, 4.6
4. 1.2, 1.3, 2.2, 2.3

**Вопрос №4** Перед препарированием зубов под искусственные коронки необходимо получить оттиски для изготовления \_\_\_\_\_ коронок на зубы :

1. временных пластмассовых; 3.2, 3.3, 4.2, 4.3
2. металлокерамических; 3.1, 3.4, 4.1, 4.4
3. постоянных штампованных; 3.5, 3.6, 4.5, 4.6
4. постоянных пластмассовых; 1.2, 1.3, 2.2, 2.3

**Вопрос №5** Рабочий оттиск под искусственную коронку получают \_\_\_\_\_ после препарирования зуба, получение рабочего оттиска в первое посещение возможно при :

1. на следующий день или через день; отсутствии травмы десны в пришеечной области
2. на следующей неделе или через неделю; препарировании депульпированного зуба
3. через 5 дней; препарировании зуба с живой пульпой
4. через 6 дней; препарировании зуба с культевой вкладкой

**Вопрос №6** Рабочий оттиск под искусственные металлокерамические коронки получают с помощью \_\_\_\_\_ оттисковой массы:

1. силиконовой

2. альгинатной
3. гидроколлоидной
4. термопластической

**Вопрос №7** На втором этапе лечения необходимо изготовить \_\_\_\_\_ протез на верхнюю челюсть и \_\_\_\_\_ протез на нижнюю челюсть :

1. полный съёмный пластиночный; частичный съёмный пластиночный
2. полный съёмный пластиночный; бюгельный
3. съёмный бюгельный; съёмный бюгельный
4. бюгельный; полный съёмный пластиночный

**Вопрос №8** Для изготовления полного съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть необходимо получить функциональный оттиск \_\_\_\_\_ ложкой на верхнюю челюсть :

1. индивидуальной
2. стандартной
3. стандартной пластмассовой № 5
4. стандартной перфорированной №3

**Вопрос №9** При изготовлении полного съёмного протеза на верхнюю челюсть получение функционального оттиска (слепка) следует производить \_\_\_\_\_ оттисковыми (слепочными) массами:

1. силиконовыми
2. гидроколлоидными
3. термопластическими
4. альгинатными

**Вопрос №10** При изготовлении частичного съёмного пластиночного протеза на нижнюю челюсть при дефектах зубных рядов получение оттиска (слепка) следует производить \_\_\_\_\_ оттисковыми (слепочными) массами :

1. альгинатными
2. гидроколлоидными
3. термопластическими
4. силиконовыми

**Вопрос №11** После припасовки и наложения полного съёмного протеза первая коррекция назначается на \_\_\_\_\_ день:

1. следующий
2. третий
3. пятый
4. шестой

**Вопрос №12** После припасовки и наложения полного съёмного пластиночного протеза период адаптации может длиться до \_\_\_\_ месяцев:

1. 1,5
2. 12
3. 6,5
4. 9

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

## Задача 6

### 1.1. Ситуация

В стоматологическую клинику обратилась пациентка А. 79 лет.

### 1.2. Жалобы

на

- затруднённое пережёвывание пищи.

### 1.3. Анамнез заболевания

Полными съёмными протезами пользуется давно. Старый протез на нижней челюсти плохо фиксируется.

### 1.4. Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.

- Не работает.
- Без вредных привычек.
- Наследственность неотягощена.
- Со слов пациента, тифы, малярию, туберкулёз, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает.
- Аллергоанамнез неотягощён.

### 1.5. Объективный статус

**Внешний осмотр.** Высота нижней трети лица уменьшена, носогубные и подбородочная складки резко выражены, углы рта и кончик носа опущены, верхняя губа западает, подбородок выдвинут кпереди. Рот открывает в полном объёме. Лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта.

**Зубная формула:**

О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О

Преддверие полости рта средней глубины, слизистая оболочка преддверия и собственно рта, твёрдого и мягкого нёба, языка и нёбных дужек без видимых патологических изменений, бледно-розового цвета. Атрофия альвеолярной части нижней челюсти – 2 типа по Келлеру.



**Вопрос №1** К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят :

1. сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта
2. пальпацию органов полости рта
3. спектрометрию
4. люминесцентную диагностику языка
5. электроодонтометрию

### 3. Результаты обследования

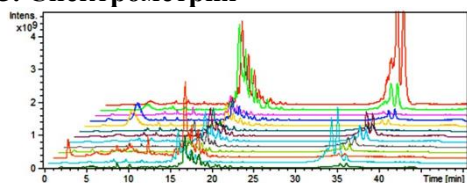
#### 3.1. Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта

Зубы утрачены вследствие осложнённого кариеса 11 лет назад, изготовлены полные съёмные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти, отвечающие всем требованиям. Фиксация ухудшилась полгода назад. Боли в области ВНЧС отрицает.

#### 3.2. Пальпация органов полости рта

Экзостозы и торус невыраженные, слизистая оболочка неподатливая.

#### 3.3. Спектрометрия



Обследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

#### 3.4. Люминесцентная диагностика языка

Обследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

#### 3.5. Электроодонтометрия

70-80 мкА. Обследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

**Вопрос №2** Основным диагнозом по МКБ-10 является:

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни
2. аномалии соотношений зубных дуг неуточнённые на верхней и нижней челюстях



3. акромегалия и гипофизарный гигантизм верхней и нижней челюстей
4. основные аномалии размеров верхней и нижней челюстей

## 5. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №3** Оптимальным для протезирования классом слизистой по Суппле является:

1. I
2. II
3. III
4. IV

**Вопрос №4** Индивидуальная ложка применяется для:

1. проведения функциональных проб
2. снятия анатомического оттиска
3. проведения измерения границ рта
4. изучения клинических ориентиров

**Вопрос №5** Основным методом лечения при полном отсутствии зубов является изготовление:

1. полных съёмных пластиночных протезов
2. частично съёмных пластиночных протезов
3. индивидуальных капп
4. бюгельных протезов

**Вопрос №6** При изготовлении полного съёмного протеза вариантом его фиксации является использование от \_\_\_ до \_\_\_\_\_ имплантатов:

1. 2; 4 одиночно стоящих; с шаровидными аттачменами или их аналогами
2. 12; 14; соединённых балкой
3. 6; 8 одиночно стоящих; с шаровидными аттачменами или их аналогами
4. 12; 14; с телескопической системой фиксации

**Вопрос №7** При планировании размера имплантата необходимо учесть, что на всех участках поверхности имплантата его должна окружать костная ткань толщиной не менее \_\_\_\_\_ мм:

1. 0,5-1,0
2. 0,1-0,4
3. 1,1-1,4
4. 1,5-2,0

**Вопрос №8** Расстояние между двумя имплантатами должно быть не менее \_\_\_\_\_ мм:

1. 2,0-3,0
2. 3,5-4,0
3. 1,0-1,5
4. 4,0-5,0

**Вопрос №9** Оптимальный срок достижения остеоинтеграции на нижней челюсти составляет :

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

**Вопрос №10** Оптимальный срок достижения остеоинтеграции на верхней челюсти составляет:

1. 4-6 месяцев
2. 1-2 месяца
3. 2-3 месяца
4. 7-8 месяцев

**Вопрос №11** При изготовлении рабочей модели челюстей рекомендуется использование:

1. десневой маски
2. гипсовой маски
3. пресс-формы
4. мастер-формы

**Вопрос №12** Перебазировка или замена протезов производится по потребности или через :

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

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

### Тема 6

**Задача 1.** Больному И., 42 лет, изготавливается бюгельный протез на верхнюю челюсть. Объективно: зубная формула 18, 17, 13, 12, 11, 21, 23, 24, 27. Опорный зуб 17 наклонен в сторону щеки.

1. Какой тип опорно-удерживающего кламмера системы Нея следует использовать в данном случае?

**Задача 2.** У пациента В., 57 лет, отсутствуют зубы 47, 46, 45, 35, 36, 37, 38. Планируется изготовление бюгельного протеза. Зуб 48 имеет наклон в язычную сторону и вперед. При проведении параллелометрии с язычной стороны зуба 48 линия обзора имеет диагональное направление, с щечной – проходит на уровне десенного края.

1. Какой тип опорно-удерживающего кламмера системы Нея следует использовать в данном случае?

### Задача 3

#### 1.1. Ситуация

Пациент Т. 75 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии.

#### 1.2. Жалобы

на

- затруднённый приём пищи из-за невозможности пользования съёмным пластиночным протезом на нижнюю челюсть в связи с болевыми ощущениями под протезом в покое и во время жевания и неудовлетворительной его фиксации.

#### 1.3. Анамнез заболевания

Зубы на верхней и нижней челюстях были удалены в связи с их подвижностью. В районной поликлинике 3 месяца назад были изготовлены полные съёмные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти. После многократных коррекций адаптация к верхнему пластиночному протезу была достигнута, но к нижнему съёмному протезу пациент так и не смог привыкнуть из-за боли в участках протезного ложа и неудовлетворительной его фиксации.

#### 1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает.
- Без вредных привычек.
- Наследственность неотягощена.
- Аллергоанамнез неотягощён.

#### 1.5. Объективный статус

**Внешний осмотр.** Конфигурация лица не изменена. Осмотр полости рта.

**Зубная формула:**

О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О

Слизистая оболочка сухая, малоподатливая; на нижней челюсти имеется резкая равномерная атрофия всей альвеолярной части, подвижная слизистая оболочка, расположенная почти на уровне гребня. Фиксация съёмного протеза на верхней челюсти удовлетворительная.

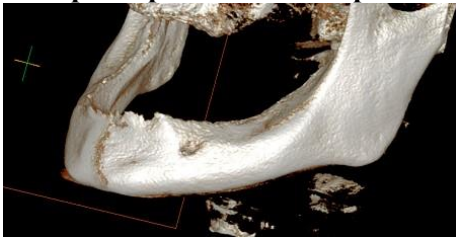


**Вопрос №1** К необходимому методу диагностики перед имплантацией относят:

1. трёхмерную компьютерную томографию
2. реопародонтографию
3. спектрометрию
4. мастикациографию

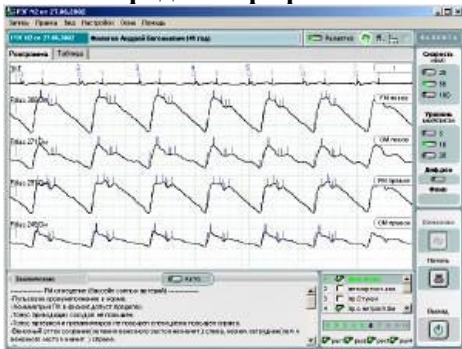
### 3. Результаты обследования

#### 3.1. Трёхмерная компьютерная томография



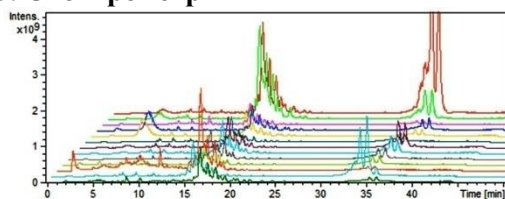
На томограмме: полное отсутствие зубов, видна высота и ширина альвеолярного отростка, достаточная для проведения дальнейшего лечения, ментальное отверстие.

#### 3.2. Реопародонтография



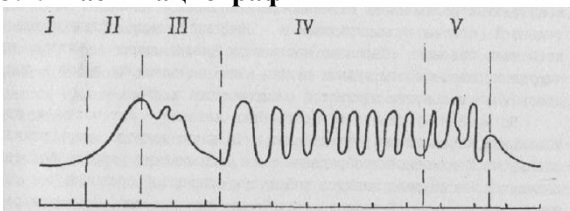
Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике.

#### 3.3. Спектрометрия



Метод исследования вещества, основанный на определении отношения массы к заряду ионов, образующихся при ионизации представляющих интерес компонентов пробы. Для данной патологии диагностического значения не имеет.

#### 3.4. Мастикациография



Не входит в перечень методов обследования приданной патологии.

**Вопрос №2** Для перевода физической формы реального объекта в цифровую форму (трёхмерную компьютерную модель) используют:

1. 3D-сканирование

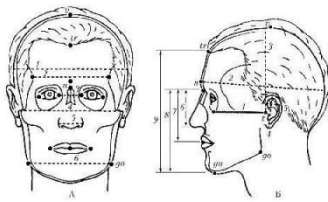
2. кефалометрию
3. антропометрию
4. моделирование

## 5. Результаты

### 5.1. 3D- сканирование

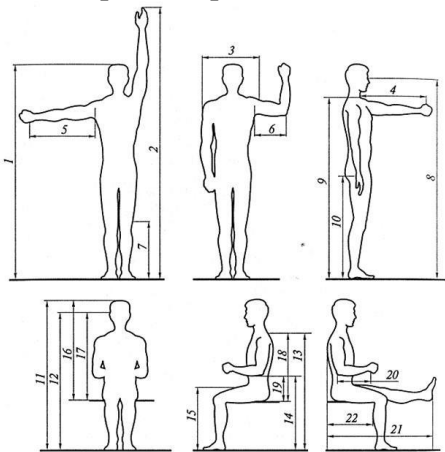


### 5.2. Кефалометрия



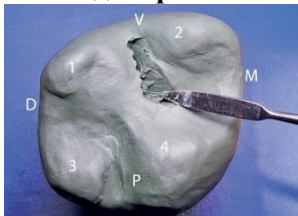
Не входит в перечень методов обследования при данной патологии.

### 5.3. Антропометрия



Не входит в перечень методов обследования при данной патологии.

### 5.4. Моделирование



Не входит в перечень методов обследования при данной патологии.

**Вопрос №3** По классификации Келлера данному пациенту соответствует тип :

1. 2
2. 1
3. 3
4. 4

## 7. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №4** Тактикой ортопедического лечения на нижней челюсти у данного пациента является установка протеза:

1. полного съёмного
2. мостовидного
3. бюгельного
4. частично съёмного

**Вопрос №5** Негативное (обратное) изображение поверхности твёрдых и мягких тканей, расположенных на протезном ложе и его границах, является:

1. оттиском
2. маской
3. заготовкой
4. формой

**Вопрос №6** К противопоказанию получения слепков относят:

1. аллергию на слепочные материалы
2. наличие пломб на зубах
3. наличие коронок на зубах
4. использование съёмных протезов

**Вопрос №7** Профилактика дефектов зубного ряда заключается в своевременном:

1. лечении кариеса и его осложнений
2. удалении постоянных зубов
3. удалении молочных зубов
4. лечении ортодонтическими каппами

**Вопрос №8** Признаками успешного протезирования являются \_\_\_\_\_ протеза:

1. фиксация и стабилизация
2. адгезия и движение
3. балансирование и сбрасывание
4. опора и движение

**Вопрос №9** Смыкание зубных рядов при максимальном числе контактов зубов-антагонистов называют окклюзией:

1. центральной
2. патологической
3. боковой
4. концевой

**Вопрос №10** Функциональный оттиск получают с помощью:

1. индивидуальной ложки
2. стандартной ложки
3. прикусного шаблона
4. навигационного шаблона

**Вопрос №11** Базис съёмного протеза изготавливают из:

1. акриловой пластмассы
2. керамической массы
3. гранитной массы
4. каучуковой массы

**Вопрос №12** Слизистая оболочка протезного ложа может реагировать лёгкой болезненностью во время приёма пищи в первые :

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

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

#### Задача 4

##### 1.1. Ситуация

В стоматологическую клинику обратился пациент Г. 75 лет.

##### 1.2. Жалобы

на

- затруднённое пережёвывание пищи;
- плохую фиксацию съёмных протезов.

### 1.3. Анамнез заболевания

Зубы в области верхней и нижней челюстей были удалены около 9 лет назад. Полными съёмными протезами пользовался около 9 лет. Старые протезы плохо фиксируются, нестабильны.

### 1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Не работает.
- Без вредных привычек.
- Наследственность не отягощена.
- Аллергоанамнез не отягощён.

### 1.5. Объективный статус

**Внешний осмотр.** Высота нижней трети лица уменьшена, носогубные и подбородочная складки резко выражены, углы рта и кончик носа опущены, верхняя губа западает, подбородок выдвинут кпереди. Рот открывается в полном объёме, преддверие полости рта средней глубины. Лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта.

**Зубная формула:**

О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О

Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается выраженная атрофия альвеолярных отростков на верхней и нижней челюстях.



**Вопрос №1** К необходимому для постановки диагноза методу обследования относят:

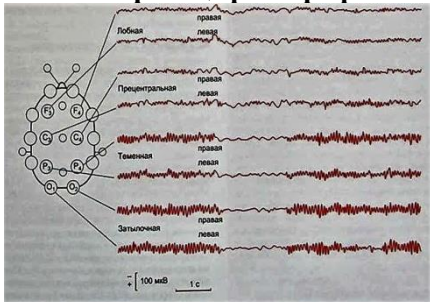
1. визуальное исследование суставов
2. электроэнцефалографию
3. люминесцентную диагностику языка
4. электроодонтографию

### 3. Результаты обследования

#### 3.1. Визуальное исследование суставов

Рот открывается в полном объёме, хруста (щелчков) и боли в области височно-нижнечелюстных суставов при движениях нижней челюсти нет.

#### 3.2. Электроэнцефалография



Не входит в перечень методов обследования при данной патологии.

### 3.3. Люминесцентная диагностика языка

Не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

### 3.4. Электрофотография

Не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

**Вопрос №2** Основным диагнозом по МКБ-10 в данной клинической ситуации является:

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни
2. аномалии соотношений зубных дуг на верхней и нижней челюстях
3. акромегалия и гипофизарный гигантизм верхней и нижней челюстей
4. основные аномалии размеров верхней и нижней челюстей

### 5. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №3** Основным методом лечения при полном отсутствии зубов одной или обеих челюстей является протезирование \_\_\_\_\_ протезами:

1. полными съёмными пластиночными
2. протяжёнными комбинированными
3. бюгельными прессованными
4. несъёмными мостовидными

**Вопрос №4** Индивидуальная ложка применяется для:

1. проведения функциональных проб
2. снятия анатомического оттиска
3. проведения измерения границ рта
4. получения диагностических моделей

**Вопрос №5** К твердеющему оттискному материалу относят:

1. гипс
2. альгинат
3. силикон
4. каучук

**Вопрос №6** Для получения анатомических оттисков применяют \_\_\_\_\_ оттискные массы:

1. альгинатные
2. силикатные
3. цементные
4. гипсовые

**Вопрос №7** Припасовка индивидуальной ложки проводится с использованием функциональных проб по :

1. Гербсту
2. Кеннеди
3. Келлеру
4. Энтину

**Вопрос №8** После выведения оттиска (слепка) производится контроль качества:

1. отображения анатомического рельефа
2. распределения оттискной массы
3. однородности протезного ложа
4. проведения функциональных проб

**Вопрос №9** На восковом базисе в зуботехнической лаборатории производится постановка:

1. искусственных зубов
2. кламмерной системы
3. дуги протеза
4. металлических коронок

**Вопрос №10** При постановке зубов по типу ортогнатического прикуса верхние фронтальные зубы должны перекрывать нижние максимально на \_\_\_\_ мм:

1. 1-2
2. 3-4
3. 3
4. 4

**Вопрос №11** При смыкании зубов между верхними и нижними фронтальными зубами должна быть горизонтальная щель \_\_\_\_ мм:

1. 0,25-0,5
2. 0,6-0,65
3. 0,65-0,7
4. 0,7-0,75

**Вопрос №12** Для получения цифровых 3D-моделей при использовании в работе CAD/CAM технологии используют:

1. сканер
2. фотоаппарат
3. принтер
4. лазер

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

## Тема 7

**Задача 1.** Пациенту Б.изготавливается бюгельный протез на верхнюю челюсть. Каркас бюгельного протеза планируется отливать на огнеупорной модели.

1. С какой целью должна быть изготовлена огнеупорная модель?
2. Какие материалы применяются для дублирования рабочей гипсовой модели?
3. Каким образом должна быть подготовлена рабочая модель к дублированию?

**Задача 2.** На клиническом этапе проверки цельнолитого каркаса бюгельного протеза в полости рта определяется неравномерный уровень отстояния дуги каркаса от слизистой оболочки твердого неба и альвеолярного отростка в пределах 0,3 см до плотного контакта.

1. Что могло послужить причиной данного недостатка?
2. К каким осложнениям может привести пользование бюгельным протезом с таким каркасом?
3. Каким способом можно устранить данный недостаток?

### Задача 3

#### 1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 62 лет.

#### 1.2. Жалобы

на

- плохую фиксацию съёмных протезов;
- подвижность и трещину съёмных протезов;
- периодически возникающие болевые ощущения в области 3.3, 4.3 зуба.

#### 1.3. Анамнез заболевания

- Отсутствующие зубы удалялись в результате кариеса и его осложнений.
- Первое протезирование проводилось около 18 лет назад, последнее 6 лет назад – частичными съёмными пластиночными протезами.
- Последнее удаление зубов было 6 лет назад в связи с кариозным процессом под коронками.

#### 1.4. Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: сахарный диабет II типа, гипертоническая болезнь 1 степени.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулез, гепатит, ВИЧ отрицает.

#### 1.5. Объективный статус

**Внешний осмотр:** выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены; высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии снижена на 3 мм.



**Зубная формула:**



О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О	О	О	К	О	О	О	О	К	О	О	О	О	О

Зуб 3.3 подвижность 3 степени, маргинальная десна гиперемирована, отечна.

Зуб 4.3 подвижность 2 степени, маргинальная десна незначительно гиперемирована, отечна.

Отмечается выраженная атрофия альвеолярных отростков на в/ч и н/ч.

Пластинчатые протезы на в/ч и н/ч не соответствуют границам протезного ложа, фиксация протезов неудовлетворительная.

Соотношение челюстей по ортогнатическому типу.

Слизистая оболочка протезного ложа на в/ч и н/ч гиперемирована, отечна. Атрофия альвеолярного отростка в/ч – 2 типа по Шредеру, имеется умеренная атрофия альвеолярной части н/ч.

**Вопрос №1** При подозрении на наличие оставшихся не удаленных корней под слизистой оболочкой следует провести :

1. панорамную рентгенографию челюсти
2. периостометрию
3. пробу Ряховского
4. определение цвета зубов

### 3. Результаты метода обследования

#### 3.1. Панорамная рентгенография челюсти

По данным рентгенографии:

- резорбция костной ткани в области присутствующих зубов на нижней челюсти до 2/3 длины корня зуба.

Корневые каналы присутствующих зубов запломбированы до верхушки.

#### 3.2. Периостометрия

Аппаратный метод определения степени подвижности зубов и состояния периодонта. Данный метод исследования в представленной ситуации не информативен, т.к. зубы у пациентки отсутствуют.

#### 3.3. Проба Ряховского

Оценка жевательной эффективности. Данный метод исследования в представленной ситуации не информативен, т.к. антагонизирующие пары зубов отсутствуют.

#### 3.4. Определение цвета зубов

Цвет и форму зубов при ортопедическом лечении проводят на этапах изготовления протезов, а не при постановке диагноза. Выбор цвета, размера и формы зубов проводят в соответствии с индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица). Данное исследование не информативно при постановке диагноза у данного пациента.

**Вопрос №2** Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет в среднем \_\_\_ мм:

1. 2-4
2. 10-12
3. 0
4. 6-8

### 5. Результаты метода обследования

#### 5.1. 2-4

У данного пациента отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 6 мм, относительно физиологического покоя

#### 5.2. 10-12

«Старческое» выражение лица, опущены углы рта и крылья носа, выражены носогубные и подбородочная складки, ощущение недостатка места для языка, разница между высотой окклюзии и высотой физиологического покоя более 2-4 мм.

#### 5.3. 0

«Удивлённое» выражение лица, увеличение нижней трети лица, напряжённость лицевых мышц, губы напряжены, сглажены носогубные и подбородочная складки, стук зубов при фонетической пробе, разница между высотой окклюзии и высотой физиологического покоя менее 2-4 мм.

#### 5.4. 6-8

«Старческое» выражение лица, опущены углы рта и крылья носа, выражены носогубные и подбородочная складки, ощущение недостатка места для языка, разница между высотой окклюзии и высотой физиологического покоя более 2-4 мм.

**Вопрос №3** Какой предполагаемый основной диагноз?:

1. полное отсутствие зубов на верхней челюсти  
частичное отсутствие зубов на нижней челюсти (1 класс 1 подкласс по Кеннеди)  
хронический пародонтит тяжелой степени  
рецессия десны
2. полное отсутствие зубов на нижней челюсти  
частичное отсутствие зубов на верхней челюсти(1 класс 1 подкласс по Кеннеди)  
хронический пародонтит тяжелой степени  
рецессия десны
3. полное отсутствие зубов на верхней челюсти  
частичное отсутствие зубов на нижней челюсти(1 класс 1 подкласс по Кеннеди)  
хронический пародонтит легкой степени  
рецессия десны
4. частичное отсутствие зубов на верхней челюсти (1 класс 1 подкласс по Кеннеди)  
частичное отсутствие зубов на нижней челюсти  
хронический пародонтит средней степени  
рецессия десны

#### 7. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №4** Умеренная, нормальная податливая слизистая оболочка по Суппле относится к \_\_\_\_ классу:

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4

**Вопрос №5** План ортопедического лечения после удаления зубов 3.3, 4.3 (без учёта имплантации) состоит в изготовлении:

1. съёмных пластиночных протезов на верхнюю челюсть и нижнюю челюсть при полном отсутствии зубов с учетом высоты нижнего отдела лица
2. бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти с учетом высоты нижнего отдела лица
3. съёмных пластиночных протезов на верхнюю челюсть и нижнюю челюсть при частичном отсутствии зубов с учетом высоты нижнего отдела лица
4. частичного съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть и полного съёмного пластиночного протеза на нижнюю челюсть с учетом высоты нижнего отдела лица

**Вопрос №6** В первое посещение, при полном отсутствии зубов, после диагностических исследований и принятия решения о протезировании приступают к :

1. снятию анатомического оттиска для изготовления индивидуальных оттисковых ложек
2. определению центрального соотношения при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками
3. снятию функциональных оттисков при помощи индивидуальных ложек
4. постановке искусственных зубов на воске

**Вопрос №7** Индивидуальная ложка изготавливается из:

1. пластмассы
2. силикона
3. лавакса
4. альгината

**Вопрос №8** Во второе посещение, при изготовлении полных съёмных пластиночных протезов, производят:

1. припасовку индивидуальных ложек и получение функциональных оттисков
2. получение анатомических оттисков

3. определение центрального соотношения при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками
4. припасовку и наложение полных съемных пластиночных протезов

**Вопрос №9** При помощи анатомо-физиологического метода определяют:

1. центральное соотношение челюстей
2. податливость слизистой оболочки
3. степень атрофии альвеолярных отростков
4. степень восстановления жевательной эффективности

**Вопрос №10** Протетическая плоскость в боковых отделах параллельна линии

1. камперовской
2. улыбки
3. зрачковой
4. альвеолярного гребня

**Вопрос №11** Функциональные пробы по Гербсту применяют на этапе:

1. \* припасовки индивидуальных ложек;
  - получение функциональных оттисков
2. \* припасовки индивидуальных ложек;
  - коррекции протеза
3. \* получение функциональных оттисков;
  - определения центрального соотношения
4. \* припасовки индивидуальных ложек;
  - замены воска на пластмассу

**Вопрос №12** Правила пользования съемными зубными протезами в себя включают:

- 1.\* необходимость гигиенического ухода;
  - в ночное время (при отсутствии их использования) хранение во влажной среде;
  - во избежание поломки протеза не рекомендуется употреблять жесткую пищу и не допускается их падение на жесткую поверхность
- 2.\* отсутствие гигиенического ухода;
  - в ночное время (при отсутствии их использования) хранение в сухом контейнере;
  - прием твердой и жесткой пищи для быстрой адаптации к конструкции
- 3.\* инструкцию по самопочинке протеза;
  - необходимость периодического (раз неделю) гигиенического ухода;
  - прием твердой и жесткой пищи для быстрой адаптации к конструкции
- 4.\* отсутствие гигиенического ухода;
  - инструкцию по самопочинке протеза;
  - прием твердой и жесткой пищи для быстрой адаптации к конструкции

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

#### 2.4 Итоговый тестовый контроль

1) ЗАДНИЙ КРАЙ ПРОТЕЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ

1. должен перекрывать линию «А» на 1-2 мм
2. не должен доходить до линии «А» на 5 мм
3. должен заканчиваться на линии «А»
4. должен перекрывать линию «А» на 3-4 мм

2) ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОКСМАНА ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ РАВНОМЕРНАЯ АТРОФИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ К ТИПУ

1. 3
2. 1
3. 2
4. 4

3) НАИБОЛЕЕ ПОДАТЛИВОЙ СЧИТАЕТСЯ ЗОНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

1. задняя треть твёрдого нёба
2. альвеолярный отросток
3. область поперечных складок
4. область сагиттального шва
- 4) ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ПРИПАСОВКА СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ
  1. врачом в полости рта
  2. зубным техником на модели
  3. врачом на модели
  4. зубным техником на модели, затем врачом в полости рта
- 5) ПРИ НАНЕСЕНИИ ОРИЕНТИРОВ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ЛИНИЯ, ОПУЩЕННАЯ ОТ КРЫЛА НОСА, СООТВЕТСТВУЕТ
  1. середине клыка
  2. медиальной поверхности клыка
  3. дистальной поверхности клыка
  4. середине первого премоляра
- 6) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ПРОТЕЗОВ ВОСКОВЫЕ БАЗИСЫ С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
  1. центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей
  2. высоты нижнего отдела лица
  3. высоты относительного физиологического покоя
  4. жевательной эффективности
- 7) РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ЛИНИЕЙ УЛЫБКИ И КРАЕМ ОККЛЮЗИОННОГО ВАЛИКА ОПРЕДЕЛЯЕТ
  1. высоту центральных резцов верхней челюсти
  2. ширину центральных резцов верхней челюсти
  3. положение верхней губы
  4. высоту нижнего отдела лица
- 8) ОККЛЮЗИОННЫЙ ВАЛИК ВОСКОВОГО БАЗИСА ДОЛЖЕН БЫТЬ
  1. шире естественных зубов на 1-2 мм
  2. равен ширине естественных зубов
  3. шире естественных зубов на 5-6 мм
  4. уже естественных зубов
- 9) ВЫСОТА ОККЛЮЗИОННОГО ВАЛИКА ВОСКОВОГО БАЗИСА ПО ОТНОШЕНИЮ К ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ СОХРАНИВШИХСЯ ЗУБОВ МОЖЕТ БЫТЬ
  1. выше уровня на 1-2 мм
  2. выше уровня на 3-4 мм
  3. ниже уровня на 1-2 мм
  4. ниже уровня на 3-4 мм
- 10) ВОСКОВЫЕ БАЗИСЫ С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭТАПА
  1. определения центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей
  2. постановки зубов
  3. проверки конструкции протеза
  4. припасовки и наложения протеза
- 11) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ В КЛИНИКУ ПОСТУПАЮТ ГИПСОВЫЕ МОДЕЛИ
  1. с восковыми базисами и окклюзионными валиками
  2. зафиксированные в артикуляторе
  3. зафиксированные в окклюдаторе
  4. с восковыми базисами и искусственными зубами
- 12) ВОСКОВОЙ БАЗИС С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ДОЛЖЕН

1. плотно прилегать к протезному ложу, соответствовать границам базиса протеза с учётом высоты и ширины зубов
  2. плотно прилегать к протезному ложу, с расположением окклюзионного валика ниже естественных зубов
  3. соответствовать границам базиса протеза, с расположением окклюзионного валика на уровне естественных зубов
  4. иметь окклюзионный валик ниже и уже естественных зубов
- 13) ЦЕНТРАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИЮ ПРИ СМЫКАНИИ ЗУБОВ В ДВУХ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ГРУППАХ, ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ
1. восковых базисов с окклюзионными валиками
  2. периодонтометра
  3. окклюзиометра
  4. лицевой дуги
- 14) ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ-АНТОГОНИСТОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ
1. центральное соотношение челюстей
  2. центральную окклюзию
  3. переднюю окклюзию
  4. боковую окклюзию правую
- 15) ПРИ ФИКСАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ИЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ НА ОККЛЮЗИОННЫЕ ВАЛИКИ ВОСКОВЫХ БАЗИСОВ НАНОСЯТ
1. размягчённый воск и насечки
  2. гипс
  3. копировальную бумагу
  4. альгинатную массу
- 16) ПОКАЗАНИЕМ К ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ НА «ПРИТОЧКЕ» В СЪЁМНОМ ПЛАСТИНОЧНОМ ПРОТЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1. «короткая» верхняя губа
  2. чрезмерная выраженность альвеолярной части нижней челюсти
  3. чрезмерная выраженность турса
  4. выраженная уздечка нижней губы
- 17) ПРИ ПОСТАНОВКЕ ЗУБОВ В АРТИКУЛЯТОРЕ ВЫВЕРЯЮТСЯ ОККЛЮЗИИ
1. центральная, передние, боковые
  2. только передние и центральная
  3. только боковые левые и правые
  4. только центральная
- 18) ПРИ ПОСТАНОВКЕ ЗУБОВ В ОККЛЮДАТОРЕ ВЫВЕРЯЮТСЯ ОККЛЮЗИИ
1. центральная
  2. боковые правые
  3. передние и центральная
  4. боковые левые
- 19) ПОСТАНОВКА ИСКУССТВЕННЫХ БОКОВЫХ ЗУБОВ В ПРЯМОМ КОНТАКТЕ ЩЁЧНЫХ БУГОРКОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К
1. прикусыванию щёк
  2. повышенному рвотному рефлексу
  3. ощущению инородного тела
  4. нарушению дикции
- 20) ОТСУТСТВИЕ ИЗОЛЯЦИИ ТОРУСА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К
1. балансу протеза
  2. прикусыванию щёк
  3. чрезмерному выделению слюны
  4. нарушению эстетики
- 21) ОТСУТСТВИЕ ИЗОЛЯЦИИ ЭКЗОСТОЗОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К
1. травматическому повреждению слизистой оболочки

2. прикусыванию щёк
  3. нарушению эстетики
  4. нарушению дикции
- 22) УДЛИНЕНИЕ ГРАНИЦЫ БАЗИСА ПРОТЕЗА ПО ЛИНИИ «А» МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
1. рвотному рефлексу и ощущению инородного тела
  2. нарушению эстетики
  3. прикусыванию щёк
  4. нарушению дикции
- 23) БЫСТРОЕ ОХЛАЖДЕНИЕ КЮВЕТЫ НА ОКОНЧАТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ЗАМЕНЫ ВОСКА НА БАЗИСНУЮ ПЛАСТМАССУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ОБРАЗОВАНИЮ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА
1. внутреннего напряжения
  2. пористости сжатия
  3. гранулярной пористости
  4. газовой пористости
- 24) БЫСТРЫЙ ПОДЪЁМ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРИ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ БАЗИСНОЙ ПЛАСТМАССЫ СПОСОБСТВУЕТ ОБРАЗОВАНИЮ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА
1. газовой пористости
  2. гранулярной пористости
  3. внутреннего напряжения
  4. пористости сжатия
- 25) К БАЗИСНЫМ ПЛАСТМАССАМ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСИТСЯ
1. фторакс
  2. ортосил
  3. карбодент
  4. редонт
- 26) МОДЕЛЬ С БЮГЕЛЬНЫМ ПРОТЕЗОМ ПРИ ЗАМЕНЕ ВОСКА НА БАЗИСНУЮ ПЛАСТМАССУ ГИПСУЮТ В КЮВЕТУ МЕТОДОМ
1. обратным
  2. прямым
  3. косвенным
  4. комбинированным
- 27) ИЗЛИШКИ ПЛАСТМАССЫ В ОБЛАСТИ ПРИЛЕГАНИЯ К ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗУБАМ ПРИ ПРИПАСОВКЕ ПРОТЕЗА МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПРИ ПОМОЩИ
1. копировальной бумаги
  2. воска
  3. химического карандаша
  4. изокола
- 28) ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ВОСКОВОГО БАЗИСА С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ЕГО УКРЕПЛЯЮТ
1. металлической проволокой
  2. быстродействующей пластмассой
  3. гипсовым блоком
  4. увеличением толщины базиса
- 29) ВОСКОВУЮ КОНСТРУКЦИЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ИЗ ВОСКА
1. базисного
  2. липкого
  3. моделировочного
  4. бюгельного
- 30) ВТОРОЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ШРЕДЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. средней степени атрофии альвеолярного отростка, средней глубиной нёба
  2. полным отсутствием альвеолярного отростка, резким уменьшением размеров тела челюсти и альвеолярных бугров, плоским нёбом
  3. хорошо выраженной альвеолярной частью в переднем отделе и резко атрофичной в боковом отделе
  4. высоким альвеолярным отростком, хорошо выраженными альвеолярными буграми, глубоким нёбом
- 31) ТРЕТИЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕЛЛЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. хорошо выраженной альвеолярной частью в переднем отделе и резко атрофированной в боковом отделе
  2. резко атрофированной альвеолярной частью в переднем отделе и хорошо выраженной в боковом отделе
  3. незначительной равномерной атрофией альвеолярной части
  4. полной атрофией альвеолярной части
- 32) КЛАССИФИКАЦИЯ СУППЛЕ ПРЕДЛОЖЕНА ДЛЯ
1. типов слизистой оболочки
  2. функциональных оттисков
  3. слепочных материалов
  4. форм скатов альвеолярных гребней
- 33) ОККЛЮЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ АРТИКУЛЯЦИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ
1. смыканием зубов
  2. всеми перемещениями нижней челюсти
  3. разобщением зубных рядов
  4. широким открыванием рта
- 34) ОДОНТОПАРОДОНТОГРАММА СОДЕРЖИТ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ
1. костной ткани пародонта
  2. капилляров десны
  3. слизистой оболочки полости рта
  4. жевательных мышц
- 35) ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЕТОДА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЛЬПАЦИЕЙ ВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ
1. податливость слизистой оболочки рта
  2. глубину кариозной полости
  3. глубину зубодесневого кармана
  4. глубину погружения края штампованной коронки на опорном зубе
- 36) ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ СОСУДИСТЫМИ ПОЛЯМИ, ПО Е.И. ГАВРИЛОВУ, НАЗЫВАЕТСЯ
1. буферной
  2. фиброзной
  3. железистой
  4. клапанной
- 37) СПОСОБНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ СЖИМАТЬСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ВЕРТИКАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ
1. податливость
  2. ретенция
  3. когезия
  4. адгезия
- 38) СТЕПЕНЬ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА (АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УРОВНЕМ РАСПОЛОЖЕНИЯ ВЕРШИНЫ ГРЕБНЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К
1. переходной складке

2. шейкам естественных зубов
3. окклюзионной поверхности естественных зубов
4. зубам-антагонистам
- 39) ЭСТЕЗИОМЕТР ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
  1. болевой чувствительности слизистой оболочки
  2. податливости слизистой оболочки
  3. подвижности естественных зубов
  4. выносливости пародонта к нагрузке
- 40) ЗОНУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ С НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ ПОДАТЛИВОСТЬЮ (ПО ЛЮНДУ) НАЗЫВАЮТ
  1. центральной фиброзной
  2. жировой
  3. железистой
  4. переходной складкой
- 41) ЦЕНТРАЛЬНАЯ ФИБРОЗНАЯ ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО ЛЮНДУ РАСПОЛАГАЕТСЯ В
  1. срединном костном шве твёрдого нёба
  2. альвеолярном отростке
  3. дистальной трети твёрдого нёба
  4. области нёбных складок
- 42) ЖИРОВАЯ ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (ПО ЛЮНДУ) РАСПОЛАГАЕТСЯ В
  1. передней трети твёрдого нёба
  2. дистальной трети твёрдого нёба
  3. альвеолярном отростке
  4. срединной части твёрдого нёба
- 43) ЖЕЛЕЗИСТАЯ ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (ПО ЛЮНДУ) РАСПОЛАГАЕТСЯ В
  1. дистальной трети твёрдого нёба
  2. срединной части твёрдого нёба
  3. области нёбных складок
  4. альвеолярном отростке
- 44) БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
  1. эстезиометром
  2. гнатодинамометром
  3. электронно-вакуумным аппаратом
  4. реографом
- 45) ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ФИБРОЗНАЯ ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (ПО ЛЮНДУ) РАСПОЛАГАЕТСЯ В
  1. альвеолярном отростке
  2. срединной части твёрдого нёба
  3. дистальной трети твёрдого нёба
  4. области нёбных складок
- 46) ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ ПО ЭНТИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ ЗУБА В НАПРАВЛЕНИИ
  1. вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном
  2. медио-дистальном
  3. вестибуло-оральном и медио-дистальном
  4. вестибуло-оральном
- 47) СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПЕРВОГО КЛАССА ПО СУПЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
  1. умеренно-увлажнённая и податливая (с нормальным порогом болевой чувствительности), бледно-розового цвета



2. избыточно податливая, разрыхлённая, слюна густой консистенции
  3. тонкая, малоподатливая, болезненная при пальпации, слюна жидкой консистенции
  4. складчатая, с «болтающимся» гребнем
- 48) СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ВТОРОГО КЛАССА ПО СУПЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
1. тонкая, малоподатливая, болезненная при пальпации, слюна жидкой консистенции
  2. умеренно увлажнённая и податливая (с нормальным порогом болевой чувствительности), бледно-розового цвета
  3. избыточно податливая, разрыхлённая, слюна густой консистенции
  4. складчатая, с «болтающимся» гребнем
- 49) СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ТРЕТЬЕГО КЛАССА ПО СУПЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
1. избыточно податливая, разрыхлённая, слюна густой консистенции
  2. умеренно увлажнённая и податливая (с нормальным порогом болевой чувствительности), бледно-розового цвета
  3. складчатая, с «болтающимся» гребнем
  4. тонкая, малоподатливая, болезненная при пальпации, слюна жидкой консистенции
- 50) СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ЧЕТВЁРТОГО КЛАССА ПО СУПЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
1. складчатая, с «болтающимся» гребнем
  2. умеренно увлажнённая и податливая (с нормальным порогом болевой чувствительности), бледно-розового цвета
  3. тонкая, малоподатливая, болезненная при пальпации, слюна жидкой консистенции
  4. избыточно податливая, разрыхлённая, слюна густой консистенции
- 51) ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ АТРОФИИ БЕЗЗУБОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И ИСТОНЧЁННОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛУЖИТ ИЗГОТОВЛЕНИЕ ПОЛНОГО СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА
1. пластиночного с мягкой подкладкой
  2. с металлическим базисом
  3. из безмономерного термопластического материала
  4. с двойным зубным рядом
- 52) ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛНЫМИ СЪЁМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТОВ ПРОВОДЯТСЯ
1. не реже 1 раза в год
  2. ежемесячно
  3. не реже 1 раза в 3 месяца
  4. не реже 1 раза в 6 месяцев
- 53) НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ «ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД
1. K08.1
  2. K08.0
  3. K01.1
  4. K01.0
- 54) НОСОГУБНЫЕ СКЛАДКИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПОЛНОЙ УТРАТЕ ЗУБОВ
1. резко выражены
  2. не изменены
  3. асимметричны
  4. сглажены
- 55) ФОРМОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА, НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. отвесная
  2. отлогая
  3. с резко выраженными буграми
  4. с неравномерной атрофией

- 56) АВТОРОМ КЛАССИФИКАЦИИ ЗОН ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Люнд
  2. Келлер
  3. Шредер
  4. Кеннеди
- 57) ВРЕМЕННЫЙ ПОЛНЫЙ СЪЁМНЫЙ ПРОТЕЗ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА
1. полная вторичная адентия
  2. частичная вторичная адентия
  3. частичная первичная адентия
  4. кандидоз полости рта
- 58) РАЗНИЦА ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ И ПРИ СМЫКАНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ (В ММ)
1. 2-4
  2. 0,5-1
  3. 5-6
  4. 7-8
- 59) ПРОТЕТИЧЕСКАЯ ПЛОСКОСТЬ В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ ПАРАЛЛЕЛЬНА ЛИНИИ
1. Камперовской
  2. Франкфуртской
  3. альвеолярного гребня
  4. зрачковой
- 60) ФОРМА ЛИЦА МОЖЕТ БЫТЬ
1. овальная
  2. грушевидная
  3. конусовидная
  4. трапециевидная
- 61) ПЕРВИЧНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЕТ
1. стандартный набор обследования
  2. биохимический анализ крови
  3. общий клинический анализ крови
  4. периотестометрию
- 62) ВЫРАЖЕННОСТЬ НОСОГУБНЫХ СКЛАДОК ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ
1. снижения высоты нижнего отдела лица
  2. хронических заболеваний слизистой оболочки
  3. хронического пульпо-периодонтита
  4. кариеса зуба
- 63) СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ПРИ ХОРОШЕМ ГИГИЕНИЧЕСКОМ УХОДЕ
1. увеличиваются
  2. уменьшаются
  3. не изменяются
  4. уменьшаются прямопропорционально биологическому возрасту
- 64) АДГЕЗИЯ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ УМЕНЬШЕНИИ КОЛИЧЕСТВА СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ
1. снижается
  2. повышается
  3. не изменяется
  4. не зависит от количества смешанной слюны

- 65) МЯГКАЯ ПОДКЛАДКА В ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗАХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕРОНТОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ
1. изготовлении базиса съёмного протеза
  2. определении размера нижнего отдела лица
  3. несъёмном протезировании
  4. снятии анатомических оттисков
- 66) ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБА ПРИ ПРИПАСОВКЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА ВЕРХНИЮ ЧЕЛЮСТЬ
1. всасывание щек
  2. движение языка вправо и влево
  3. облизывание языком верхней губы
  4. выдвигание языка вперед
- 67) ЗАВЫШЕНИЕ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. сглаженность носогубных складок, удивленным выражением лица
  2. щель между передними зубами
  3. разобщение зубных рядов 2-3 мм в положении физиологического покоя
  4. скол режущих краев искусственных зубов в протезе нижней челюсти
- 68) ПРОБЫ ДЛЯ ПРИПАСОВКИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ
1. Гербста
  2. фонетические
  3. жевательные
  4. экспозиционно-провакационные
- 69) ПОДДЕРЖИВАЮЩИМ ФАКТОРОМ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ СЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ И СТРАДАЮЩИХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. плохо отполированные протезы
  2. хорошо отполированные протезы
  3. избыточное содержание мономера
  4. избыточное содержание полимера
- 70) К СИМПТОМАМ ОТОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА ОТНОСЯТ
1. головокружение, ощущение заложенности в ухе, понижение слуха
  2. глухоту, звон в ушах, усиливающийся при наклоне головы в сторону
  3. тошноту, рвоту, общее недомогание
  4. шаткую походку, щёлканье и хруст в височно-нижнечелюстном суставе
- 71) ТРАНСВЕРЗАЛЬНОЙ КРИВОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЛИНИЯ, ПРОВЕДЁННАЯ ПО
1. жевательным буграм правых и левых зубов
  2. режущим краям фронтальных зубов и щёчным буграм премоляров и моляров
  3. козелку уха до угла крыла носа
  4. проекции верхушек корней зубов
- 72) ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТТИСКА ПРИМЕНЯЮТ СЛЕПОЧНУЮ ЛОЖКУ
1. индивидуальную из жёсткой пластмассы
  2. стандартную из металла, гладкую
  3. стандартную пластмассовую с краями, уточнёнными воском
  4. стандартную из пластмассы, перфорированную
- 73) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИМЕНЯЮТ ВОСК
1. базисный
  2. моделировочный
  3. липкий
  4. бюгельный
- 74) ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ УЛУЧШЕНИЮ ФИКСАЦИИ ПРОТЕЗОВ НА БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЯХ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. адгезия
  2. плоская форма альвеолярного гребня
  3. наличие выраженных уздечек и тяжей
  4. выраженный торус
- 75) РАБОЧЕЙ СТОРОНОЙ НАЗЫВАЮТ СТОРОНУ
1. в которую произошло смещение нижней челюсти
  2. противоположную стороне смещения нижней челюсти
  3. где возникают преждевременные контакты зубов
  4. где не возникают преждевременные контакты зубов
- 76) ПОДВИЖНАЯ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА РТА РАСПОЛАГАЕТСЯ В ОБЛАСТИ
1. щёк, губ, дна полости рта
  2. срединного нёбного шва
  3. альвеолярного отростка
  4. заднего отдела твёрдого нёба
- 77) В КЛАССИФИКАЦИИ ПО СУППЛЕ ВЫДЕЛЯЮТ \_\_\_\_ КЛАССА/КЛАССОВ ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖЕ
1. 4
  2. 3
  3. 6
  4. 2
- 78) ЕСЛИ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕВА СМЕЩЕНА ВНИЗ И ВПЕРЁД, СПРАВА НЕЗНАЧИТЕЛЬНО СМЕЩЕНА ВВЕРХ, НАЗАД И ПОВЁРНУТА ВОКРУГ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ОСИ, ТО ЭТО ЯВЛЯЕТСЯ СУСТАВНЫМ ПРИЗНАКОМ \_\_\_\_\_ ОККЛЮЗИИ
1. боковой правой
  2. центральной
  3. передней
  4. боковой левой
- 79) К ПРИЗНАКАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЦЕНТРАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИЮ, ОТНОСЯТ
1. зубные
  2. лицевые
  3. язычные
  4. глотательные
- 80) СТЕПЕНЬ ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ (В ММ)
1. 0,5-2,0
  2. 0,01-0,1
  3. 2,5-4,5
  4. 0,01-0,2
- 81) ЭСТЕЗИОМЕТР ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
1. болевой чувствительности слизистой оболочки
  2. податливости слизистой оболочки
  3. подвижности зубов
  4. выносливости пародонта к жевательной нагрузке
- 82) К МЕТОДАМ ФИКСАЦИИ ПОЛНЫХ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСЯТ
1. биомеханические
  2. физиологические
  3. антропометрические
  4. химические
- 83) К МЕТОДАМ ФИКСАЦИИ ПОЛНЫХ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСЯТ
1. физико-биологические
  2. антропометрические
  3. биологические

4. химические
- 84) КОРРЕКЦИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ В УЧАСТКЕ МЕЖДУ КЛЫКАМИ ПРИ
  1. вытягивании губ трубочкой
  2. открывании рта
  3. втягивании щёк
  4. произношении звука «а»
- 85) НЕДОСТАТКОМ МЕТОДИКИ ГЕРБСТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ УЧЁТА
  1. степени атрофии костной основы протезного ложа
  2. состояния височно-нижнечелюстного сустава
  3. индивидуальных анатомических особенностей полости рта
  4. гигиены полости рта
- 86) ДЛЯ БОЛЕЕ ТОЧНОГО ФОРМИРОВАНИЯ ПРОТЕТИЧЕСКОЙ ПЛОСКОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
  1. аппарат Ларина
  2. метод Паркера
  3. аппарат Самсон
  4. артикулятор
- 87) ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ЛИНИЕЙ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ЗУБОВ, КОТОРУЮ НАНОСЯТ НА ПЕРЕДНЮЮ ПОВЕРХНОСТЬ ПРИКУСНОГО ВАЛИКА, ЯВЛЯЕТСЯ
  1. срединная линия
  2. линия смыкания валиков
  3. линия первых моляров
  4. условный размер искусственных зубов

**Эталон ответов (правильный ответ) в итоговом тесте под № 1**

### **3.Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя экзамен**

**Вопросы экзамена(ОПК-11; ПК-5;ПК-8;ПК-9):**

#### **Организационные вопросы**

1. Оборудование, оснащение и инструментарий кабинета ортопедической стоматологии и зуботехнической лаборатории.
2. Организация рабочего места врача стоматолога-ортопеда.
3. Санитарно-гигиенические нормативы врачебного кабинета и зуботехнической лаборатории
4. Техника безопасности при работе в ортопедическом отделении, кабинете, зуботехнической лаборатории.
5. Гигиена труда врача стоматолога-ортопеда.
6. Пути распространения инфекции в ортопедическом отделении. Профилактика СПИДа и гепатита В на ортопедическом приеме.
7. Обеспечение эпидемиологической безопасности на стоматологическом приеме.
8. Дезинфекция и стерилизация инструментов, оттисков, зубных протезов на этапах изготовления.
9. Дезинфекция оттисков из различных материалов и протезов на этапах изготовления: актуальность, методика, режим. Документальное обоснование.

#### **Анатомия**

1. Анатомия и физиология челюстно-лицевой системы.
2. Функциональная анатомия нижней челюсти
3. Функциональная анатомия верхней челюсти. Контрфорсы верхней челюсти.
4. Окклюзионная поверхность зубных рядов. Окклюзионные кривые и их функциональное значение.
5. Биомеханика нижней челюсти. Сагиттальные движения нижней челюсти.
6. Сагиттальный резцовый и суставной пути, их характеристика.
7. Биомеханика нижней челюсти. Трансверзальные движения нижней челюсти.
8. Трансверзальный резцовый и суставной пути, их характеристика.
9. Артикуляция и окклюзия зубных рядов. Виды окклюзий, их характеристики.

10. Прикус, его физиологические и патологические разновидности.
11. Морфологическая характеристика ортогнатического прикуса.
12. Строение слизистой оболочки полости рта.
13. Понятие о податливости и подвижности слизистой оболочки.
14. Височно-нижнечелюстной сустав. Строение, возрастные особенности. Движения в суставе.

#### **Обследование пациентов в клинике ортопедической стоматологии. Подготовка полости рта к протезированию**

1. Обследование больного в клинике ортопедической стоматологии.
2. Особенности региональной патологии зубочелюстной системы жителей европейского Севера.
3. Документация отделения ортопедической стоматологии.
4. Схема истории болезни ортопедического стоматологического больного.
5. Субъективные и объективные методы обследования
6. Статические и функциональные методы определения жевательной эффективности. Их значение.
7. Диагноз в клинике ортопедической стоматологии, его структура и значение для планирования лечения.
8. Специальные терапевтические и хирургические мероприятия при подготовке полости рта к протезированию.

#### **Материаловедение и технология изготовления зубных протезов**

1. Классификация материалов, применяемых в ортопедической стоматологии.
2. Конструкционные и вспомогательные материалы.
3. Термопластические оттискные материалы: состав, свойства, клинические показания к применению.
4. Твердые (кристаллизующиеся) оттискные материалы: состав, свойства, показания к применению.
5. Характеристика гипса как оттискного материала: состав, свойства, показания к применению.
6. Силиконовые оттискные материалы (А- и К-эластомеры): состав, свойства, показания к применению.
7. Эластические оттискные материалы на основе солей альгиновой кислоты: состав, свойства, показания к применению.
8. Методика получения гипсовой модели по оттискам из гипса,
9. Методика получения гипсовой модели по оттискам из эластических масс.  
Методика получения гипсовой модели по оттискам из термопластических оттискных масс.
10. Пластмассы горячего отверждения для изготовления зубных протезов: химический состав, характеристика физико-механических свойств, показания к применению.
11. Технология пластмасс горячего отверждения: стадии созревания, механизм и режим полимеризации пластических материалов для изготовления зубных протезов.
12. Быстротвердеющие пластмассы: химический состав, характеристика основных свойств. Особенности реакции полимеризации. Показания к применению.
13. Дефекты пластмасс, возникающие при нарушениях режима полимеризации. Пористость: виды, причины и механизм возникновения, способы предупреждения.
14. Изменения свойств пластмасс при нарушениях технологии их применения: усадка, пористость, внутренние напряжения, остаточный мономер.
15. Моделировочные материалы (воски и восковые композиции): состав, свойства, применение.
16. Сравнительная характеристика пластмассовых и фарфоровых искусственных зубов.
17. Починка протеза из пластмассы с добавлением зуба или кламмера,

#### **Клинико-лабораторные этапы протезирования полными съёмными пластиночными протезами**

1. Клиника полного отсутствия зубов.
2. Характеристика тканей протезного ложа беззубых челюстей.
3. Классификации беззубых челюстей (Шредера, Келлера, Оксмана).
4. Оценка состояния слизистой оболочки протезного ложа (классификация слизистой по Суппле).
5. Методы фиксации полных съёмных пластиночных протезов. Понятие «клапанная зона».
6. Клинико-лабораторные этапы изготовления полных съёмных пластиночных протезов.
7. Оттиски, их классификация. Оттискные ложки, правила подбора оттискных ложек. Методика получения анатомического оттиска с верхней челюсти гипсом.
8. Методика получения анатомического гипсового оттиска с нижней челюсти.
9. Оценка качества оттисков.

10. Получение анатомических оттисков эластическими, термопластическими оттискными массами.
11. Индивидуальные ложки: методы изготовления.
12. Методика припасовки индивидуальной ложки на верхнюю челюсть.
13. Техника получения функционального оттиска на верхнюю челюсть с формированием краев по Гербсту.
14. Методика припасовки индивидуальной ложки на нижнюю челюсть. Техника получения функционального оттиска с формированием краев по Гербсту.
15. Функциональные оттиски. Способы получения функциональных оттисков, выбор оттискных материалов.
16. Определение центрального соотношения беззубых челюстей.
17. Использование жестких базисов при определении центрального соотношения.
18. Ошибки при определении центрального соотношения челюстей у пациентов с полным отсутствием зубов. Причины, методы устранения.
19. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти.
20. Постановка искусственных зубов в полных съемных протезах.
21. Антропометрические ориентиры и клинические методы определения положения, формы и величины искусственных зубов.
22. Особенности постановки искусственных зубов в полных съемных пластиночных протезах при прогнатическом и прогеническом соотношении беззубых челюстей.
23. Проверка конструкции полных съемных пластиночных протезов: возможные ошибки, их причины, методы исправления.
24. Объемное моделирование.
25. Компрессионное прессование пластмасс при изготовлении съемных протезов.
26. Способы гипсовки восковых композиций протезов в кюветы. Их сравнительная характеристика.
27. Сравнительная характеристика компрессионного и литьевого прессования пластмасс при изготовлении полных съемных протезов.
28. Припасовка и наложение полных съемных протезов. Рекомендации. Возможные осложнения при пользовании протезами и методы их устранения.
29. Физиологические механизмы привыкания к съемным протезам.
30. Коррекция протезов.
31. Влияние пластиночных протезов на ткани протезного ложа (побочное, травматическое, токсическое, аллергическое). Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
32. Причины переломов базисов съемных протезов.
33. Методы починок.
34. Методика проведения этапа уточнения рельефа протезного ложа клиническим способом.
35. Методика проведения этапа уточнения рельефа протезного ложа лабораторным способом.
36. Анатомо-топографические особенности строения верхней и нижней челюстей при полной потере естественных зубов.
37. Проверка конструкции протеза. Возможные ошибки, выявленные при проверке центрального соотношения челюстей, их признаки и методы устранения.
38. Артикуляторы, их устройство, назначение и использование.
39. Клиническая оценка состояния слизистой оболочки полости рта при полном отсутствии зубов (Суппле, Люнд).
40. Реакция тканей протезного ложа на полные съемные протезы.
41. Асептика и антисептика на ортопедическом стоматологическом приеме.
42. Реставрация (реконструкция) съемных пластиночных протезов (трещина, перелом базиса, добавление искусственных зубов, кламмеров).

### **3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине**

1. Оборудование, оснащение и инструментарий кабинета ортопедической стоматологии и зуботехнической лаборатории. Организация рабочего места врача стоматолога-ортопеда.
2. Санитарно-гигиенические нормативы врачебного кабинета и зуботехнической лаборатории.
3. Обеспечение эпидемиологической безопасности на стоматологическом приеме. Дезинфекция и стерилизация инструментов, оттисков, зубных протезов на этапах изготовления.
4. Оклюзионная поверхность зубных рядов. Оклюзионные кривые и их функциональное значение.
5. Артикуляция и окклюзия зубных рядов. Виды окклюзий, их характеристики.

6. Прикус, его физиологические и патологические разновидности. Морфологическая характеристика ортогнатического прикуса.
7. Строение слизистой оболочки полости рта. Понятие о податливости и подвижности слизистой оболочки.
8. Височно-нижнечелюстной сустав. Строение, возрастные особенности. Движения в суставе.
9. Обследование больного в клинике ортопедической стоматологии с полным отсутствием зубов.
10. Специальные терапевтические и хирургические мероприятия при подготовке полости рта к протезированию.
11. Классификация материалов, применяемых в ортопедической стоматологии. Конструкционные и вспомогательные материалы.
12. Эластические оттисковые материалы на основе солей альгиновой кислоты: состав, свойства, показания к применению.
13. Технология пластмасс горячего отверждения: стадии созревания, механизм и режим полимеризации пластических материалов для изготовления зубных протезов.
14. Быстротвердеющие пластмассы: химический состав, характеристика основных свойств. Особенности реакции полимеризации. Показания к применению.
15. Дефекты пластмасс, возникающие при нарушениях режима полимеризации. Изменения свойств пластмасс при нарушениях технологии их применения: усадка, пористость, внутренние напряжения, остаточный мономер.
16. Сравнительная характеристика пластмассовых и фарфоровых искусственных зубов. Показания к применению. Правила подбора и постановки искусственных зубов в полных съемных пластиночных протезах.
17. Клиника полного отсутствия зубов. Характеристика тканей протезного ложа беззубых челюстей. Классификации беззубых челюстей (Шредера, Келлера, Оксмана).
18. Оценка состояния слизистой оболочки протезного ложа (классификация слизистой по Суппле).
19. Методы фиксации полных съемных пластиночных протезов. Понятие «клапанная зона».
20. Клинико-лабораторные этапы изготовления полных съемных пластиночных протезов.
21. Оттиски, их классификация. Оттисковые ложки, правила подбора оттисковых ложек. Методика получения анатомических оттисков с верхней и нижней челюсти. Оценка качества оттисков.
22. Индивидуальные ложки: методы изготовления. Методика припасовки индивидуальной ложки на верхнюю и нижнюю челюсть. Техника получения функционального оттиска с формированием краев по Гербсту.
23. Определение центрального соотношения беззубых челюстей.
24. Ошибки при определении центрального соотношения челюстей у пациентов с полным отсутствием зубов. Причины, методы устранения.
25. Постановка искусственных зубов в полных съемных протезах. Антропометрические ориентиры и клинические методы определения положения, формы и величины искусственных зубов.
26. Особенности постановки искусственных зубов в полных съемных пластиночных протезах при прогнатическом и прогеническом соотношении беззубых челюстей.
27. Проверка конструкции полных съемных пластиночных протезов: возможные ошибки, их причины, методы исправления.
28. Припасовка и наложение полных съемных протезов. Возможные осложнения при пользовании протезами и методы их устранения. Физиологические механизмы привыкания к съемным протезам. Коррекция протезов.
29. Влияние пластиночных протезов на ткани протезного ложа (побочное, травматическое, токсическое, аллергическое). Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
30. Причины переломов базисов съемных протезов. Методы починок. Методика проведения этапа уточнения рельефа протезного ложа ускоренным и лабораторным способами.

**4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.**

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.



4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-11	готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	<b>Знать:</b> Знать основные медицинские изделия, применяемые в общеклинической практике, правила их использования	Отсутствие знаний основных медицинских изделий, применяемых в общеклинической практике, правил их использования	Фрагментарные знания основных медицинских изделий, применяемых в общеклинической практике, правил их использования	Общие, но не структурированные знания основных медицинских изделий, применяемых в общеклинической практике, правил их использования	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных медицинских изделий, применяемых в общеклинической практике, правил их использования	Сформированные систематические знания основных медицинских изделий, применяемых в общеклинической практике, правил их использования
		<b>Уметь:</b> Применять медицинские изделия при решении профессиональных задач	Отсутствие умений применять медицинские изделия при решении профессиональных задач	Частично освоенные умения применять медицинские изделия при решении профессиональных задач	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения применять медицинские изделия при решении профессиональных задач	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения применять медицинские изделия при решении профессиональных задач	Сформированное умение применять медицинские изделия при решении профессиональных задач



<p><b>ПК-5</b></p>	<p><b>готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания</b></p>	<p><b>Знать:</b>  понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципы классификации стоматологических заболеваний; функциональное состояние челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>Отсутствие знаний понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>Фрагментарные знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>Общие, но не структурированные знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных</p>	<p>Сформированные систематические знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>
--------------------	---	--	--	---	--	--	--

						механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	
		<p><b>Уметь:</b> Проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Отсутствие умений проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Частично освоенные умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Сформированное умение проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>



ПК-8	способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями	<b>Знать:</b> особенности течения и возможные осложнения при различной стоматологической патологии	Отсутствие знаний особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	Фрагментарные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	Общие, но не структурированные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	Сформированные систематические знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии
		<b>Уметь:</b> Исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Отсутствие умений исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Частично освоенные умения исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Сформированное умение исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов
		<b>Владеть:</b> Навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными	Отсутствие навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными	Фрагментарное применение навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с	В целом успешное, но не систематическое и проявляемое владение навыками	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки	Успешное и систематически применяемые навыки составления индивидуальной тактики ведения

		стоматологическим и заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	составления индивидуально й тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины
--	--	---	--	---	---	--	---

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
<b>ПК-9</b>	<b>готовностью к ведению лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара</b>	<b>Знать:</b> Особенности медицинской помощи пациентам со стоматологическим и заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	Отсутствие знаний особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	Фрагментарные знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	Общие, но не структурированные знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями	Сформированные систематические знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного

					дневного стационара	ми в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	стационара
		<b>Уметь:</b> Диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Отсутствие умений диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Частично освоенные умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Сформированное умение диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара
		<b>Владеть:</b> Алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическим	Отсутствие навыков владения алгоритмами ведения и лечения	Фрагментарное применение навыков владения алгоритмами ведения и	В целом успешное, но не систематическое и проявляемое владение	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы	Успешное и систематически применяемые навыки владения алгоритмами ведения и лечения



		и заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины	пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	навыки владения алгоритмам и ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.
--	--	---	--	--	--	---	--

## 4.2. Шкала, и процедура оценивания

### 4.3.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	Традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	Преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.

### 4.3.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

#### Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

#### Для стандартизированного тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

#### Для оценки доклада/ устных реферативных сообщений:

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

#### Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

#### **Для разбора тематического больного:**

**Отлично** – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

**Хорошо** – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Удовлетворительно** – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Неудовлетворительно** – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

#### **Для курации больного**

**Отлично**- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

**Хорошо** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

**Удовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

**Неудовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

#### **Для разбора истории болезни**

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

#### **4.3.Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации**

**Критерии оценки экзамена (в соответствии с п.4.1):**

Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций, отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.

Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.