

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра стоматологии №2**

Оценочные материалы  
по дисциплине **Стоматология ортопедическая**

Специальность 31.08.75 Стоматология ортопедическая

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)	
готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);	
готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-5);	
готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6);	
готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи (ПК-7)	
готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10)	

### 1. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)	Задания закрытого типа	<p>1.К терминальным состояниям относится</p> <p>1) кома 2) предагония 3) коллапс <b>4) шок</b></p> <p>2.Пространство, заключенное между нижней поверхностью языка, дном полости рта, альвеолярными гребнями и альвеолярной частью нижней челюсти – это позадиальвеолярная область <b>подъязычная область</b></p>

		<p>позадимолярная область</p> <p>3. Область, ограниченная сверху – передней небной дужкой, снизу – дном полости рта, снаружи – телом нижней челюсти, изнутри – боковой поверхностью языка – это позадимолярная область подъязычная область <b>позадиальвеолярная область</b></p> <p>4. Область, ограниченная медиально и латерально наружным косым и челюстно-подъязычным гребнями – это <b>позадимолярная область</b> подъязычная область позадиальвеолярная область</p> <p>5. При полной потере зубов суставная ямка височной кости <b>уплощается</b> углубляется деформируется</p> <p>6. Если причиной полной потери зубов был пародонтит, то атрофические процессы в челюстных костях протекают <b>быстрее</b> медленнее длительнее</p> <p>7. Расположение плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке следующее а) плечи расположены на уровне кортикальной пластинки б) выше кортикальной пластинки в) ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм г) выше кортикальной пластинки на 2-3 мм д) в зависимости о состояния кости</p> <p>8. Проходить регулярный контроль больному, получившему лечение с помощью имплантации а) не требуется б) в зависимости от желания пациента в) требуется в течение первого года г) требуется проводить регулярный контроль д) требуется в течение первых шести месяцев</p> <p>9. Субпериостальная имплантация показана а) если включенный дефект небольшой протяженности с резко выраженной атрофией альвеолярного отростка б) если концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным альвеолярным отростком в) при полном отсутствии зубов на челюсти со значительной атрофией альвеолярного гребня г) при утрате одного зуба с резкой атрофией альвеолярного гребня д) при утрате всех фронтальных зубов с хорошо сохранившимся альвеолярным отростком</p> <p>10. При использовании субпериостальной имплантации необходимо изготовление индивидуальной ложки в следующих случаях а) применение индивидуальной ложки обязательно</p>
--	--	--

		<p>б) необходимо применять в каждом случае  в) только при использовании полного субпериостального имплантата  г) в зависимости от анатомических условий  д) нет указаний</p> <p>11. Влияет ли пульпа на цвет зуба?  <b>а) да; б) нет; в) незначительно.</b></p> <p>12. Перечислите эстетические свойства зуба?  а) цвет; б) блеск; <b>в) флуоресценция;</b>  г) матовость.</p> <p>13. Назовите боры для некротомии?  <b>а) твердосплавные шаровидные;</b>  б) алмазные шаровидные;  в) обратноконусовидные.</p> <p>14. Назовите боры для создания скоса эмали:  а) торпедобразные;  <b>б) конусовидные;</b>  в) шаровидные.</p> <p>15. Назовите боры для шлифования и полирования реставраций?  а) боры овальной формы;  б) грушевидные;  <b>в) цилиндрические.</b></p> <p>16. Что входит в состав наборов для эстетической реставрации?  а) алмазные боры;  б) твердосплавные боры;  <b>в) финиры, полиры</b></p> <p>17. Местные средства фторидпрофилактики применять в районах с содержанием фторида в питьевой воде более 1,5 мг/л:  <b>1. нельзя;</b>  2. можно у детей до 12 лет;  3. можно в сочетании с системными средствами;  4. можно при неудовлетворительной гигиене полости рта у пациента;  5. можно при высокой интенсивности кариеса у пациента.</p> <p>18. Силанты — это материалы для:  1. пломбирования кариозных полостей;  2. пломбирования корневых каналов;  <b>3. герметизации фиссур;</b>  4. изолирующих прокладок;  5. лечебных прокладок.</p> <p>19. Абсолютным противопоказанием к проведению метода герметизации фиссур является:  1. плохая гигиена полости рта;  2. узкие и глубокие фиссуры;  3. неполное прорезывание коронки зуба;  <b>4. средний или глубокий кариес;</b>  5. повышенное содержание фторида в питьевой воде.</p> <p>20. Гигиенические мероприятия, необходимые перед проведением метода герметизации фиссур:</p>
--	--	---

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. определение гигиенического состояния полости рта;</li> <li>2. полоскание полости рта водой;</li> <li><b>3. очищение жевательной поверхности зуба с помощью вращающейся щеточки и полировочной пасты;</b></li> <li>4. очищение контактных поверхностей зубов флоссами;</li> <li>5. обучение пациента чистке зубов на моделях.</li> </ol> <p>21. Методом витального окрашивания выявляется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. эрозия эмали;</li> <li>2. клиновидный дефект;</li> <li><b>3. кариес в стадии белого пятна;</b></li> <li>4. пятнистая форма гипоплазии эмали.</li> </ol> <p>22. Индекс, применяемый для выявления кариесогенной ситуации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Федорова-Водкиной;</li> <li>2. Грина-Вермильона;</li> <li>3. РНР;</li> <li>4. КПУ;</li> <li><b>5. ТЭР-тест.</b></li> </ol> <p>23. Наибольшая минерализация эмали отмечается в ее слое:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. глубококом;</li> <li>2. поверхностном;</li> <li><b>3. срединном;</b></li> <li>4. верхнем.</li> </ol> <p>24. Вид апатита, из которого в основном состоит эмаль:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. карбонатит;</li> <li><b>2. гидроксиапатит;</b></li> <li>3. хлорапатит;</li> <li>4. фторапатит.</li> </ol> <p>25. Наиболее эффективные варианты применения ремсредств:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. аппликации растворов;</li> <li><b>2. аппликации гелей;</b></li> <li>3. полоскания растворами;</li> <li>4. аппликации пастами.</li> </ol>
	<p>Задания открытого типа</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Больная А., 45 лет, обратилась с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти и эстетический недостаток, который ее очень смущает. Объективно: зубная формула - 12, 11, 21, 22, 23. Зубы интактные, коронки низкие. Планируется изготовить съемный пластиночный протез с кламерной фиксацией. Какие кламера лучше применить? * Дентоальвеолярные</li> <li>2. Больная Л., 45 лет, жалуется на металлический привкус во рту, ощущение кислого, нарушение вкуса, изжогу в языке, гипосаливация. Объективно: на верхней челюсти на 15, 16 зубах коронки из драгоценного металла желтого цвета. На нижней челюсти - пластиночный протез с кламерной фиксацией на 34,45 зубах. Слизистая оболочка ротовой полости без видимых патологических изменений. Боковые поверхности языка гиперемированы, несколько отечны. Какой диагноз у данной больной? * Гальваноз</li> </ol>

		<p>3. Больная М., 42 года жалуется на затрудненное пережевывание пищи, боль и подвижность зубов нижней челюсти. Объективно: 16, 13, 12, 11, 22, 23, 26, 27, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45. Мостовидные металлопластиковые акриловые протезы фиксированные на 16, 13, 23, 26, 27 зубах. 41, 31 зубы - III степень подвижности, 42 и 32 - II степень. Веерообразные различия зубов н / щ во фронтальном участке. Планируется изготовление имедиат-протеза на нижнюю челюсть. Какие мероприятия целесообразно выполнить на II клиническом этапе изготовления?</p> <p>* Припасовки пластмассового базиса в полости рта, снятия оттиска.</p> <p>4. Больная М., 52 лет, жалуется на отсутствие зубов, эстетический дефект. Объективно: на верхней челюсти имеются 23 и 13 зубы, значительная атрофия альвеолярного отростка, коронки зубов низкие. Что следует применить?</p> <p>* Восстановительные коронки на 23 и 13 зубы и частичный съемный протез</p> <p>5. Больная С., 45 лет, жалуется на ухудшение фиксации и частые поломки частичного съемных пластиночных протезов на нижнюю челюсть, которым пользуется 5 лет. Объективно: ячеистая часть в беззубых участках значительно атрофирована, протез балансирует. Какая наиболее вероятная причина ухудшения фиксации и частых поломок протеза?</p> <p>* Атрофия воротниковой части, стирания искусственных зубов</p> <p>6. Больная, 62 лет жалуется на затрудненное употребление пищи в связи с травмированием слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти в течение 2-х дней. Объективно: на уровне переходной складки 34 из языковой стороны декубитальная язва, размером 2х3 мм, с гладкими краями розового цвета. Какой диагноз наиболее вероятен?</p> <p>* Травматический стоматит</p> <p>7. Больной 45 лет, по специальности преподаватель, обратился за советом к ортопеду-стоматологу, с целью выбора рационального протезирования. Об-но: зубы 12, 11, 21, 22 имеют 3 степень подвижности. Которая ортопедическая помощь целесообразная?</p> <p>* Непосредственного протезирования</p> <p>8. Больной Д., 73 лет, жалуется на невозможность пережевывания пищи. Ранее изготовленный частичный съемный протез не соответствовал условиям ротовой полости в связи с удалением 3 зубов во фронтальном участке. Объективно: остался лишь 21 зуб с подвижностью 2 ст. Небо плоское, воротниковой отросток, верхнечелюстные бугры значительно атрофированы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, атрофирована. Какова тактика врача в данном случае?</p> <p>* Удалить 21 зуб, изготовить полный съемный протез на верхнюю челюсть</p>
--	--	--

		<p>9. Больной обратился к врачу-стоматологу с жалобами на плохую фиксацию частичных пластиночных протезов на верхней челюсти, на его балансировки во время еды. При осмотре зубного протеза недостатков со стороны постановки зубов не выявлено. Какова причина этого явления? * Не была изолирована с помощью фольги или лейкопластыря зона небного шва, был получен некачественный отпечаток</p> <p>10. Больной обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль при использовании частичным пластиночным протезом. При осмотре: слизистая оболочка переходной складки в зоне верхних моляров слева резко гиперемирована. Протез был зафиксирован 2 дня назад. Какова причина этого явления? * Расширена граница базиса</p> <p>11. У пациента при проверке конструкции протезов в полости рта установлено, что имеется контакт только во фронтальном участке и просвет между боковыми зубами. Нижняя треть лица не увеличена. При проверке плотности смыкания боковых зубов шпателем появляется щель. Какая допущена ошибка? Тактика врача по ее устранению.</p> <p>12. Пациентка 60 лет обратилась с жалобами на невозможность жевания, боли в жевательных мышцах и височно-нижнечелюстных суставах. Боль проявляется при пользовании полными съемными протезами. Протезы изготовлены месяц назад. Нижняя треть лица увеличена. При улыбке обнажается базис съемного протеза на верхней челюсти. При открывании рта, фронтальные зубы выступают на 4-5 мм из-под верхней губы. Дикция нарушена. Полные съемные протезы были изготовлены без проведения клинического этапа проверки конструкции восковой репродукции полных съемных протезов. Какая допущена ошибка при изготовлении полных съемных протезов? На каком этапе изготовления? Как устранить ошибку у данного больного?</p> <p>13. При припасовке и наложении полных съемных протезов наблюдается уменьшение нижней трети лица, выраженность носогубных складок, углы рта опущены. При проведении разговорной пробы отмечается расстояние между зубами верхней и нижней челюстью равной 8-9 мм. Какая допущена ошибка при протезировании? На каком этапе изготовления протезов? Как устранить ошибку у данного пациента?</p> <p>14. Пациент пользуется полными съемными протезами в течение 3 дней. Жалобы на плохую фиксацию протеза верхней челюсти при приеме пищи и разговоре. При осмотре полости рта границы протеза охватывают альвеолярные бугры, располагаются в пределах переходной складки. По задней границе твердого неба отчетливо видны слепые ямки. В чем причина неудовлетворительной фиксации протеза верхней челюсти? Как устранить ошибку?</p> <p>15. Пациент 40-ка лет обратился с жалобами на эстетический недостаток. При обследовании полости рта установлено: зубы 12, 11, 21, 22 стёрты на половину высоты коронки. Зондирование стертых поверхностей коронок зубов несколько</p>
--	--	---

болезненно, зуб 11 изменен в цвете. На рентгенограмме в области верхушки зуба 11 определяется очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими контурами около 2мм в диаметре. Поставьте диагноз. Оцените клиническую ситуацию.

16. Пациентка 35 лет обратилась в клинику с жалобами на эстетический недостаток, гиперестезию твердых тканей зубов от химических, термических, механических раздражителей в области всех зубов. Из анамнеза: пациентка отмечает ночное скрежетание зубами на протяжении более 10 лет. Объективно: отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм, движения в суставе безболезненные, но при открывании рта слышен хруст. Зубы верхней и нижней челюстей стертые на 1/2 высоты коронки, зубные ряды интактны. Поставьте диагноз. Оцените клиническую ситуацию.

17. Пациентка 65 лет, обратилась в клинику с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи. Со слов пациентки боковые зубы удалены около 6 лет назад, ортопедическое лечение не проводилось. Объективно: отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм, движения в суставе безболезненные, свободные, лицо симметричное. Зубная формула:

0	0	0	3	П	П	3	3	3	3	3	0	0	П	П	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	33	36	37	38
0	0	0	0	П	3	3	3	3	3	3	П	0	0	0	0

Фронтальные зубы верхней и нижней челюстей стертые на 1/3 высоты коронок, зубы 26, 27 зубоальвеолярное удлинение. Признаков патологии периодонта нет. Укажите причину патологической стертости зубов. Поставьте диагноз.

18. Во время припасовки пластмассовой каппы, при лечении локализованной формы патологической стираемости фронтального отдела верхнего зубного ряда, у пациента в полости рта выявляется вертикальная щель между жевательными зубами около 5-6мм. Определите тактику врача?

19. Пациент 37-ми лет при обращении предъявлял жалобы на стертость зубов, на болезненность от различного рода раздражителей. При обследовании установлено, что зубы 12, 11, 21, 22 стертые на 1/2 высоты коронок, зубные ряды верхней и нижней челюсти интактны. Пациенту были изготовлены каппы и проводилось динамическое наблюдение. Повторно обратился через 3 месяца. После снятия каппы, при осмотре полости рта определяется вертикальная щель между фронтальными зубами верхней и нижней челюсти более 4 мм во время смыкания челюстей в положении центральной окклюзии. Оцените клиническую ситуацию. Врачебная тактика?

20. Через 2 недели после наложения и фиксации пластмассовой каппы в области фронтальных зубов верхней челюсти пациент обратился с жалобами на выраженную кровоточивость десневого края. При обследовании полости рта выявляется гиперемия и отечность слизистой оболочки в области каппы, отмечается выраженная кровоточивость при зондировании



		<p>десневого края. Край пластмассовой каппы нависает, в области опорных зубов на 1,5 мм расположен субгингивально. Какая была допущена ошибка? Дальнейшая тактика?</p> <p>21. Пациентка А., 38 лет обратилась в клинику с жалобами на болезненность от химических и температурных раздражителей в области зубов 25, 26, 27. Со слов пациентки около 1 года назад на нижней челюсти слева был изготовлен металлокерамический мостовидный протез с опорой на зубы 35 и 37. Сразу после фиксации мостовидного протеза пациентка ощущала дискомфорт при смыкании зубов и преждевременные контакты на мостовидном протезе, которые со временем исчезли. Объективно: зубы 25, 26, 27 стертые на 1/3 высоты коронки, определяется деформация окклюзионной плоскости. Укажите причину локализованной стираемости, поставьте диагноз. Врачебная тактика.</p> <p>22. При обследовании полости рта у больного Д. было отмечено наличие подвижных тяжей слизистой оболочки, расположенных продольно альвеолярного гребня и легко смещающихся, при незначительном прикосновении. Проведите оценку состояния слизистой оболочки протезного ложа на основе классификации Суппли.</p> <p>23. Пациент Х. 68 лет, месяц назад был протезирован полными съемными протезами на обеих челюстях. В настоящее время обратился с жалобами на появление боли под базисом в области зуба 25. При осмотре слизистой оболочки определяется выступающий корень зуба 25 отечная, гиперемированная слизистая оболочка. Укажите допущенную ошибку при обследовании пациента и составлении плана лечения.</p> <p>24. У пациента А. при обследовании полости рта была отмечена следующая клиническая картина: альвеолярный отросток нижней челюсти полностью атрофирован в области фронтальных зубов, ложе для протеза в этой области почти отсутствует. Альвеолярный отросток в области жевательных зубов хорошо выражен. Укажите тип беззубой нижней челюсти по классификации Курляндского и Келлера.</p> <p>25. У пациента Б. при обследовании полости рта была отмечена следующая картина: хорошо выраженный альвеолярный отросток с переходной складкой расположенной далеко от гребня альвеолярного отростка, т.е. альвеолярный отросток выступает над уровнем места прикрепления мышц с обеих сторон. Укажите тип беззубой нижней челюсти по классификации Курляндского.</p> <p>26. У пациента В. при обследовании полости рта было отмечено: высокий альвеолярный отросток, равномерно покрытый плотной слизистой оболочкой, хорошо выраженные бугры верхней челюсти. Глубокое небо. Торус не резко выражен. Укажите тип беззубой верхней челюсти по Шредеру.</p> <p>27. При обследовании полости рта у пациента М. было отмечено полное отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти, значительная атрофия бугров верхней челюсти, плоское небо и низко расположенные клапанные зоны. Укажите тип беззубой верхней челюсти по Шредеру.</p> <p>28. У пациентки А. при объективном обследовании полости рта была отмечена следующая картина: равномерная резкая</p>
--	--	---

		<p>атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти, подвижная слизистая оболочка прикреплена почти на уровне гребня альвеолярного отростка. Укажите тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера.</p> <p>29. Пациент Е., 63 лет обратился в клинику с целью протезирования. При обследовании полости рта выявлено полное отсутствие зубов на обеих челюстях. При осмотре альвеолярного отростка нижней челюсти установлено, что альвеолярный отросток полностью атрофирован, уздечки нижней губы и языка сближены, боковые уздечки прикрепляются посредине тела челюсти. Переходная складка не определяется почти на всем протяжении, она лишь несколько выражена в области моляров. Отмечается наличие болтающегося гребня слизистой оболочки в области жевательных групп зубов слева и справа. На верхней челюсти имеется полный съемный протез, изготовленный год назад. Укажите тип беззубой нижней челюсти по Курляндскому. К какому типу по Суппли может быть отнесена слизистая оболочка.</p> <p>30. Пациентка И., 58 лет, обратилась с жалобами на плохую фиксацию полного съемного протеза на верхней челюсти. Объективно: атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти умеренная, скат его в области верхнечелюстных бугорков справа и слева, резко выражен, с навесом. При осмотре полости рта с наложенным базисом протеза видны слепые ямки. Границы базиса доходят до наиболее выступающих участков ската. Укажите чем можно объяснить появление жалоб пациентки при протезировании. Укажите тактику врача.</p> <p>31. Пациент Н. 60 лет. Жалобы на частые переломы базиса полного съемного протеза верхней челюсти. При осмотре полости рта установлено: умеренная степень атрофии альвеолярного отростка, альвеолярные бугры не выражены, небо средней глубины с выраженным торусом. Ранее изготовленный протез верхней челюсти имеет следы неоднократных починок. Протезы балансируют на челюсти. Укажите тактику врача. Назовите причину перелома. Укажите тип атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти по В.Ю.Курляндскому.</p> <p>32. Пациент К., 60 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях. При осмотре полости рта отмечается неравномерная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти. В правом боковом участке она выражена сильнее, чем в левом. На нижней челюсти равномерная атрофия II степени. Врач при формировании протетической плоскости на окклюзионном валике верхней челюсти добился того, что высота окклюзионного валика по всей его длине была одинакова. После формирования протетической плоскости на валике верхней челюсти, врач наложил его на протезное ложе и начал припасовывать восковой валик нижней челюсти. Определите правильность действий врача.</p> <p>33. После определения и фиксации центрального соотношения челюстей при полной потере зубов, врач вывел склеенные восковые базисы из полости рта пациента, охладил их и разъединил. С целью проверки правильности выполнения</p>
--	--	--

		<p>предшествующих манипуляций восковые базисы были повторно введены в полость рта и наложены на протезное ложе. При смыкании челюстей обнаружен зазор между окклюзионными валиками во фронтальном участке в пределах 1- 1,5 мм. Какая ошибка была допущена при фиксации центрального соотношения, методы устранения.</p> <p>34. Врач при определении высоты нижнего отдела лица использовал антропометрический метод, сравнивая трети лица. Оцените действия врача.</p> <p>35. Пациенту В., 63 лет, после обследования полости рта был поставлен диагноз: полная вторичная адентия верхней челюсти и вторичная частичная адентия нижней челюсти 1 класс по Кеннеди. Какие особенности определения и фиксации центрального соотношения в данной ситуации?</p> <p>36. При проверке конструкции протезов было отмечено, что линия между центральными резцами верхнего и нижнего зубного рядов находится не в одной плоскости. Укажите ошибку, допущенную зубным техником или врачом.</p> <p>37. Пациенту 74 года. Три дня назад наложили полный съемный протез на верхнюю челюсть. При откусывании пищи, протез смещается. Назовите возможные причины этого недостатка и способы его устранения.</p> <p>37. При проверке конструкции полных съемных протезов с анатомическими жевательными искусственными зубами на верхней и нижней челюстях не отмечаются сагиттальные и трансверзальные окклюзионные кривые. Какая ошибка была допущена при постановке зубов?</p> <p>38. При обследовании пациента выявлен подвижный альвеолярный гребень на нижней челюсти в боковых отделах. Какую окклюзионную схему предпочтительно выбрать для постановки искусственных зубов?</p> <p>40. При постановке искусственных зубов в полном протезе зубным техником была использована методика Васильева. При этом все зубы верхней и нижней челюсти поставлены строго по гребню альвеолярного отростка. Какая ошибка допущена зубным техником? Методика устранения.</p> <p>41. Во время проверки восковой конструкции протезов при внешнем осмотре у пациента М. отмечается сглаженность носогубных складок и подбородочной складок, стук во время смыкания зубов. В состоянии физиологического покоя отсутствует просвет между фронтальными зубами. При полуоткрытом рте передняя группа зубов верхней челюсти выступает из-под верхней губы на 3-4 мм. Какая допущена ошибка? На каком этапе изготовления протезов? Методика устранения ошибки.</p> <p>42. У пациента В., при проверке конструкции протезов в полости рта установлено прогнатическое соотношение зубных рядов, преимущественно бугорковое смыкание боковых зубов, сагиттальная щель между фронтальными зубами, повышение прикуса на высоту бугорков боковых зубов. Когда была допущена ошибка и в чем она заключается? Методика устранения.</p> <p>43. Каковы признаки снижения нижнего отдела лица во время проверки восковой композиции протезов и тактика врача в этом случае.</p>
--	--	---

		<p>44. У пациента на этапе проверки конструкции протезов установлено бугорковое смыкание на правой стороне, повышение высоты окклюзии, смещение центра нижнего зубного ряда вправо, просвет между боковыми зубами слева. На каком этапе изготовления протезов допущена ошибка и в чем она заключается? Методика устранения.</p> <p>45. Больной М., 49 лет обратился с целью ортопедического лечения через 2 месяца после имплантации в области дефекта зубного ряда на нижней челюсти. В участке 43 зуба и 33 зуба вживленные внутрикостные винтовые цилиндрические имплантаты, подтверждается на рентгенограмме. Слизистая оболочка в области имплантатов бледно-розового цвета, плотная. Пациенту предложена конструкция съемного протеза с фиксацией на имплантатах. Какие отливочные материалы применяются для изготовления данной конструкции</p> <p>* Силиконовые</p> <p>46. Что входит в термопластический отливочный материал Дентафоль</p> <p>* канифоль - 87, дибутилфталат 3%, этилцеллюлоза 1%, касторовое масло 7% и стеарин 2%.</p> <p>47. Что является основой силиконовых отливочных материалов:</p> <p>* линейный полимер с активными конечными гидроксильными группами</p> <p>48. Что такое плотность материала:</p> <p>* отношение массы тела к его объему</p> <p>49. Как меняется объем материала при его кипении (парообразования):</p> <p>изменяется незначительно уменьшается * значительно увеличивается сначала уменьшается, а затем увеличивается остается постоянным</p> <p>50. Как называется масса, что выпускается в виде зеленых палочек</p> <p>* Термомасса МСТ-03</p> <p>51. Как называются Термопластические отливочные материалы многократного пользования, могут стерилизоваться нагреванием</p> <p>* Обратные</p> <p>52. Пациенту Ж., 74 лет, проводится замещение утраченных зубов полными съемными пластиночными протезами. Функциональный оттиск был изготовлен из термопластических масс "Стенс" и "Ортокор". Оттиск направлено на дезинфекцию. Выберите правильное обеззараживающее средство.</p> <p>* Водный раствор йодоформа 1:213.</p> <p>53. Пациенту С., 52 лет показано изготовление композитных вкладок на 26,27 и 46,47 зубы. Какую группу материалов отливок необходимо подобрать в данном клиническом случае</p> <p>* Силиконовые</p> <p>54. Пациенту С., проводится протезирование несъемными мостовидными металлокерамическими конструкциями. Полные анатомические компрессионные двухслойные оттиски сняты Эластическим силиконовым материалом "Спидэкс". Оттиск направлено на обеззараживание 0,5 % раствором гипохлорита</p>
--	--	--

		<p>натрия. Укажите необходимое время для успешной дезинфекции оттисков:</p> <p>* 20 мин</p> <p>55. Ребенку К., 6 лет, с дефектом твердого и мягкого неба планируют изготовить obturator. Какой оттисковой материал необходимо использовать</p> <p>* Термопластичный или силиконовый</p> <p>56. Больному С. 68 лет изготавливается частичный съемный протез при наличии отдельно стоящих зубов. Применяется индивидуальная оттисковая ложка. Какой оттисковой материал можно использовать с этой целью</p> <p>* Репин</p> <p>57. Больному изготавливаются бюгельные протезы на обе челюсти. Объективно: частичное отсутствие зубов, на верхней челюсти I класс по Кеннеди, на нижней челюсти III класс по Кеннеди. Слизистая оболочка средней податливости, дно полости рта глубокое, небо высокое, верхнечелюстные бугры развиты. Какие оттиски нужно получить у больного</p> <p>* Анатомические рабочие оттиски из двух челюстей.</p> <p>58. Больному 56 лет с микростомией изготавливается частичный съемный протез. Какие оттисковые ложки лучше использовать для получения оттисков</p> <p>4. * Стандартные разрезанные</p> <p>59. Больному 68 лет с частичной адентией верхней челюсти ортопед-стоматолог снимает гипсовый оттиск. При выводе оттиска из ротовой полости он раскрошился. В чем причина некачественного снятия оттиска</p> <p>* Неправильное замешивания гипса</p> <p>60. Больному Г. 59 лет, изготавливается полный съемный протез. Объективно: равномерная значительная атрофия альвеолярного отростка, верхнечелюстных бугорков, плоского небного свода. Уздечка верхней губы, щечно-альвеолярные тяжи крепятся на уровне альвеолярного отростка, переходная складка на уровне альвеолярных отростков. До какого типа по классификации Шредера отнести это состояние</p> <p>* Третьего типа атрофии</p> <p>61. Больному с частичной адентией нижней челюсти стоматолог снимает оттиск альгинатным материалом. После вывода оттиска из полости рта врач оставил его на столике, на несколько часов. Какое физическое явление произошло с оттисковой массой за данный промежуток времени</p> <p>* Синерезис</p> <p>62. Больному С. 68 лет изготавливается частичный съемный протез при наличии отдельно стоящих зубов. Применяется индивидуальная оттисковая ложка. Какой оттисковой материал можно использовать с этой целью</p> <p>* Репин</p> <p>63. При обследовании полости рта беззубого больного обнаружено "подвижной альвеолярный гребень" на верхней челюсти. Степень атрофии альвеолярного отростка за Шредером вторая. Слизистая оболочка умеренно-подвижная. Каком оттиске по степени компрессии нужно отдать предпочтение:</p> <p>* Дифференцированном</p>
--	--	---

		<p>64. При боковых движениях нижней челюсти фронтальные зубы смещаются в сторону. Перемещение резцовой точки из центрального положения в сторону измеряется величиной угла в 100-110 °. Что характеризует такая величина смещения резцовой стороны:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Боковой резцовый путь</li> </ul> <p>65. У больного 65 лет для изготовления эктопротеза глаза получают маску лица. В каком направлении нужно ее снять</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Вперед и вниз</li> </ul> <p>66. У больного В., 44 лет с полным отсутствием зубов на нижней челюсти, при объективном обследовании выявлено костные выступы и участки двигательного альвеолярного гребня. Какой функциональный оттиск в этом случае обеспечит надлежащую фиксацию и умеренное распределение нагрузки при использовании протезом</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Дифференцированный оттиск.</li> </ul> <p>67. У больного К., 56 лет при обследовании верхней челюсти установлено: атрофия альвеолярного отростка III степени по Шредеру, верхнечелюстные бугорки атрофические, альвеолярные отростки покрыты атрофичной, тонкой бледной слизистой оболочкой. Какую методику функционального оттиска следует применить у данного больного для получения функционального оттиска</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Декомпрессионную</li> </ul> <p>68. У больного П. 60 лет с беззубыми челюстями при объективном обследовании установлено: на верхней челюсти - полный съемный протез, который отвечает клинико-техническим требованиям. На нижней челюсти - резкая, равномерная атрофия альвеолярного отростка, слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток атрофирована, тонкая, малоподатливая. Какой метод получения оттиска и которую оттискную массу лучше использовать в данном случае:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Функциональный декомпрессионный – Дентафлексом</li> </ul> <p>69. Больная Л. 30 лет, жалуется на отсутствие 11, 12 зубов. Зубы утрачены вследствие травмы, 21, 13 возобновлены пломбами, зубы депульпированные. Пациентка работает лектором, поэтому для нее изготавливается металлокерамический мостовидный протез. Такая конструкция будет зафиксирована цементом "Фуджи I". К какой группе фиксирующих цементов относится данный цемент</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Стеклоиономерный.</li> </ul> <p>70. Больная А., 22 года, жалуется на отсутствие 15 зуба, эстетический дефект. Объективно: 14, 16 зубы - устойчивые, интактные, клинические коронки высокие, с хорошо выраженным экватором с нормальным ортогнатическим перекрытием, на рентгенограмме патологические изменения в периапикальных тканях отсутствуют. Какую конструкцию зубного протеза, на Ваш взгляд, нужно предложить больному</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Адгезивный мостовидный протез</li> </ul> <p>71. Больной Б., 70 лет, обратился в клинику для изготовления новых полных съемных протезов. Объективно: протезами пользовался в течение 5 лет, претензий не было.</p>
--	--	---

		<p>Какие оттиски целесообразно снять для изготовления протезов</p> <p>* Функциональные оттиски протезами больного</p> <p>72. Больной Ж. 54 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на полное отсутствие зубов. Какие особенности снятия оттисков при данной патологии</p> <p>* Снятие оттиска с использованием индивидуальной ложки</p> <p>73. Больной П., 77 года, жалуется на невозможность пользования полными съемными протезами на нижней челюсти, изготовленными месяц назад. Объективно: по альвеолярному отростку пальпируется острый костный гребень, косая линия выражена. Какой план лечения</p> <p>* Изготовить протез с эластичной прокладкой</p> <p>74. Больному Ц., 68 лет необходимо изготовить полные съемные протезы на обе челюсти. Для снятия функциональных оттисков надо сделать индивидуальные ложки. Какой метод изготовления является наиболее точным</p> <p>* Лабораторный в кювете</p> <p>75. Больная Б., 27 лет, предъявляет жалобы на изменение цвета коронок фронтальных зубов верхней челюсти. Из анамнеза выяснено: пигментация проявилась в момент прорезывания зубов, выросла в местности с повышенным содержанием фтора. При осмотре - 321/123 на вестибулярной поверхности эмали 321/123 имеются хорошо выраженные множественные меловидные пятна с желтоватым оттенком различной величины, расположенные по всей поверхности. Зондирование болезненно, нет окрашивания метиленовым синим. Диагноз: флюороз, пятнистая форма. Какие профилактические мероприятия нужно провести? Эталон ответа: дефторирование воды, употребление кальция содержащих продуктов, замена водоисточника.</p>
<p>ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p>Задания закрытого типа</p>	<p>#Задача 1 Согласно статистике, полное отсутствие зубов у людей старше 60 лет встречается у @ 0.00: 15% <b>5.00: 25%</b> 0.00: 40% 0.00: 50% 0.00: 60%</p> <p>#Задача 2 Лицевые признаки при «старческой» прогении в наибольшей степени затрагивают отделы @ 0.00: респираторный <b>5.00: дигестивный</b> 0.00: церебральный</p> <p>#Задача 3 У больных с полной потерей зубов угол нижней челюсти @ 0.00: уменьшается 0.00: не изменяется <b>5.00: увеличивается</b></p>

		<p>0.00: деформируется #Задача 4 Носогубные складки у больных с полной потерей зубов @ <b>5.00: резко выражены</b> 00.0: сглажены 00.0: не изменены 00.0: деформированы 00.0: асимметричны</p> <p>#Задача 5 Углы рта у больного с полной потерей зубов @ 0.00: западают 0.00: приподняты 0.00: не изменены <b>5.00: опущены</b></p> <p># Задача 6 У больных с полной потерей зубов на верхней челюсти в большей степени выражена атрофия @ <b>5.00: вестибулярной поверхности альвеолярного отростка</b> 0.00: небной поверхности альвеолярного отростка</p> <p>#Задача 7 У больных с полной потерей зубов на нижней челюсти во фронтальном отделе в большей степени выражена атрофия @ 0.00: вестибулярной поверхности альвеолярной части <b>5.00: язычной поверхности альвеолярной части</b></p> <p>#Задача 8 У больных с полной потерей зубов на нижней челюсти в боковом отделе в большей степени выражена атрофия @ 0.00: вестибулярной поверхности альвеолярной части <b>5.00: гребня альвеолярной части</b> 0.00: язычной поверхности альвеолярной части</p> <p>#Задача 9 На верхней челюсти в меньшей степени подвергается атрофии @ <b>5.00: торус</b> 0.00: альвеолярный отросток</p> <p>#Задача 10 Укажите в порядке возрастания размеры следующих дуг на верхней челюсти @ 0.00: альвеолярная дуга, апикальная дуга, зубная дуга 0.00: зубная дуга, апикальная дуга, альвеолярная дуга</p>
--	--	--



		<p><b>5.00: апикальная дуга, альвеолярная дуга, зубная дуга</b></p> <p>#Задача 11 Укажите в порядке возрастания размеры следующих дуг на нижней челюсти @ 0.00: альвеолярная дуга, зубная дуга, апикальная дуга <b>5.00: зубная дуга, альвеолярная дуга, апикальная дуга</b> 0.00: апикальная дуга, альвеолярная дуга, зубная дуга</p> <p>#Задача 12 Пространство, заключенное между нижней поверхностью языка, дном полости рта, альвеолярными гребнями и альвеолярной частью нижней челюсти – это @ 0.00: позадиальвеолярная область <b>5.00: подъязычная область</b> 0.00: позадимолярная область</p> <p>#Задача 13 Область, ограниченная сверху – передней небной дужкой, снизу – дном полости рта, снаружи – телом нижней челюсти, изнутри – боковой поверхностью языка – это @ 0.00: позадимолярная область 0.00: подъязычная область <b>5.00: позадиальвеолярная область</b></p> <p>#Задача 14 Область, ограниченная медиально и латерально наружным косым и челюстно-подъязычным гребнями – это @ <b>5.00: позадимолярная область</b> 0.00: подъязычная область 0.00: позадиальвеолярная область</p> <p>#Задача 15 При полной потере зубов суставная ямка височной кости @ <b>5.00: уплощается</b> 00.0: углубляется 00.0: деформируется</p> <p>#Задача 16 Если причиной полной потери зубов был пародонтит, то атрофические процессы в челюстных костях протекают @ <b>5.00: быстрее</b> 00.0: медленнее 00.0: длительнее</p> <p>#Задача 17 Различают следующие формы вестибулярного ската альвеолярного</p>
--	--	---

		<p>отростка @ <b>+1.67: отвесную</b> <b>+1.67: пологую</b> <b>+1.66: с навесами</b> -2.50: почкообразную -2.50: грушевидную</p> <p>18. ВЗРОСЛЫЙ ЧЕЛОВЕК ИМЕЕТ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ 1. 20 2. 24 3. <b>32</b> 4. 34</p> <p>19. НАИБОЛЕЕ КРУПНЫЙ РЕЗЕЦ 1. <b>медиальный резец верхней челюсти</b> 2. медиальный резец нижней челюсти 3. латеральный резец верхней челюсти 4. латеральный резец нижней челюсти</p> <p>20. СЛАБО ВЫРАЖЕНЫ ПРИЗНАКИ ЛАТЕРАЛИЗАЦИИ 1. медиальный резец верхней челюсти 2. <b>медиальный резец нижней челюсти</b> 3. латеральный резец верхней челюсти 4. латеральный резец нижней челюсти</p> <p>21. КОРЕНЬ ЗУБА ОТКЛОНЕН (ПРИЗНАК ПОЛОЖЕНИЯ КОРНЯ) 1. медиальную сторону 2. <b>дистальную</b> 3. вестибулярную 4. язычную</p> <p>22. АНТИМЕР ПРАВОГО ПОСТОЯННОГО КЛЫКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 1. правый постоянный клык верхней челюсти 2. <b>левый постоянный клык верхней челюсти</b> 3. правый постоянный клык нижней челюсти 4. левый постоянный клык нижней челюсти</p> <p>23. АНТАГОНИСТ ПРАВОГО ПОСТОЯННОГО КЛЫКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 1. правый постоянный клык верхней челюсти 2. левый постоянный клык верхней челюсти 3. <b>правый постоянный клык нижней челюсти</b> 4. левый постоянный клык нижней челюсти</p> <p>24. ЯЗЫЧНЫЙ БУГОРОК БОЛЕЕ ВЫРАЖЕН У КЛЫКА 1. <b>на верхней челюсти</b> 2. на нижней челюсти 3. у всех постоянных клыков</p> <p>25. РАЗДВОЕНИЕ КОРНЯ ПРЕМОЛЯРА ХАРАКТЕРНО 1. <b>первый верхней челюсти</b> 2. первый нижней челюсти 3. второй верхней челюсти 4. второй нижней челюсти</p>
	Задания открытого типа	Задача №1. Больная С., 30 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, затрудненное пережевывание пищи, западение щек. Ранее за ортопедической помощью не

		<p>обращалась. Из анамнеза заболевания: начала удалять зубы в возрасте 15 лет, последний раз удаляла зубы 3 года назад. Зубы удалялись вследствие осложненного кариеса.</p> <p>Объективные данные: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без изменений. Равномерная атрофия альвеолярного отростка на верхней челюсти на ¼, торус покрыт истонченной слизистой оболочкой. Подвижность передних зубов нижней челюсти 2 степени верхние зубы устойчивы. Зубная формула: <u>4321 1234</u> 4321 1234</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Поставить диагноз.</li> <li>2.Выберете конструкцию протеза на ВЧ и НЧ.</li> <li>3.Составить план лечения.</li> <li>4.В каких направлениях подвижен зуб при 2 степени подвижности.</li> <li>5.Определите степень атрофии альвеолярного отростка.</li> </ol> <p>Задача № 2. Больной А., 51. год, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, невозможность полноценного пережевывания пищи нарушение эстетики лица, боли при пережевывании пищи в области ВНЧС, иррадиирующие в висок.</p> <p>Из анамнеза заболевания - зубы начал удалять по причине подвижности лет 12-15назад. Последний зуб удален 2 месяца назад.</p> <p>Объективные данные: лицо симметрично, снижена высота нижней трети лица, выраженные носогубные складки. Слизистая оболочка полости рта розовая, незначительно гиперемирована возле оставшихся зубов. Атрофия альвеолярного отростка более выражена в боковых отделах, в области моляров обеих челюстей. Складки слизистой оболочки близко подходят к вершинам альвеолярных отростков нижней челюсти. Подвижность, 1 и 2 степени, корни всех зубов обнажены на 1/3, коронки 11,22,35,42 стерты на 1/2 высоты. Зубная формула: <u>000001 02300</u> 000320 00005</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Поставить диагноз.</li> <li>2.Выберете конструкцию протеза ВЧ и НЧ.</li> <li>3.Составить план лечения.</li> <li>4.Назовите причины подвижности зубов.</li> <li>5.Укажите к какому классу по Кеннеди и по Гаврилову относятся дефекты зубных рядов у данного пациента.</li> </ol> <p>Задача №3. Больная Р., 35 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, затрудненное разжевывание пищи, косметический дефект.</p> <p>Из анамнеза заболевания: зубы начала удалять 10 лет назад, зубы разрушились во время беременности, последнее удаление было 2,5 месяца назад. Больная пользовалась частичными съемными протезами: пластиночным на верхней челюсти и бюгельным протезом на нижней челюсти в течение 3 лет, но протезы пришли в негодность.</p> <p>Объективные данные: слизистая оболочка бледно-розового цвета, без изменений, альвеолярный отросток на верхней и нижней челюстях хорошо выражен, зубы устойчивые. Зубная</p>
--	--	--

		<p>формула:000300 100400 004321 023400</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Поставить диагноз.</li><li>2.Выберете конструкцию протеза на ВЧ и НЧ.</li><li>3.Составить план лечения.</li><li>4.Назовите меры профилактики поражения зубов во время беременности.</li><li>5.Назовите сроки пользования бюгельным и пластиночным протезами.</li></ol> <p>Задача №4. Мужчина жалуется на жжение в области слизистой оболочки твердого неба при пользовании частичным съемным пластиночным протезом, изготовленным неделю назад. Диагностирован аллергический контактный стоматит. Определите тактику лечения, когда известно, что условий для изготовления дугового протеза нет, а пациент впервые пользуется съемной конструкцией: * Изготовление нового съемного протеза с металлическим базисом</p> <p>Задача №5. Женщина в возрасте 36 лет обратилась к врачу с целью протезирования. После исследования было принято решение изготовить штампованную металлическую коронку на 17 зуб. Каким раствором поваренной соли нужно пользоваться во время приготовления раствора для оттиска гипсом. Ответ: Раствор поваренной соли 3%</p> <p>Задача №6. Пациенту в возрасте 18 лет планируют изготовление металлопластмассовой коронки на 24 зуб. Какой из оттисковых материалов лучше применить для получения оттиска с верхней челюсти: Ответ: альгинатный.</p> <p>Задача №7. Пациенту в возрасте 57 лет изготавливают съемный пластиночный протез для верхней челюсти. На клинических и лабораторных этапах его изготовления используют зуботехнический воск. К какой группе материалов он относится? Ответ: Моделирующие</p> <p>Задача №8. Пациенту планируют изготовить съемный протез. На этапе изготовления протеза используют вспомогательный материал Изокол. К какой группе материалов он относится? Ответ: Изолирующий</p> <p>Задача №9. Пациенту проводят ортопедическое лечение с замещением дефектов зубных рядов верхней и нижней челюстей цельнолитыми комбинированными мостовидными протезами. Сопутствующее заболевание - гипертоническая болезнь. Который гемостатический препарат не следует использовать при ретракции: Ответ: Норэдреналина гидротартрат.</p> <p>Задача №10. Пациентке возрасте 42 года планируют</p>
--	--	--

		<p>изготовление имедиат-протеза (непосредственного протеза) на нижнюю челюсть для замещения фронтальной группы зубов с III степенью подвижности. Выберите оттисковой материал. Ответ: альгинатный слепочный материал</p> <p>Задача №11. Человек в возрасте 34 года жалуется на дефект твердых тканей 21, 22 зубов. Планируют изготовления металлокерамических коронок на 21, 22 зубы без их депульпирования. Какой вид обезболивания следует применить при препарировании зубов? Ответ: Инъекционная анестезия</p> <p>Задача №12. Юноша призывного возраста проходит обследование в клинике ортопедической стоматологии. Жевательную эффективность у него планируют определить методом Рубиновой. Какого веса орех следует дать обследуемому? Ответ: 0,8 г</p> <p>Задача №13. Больному изготавливается бюгельный протез. При изучении модели челюсти параллелометру планируется определить подпоясное пространство и глубину опорных зубов. Каких размеров измерительные стержни используют с этой целью? Ответ: 0,15; 0,40; 0,65</p> <p>Задача №14. Больному Г., 43 лет, изготавливаются полные штампованные коронки на 26, 27 зубы. Какой материал нужно использовать для изготовления штампов? Ответ: Легкоплавкий сплав</p> <p>Задача №15. В клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования обратился пациент М., 62 г. При объективном обследовании установлен диагноз: частичный дефект зубных рядов н / щ I кл. за Кеннеди. На слизистой оболочке щек обнаружены бляшки серовато-белого оттенка, которые расположены симметрично в виде треугольника, основанием обращенного к углу рта. При поскабливании не снимаются и не болезненны. Какова тактика врача-ортопеда должна быть в данном случае? Ответ: Консультация врача-стоматолога-терапевта.</p> <p>Задача №16. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка С., 69 г. с целью протезирования. При объективном обследовании - частичное отсутствие зубов на н / щ I кл. за Кеннеди. На слизистой оболочке дна полости рта - очаги ороговения с морщинистой поверхностью и неровными границами, которые переходят на вентральную поверхность языка. Сохранены 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43, 44 подвижные II в. подвижности. Какова тактика врача-ортопеда в данном случае? Ответ: Консультация врача-стоматолога-терапевта.</p> <p>Задача №17. В клинику ортопедической стоматологии М., 36 г. с целью протезирования частичного отсутствия зубов на в / щ дело. При изучении моделей в артикуляторе учли соотношение</p>
--	--	---

		<p>сагиттальной и трансверзальной окклюзионных кривых. Чем обусловлена трансверзальная окклюзионная кривая?          Ответ: Различному уровню расположения щечных и небных бугорков симметричных моляров вследствие наклона зубов в сторону щеки.</p> <p>Задача №18. К стоматологу ортопеду обратился больной 48 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи. Из анамнеза выяснено, что он работает на химическом производстве в кислотном цехе. Какие протезы желательно установить такому пациенту?          * Съемные пластиночные протезы</p> <p>Задача №19. Женщина в возрасте 44 года обратилась по поводу протезирования зубов. Зубная формула: 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 32, 31, 41, 42. Зубы интактные, неподвижные, коронки высокие. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. Прикус ортогнатический. Планируется изготовление частичного пластиночного протеза для нижней челюсти с кламерами за Кемени. Какой вид кламмера предложил этот автор?          * Зуболуночковый</p> <p>Задача №20. Женщина в возрасте 58 лет обратилась к врачу с жалобами на частые поломки съемных пластиночных протезов. Из анамнеза известно, что пациентка страдает бруксизмом. Из какого материала целесообразно изготовить базис протеза для предотвращения разламывания протеза?          * Металла (кобальтово-хромового сплава)</p> <p>Задача №21. Пациент М. обратился с жалобами на изжогу в области слизистой оболочки твердого неба при использовании частичных съемных пластиночных протезом, изготовленным неделю назад. Проведя комплексное обследование, поставлен диагноз: аллергический контактный стоматит. Определите тактику лечения, когда известно, что условий для изготовления дугового протеза нет, а пациент впервые пользуется съемной конструкцией.          * Изготовление нового протеза с металлическим базисом наложения изготовленного протеза с частым полосканием водой и приемом гипосенсибилизирующих средств</p> <p>Задача №22. Пациент Р., 42 г. обратился в клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования. При объективном обследовании установлено частичное отсутствие зубов н / щ слева III кл. за Кеннеди. Для восстановления правильных окклюзионных соотношений проводилось изучение боковых движений н / щ. Какой угол должен быть наибольшим, а какой наименьшим?          * Угол Беннетта маленький, готический самый</p> <p>Задача №23. Пациент в возрасте 50 лет обратился к врачу с целью протезирования. Зубная формула: 18, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 37, 36, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47. Состояние опорных зубов удовлетворительное. Какой тип крепления</p>
--	--	--

		<p>обеспечивает наилучшие условия фиксации?  * Плоскостное</p> <p>Задача №24. Пациент в возрасте 52 года обратился в клинику ортопедической стоматологии по поводу отсутствия зубов на верхней челюсти и затрудненное пережевывание пищи. Пациенту рекомендуется изготовление частичного пластинчатого протеза на верхнюю челюсть с удерживающими кламмерами на 14, 23 зубах. Какой вид стабилизации протеза обеспечит такое размещение кламмеров?  * Трансверзальный</p> <p>Задача №25. Пациент К., 47 лет, обратился в клинику с целью протезирования. Объективно: 37,36,35,44,45 зубы отсутствуют, 46, 47 - 3 подвижностью I степени. Какой из методов обследования необходимо провести для выбора рациональной конструкции частично съемного протеза данному больному?  * Одонтопародонтограмму</p> <p>Задача №26. Пациентка 45 лет обратился в клинику с жалобами на отсутствие боковых зубов нижней челюсти с обеих сторон  Объективно: у больного отсутствуют 46, 45, 35, 36, зубы. Каков диагноз?  * Дефект зубного ряда III класс по Кеннеди</p> <p>Задача №27. Пациентка 57 лет обратился в клинику с жалобами на отсутствие зубов в фронтальной зоне. Объективно: у больного отсутствуют 13,12,11,21,22,23, зубы. Какой диагноз?  * Дефект зубного ряда IV класса по Кеннеди</p> <p>Задача №28. Пациентка в возрасте 45 лет жалуется на ухудшение фиксации и частые поломки частичных съемных пластиночных протеза на нижней челюсти, которым пользуется в течение 5 лет. Объективно: ячеистая часть беззубых участков значительно атрофирована, протез балансирует. Какая наиболее вероятная причина ухудшения фиксации и частых поломок протеза пациентки?  * Атрофия альвеолярного отростка</p> <p>Задача №30. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Н., 60 лет, с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, нарушение речи, эстетический дефект. На верхней челюсти имеется 13 зуб. Дефекты нижней челюсти замещены мостовидными протезами. Какой диагноз для верхней челюсти?  * Частичное отсутствие зубов, IV класс по Гавриловым</p> <p>Задача №29. У пациента в возрасте 45 лет двусторонний конечный дефект зубного ряда верхней челюсти, ограничен клыками. Как должна проходить дистальный край базиса пластиночных протезов для обеспечения стабильности его функционирования?  * Лежать близко к максимальной границе как в полном протезе</p> <p>Задача №31. У пациентки в возрасте 56 лет выявлено</p>
--	--	--

		<p>аллергической реакции на краситель при пользовании съемных пластиночных протезов. Какую тактику должен выбрать врач в этом случае? * Изготовить новый протез с бесцветной пластмассы</p> <p>Задача №32. Хв.62 г. изготавливаются частичные съемные пластиночные протезы. Объективно: отсутствуют премоляры и моляры на верхней и нижней челюсти. Диагноз: дефект зубных рядов верхней и нижней челюсти I класс по Кеннеди. Какая группа дефектов зубных рядов при определении центральной окклюзии по Бетельман у данного пациента? * Вторая группа</p> <p>Задача №32. Хв.62 г. изготавливаются частичные съемные пластиночные протезы. Объективно: отсутствуют только премоляры и моляры верхней и нижней челюсти. Каким будет направление камерной линии в этом клиническом случае? * Трансверзальном</p> <p>Задача №34. Хв.70 г. изготавливаются частичные съемные пластиночные протезы. Объективно: отсутствуют премоляры и моляры на верхней и нижней челюстях. На этапе проверки конструкции протезов выявлено отсутствие контакта между искусственными зубами справа и слева. Разогретой восковой пластинкой пере зафиксировано центральную окклюзию. Какой следующий клинический этап? * Повторная проверка конструкции протезов</p> <p>Задача №35. Больная 3., 50 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии для протезирования. После объективного обследования выбранная конструкция частичных съемных пластиночных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти. При проверке конструкции протезов обнаружили, что вместо центральной окклюзии определена передняя. На каком этапе определения центральной окклюзии допущена эта ошибка? * Фиксации центрального положения челюстей</p> <p>Задача №36. Больная 42 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования. Объективно: зубная формула 18 13 12 11 21 22 23 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 Прикус глубокий, клинические коронки низкие, экватор не выражен. Больная страдает эпилептиформными приступами. Какой вид протезирования показано данной больной? * Частичный съемный пластинчатый протез с металлическим базисом.</p> <p>Задача №37. Больная 55 лет обратился в клинику с жалобами на отсутствие боковых зубов нижней челюсти справа. Объективно: у больного отсутствуют 48,47,46, 45, 35, 36, зубы. Поставьте диагноз. * Дефект зубного ряда II класс по Кеннеди</p> <p>Задача №38. Больная Л., 44 лет, обратилась по поводу</p>
--	--	--



		<p>протезирования зубов. Планируется изготовление частичного съемных пластиночных протезов на нижнюю челюсть с кламмерами по Кемени. Какой вид кламмера предложил автор? * Дентоальвеолярный</p> <p>Задача №39. Больная Л., 45 лет, жалуется на металлический привкус во рту, ощущение кислого, нарушение вкуса, изжогу в языке, гипосаливация. Объективно: на верхней челюсти на 15, 16 зубах коронки из драгоценного металла желтого цвета. На нижней челюсти - пластиночный протез с кламерной фиксацией на 34,45 зубах. Слизистая оболочка ротовой полости без видимых патологических изменений. Боковые поверхности языка гиперемированы, несколько отечны. Какой диагноз у данной больной? * Гальваноз</p> <p>Задача №40. Больная М., 42 года жалуется на затрудненное пережевывание пищи, боль и подвижность зубов нижней челюсти. Объективно: 16, 13, 12,11, 22, 23, 26, 27, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45. Мостовидные металлопластиковые акриловые протезы фиксированные на 16, 13, 23, 26, 27 зубах. 41, 31 зубы - III степень подвижности, 42 и 32 - II степень. Веерообразные различия зубов н / щ во фронтальном участке. Планируется изготовление имедиат-протеза на нижнюю челюсть. Какие мероприятия целесообразно выполнить на II клиническом этапе изготовления? * Припасовки пластмассового базиса в полости рта, снятия оттиска.</p> <p>Задача №41. Больная М., 52 лет, жалуется на отсутствие зубов, эстетический дефект. Объективно: на верхней челюсти имеются 23 и 13 зубы, значительная атрофия альвеолярного отростка, коронки зубов низкие. Что следует применить? * Восстановительные коронки на 23 и 13 зубы и частичный съемный протез</p> <p>Задача №42. Больная С., 45 лет, жалуется на ухудшение фиксации и частые поломки частичного съемных пластиночных протезов на нижнюю челюсть, которым пользуется 5 лет. Объективно: ячеистая часть в беззубых участках значительно атрофирована, протез балансирует. Какая наиболее вероятная причина ухудшения фиксации и частых поломок протеза? * Атрофия воротниковой части, стирания искусственных зубов</p> <p>Задача №43. Больная, 62 лет жалуется на затрудненное употребление пищи в связи с травмированием слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти в течение 2-х дней. Объективно: на уровне переходной складки 34 из языковой стороны декубитальная язва, размером 2х3 мм, с гладкими краями розового цвета. Какой диагноз наиболее вероятен? * Травматический стоматит</p> <p>Задача №44. Больной 45 лет, по специальности преподаватель,</p>
--	--	--

		<p>обратился за советом к ортопеду-стоматологу, с целью выбора рационального протезирования. Об-но: зубы 12, 11, 21, 22 имеют 3 степень подвижности. Которая ортопедическая помощь целесообразна? * Непосредственного протезирования</p> <p>Задача №45. Больной 48 лет 3 месяца пользуется частичными съемными протезами. На основе жалоб пациента, данных объективного обследования и дополнительных методов исследования, поставлен диагноз - аллергический стоматит вызвано красителями акриловой пластмассы протеза. Как устранить аллергическое действие красителей? * Изготовить протезы из бесцветной пластмассы</p> <p>Задача №46. Больной 53 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на плохую фиксацию ЧСП. Из анамнеза видно, что протезы были сделаны 5 лет назад. Возбуждено фиксация в последние полгода. Какая тактика в лечении пациента? * Изготовить новый протез</p> <p>Задача №47. Больной Г., 40 лет, жалуется на затрудненное употребление еды в связи с травмированием слизистой оболочки воротниковой части нижней челюсти в течение 2 дней. Объективно: на уровне переходной складки 44, 45 зубов (языковой поверхности) декубитальная язва размером 2х5 мм, с гладкими краями, розового цвета. Какой диагноз у больного? * Травматический стоматит</p> <p>Задача №48. Больной Д., 73 лет, жалуется на невозможность пережевывания пищи. Ранее изготовленный частичный съемный протез не соответствовал условиям ротовой полости в связи с удалением 3 зубов во фронтальном участке. Объективно: остался лишь 21 зуб с подвижностью 2 ст. Небо плоское, воротниковой отросток, верхнечелюстные бугры значительно атрофированы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, атрофирована. Какова тактика врача в данном случае? * Изготовить частичный съемный протез с дентоальвеолярными кламмерами</p> <p>Задача №49. Больной Д., 73 лет, жалуется на невозможность пережевывания пищи. Ранее изготовленный частичный съемный протез не соответствовал условиям ротовой полости в связи с удалением 3 зубов во фронтальном участке. Объективно: остался лишь 21 зуб с подвижностью 2 ст. Небо плоское, воротниковой отросток, верхнечелюстные бугры значительно атрофированы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, атрофирована. Какова тактика врача в данном случае? * Удалить 21 зуб, изготовить полный съемный протез на верхнюю челюсть</p> <p>Задача №50. Больной обратился к врачу-стоматологу с</p>
--	--	--

		<p>жалобами на плохую фиксацию частичных пластиночных протезов на верхней челюсти, на его балансировки во время еды. При осмотре зубного протеза недостатков со стороны постановки зубов не выявлено. Какова причина этого явления?</p> <p>* Не была изолирована с помощью фольги или лейкопластыря зона небного шва, был получен некачественный отпечаток</p> <p>Задача №51. Больной обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль при использовании частичным пластиночным протезом. При осмотре: слизистая оболочка переходной складки в зоне верхних моляров слева резко гиперемирована. Протез был зафиксирован 2 дня назад. Какова причина этого явления?</p> <p>* Расширена граница базиса</p> <p>52. У пациента при проверке конструкции протезов в полости рта установлено, что имеется контакт только во фронтальном участке и просвет между боковыми зубами. Нижняя треть лица не увеличена. При проверке плотности смыкания боковых зубов шпателем появляется щель. Какая допущена ошибка? Тактика врача по ее устранению.</p> <p>53. Пациентка 60 лет обратилась с жалобами на невозможность жевания, боли в жевательных мышцах и височно-нижнечелюстных суставах. Боль проявляется при пользовании полными съемными протезами. Протезы изготовлены месяц назад. Нижняя треть лица увеличена. При улыбке обнажается базис съемного протеза на верхней челюсти. При открывании рта, фронтальные зубы выступают на 4-5 мм из-под верхней губы. Дикция нарушена. Полные съемные протезы были изготовлены без проведения клинического этапа проверки конструкции восковой репродукции полных съемных протезов. Какая допущена ошибка при изготовлении полных съемных протезов? На каком этапе изготовления? Как устранить ошибку у данного больного?</p> <p>54. При припасовке и наложении полных съемных протезов наблюдается уменьшение нижней трети лица, выраженность носогубных складок, углы рта опущены. При проведении разговорной пробы отмечается расстояние между зубами верхней и нижней челюстью равной 8-9 мм. Какая допущена ошибка при протезировании? На каком этапе изготовления протезов? Как устранить ошибку у данного пациента?</p> <p>55. Пациент пользуется полными съемными протезами в течение 3 дней. Жалобы на плохую фиксацию протеза верхней челюсти при приеме пищи и разговоре. При осмотре полости рта границы протеза охватывают альвеолярные бугры, располагаются в пределах переходной складки. По задней границе твердого неба отчетливо видны слепые ямки. В чем причина неудовлетворительной фиксации протеза верхней челюсти? Как устранить ошибку?</p> <p>56. Во время припасовки и наложения протезов отмечено, что они имеют толстый базис. Нижняя треть лица увеличена. В состоянии физиологическом покое отсутствует расстояние между зубами. Зубы верхней челюсти выступают из под верхней губы на 3-4 мм, зубы нижней челюсти на 2-3 мм выше</p>
--	--	---

		<p>красной каймы нижней губы. При проведении разговорной пробы слышен стук зубов. Какая допущена ошибка при изготовлении протеза? Что должен сделать врач для устранения ошибки?</p> <p>57. Пациент обратился в клинику с жалобами на неудовлетворительную фиксацию протеза нижней челюсти. При осмотре полости рта обнаружено расстояние в 2 мм между вестибулярным краем протеза и переходной складкой справа. В чем причина плохой фиксации протеза? Какая тактика врача?</p> <p>58. Пациент обратился в клинику с жалобами на поломку протеза на в/ч. Протезами пользуется более 5 лет, отмечает плохую фиксацию. При осмотре обнаружен перелом базиса протеза по линии турса. Какая тактика врача?</p> <p>59. Пациент обратился в клинику с жалобами на неудовлетворительную фиксацию полного съемного протеза на нижней челюсти. Протез изготовлен 5 лет назад. При осмотре полости рта обнаружено расстояние в 2 мм между вестибулярным краем протеза и переходной складкой. 1. В чем причина плохой фиксации протеза? 2. Какая тактика врача?</p> <p>60. Пациент обратился в клинику на следующий день после починки полных съемных протезов с жалобами на боли, усиливающиеся при жевании, в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева. При обследовании установлено, что имеется участок гиперемии и отека слизистой оболочки в области переходной складки на уровне зубов 16, 17. Укажите диагноз. В чем будет заключаться тактика врача?</p> <p>61. Пациент 63 года, верхний зубной ряд интактный, на нижней челюсти отмечается полная потеря зубов. При обследовании установлено, что жевательная поверхность зубов 17, 16, 25, 26, 27 расположена на 3 мм ниже жевательной поверхности рядом стоящих зубов. Зубы устойчивы. Зубы на нижней челюсти удалены месяц назад. Ранее съемными протезами не пользовался. В чем будет заключаться особенность ведения данного больного?</p> <p>62. Пациент Н. 60 лет. Пользуется протезом более 7 лет. Жалобы на частые переломы полного съемного протеза верхней челюсти. При осмотре полости рта установлено: умеренная степень атрофии альвеолярного отростка, верхнечелюстные бугры не выражены, небо средней глубины с выраженным турсом. Ранее изготовленный протез верхней челюсти имеет следы неоднократных починок. Протез балансирует на челюсти. Укажите тактику врача.</p> <p>63. Пациентка Ю. 67 лет. Жалобы на плохую фиксацию протеза на верхней челюсти. Пользуется протезом 3 года. При осмотре полости рта установлено, что протез верхней челюсти балансирует по переходной складке альвеолярного отростка в области зубов 16, 15, 14, где видны остатки крема для фиксации протезов и остатки пищи. Имеются участки гиперемии с нарушением целостности эпителиального слоя. Укажите причину возникновения данной патологии. Ваша тактика ведения больного.</p> <p>64. Пациент 45-ти лет. Жалобы: на эстетический недостаток, гиперестезию твердых тканей зубов от химических,</p>
--	--	---

термических, механических раздражителей в области фронтальных зубов. Из анамнеза установлено, что пациент работает в цехе по производству кислот. Объективно: конфигурация лица не изменена. При осмотре полости рта фронтальные зубы верхней челюсти стёрты на 1/3 высоты коронки, прикус по прямому типу. Зубные ряды на верхней и нижней челюстях интактны. Укажите причину патологической стертости зубов. Поставьте диагноз.

65. Пациент 40-ка лет обратился с жалобами на эстетический недостаток. При обследовании полости рта установлено: зубы 12, 11, 21, 22 стёрты на половину высоты коронки. Зондирование стертых поверхностей коронок зубов несколько болезненно, зуб 11 изменен в цвете. На рентгенограмме в области верхушки зуба 11 определяется очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими контурами около 2мм в диаметре. Поставьте диагноз. Оцените клиническую ситуацию.

66. Пациентка 35 лет обратилась в клинику с жалобами на эстетический недостаток, гиперестезию твердых тканей зубов от химических, термических, механических раздражителей в области всех зубов. Из анамнеза: пациентка отмечает ночное скрежетание зубами на протяжении более 10 лет. Объективно: отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм, движения в суставе безболезненные, но при открывании рта слышен хруст. Зубы верхней и нижней челюстей стертые на 1/2 высоты коронки, зубные ряды интактны. Поставьте диагноз. Оцените клиническую ситуацию.

67. Пациентка 65 лет, обратилась в клинику с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи. Со слов пациентки боковые зубы удалены около 6 лет назад, ортопедическое лечение не проводилось. Объективно: отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм, движения в суставе безболезненные, свободные, лицо симметричное.

Зубная формула:

0	0	0	3	П	П	3	3	3	3	3	0	0	П	П	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	33	36	37	38
0	0	0	0	П	3	3	3	3	3	3	П	0	0	0	0

Фронтальные зубы верхней и нижней челюстей стертые на 1/3 высоты коронок, зубы 26, 27 О зубоальвеолярное удлинение. Признаков патологии периодонта нет. Укажите причину патологической стертости зубов. Поставьте диагноз.

68. Во время припасовки пластмассовой каппы, при лечении локализованной формы патологической стираемости фронтального отдела верхнего зубного ряда, у пациента в полости рта выявляется вертикальная щель между жевательными зубами около 5-6мм. Определите тактику врача?

69. Пациент 37-ми лет при обращении предъявлял жалобы на стертость зубов, на болезненность от различного рода раздражителей. При обследовании установлено, что зубы 12, 11, 21, 22 стертые на 1/2 высоты коронок, зубные ряды верхней и нижней челюсти интактны. Пациенту были изготовлены

		<p>каппы и проводилось динамическое наблюдение. Повторно обратился через 3 месяца. После снятия каппы, при осмотре полости рта определяется вертикальная щель между фронтальными зубами верхней и нижней челюсти более 4 мм во время смыкания челюстей в положении центральной окклюзии. Оцените клиническую ситуацию. Врачебная тактика?</p> <p>70. Через 2 недели после наложения и фиксации пластмассовой каппы в области фронтальных зубов верхней челюсти пациент обратился с жалобами на выраженную кровоточивость десневого края. При обследовании полости рта выявляется гиперемия и отечность слизистой оболочки в области каппы, отмечается выраженная кровоточивость при зондировании десневого края. Край пластмассовой каппы нависает, в области опорных зубов на 1,5 мм расположен субгингивально. Какая была допущена ошибка? Дальнейшая тактика?</p> <p>71. Пациентка А., 38 лет обратилась в клинику с жалобами на болезненность от химических и температурных раздражителей в области зубов 25, 26, 27. Со слов пациентки около 1 года назад на нижней челюсти слева был изготовлен металлокерамический мостовидный протез с опорой на зубы 35 и 37. Сразу после фиксации мостовидного протеза пациентка ощущала дискомфорт при смыкании зубов и преждевременные контакты на мостовидном протезе, которые со временем исчезли. Объективно: зубы 25, 26, 27 стерты на 1/3 высоты коронки, определяется деформация окклюзионной плоскости. Укажите причину локализованной стираемости, поставьте диагноз. Врачебная тактика.</p> <p>72. Пациент 50-ти лет, предъявляет жалобы на боли в области ВНЧС, усталость мышц, повышенную чувствительность твердых тканей зубов и недостаточную лицевую эстетику. Из анамнеза: на протяжении 10 лет работала в цехе по производству кислот. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, уголки рта опущены, подбородочная и носогубные складки резко выражены. При осмотре полости рта установлено: зубные ряды интактны, коронки всех зубов стерты на 1/3-1/2 высоты, при зондировании отмечается болезненность. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.</p> <p>73. Пациент 45-ти лет обратился в клинику с жалобами на хроническую травму слизистой оболочки щек и языка. Объективно: нижняя треть лица значительно снижена, уголки рта опущены, подбородочная и носогубные складки резко выражены. При осмотре полости рта установлено, что коронки зубов верхней и нижней челюстей стерты на половину высоты, зубы 17, 16, 26, 27 покрыты штампованными искусственными коронками, жевательная поверхность которых протерта и имеет дефекты. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.</p> <p>74. Через несколько дней после наложения пластмассовой каппы пациент обратился с жалобами на боли в области ВНЧС и усталость жевательной мускулатуры. При внешнем осмотре выявлено значительное увеличение высоты нижней трети лица, губы смыкаются с напряжением, верхние зубы стерты более чем на половину высоты коронок. При осмотре полости рта - нижний ряд покрыт пластмассовой каппой непропорциональной верхним зубам высоты. Оцените</p>
--	--	--

		<p>клиническую ситуацию. Ваша тактика.</p> <p>75. Пациент 55 лет обратилась с жалобами на эстетический недостаток, затрудненное пережевывание пищи. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, уголки рта опущены, подбородочная и носогубные складки резко выражены. При осмотре полости рта установлено: все зубы стерты на 1/3 высоты коронок, зубы 13, 11, 23 изменены в цвете, прикус по прямому типу, на рентгенограмме 11 зуба в области верхушки корня определяется очаг деструкции твердых тканей округлой формы с четкими контурами около 2 мм в диаметре. На верхней челюсти сохранены 15, 14, 13, 11, 23, 24, 25 зубы, на нижней О 35, 34, 33, 41 и 45 зубы. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.</p>
<p>(ПК-5) - готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p>	<p>Задания закрытого типа</p>	<p>001. Расположение плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке следующее</p> <p><b>а) плечи расположены на уровне кортикальной пластинки</b></p> <p>б) выше кортикальной пластинки</p> <p>в) ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм</p> <p>г) выше кортикальной пластинки на 2-3 мм</p> <p>д) в зависимости о состояния кости</p> <p>002. Проходить регулярный контроль больному, получившему лечение с помощью имплантации</p> <p>а) не требуется</p> <p>б) в зависимости от желания пациента</p> <p>в) требуется в течение первого года</p> <p><b>г) требуется проводить регулярный контроль</b></p> <p>д) требуется в течение первых шести месяцев</p> <p>003. Субпериостальная имплантация показана</p> <p>а) если включенный дефект небольшой протяженности с резко выраженной атрофией альвеолярного отростка</p> <p>б) если концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным альвеолярным отростком</p> <p><b>в) при полном отсутствии зубов на челюсти со значительной атрофией альвеолярного гребня</b></p> <p>г) при утрате одного зуба с резкой атрофией альвеолярного гребня</p> <p>д) при утрате всех фронтальных зубов с хорошо сохранившимся альвеолярным отростком</p> <p>004. При использовании субпериостальной имплантации необходимо изготовление индивидуальной ложки в следующих случаях</p> <p>а) применение индивидуальной ложки необязательно</p> <p><b>б) необходимо применять в каждом случае</b></p> <p>в) только при использовании полного субпериостального имплантата</p> <p>г) в зависимости от анатомических условий</p> <p>д) нет указаний</p> <p>005. К специальной хирургической подготовке перед изготовлением съемного пластиночного протеза относят:</p> <p>@</p> <p>0.00: удаление зубов, не подлежащих терапевтическому лечению</p> <p>0.00: удаление амальгамовых пломб</p> <p><b>5.00: удаление экзостозов</b></p> <p>0.00: удаление зубных отложений</p>

		<p>006. При наличии выраженных экзостозов на альвеолярной части беззубого отростка необходимо их @ 0.00: изолировать 0.00: перекрыть базисом протеза <b>5.00: удалить</b> 007. Перпендикуляр, опущенный от крыла носа на восковой окклюзионный валик при нанесении ориентиров соответствует: @ 0.00: медиальной поверхности клыка <b>5.00: середине клыка</b> 0.00: дистальной поверхности клыка 0.00: медиальной поверхности 1-го премоляра 008. Линия улыбки, нанесенная на восковой базис при определении центральной окклюзии служит ориентиром для выбора @ 0.00: толщины искусственных зубов <b>5.00: высоты искусственных зубов</b> 0.00: ширины искусственных зубов 0.00: ширины фронтальной группы зубов 009. При состоянии относительного физиологического покоя мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, находятся @ 0.00: в максимальном напряжении <b>5.00: в минимальном напряжении</b> 0.00: полностью расслаблены 0.00: все из вышеперечисленного неверно 010. Основные типы лица @ 0.00: трапециевидное, круглое, ромбовидное 0.00: остrokонечное, трапециевидное, ромбовидное <b>5.00: квадратное, овальное, треугольное</b> 0.00: квадратное, овальное, трапециевидное 011. В процессе адаптации пациентов к частичным съемным протезам выделяют фазы @ -2.50: возбуждения <b>+1.67: раздражения</b> <b>+1.67: частичного торможения</b> <b>+1.66: полного торможения</b> -2.50: привыкания 012. Обязательная перебазировка частичного съемного протеза выполняется @ 0.00: в день наложения протеза 0.00: через 1 месяц ношения протеза <b>5.00: через 6 месяцев</b> 0.00: через 1 год  013. Перебазировка частичного съемного протеза возможна способом @ -1.67: прямым -1.67: обратным</p>
--	--	--



		<p><b>+2.50: клиническим</b>  <b>+2.50: лабораторным</b>  -1.66: комбинированным</p> <p>014. Для уменьшения сроков адаптации к частичному съемному протезу пациенту рекомендуют носить протез  @  0.00: не снимая в течении 2 суток  0.00: не снимая в течении недели  <b>5.00: днем и спать в протезе ночью</b>  0.00: днем и снимать ночью</p> <p>015. Коррекция окклюзионных соотношений частичных съемных протезов выполняется артикуляционной бумагой  @  0.00: вначале с одной затем с другой стороны зубного ряда  5.00: с двух сторон одновременно</p> <p>016. Коррекция окклюзионных соотношений частичных съемных протезов выполняется артикуляционной бумагой  @  +1.67: в центральном соотношении  +1.67: при протрузии  -2.50: при дезокклюзии  +1.66: при латеротрузионных движениях  -2.50: при широко открытом рте</p> <p>017. Пациенту рекомендуют хранить частичный съемный протез  @  5.00: в специальном контейнере  0.00: в специальном пакете  0.00: в емкости с водой  0.00: в емкости со слабым марганцовым раствором</p> <p>018. Рекомендуемый срок службы частичного съемного протеза составляет  @  0.00: 1 год  0.00: 3 года  5.00: 5 лет  0.00: 10 лет</p> <p>019. В первой фазе адаптации к частичному съемному протезу у пациента возникает  @  0.00: ксеростомия  5.00: гиперсаливация  0.00: гиперурикемия  0.00: гипосаливация</p> <p>020. При неправильной установке имплантата в кости могут возникать такие осложнения как  а) кровотечение  б) подвижность имплантата</p>
--	--	---

		<p>в) флегмона  г) рассасывание костной ткани вокруг имплантата  д) все вышеперечисленное</p> <p>021. К потере имплантата могут привести  а) плохая гигиена полости рта  б) нерациональное питание  в) неудовлетворительная жевательная нагрузка  г) нарушение обмена веществ  д) все вышеперечисленные факторы</p> <p>022. Комбинация внутрикостных и субпериостальных имплантатов допустима  а) при расположении имплантатов на разных челюстях  б) при наличии больших дефектов зубных рядов  в) при использовании для имплантатов однородных металлов  г) во всех перечисленных случаях  д) недопустима</p> <p>023. Имплантация в арсенале известных методов стоматологического лечения имеет следующее значение  а) единственный метод, позволяющий получить положительный результат  б) имплантация является методом выбора  в) имплантация применяется только в исключительных случаях  г) имплантация применяется по желанию больного  д) имплантация применяется с большой осторожностью, так как еще не доказана состоятельность данного вида лечения</p> <p>024. Стоматологической имплантацией могут заниматься  а) все врачи-стоматологи  б) только врачи-стоматологи-ортопеды  в) врачи-стоматологи-хирурги высшей категории  г) врачи-стоматологи высокой квалификации, имеющие достаточный опыт практической работы и прошедшие специализацию  д) врачи любой специальности</p> <p>025. Какие отделы челюстей пригодны для внутрикостной имплантации?  а) только альвеолярный отросток  б) фронтальный отдел верхней и нижней челюсти  в) все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат без риска повреждения определенных анатомических структур  г) базальные отделы челюстей в пределах расположения зубных рядов  д) только дистальные отделы верхней и нижней челюсти</p>
	<p>Задания открытого типа</p>	<p>1. Пациент В., 60 лет, обратился в клинику с целью протезирования. Выявлено: нарушение жевания, речи, внешнего эстетического вида, выраженность подбородочных и носогубных складок, полное отсутствие зубов, прогеническое соотношение челюстей. а. Какие методы обследования применялись? б. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? с. Чем обусловлена выраженность носогубных и подбородочных складок? д. Чем обусловлено прогеническое соотношение челюстей?</p> <p>2. При обследовании полости рта у больного Д. было отмечено наличие подвижных тяжелой слизистой оболочки, расположенных продольно альвеолярного гребня и легко</p>

		<p>смещающихся, при незначительном прикосновении. Проведите оценку состояния слизистой оболочки протезного ложа на основе классификации Суппли.</p> <p>3. Пациент X. 68 лет, месяц назад был протезирован полными съемными протезами на обеих челюстях. В настоящее время обратился с жалобами на появление боли под базисом в области зуба 25. При осмотре слизистой оболочки определяется выступающий корень зуба 25 отечная, гиперемированная слизистая оболочка. Укажите допущенную ошибку при обследовании пациента и составлении плана лечения.</p> <p>4. У пациента А. при обследовании полости рта была отмечена следующая клиническая картина: альвеолярный отросток нижней челюсти полностью атрофирован в области фронтальных зубов, ложе для протеза в этой области почти отсутствует. Альвеолярный отросток в области жевательных зубов хорошо выражен. Укажите тип беззубой нижней челюсти по классификации Курляндского и Келлера.</p> <p>5. У пациента Б. при обследовании полости рта была отмечена следующая картина: хорошо выраженный альвеолярный отросток с переходной складкой расположенной далеко от гребня альвеолярного отростка, т.е. альвеолярный отросток выступает над уровнем места прикрепления мышц с обеих сторон. Укажите тип беззубой нижней челюсти по классификации Курляндского.</p> <p>6. У пациента В. при обследовании полости рта было отмечено: высокий альвеолярный отросток, равномерно покрытый плотной слизистой оболочкой, хорошо выраженные бугры верхней челюсти. Глубокое небо. Торус не резко выражен. Укажите тип беззубой верхней челюсти по Шредеру.</p> <p>7. При обследовании полости рта у пациента М. было отмечено полное отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти, значительная атрофия бугров верхней челюсти, плоское небо и низко расположенные клапанные зоны. Укажите тип беззубой верхней челюсти по Шредеру.</p> <p>8. У пациентки А. при объективном обследовании полости рта была отмечена следующая картина: равномерная резкая атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти, подвижная слизистая оболочка прикреплена почти на уровне гребня альвеолярного отростка. Укажите тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера.</p> <p>9. Пациент Е., 63 лет обратился в клинику с целью протезирования. При обследовании полости рта выявлено полное отсутствие зубов на обеих челюстях. При осмотре альвеолярного отростка нижней челюсти установлено, что альвеолярный отросток полностью атрофирован, уздечки нижней губы и языка сближены, боковые уздечки прикрепляются посередине тела челюсти. Переходная складка не определяется почти на всем протяжении, она лишь несколько выражена в области моляров. Отмечается наличие болтающегося гребня слизистой оболочки в области жевательных групп зубов слева и справа. На верхней челюсти имеется полный съемный протез, изготовленный год назад. Укажите тип беззубой нижней челюсти по Курляндскому. К какому типу по Суппли может быть отнесена слизистая</p>
--	--	---

		<p>оболочка.</p> <p>10. Пациентка И., 58 лет, обратилась с жалобами на плохую фиксацию полного съемного протеза на верхней челюсти. Объективно: атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти умеренная, скат его в области верхнечелюстных бугорков справа и слева, резко выражен, с навесом. При осмотре полости рта с наложенным базисом протеза видны слепые ямки. Границы базиса доходят до наиболее выступающих участков ската. Укажите чем можно объяснить появление жалоб пациентки при протезировании. Укажите тактику врача.</p> <p>11. Пациент Н. 60 лет. Жалобы на частые переломы базиса полного съемного протеза верхней челюсти. При осмотре полости рта установлено: умеренная степень атрофии альвеолярного отростка, альвеолярные бугры не выражены, небо средней глубины с выраженным торусом. Ранее изготовленный протез верхней челюсти имеет следы неоднократных починок. Протезы балансируют на челюсти. Укажите тактику врача. Назовите причину перелома. Укажите тип атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти по В.Ю.Курляндскому.</p> <p>12. Пациенту М., 74 лет, три дня назад наложили полный съемный протез на верхнюю челюсть. При откусывании и разжевывании пищи протез смещается. Назовите возможные причины этого недостатка и способы его устранения.</p> <p>14. Пациентка Ю., 67 лет. Жалобы на плохую фиксацию протеза на верхней челюсти. Пользуется протезами сутки. При осмотре полости рта установлено, что протез верхней челюсти балансирует по переходной складке альвеолярного отростка в области зубов 16, 15, 14. Имеются участки гиперемии с нарушением целостности эпителиального слоя. Укажите причину возникновения данной патологии. Ваша тактика ведения пациентки.</p> <p>13. Пациентка С., 58 лет. Жалобы на плохую фиксацию полного съемного протеза на нижней челюсти. Протезировалась год назад. Объективно: IV тип атрофии альвеолярного отростка по Курляндскому, высокий тонус мышц дна полости рта. Слизистая, покрывающая альвеолярный отросток атрофирована, истончена. В области зубов 15, 25 имеются тяжи, плотные, неподатливые, идущие, почти, непосредственно от вершины гребня к переходной складке, ширина их 3-4 мм. Определите тип слизистой оболочки (Суппли). Укажите тактику врача.</p> <p>14. Пациентка К., 62 года, диагноз полная вторичная адентия обеих челюстей, 1 класс по Шредеру на верхней челюсти и 3 класс по Келлеру на нижней челюсти. Слизистая оболочка на верхней челюсти податливая, плотная, на нижней челюсти О определяется подвижный гребень в боковом отделе справа. Укажите оттисковые материалы, которые могут использоваться для анатомического оттиска на верхней и нижней челюстях.</p> <p>15. При подборе врачом стандартной металлической ложки на беззубую верхнюю челюсть оказалось, что ложка перекрывает верхнечелюстные бугры на 1/2. Можно ли получать анатомический оттиск такой ложкой? Тактика врача.</p> <p>16. При изготовлении индивидуальных ложек на верхней и нижней челюстях зубной техник удлинил границы ложек с</p>
--	--	---

		<p>вестибулярной поверхности на 2 мм по отношению к переходной складке. Каковы возможные последствия чрезмерно длинных границ индивидуальных ложек. Тактика врача.</p> <p>17. Врач для уменьшения сроков изготовления полных протезов изготовил индивидуальные ложки непосредственно в полости рта пациента из базисного воска. Укажите недостатки подобной ложки. &gt;=0 Пациентка М., 73 лет. Диагноз: полная потеря зубов верхней челюсти. На верхней челюсти атрофия III тип по Шредеру. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в переднем отделе образует складки, которые при надавливании расправляются. В чем особенности получения функционального оттиска?</p> <p>18. У пациента О., 62 лет при припасовке индивидуальной ложки на нижней челюсти были применены следующие функциональные пробы: прикосновение кончика языка при полуоткрытом рте до щеки; вытягивание языка по направлению к кончику носа; глотание; вытягивание губ трубочкой; проведение языком по красной кайме верхней и нижней губ; широкое открывание рта. Назовите ошибки в последовательности проведения функциональных проб.</p> <p>19. У пациента А., 66 лет после припасовки индивидуальной ложки на верхнюю челюсть с помощью функциональных проб было отмечено, что при надавливании на ручку ложки вверх и вперед, ложка легко смещается. В чем заключается предполагаемая причина плохой фиксации ложки. Укажите тактику врача.</p> <p>20. Пациент Н., 60 лет, жалобы на частые переломы базиса полного съемного протеза верхней челюсти. При осмотре полости рта установлено: резкая степень атрофии альвеолярного отростка, альвеолярные бугры не выражены, небо средней глубины с выраженным торусом. Ранее изготовленный протез верхней челюсти имеет следы неоднократных починок. Протезы балансируют на челюсти. Укажите тактику врача. Назовите причину перелома. Укажите тип атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти по Курляндскому В.Ю.</p> <p>21. Пациентка К., 62 года, диагноз полная вторичная адентия обеих челюстей, 1 класс по Шредеру на верхней челюсти и 3 класс по Келлеру на нижней челюсти. Слизистая оболочка на верхней челюсти податливая, плотная, на нижней челюсти О определяется подвижный гребень в боковом отделе справа. Укажите оттискные материалы, которые могут использоваться функционального оттиска на верхней и нижней челюстях.</p> <p>22. После снятия врачом функционального оттиска, зубной техник отлил рабочую модель без предварительной окантовки. Укажите техническую ошибку и возможные ее негативные последствия.</p> <p>23. Во время изготовления рабочей модели для изготовления полного съемного протеза зубной техник использовал гипс 1 степени твердости. Какие негативные последствия возможны при изготовлении полного съемного протеза на такой рабочей модели?</p> <p>24. После вскрытия рабочей модели зубным техником обнаружено большое количество пор в пределах границ</p>
--	--	---

		<p>протезного ложа. Какова тактика техника и врача? Укажите меры по профилактике подобных ошибок.</p> <p>25. Стоматолог-ортопед перед определением центрального соотношения челюстей осмотрел поступившие из зуботехнической лаборатории рабочие модели с восковыми базисами и прикусными валиками. Им было выявлено: неплотное прилегание верхнего и нижнего базисов к модели, отсутствие армирующей проволоки, резкий переход базисов в окклюзионные валики, ширина валиков во фронтальном участке 0,5 мм, в боковом О 1,0 мм. Какие ошибки допущены зубным техником, можно ли определять на изготовленных валиках центральное соотношение челюстей?</p> <p>26. После припасовки воскового базиса на верхней челюсти край прикусного валика выступает из-под верхней губы пациента на 4 мм, протетическая плоскость во фронтальном участке параллельна зрачковой линии, в боковом участке О линии, соединяющей козелок уха и угол рта, в профиль отмечается выступание верхней губы значительно вперед. Какие ошибки допущены врачом при припасовке валика, методы их устранения.</p> <p>27. Пациент Н, полностью потерявший все зубы повторно поступил в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на постукивание искусственных зубов, дискомфорт в области височно-нижнечелюстного сустава и усталость мышц, поднимающих нижнюю челюсть. В чем возможные причины этих жалоб? Какова тактика врача при этом?</p> <p>28. Пациент К., 60 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях. При осмотре полости рта отмечается неравномерная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти. В правом боковом участке она выражена сильнее, чем в левом. На нижней челюсти равномерная атрофия II степени. Врач при формировании протетической плоскости на окклюзионном валике верхней челюсти добился того, что высота окклюзионного валика по всей его длине была одинакова. После формирования протетической плоскости на валике верхней челюсти, врач наложил его на протезное ложе и начал припасовывать восковой валик нижней челюсти. Определите правильность действий врача.</p> <p>29. После определения и фиксации центрального соотношения челюстей при полной потере зубов, врач вывел склеенные восковые базисы из полости рта пациента, охладил их и разъединил. С целью проверки правильности выполнения предшествующих манипуляций восковые базисы были повторно введены в полость рта и наложены на протезное ложе. При смыкании челюстей обнаружен зазор между окклюзионными валиками во фронтальном участке в пределах 1- 1,5 мм. Какая ошибка была допущена при фиксации центрального соотношения, методы устранения.</p> <p>30. Врач при определении высоты нижнего отдела лица использовал антропометрический метод, сравнивая трети лица. Оцените действия врача.</p> <p>31. Пациенту В., 63 лет, после обследования полости рта был поставлен диагноз: полная вторичная адентия верхней челюсти и вторичная частичная адентия нижней челюсти I класс по</p>
--	--	---

		<p>Кеннеди. Какие особенности определения и фиксации центрального соотношения в данной ситуации?</p> <p>32. При проверке конструкции протезов было отмечено, что линия между центральными резцами верхнего и нижнего зубного рядов находится не в одной плоскости. Укажите ошибку, допущенную зубным техником или врачом.</p> <p>33. Пациенту 74 года. Три дня назад наложили полный съемный протез на верхнюю челюсть. При откусывании пищи, протез смещается. Назовите возможные причины этого недостатка и способы его устранения.</p> <p>34. При проверке конструкции полных съемных протезов с анатомическими жевательными искусственными зубами на верхней и нижней челюстях не отмечаются сагиттальные и трансверзальные окклюзионные кривые. Какая ошибка была допущена при постановке зубов?</p> <p>35. При обследовании пациента выявлен подвижный альвеолярный гребень на нижней челюсти в боковых отделах. Какую окклюзионную схему предпочтительно выбрать для постановки искусственных зубов?</p> <p>36. При постановке искусственных зубов в полном протезе зубным техником была использована методика Васильева. При этом все зубы верхней и нижней челюсти поставлены строго по гребню альвеолярного отростка. Какая ошибка допущена зубным техником? Методика устранения.</p> <p>37. Во время проверки восковой конструкции протезов при внешнем осмотре у пациента М. отмечается сглаженность носогубных складок и подбородочной складок, стук во время смыкания зубов. В состоянии физиологического покоя отсутствует просвет между фронтальными зубами. При полуоткрытом рте передняя группа зубов верхней челюсти выступает из-под верхней губы на 3-4 мм. Какая допущена ошибка? На каком этапе изготовления протезов? Методика устранения ошибки.</p> <p>38. У пациента В., при проверке конструкции протезов в полости рта установлено прогнатическое соотношение зубных рядов, преимущественно бугорковое смыкание боковых зубов, сагиттальная щель между фронтальными зубами, повышение прикуса на высоту бугорков боковых зубов. Когда была допущена ошибка и в чем она заключается? Методика устранения.</p> <p>39. Каковы признаки снижения нижнего отдела лица во время проверки восковой композиции протезов и тактика врача в этом случае.</p> <p>40. У пациента на этапе проверки конструкции протезов установлено бугорковое смыкание на правой стороне, повышение высоты окклюзии, смещение центра нижнего зубного ряда вправо, просвет между боковыми зубами слева. На каком этапе изготовления протезов допущена ошибка и в чем она заключается? Методика устранения.</p> <p>41. Больной А., 39 лет. Диагноз: дефект зубного ряда нижней челюсти, 2 класс по Кеннеди. Умеренная атрофия нижней челюсти в области отсутствия зубов. Зубная формула:  <del>070543211234567</del>  <del>070503211234000</del></p> <p>Расстояние от вершины гребня до нижнечелюстного канала 16 мм. Сопутствующих общих заболеваний нет. Возможна ли</p>
--	--	--

		<p>имплантация при такой клинической ситуации?  <b>имплантация возможна</b></p> <p>42. Больной Б., 78 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти, 3 класс по Кеннеди. Умеренная атрофия альвеолярного гребня в области отсутствия зубов.  <del>006003201030560</del>  <del>070043201230500</del></p> <p>Зубная формула: Расстояние от вершины гребня до нижнечелюстного канала и верхнечелюстного синуса 10-12 мм. Атрофия альвеолярной кости у оставшихся зубов на 1/4 высоты корней. Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклероз сосудов головного мозга, гипертоническая болезнь 2 стадии. Показана ли при данной клинической ситуации имплантация?  <b>Имплантация нецелесообразна в связи с возможностью изготовления несъемных конструкций и наличием противопоказаний по общим заболеваниям</b></p> <p>43. Больной Б., 49 лет. Жалобы на недостаточное пережевывание пищи, боли в зубах при накусывании, щелканье в суставах. Зубная формула:  <del>006543201230500</del>  <del>000003201204060</del></p> <p>Подвижность оставшихся зубов 2 степени. Какие методы обследования следует применить для определения возможности зубной имплантации в данном случае?  <b>клинико-рентгенологические методы, электромиография, реопародонтография, лабораторные методы</b></p> <p>44. Больная Г., 25 лет. Жалобы на недостаточное пережевывание пищи, боли в зубах при накусывании, сильное смыкание зубных рядов. Зубная формула:  <del>000543201034067</del>  <del>076540001234507</del></p> <p>Имеется стираемость твердых тканей зубов. Какие наиболее целесообразные методы обследования при планировании зубной имплантации в данной ситуации являются?  Клинический осмотр, пальпация, перкуссия, ортопантомография, электромиография, томография суставов, изучение гипсовых моделей челюстей, биометрические методы исследования</p> <p>45. Больная П., 28 лет. Диагноз: дефект зубного ряда нижней челюсти, 2 класс по Кеннеди, пародонтит, начальная стадия, отложение зубного камня на фронтальных зубах нижней челюсти, удаление зубов на нижней челюсти слева 2 недели назад (в области предполагаемой имплантации). Какой наиболее рациональный метод подготовительного лечения перед зубной имплантацией?  <b>Лечение у пародонтолога, изготовление временного съемного протеза на нижнюю челюсть и пользование им в течение 6 месяцев, с последующей имплантацией и изготовлением несъемных протезов</b></p> <p>46. Больной Ж., 50 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов</p>
--	--	--





		<p>челюстях. Расстояние до придаточных пазух и нижнеальвеолярного нерва 2-4 мм, ширина гребня 6-8 мм. В данном случае могут быть применены <b>полные субпериостальные имплантаты на обе челюсти</b></p> <p>53. Больной М., 45 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов на нижней челюсти, 2 класс по Кеннеди. На верхней челюсти 3 <del>076043211234000</del> класс. Зубная формула: <del>076043211234000</del> Зубы устойчивы. Умеренная атрофия гребня верхней и нижней челюсти. Высота 12-14 мм и ширина 5-7 мм. Показана ли мплантация на верхней и нижней челюстях в представленной ситуации? <b>показана на обеих челюстях</b></p> <p>54. Что является показаниями к избирательному пришлифовыванию зубов при заболеваниях пародонта является?        Ответ: устранение преждевременных окклюзионных контактов; исключение блокирующих моментов возникающих при движении н/ч; дисфункции ВНЧС и жевательных мышц.</p> <p>55. В каких стадиях заболевания должно осуществляется избирательное пришлифовывание зубов при заболеваниях пародонта?        Ответ: как в начальной, так и развившейся стадиях</p> <p>56. В чем заключается терапевтический эффект от избирательного пришлифовывания при заболеваниях пародонта?        -устранении или уменьшении горизонтального компонента        -уменьшении пространственного смещения зубов        -улучшении кровоснабжения и трофики пародонта</p> <p>57. Методика избирательного пришлифовывания применяется при        -пародонтите        -пародонтозе        -повышенной стираемости</p> <p>58. Для проведения метода избирательного пришлифовывания зубов при заболеваниях пародонта необходимо:        -иметь диагностические модели        -изучить характер смыкания зубов при различных окклюзиях        -иметь данные окклюзиографии</p> <p>59. На какой группе зубов производят избирательное пришлифовывание при заболеваниях пародонта?        - верхней и нижней челюстей</p> <p>60. На каких данных основывается метод избирательного пришлифовывания зубов при заболеваниях пародонта?  <b>окклюзограммы</b></p> <p>61. Что необходимо провести после проведения метода избирательного пришлифовывания зубов при заболеваниях</p>
--	--	--

		<p>пародонта:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проведение реминерализующей терапии</li> <li>- провести полировку твердых тканей зубов</li> <li>- покрыть ткани зубов фторсодержащими лаками и гелями</li> </ul> <p>62. Допустимо ли при заболеваниях пародонта исключение зубов из межокклюзионных контактов?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- не допустимо</li> </ul> <p>63. Для правильного проведения метода избирательного пришлифовывания зубов при заболеваниях пародонта использование диагностических моделей</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- обязательно</li> </ul> <p>64. После избирательного пришлифовывания зубов при заболеваниях пародонта возможны осложнения</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гиперестезия</li> <li>- снижение окклюзионной высоты</li> </ul> <p>65. Количество точечных межокклюзионных контактов у моляров в центральной окклюзии после избирательного пришлифовывания должно составлять</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 - 5</li> </ul> <p>66. Количество точечных межокклюзионных контактов у премоляров в центральной окклюзии после избирательного пришлифовывания должно составлять</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 - 4</li> </ul> <p>67. Метод избирательного пришлифовывания зубов при заболеваниях пародонта предусматривает сошлифовывание</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- скатов бугров</li> </ul> <p>68. Участки избирательного сошлифовывания зубов при заболеваниях пародонта определяются движениями нижней челюсти из положения</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- центральной окклюзии в боковую</li> <li>- центральной окклюзии в переднюю</li> </ul> <p>69. Начинать пришлифовывание преждевременных контактов в передней окклюзии необходимо с режущего края и</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- вестибулярной поверхности нижних фронтальных зубов</li> </ul> <p>70. По методике избирательного пришлифовывания предложенной Jankelson преждевременные контакты устраняют:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- только в положении центральной окклюзии</li> </ul> <p>71. По методике избирательного пришлифовывания предложенной Schuyler преждевременные контакты устраняют</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в центральной, передней и боковой (правой и левой) окклюзиях</li> </ul> <p>72. При патологической подвижности зубов при заболеваниях</p>
--	--	--

		<p>пародонта методику избирательное шлифование зубов необходимо проводить</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- после временного шинирования</li> </ul> <p>73.Избирательное шлифование зубов при заболеваниях пародонта производится в пределах</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- эмали</li> </ul> <p>74.В центральной окклюзии при сошлифовывании зубов при заболеваниях пародонта должны быть достигнуты множественные контакты</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- фиссурно-бугорковые</li> </ul> <p>75.При ортогнатическом прикусе при заболеваниях пародонта в боковых окклюзиях сошлифовывают на рабочей стороне</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- внутренние скаты щечных бугров верхних зубов</li> </ul> <p>76.При ортогнатическом прикусе при заболеваниях пародонта в боковых окклюзиях сошлифовывают на балансирующей стороне</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- внутренние скаты щечных бугров нижних боковых зубов</li> <li>- внутренние скаты небных бугров верхних боковых зубов</li> </ul>		
<p>(ПК-6) - готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы.</p>	<p>Задания закрытого типа</p>	<p>1. Экспертиза трудоспособности — это вид медицинской деятельности, целью которой является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) оценка состояния здоровья пациента</li> <li>б) определение сроков и степени нетрудоспособности</li> <li>в) установление возможности осуществления профессиональной деятельности (трудовой прогноз)</li> <li>г) обеспечение качества и эффективности проводимого лечения</li> <li><b>д) все вышеперечисленное</b></li> <li>е) нет правильного ответа</li> </ol> <p>2. Задачи экспертизы трудоспособности</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) научно обоснованное установление утраты трудоспособности при заболевании, травме, а также по другим причинам</li> <li>б) правильное оформление документов, удостоверяющих нетрудоспособность граждан</li> <li>в) определение сроков нетрудоспособности с учетом медицинского и трудового прогноза</li> <li><b>г) все вышеперечисленное</b></li> </ol> <p>3. Основные принципы экспертизы нетрудоспособности</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) общедоступность</li> <li>б) коллегиальность</li> <li>в) профилактический подход</li> <li><b>г) все перечисленное</b></li> </ol> <p>4. Установите соответствие</p> <table border="1" data-bbox="651 2067 1528 2179"> <tr> <td data-bbox="651 2067 874 2179">Вид утраты трудоспособности</td> <td data-bbox="874 2067 1528 2179">Характеристики</td> </tr> </table>	Вид утраты трудоспособности	Характеристики
Вид утраты трудоспособности	Характеристики			

		<p>а) <b>временная</b> б) <b>стойкая</b></p> <p>1) состояние, при котором пациент вынужден прекратить свою трудовую деятельность, 2) состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер, 3) состояние, при котором нарушенные функции организма, несмотря на комплексность лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер</p> <p>5. Осуществлять экспертизу трудоспособности имеют право следующие учреждения здравоохранения а) только государственные (муниципальные) б) ЛПУ с любой формой собственности в) ЛПУ любого уровня, профиля, ведомственной принадлежности г) <b>любое ЛПУ, в том числе частнопрактикующий врач, имеющий лицензию на осуществление экспертизы трудоспособности</b></p> <p>6. При каком условии в учреждении здравоохранения создается ВК? а) при наличии поликлиники (поликлинического отделения) б) при наличии 20 и более врачебных должностей в) <b>по приказу руководителя учреждения, если имеется лицензия на проведение экспертизы трудоспособности</b></p> <p>7. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается а) с 1-го дня нетрудоспособности б) с 3-го дня нетрудоспособности в) с 6-го дня нетрудоспособности г) с 10-го дня нетрудоспособности д) <b>со дня окончания отпуска</b></p> <p>8. В каком случае в городской больнице (поликлинике) устанавливается должность заместителя главного врача по ЭВН? а) <b>при наличии поликлиники (поликлинического отделения)</b> б) при наличии 30 и более врачебных должностей в) при наличии 20 и более врачебных должностей амбулаторного приема г) при наличии 25 и более врачебных должностей амбулаторного приема</p> <p>9. Кому непосредственно подчиняется заместитель главного врача многопрофильной больницы по клинико-экспертной работе? а) <b>главному врачу</b> б) заместителю главного врача больницы по медицинскому</p>
--	--	--

		<p>обслуживанию населения</p> <p>в) заместителю главного врача больницы по организационно — методической работе</p> <p>г) заместителю главного врача больницы по лечебной работе</p> <p>д) заместителю главного врача больницы по поликлиническому разделу работы</p> <p>10. Укажите сроки направления на медико-социальную экспертизу болеющих, (кроме туберкулеза)</p> <p>а) не позднее 4 месяцев при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе</p> <p>б) не позднее 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе</p> <p>в) вне зависимости от срока работающие инвалиды в случае ухудшения клинического и трудового прогноза</p> <p><b>г) все вышеперечисленное верно</b></p> <p>д) нет правильного ответа</p> <p>11. Кто имеет право на выдачу листков нетрудоспособности?</p> <p>а) лечащие врачи государственной системы здравоохранения</p> <p>б) лечащие врачи муниципальной системы здравоохранения</p> <p>в) лечащие врачи частной системы здравоохранения</p> <p><b>г) все вышеперечисленные</b></p> <p>12. До какого срока может единолично продлить листок нетрудоспособное и лечащий врач?</p> <p>а) до 10 дней</p> <p><b>б) до 30 дней</b></p> <p>в) до 45 дней</p> <p>г) до 60 дней</p> <p>13. На какой максимальный срок может продлить ВК-листок нетрудоспособности?</p> <p>а) до 2 месяцев</p> <p>б) до 3 месяцев</p> <p>в) до 6 месяцев</p> <p><b>г) до 10 месяцев, а в некоторых случаях до 12 месяцев</b></p> <p>д) до 4 месяцев</p> <p>14. В каких случаях ВК может продлить листок нетрудоспособности до 12 месяцев?</p> <p>а) после инфаркта миокарда</p> <p>б) после инсульта</p> <p>в) при онкозаболеваниях</p> <p><b>г) при травмах, туберкулезе и после реконструктивных операций</b></p> <p>15. Кто в ЛПУ имеет право направлять граждан на медико-социальную экспертизу?</p> <p>а) руководители ЛПУ и поликлиник</p> <p>б) лечащий врач самостоятельно</p> <p>в) лечащий врач с утверждением зав. отделением</p> <p><b>г) лечащий врач с утверждением направления ВК ЛПУ</b></p> <p>16. Какой документ предъявляется пациентом в</p>
--	--	---

		<p>медучреждении для получения листка нетрудоспособности?</p> <p>а) справка с места работы б) документ о семейном положении <b>в) документ, удостоверяющий личность пациента</b> г) документ о прописке и месте жительства</p> <p>17. Листок нетрудоспособности не выдается :</p> <p>а) обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности; б) проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов; в) находящимся под стражей или административным арестом; проходящим периодические медицинские осмотры (обследования), в том числе в центрах профпатологии; гражданам, в том числе с хроническими заболеваниями вне обострения (ухудшения), проходящим обследование, принимающим различные процедуры и манипуляции в амбулаторно-поликлинических условиях; г) учащимся образовательных учреждений начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования и учреждений послевузовского профессионального образования <b>д) всем перечисленным</b></p> <p>18. Какие медицинские работники не выдают листки нетрудоспособности:</p> <p>а) учреждений скорой медицинской помощи; б) учреждений переливания крови; в) приемных отделений больничных учреждений; г) врачебно-физкультурных диспансеров; д) бальнеологических лечебниц и грязелечебниц; е) учреждений здравоохранения особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы); ж) учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; <b>з) все перечисленные</b></p> <p>19. Листок нетрудоспособности выдают следующие медицинские работники:</p> <p>а) лечащие врачи медицинских организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности (далее - медицинские организации); б) фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций - в отдельных случаях, по решению органа управления здравоохранением субъекта РФ, согласованному с региональным отделением Фонда социального страхования РФ (далее - фельдшеры и зубные врачи); в) врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности</p>
--	--	---

		<p>(далее - врачи, занимающиеся частной медицинской практикой);</p> <p>г) лечащие врачи специализированных (противотуберкулезных) санаториев при наличии лицензии на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности;</p> <p>д) лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе клиник научно-исследовательских учреждений (институтов) протезирования или протезостроения - по согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития РФ;</p> <p><b>е) все перечисленные.</b></p> <p>20. Перечислите критерии утраты трудоспособности при остеохондрозе:</p> <p>а) болевой синдром,</p> <p>б) периодическая цервикалгия,</p> <p>в) двигательный дефицит,</p> <p>г) снижения выносливости к физическому напряжению и воздействию, неблагоприятных климатических условий,</p> <p><b>д) все вышеперечисленное.</b></p> <p>21. К общим противопоказанным условиям труда относят:</p> <p>а) значительное физическое напряжение,</p> <p>б) общая и местная вибрация,</p> <p>в) вынужденное положение головы, туловища, конечностей,</p> <p><b>г) неблагоприятные метеорологические условия,</b></p> <p>д) все вышеперечисленное.</p> <p>22. Наибольшие сроки ВН при инфекционных заболеваниях ЦНС определяются при:</p> <p>а) бактериальном менингите,</p> <p><b>б) менингоэнцефалите,</b></p> <p>в) серозном менингите,</p> <p>г) энцефаломиелите,</p> <p>д) энцефалите.</p> <p>23. Какие формы БАС служат направлением на МСЭ:</p> <p><b>а) во всех случаях диагностированного БАС,</b></p> <p>б) шейно-грудная,</p> <p>в) бульбарная,</p> <p>г) пояснично-крестцовая,</p> <p>д) церебральная.</p> <p>24. Какие состояния при эпилепсии являются показанием для госпитализации в реанимационное отделение:</p> <p>а) впервые возникшие эпилептические припадки у взрослого,</p> <p>б) резкое учащение припадков,</p> <p><b>в) эпилептический статус, серийные припадки, сумеречное расстройство сознания,</b></p> <p>г) серийные припадки абсансы,</p> <p>д) необходимость хирургического лечения (в нейрохирургический стационар).</p>
--	--	---



		<p>25. При мигренозном статусе ВН составляет:</p> <p>а) 2 - 3 дня,  <b>б) 2 - 3 недели,</b>  в) 10-12 дней,  г) 3 - 5 дней,  д) 7 - 14 дней.</p>
	<p>Задания открытого типа</p>	<p>Ситуационная задача № 1.  Пациент Ж., 38 лет, явился с жалобами на отсутствие 3.5, 3.6, 3.7 зубов, затрудненное пережевывание пищи, косметический дефект. При обследовании выявлено: 3.4 и 3.8 зубы интактные. 3.5,3.6, 3.7 отсутствуют.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите возможность изготовления мостовидного протеза с опорой на 3.4, 3.8 зубы.</li> <li>2. Опишите показания к изготовлению цельнолитых мостовидных протезов.</li> <li>3. Перечислите существующие требования к опорным зубам при изготовлении мостовидных протезов.</li> <li>4. Назовите материалы, применяемые при изготовлении мостовидных протезов.</li> <li>5. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.</li> </ol> <p><i>Ответ №1.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Не показано изготовление мостовидного протеза с опорой на 3.8 и 3.4 зубы, так как протяженность тела протеза более двух зубов. Протеза такой протяженности вызовет перегрузку опорных зубов и их скорую утрату.</li> <li>2. Показания к изготовлению – дефекты зубных рядов с отсутствием не более двух зубов.</li> <li>3. Отсутствие подвижности опорных зубов, отсутствие периапикальных изменений в области верхушек, качественное эндодонтическое лечение.</li> <li>4. СПС, сплавы золота, ХКС, НХС.</li> <li>5. Этапы изготовления: <ul style="list-style-type: none"> <li>• препарирование опорных зубов,</li> <li>• снятие оттисков,</li> <li>• изготовление гипсовых моделей,</li> <li>• моделирование опорных коронок и тела мостовидного протеза из воска,</li> <li>• отливка,</li> <li>• примерка в полости рта,</li> <li>• полировка,</li> <li>• фиксация.</li> </ul> </li> </ol> <p>Ситуационная задача №2.  Пациент М., 40 лет, явился на прием к стоматологу с жалобами на выпадение пломбы из 2.7 и 2.4 зубов, с просьбой восстановить зубы искусственными коронками. Зубы 2.5 и 2.6 отсутствуют. На рентгенограмме 2.7 зуба – небный канал запломбирован до физиологического отверстия, в переднем щечном канале проецируется пломбировочный материал в устье корневого канала. У 2.4 зуба каналы запломбированы, воспалительных явлений в области апексов нет. При обследовании пациенту было предложено изготовить</p>

		<p>мостовидный протез с опорой на 2.4 и 2.7 зубы.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите возможность восстановления 2.7 зуба искусственной коронкой-опорой мостовидного протеза.</li> <li>2. Составьте план лечения данного 2.7 зуба.</li> <li>3. Назовите виды мостовидных протезов, которые возможно изготовить с опорой на 2.4 и 2.7 зубы.</li> <li>4. Определите необходимость распломбирования небного канала 2.4 зуба.</li> <li>5. Перечислите требования, предъявляемые к полным искусственным коронкам-опорам мостовидного протеза.</li> </ol> <p><i>Ответы №2.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Восстановление 2.7 зуба искусственной коронкой возможно после проведения пломбирования переднего щечного канала.</li> <li>2. План лечения 2.7 зуба: необходимо передний щечный канал пройти до апикального отверстия, запломбировать передний щечный канал, наложить постоянную пломбу или восстановить зуб культевой металлической вкладкой.</li> <li>3. С опорой на 2.7 и 2.4 зубы возможно изготовить мостовидные протезы, в основе которых лежит цельнолитая конструкция.</li> <li>4. Небный канал 2.4 зуба необходимо распломбировать для последующего изготовления литой культевой вкладки.</li> <li>5. Основные требования к искусственным коронкам: <ul style="list-style-type: none"> <li>• искусственные коронки должны восстанавливать анатомическую форму зуба,</li> <li>• иметь плотный межзубной контакт,</li> <li>• должны плотно прилегать к шейке зуба,</li> <li>• край коронки должен располагаться до уровня десны или продвигаться под десну не более 0,1-0,2 мм,</li> <li>• должны восстанавливать окклюзионные контакты,</li> <li>• удовлетворять требованию эстетики.</li> </ul> </li> </ol> <p><i>Ситуационная задача №3.</i></p> <p>Пациент Р., 35 лет, явился к стоматологу с жалобами на косметический дефект в области 2.1, 1.1, 1.2 зубов. При обследовании врач обнаружил отлом коронки 2.1, 1.1, 1.2 зубов, оставшаяся часть 2.1 и 1.2 зубов выступает над уровнем десны до 3 мм, корневые каналы запломбированы. Отлом коронки 1.1 зуба произошел ниже уровня десны на 4 мм.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите план лечения.</li> <li>2. Тактика по отношению к 1.1 зубу.</li> <li>3. Определите противопоказания к изготовлению культевой штифтовой вкладки в 1.1 зуб.</li> <li>4. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления металлокерамического мостовидного протеза.</li> </ol> <p><i>Ответы №3.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Удаление 1.1 зуба.</li> <li>• Раскрытие корневых каналов в 2.1 и 1.2 зубах.</li> <li>• Формирование каналов под вкладку.</li> <li>• Снятие слепков для изготовления культевых вкладок.</li> </ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Изготовление штифтовой культевой вкладки.</li> <li>• Фиксация культевых вкладок в 2.1 и 1.2 зубах.</li> <li>• Снятие слепков для изготовления мостовидного металлокерамического протеза с опорой на 2.1 и 1.2 зубы.</li> <li>• Фиксация мостовидного протеза.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Удаление проводят из-за невозможности восстановления зуба вкладкой, по причине отлома ниже уровня десны и разрыва круговой связки.</li> <li>2. Противопоказаниями в данном случае могут быть неустойчивость зуба в лунке, разрыв циркулярной связки, отлом коронки ниже уровня десны.</li> <li>3. а) Препарирование зубов,</li> </ol> <p>б) снятие силиконового слепка,  в) отливка модели,  г) моделирование и отливка каркаса,  д) примерка каркаса в полости рта,  е) облицовка каркаса в полости рта,  ж) примерка в полости рта, припасовка по прикусу,  з) глазуровка,  и) фиксация.</p> <p><b>Ситуационная задача №4.</b>  Пациентка А., 45 лет, обратилась в стоматологическую клинику с целью ортопедического лечения 4.6 зуба. Из анамнеза выяснено, что 4.6 зуб неоднократно лечен с наложением пломб, но пломбы через три-четыре месяца выпадали. При осмотре 4.6 зуба обнаружена кариозная полость на жевательной поверхности в пределах эмали и средних слоёв дентина, зондирование стенок безболезненно. Врач произвел препарирование кариозной полости, наложил постоянную пломбу. И решил изготовить на 4.6 зуб металлокерамическую коронку.</p> <p><b>Задания.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Перечислите показания к изготовлению металлокерамических коронок.</li> <li>2. Перечислите противопоказания к изготовлению металлокерамических коронок.</li> <li>3. Назовите снимаемую толщину твердых тканей зуба, снимаемых под металлокерамическую коронку.</li> <li>4. Назовите методику снятия слепков под металлокерамические коронки.</li> </ol> <p><b>Ответы №4.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нарушение формы и цвета коронок естественных зубов (кариес, травма, клиновидные дефекты, флюороз и врожденные аномалии), патологическое стирание, аллергия к пластмассовым облицовкам, невозможность полноценной реставрации коронки зуба пломбирочным материалом, по эстетическим требованиям.</li> <li>2. Детям и подросткам, выраженные аномалии прикуса, особенно при глубоком резцовом перекрытии, парафункции жевательных мышц, низкие, плоские коронки, заболевания пародонта тяжелой степени.</li> <li>3. Снимаемая толщина твердых тканей зуба под цельнолитую металлокерамическую коронку составляет 1,3-1,5-2 мм</li> </ol>
--	--	---

		<p>4. При изготовлении металлокерамической коронки снимают двухслойный оттиск. Предварительный оттиск снимают стандартной ложкой базисной массой силикатного материала. Окончательный оттиск получают более жидкой корригирующей массой, входящей в комплект этого материала. Эта методика позволяет получить точный отпечаток как самих препарированных зубов, так и поддесневой части корня до дна десневого желобка. Перед снятием оттиска в зубодесневой желобок вводят ретракционные нити.</p> <p>Ситуационная задача №5.  Пациент О., 47 лет, обратился в клинику с жалобой на разрушение и изменение в цвете 3.7 зуба. Объективно: коронка 3.7 зуба разрушена кариесом на 3\4, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневые каналы запломбированы до верхушек корней, патологических изменений пародонта нет. Больному решено было изготовить штампованную коронку на 3.7 зуб.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите показания к восстановлению коронки зуба штампованной коронкой.</li> <li>2. Перечислите клинические и лабораторные этапы изготовления штампованной коронки.</li> <li>3. Перечислите материалы, применяемые для изготовления штампованных коронок.</li> <li>4. Назовите оттискные массы, применяемые для снятия оттиска под штампованные коронки.</li> <li>5. Назовите необходимые материалы для проведения этапа фиксации коронки в полости рта.</li> </ol> <p><i>Ответы №5.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Невозможность восстановления зуба пломбой, аномалия формы, положения зуба, патологическая стираемость, для фиксации кламмера съемного протеза, как опорная коронка мостовидного протеза, с целью шинирования.</li> <li>2. Одонтопрепарирование, снятие оттиска, отливка модели, гипсовка модели в окклюдатор, моделирование зубов из воска, получение штампов из легкоплавких металлов, штамповка, отбеливание, шлифовка, полировка, припасовка коронок в полости рта, окончательная припасовка и фиксация коронок.</li> <li>3. Для изготовления штампованных коронок используются сплавы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• нержавеющей сталь</li> <li>• серебряно-палладиевый сплав</li> <li>• сплав золота 900 пробы</li> </ul> </li> <li>4. Альгинатные оттискные массы для рабочего и вспомогательного оттисков.</li> <li>5. СИЦ для фиксации ортопедических конструкций, поликарбонатные цементы, цементы двойного отверждения.</li> </ol> <p>Ситуационная задача №6.  Пациент У., 26 лет, явился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект 1.2 зуба. Из анамнеза выяснено, что зуб неоднократно лечен, но пломбы выпадали через 2-3 месяца. При осмотре: коронка 1.2 зуба разрушена наполовину, в полости зуба обнаружены остатки</p>
--	--	---

		<p>пломбирочного материала. На рентгенограмме - канал зуба запломбирован до физиологического отверстия, изменений в периодонте нет.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Составьте план лечения для устранения эстетического дефекта 1.2 зуба.</li> <li>2. Определите возможность изготовления металлокерамической коронки на 1.2 зуб.</li> <li>3. Определите возможность создания уступа при изготовлении металлокерамической коронки.</li> <li>4. Расскажите о видах уступов при изготовлении металлокерамической коронки.</li> <li>5. Назовите этапы изготовления металлокерамической коронки.</li> </ol> <p><i>Ответы №6.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. План лечения: подготовка канала, моделирование культевой штифтовой вкладки из воска, отливка вкладки из металла, припасовка вкладки, фиксация на цемент, изготовление искусственной коронки.</li> <li>2. Возможно, после изготовления и фиксации культевой штифтовой вкладки.</li> <li>3. Уступ формируется в данном случае при изготовлении культевой штифтовой вкладки.</li> <li>4. Виды уступов: под углом 135°, под углом 90°, под углом 90° со скосом 45°, желобообразный, символ уступа.</li> <li>5. а) снятие оттиска, б) изготовление металлического колпачка на модели, в) припасовка колпачка, г) выбор цвета, нанесение керамической массы, обжиг, д) припасовка, е) глазурирование, ж) фиксация коронки.</li> </ol> <p><i>Ситуационная задача №7.</i></p> <p>Пациент А., 32 лет, явился с жалобами на откол коронки 3. 2 зуба. При обследовании обнаружено отсутствие коронки 3.2 зуба, оставшаяся часть ее выступает над уровнем десневого края до 3 мм. По рентгенограмме корневой канал запломбирован, периапикальных изменений не выявлено.</p> <p><i>Задания.</i></p> <p>Определите возможность изготовления культевой штифтовой вкладки в 3.2 зубе.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Опишите требования, которые предъявляют к корню при изготовлении культевых штифтовых вкладок.</li> <li>2. Перечислите возможные методы восстановления 3.2 зуба.</li> <li>3. Назовите материалы применяемые, при изготовлении культевой штифтовой вкладки.</li> <li>4. Перечислите клинико-лабораторные этапы восстановления 3.2 зуба культевой штифтовой вкладкой непрямым методом.</li> </ol> <p><i>Ответы №7.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Изготовление культевой штифтовой вкладки возможно, так как корневой канал запломбирован и периапикальные изменения отсутствуют.</li> <li>2. Требования: длина корня должна быть больше, чем высота будущей искусственной коронки, стенки корня должны иметь достаточную толщину, чтобы</li> </ol>
--	--	---

		<p>противостоять жевательному давлению, корень должен быть устойчивым, не поражен кариесом, его поверхность должна выступать над десной или находится на одном уровне с ней.</p> <p>3. Изготовление культевой штифтовой вкладки и коронки на 3.2 зуб, восстановление зуба анкерным штифтом и композитом, изготовление штифтового зуба.</p> <p>4. СПС, сплавы золота, ХКС.</p> <p>5. Этапы изготовления:</p> <p>1) Клинический. Подготовка корня, распломбирование канала, изоляция от слюны, снятие оттиска. Лабораторный. Изготовление огнеупорной модели и отливка искусственной культы из металла);</p> <p>2) Клинический. Припасовка и фиксация на цемент металлической культы, снятие двойных оттисков). Лабораторный. Изготовление коронки, закрывающей культю из металла.</p> <p>3) Клинический. Припасовка и фиксация искусственной коронки на металлическую культю.</p> <p><b>Ситуационная задача №8.</b> Пациент Ф., 45 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи. При обследовании обнаружено: 4.7 зуб разрушен на 60 %, жевательная поверхность восстановлена пломбировочным материалом, при рентгенологическом обследовании корневые каналы запломбированы, периапикальных изменений не выявлено. Пациенту решено было изготовить металлокерамическую коронку на 4.7 зуб.</p> <p><b>Задания.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите показания к восстановлению зуба металлокерамической коронкой.</li> <li>2. Определите преимущества и недостатки металлокерамических коронок.</li> <li>3. Перечислите материалы, применяемые для изготовления металлокерамической коронки.</li> <li>4. Назовите принципы одонтопрепарирования под металлокерамические коронки.</li> <li>5. Назовите виды оттисковых масс, применяемых для снятия оттиска под металлокерамическую коронку.</li> </ol> <p><b>Ответы №8.</b> Невозможность восстановления зуба пломбой, аномалии формы, положения зуба, патологическая стираемость, для фиксации кламмера съемного протеза, как опорная коронка мостовидного протеза, с целью шинирования.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Преимущества: точность изготовления, равномерное и плотное прилегание к поверхности культы зуба, хорошая фиксация, эстетичность.</li> </ol> <p>Недостатки: сложность одонтопрепарирования.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Кобальтовые сплавы - «Дентитан», «Реманиум СД», кобальтохромовый сплав- «Целлит –К», никелевые сплавы- «Вирон», « Целлит –Н». Керамические массы.</li> <li>3. а) Сепарация, б) препарирование оральной, вестибулярной поверхностей, в) формирование уступа, г) препарирование окклюзионной поверхности, д)</li> </ol>
--	--	--

		<p>финишная обработка культи зуба. Требования к культе зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку: форма конуса (конвергенция 3°), сохраняется рельеф окклюзионной поверхности, наличие уступа, или его символа, поверхности гладкие, плавно переходят с одной поверхности на другую.</p> <p>5. Силиконовые или поливинилсилоксановые оттискные массы для рабочего оттиска, альгинатные слепочные массы для вспомогательного оттиска.</p> <p>Ситуационная задача №9.  Пациент О., 47 лет, обратился в клинику с жалобой на разрушение и изменение в цвете 3.7 зуба. Объективно: коронка 3.7 зуба разрушена кариесом на 3/4, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневые каналы запломбированы до верхушек корней, патологических изменений пародонта нет. Больному решено было изготовить штампованную коронку на 3.7 зуб.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите показания к восстановлению коронки зуба штампованной коронкой.</li> <li>2. Перечислите клинические и лабораторные этапы изготовления штампованной коронки.</li> <li>3. Перечислите материалы, применяемые для изготовления штампованных коронок.</li> <li>4. Назовите оттискные массы, применяемые для снятия оттиска под штампованные коронки.</li> <li>5. Назовите необходимые материалы для проведения этапа фиксации коронки в полости рта.</li> </ol> <p><i>Ответы №9.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Невозможность восстановления зуба пломбой, аномалия формы, положения зуба, патологическая стираемость, для фиксации кламмера съемного протеза, как опорная коронка мостовидного протеза, с целью шинирования.</li> <li>2. Одонтопрепарирование, снятие оттиска, отливка модели, гипсовка модели в окклюдатор, моделирование зубов из воска, получение штампов из легкоплавких металлов, штамповка, отбеливание, шлифовка, полировка, припасовка коронок в полости рта, окончательная припасовка и фиксация коронок.</li> <li>3. Для изготовления штампованных коронок используются сплавы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• нержавеющей сталь</li> <li>• серебряно-палладиевый сплав</li> <li>• сплав золота 900 пробы</li> </ul> </li> <li>4. Альгинатные оттискные массы для рабочего и вспомогательного оттисков.</li> <li>5. СИЦ для фиксации ортопедических конструкций, поликарбонатные цементы, цементы двойного отверждения.</li> </ol> <p>Ситуационная задача №10.  Пациент П., 40 лет, обратился в клинику с жалобами на разрушение и изменение в цвете 2.1 зуба. Объективно: коронка 2.1 зуба разрушена кариесом на 1/2, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневой канал запломбирован до верхушки корня,</p>
--	--	---

		<p>патологических изменений периодонта нет.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Составьте план лечения для устранения эстетического дефекта 2.1 зуба.</li> <li>2. Определите возможность изготовления металлокерамической коронки на 2.1 зуб.</li> <li>3. Назовите материалы, применяемые для изготовления металлокерамической коронки.</li> <li>4. Назовите виды оттискных масс, применяемых для снятия оттиска под металлокерамическую коронку.</li> <li>5. Назовите клинические этапы изготовления металлокерамической коронки.</li> </ol> <p><i>Ответы №10.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Изготовление культевой штифтовой вкладки и металлокерамической коронки: а) подготовка канала, б) моделирование культевой штифтовой вкладки из воска, в) отливка вкладки из металла, г) припасовка вкладки, д) фиксация на цемент, е) изготовление искусственной коронки.</li> <li>2. Возможно изготовление металлокерамической коронки после изготовления культевой штифтовой вкладки или восстановления зуба с помощью анкерного штифта.</li> <li>3. Кобальтовые сплавы - «Дентитан», «Реманиум СД», кобальтохромовый сплав- «Целлит –К», никелевые сплавы- «Вирон», «Целлит –Н». Керамические массы.</li> <li>4. Силиконовые или поливинилсилоксановые оттискные массы для рабочего оттиска, альгинатные слепочные массы для вспомогательного оттиска.</li> <li>5. а) Одонтопрепарирование, б) снятие силиконового двухслойного оттиска, в) припасовка колпачка, г) выбор цвета, д) припасовка коронки в полости рта, е) фиксация коронки.</li> </ol> <p><i>Ситуационная задача №11.</i></p> <p>Пациент М., 60 лет, явился к стоматологу с целью протезирования. Он предъявил жалобы на затруднённый приём пищи. При обследовании обнаружено: на верхней челюсти полный съёмный пластиночный протез. На нижней челюсти в 3.7, 4.7 зубах пломбы, остальные зубы отсутствуют. По рентгенограмме каналы зубов запломбированы, периапикальные ткани без патологии.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обоснуйте возможность ортопедического лечения с использованием искусственных штампованных коронок на 3.7, 4.7 зубы.</li> <li>2. Назовите применяемые материалы для получения оттисков.</li> <li>3. Выберите оттискный материал для этого случая.</li> <li>4. Расскажите положительные и отрицательные свойства выбранного оттискного материала.</li> <li>5. Перечислите конструкционные материалы, применяемые для изготовления искусственных штампованных коронок.</li> </ol> <p><i>Ответы №11.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Изготовить искусственные штампованные коронки на 3.7, 4.7 зубы возможно. Они могут служить для</li> </ol>
--	--	---



		<p>крепления съёмного протеза, изготовленного на нижнюю челюсть.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Материалы для снятия оттисков: кристаллизирующиеся (гипс), эластичные (альгинатные, силиконовые, полиэфирные, тиоколовые), термопластические (стенс).</li> <li>3. Силиконовую оттискную массу.</li> <li>4. Силиконовые массы. В состав входит основная, корректирующая паста и катализатор.</li> </ol> <p>Положительные свойства: не теряет эластичность в течение длительного периода, даёт чёткое отображение тканей протезного ложа, малая усадка, незначительная остаточная деформация.</p> <p>Отрицательные свойства: при длительном хранении (более 3-4 суток) подвергается самополимеризации и даёт максимальную усадку 0,5 % от объёма.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Нержавеющие стали, на основе золота, серебра, палладия.</li> </ol> <p>Ситуационная задача №12.</p> <p>Пациент К., 50 лет, обратился к стоматологу с целью изготовления коронки на 2.7 зуб. Из анамнеза выяснено: 2.7 зуб два года назад был лечен с пломбированием каналов и наложением пломбы. Через два-три месяца пломбы выпадали, их заменяли новыми. При осмотре в 2.7 зубе пломба, контактный пункт нарушен, десневые межзубные сосочки синюшного цвета, слегка отёчны. По рентгенограмме: каналы 2.7 зуба запломбированы до верхушки, периапикальные ткани без патологии. Врач решил изготовить на 2.7 зуб литую цельнометаллическую коронку.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Объясните преимущества изготовления цельнолитых коронок по сравнению со штампованными.</li> <li>2. Расскажите о первом клиническом этапе приготовления цельнолитой коронки.</li> <li>3. Дайте определение «оттиску».</li> <li>4. Расскажите о назначении оттискной ложки и её видах.</li> <li>5. Расскажите методику снятия двухслойного оттиска силиконовой массой.</li> </ol> <p><i>Ответы №12.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Преимущества литых цельнометаллических коронок по сравнению со штампованными: физиологичность, т.к. лежат на уступе, прочность, точность прилегания в области шеек, менее травмируют ткани, лучше восстанавливают анатомическую форму зубов, окклюзионные контакты, не содержат припоя.</li> <li>2. Первый клинический этап: литая коронка должна иметь толщину 0,3-0,5 мм. При одонтопрепарировании создают культю зуба конусовидной формы с конвергенцией в 6°. Сошлифовываются ткани зуба от 0,5 до 1,5-2 мм с созданием уступа (по показаниям) затем снимают оттиски.</li> <li>3. Оттиск – это негативное отображение тканей протезного ложа и прилегающих к нему тканей.</li> <li>4. Оттиск снимают оттискной ложкой. Ложки бывают стандартные и индивидуальные. Ложка состоит из</li> </ol>
--	--	--

ручки, бортов, ложа для зубов, свода у ложки верхней челюсти и выреза для языка у ложки нижней челюсти. Стандартные ложки бывают металлические и пластмассовые различных размеров, перфорированные и неперфорированные.

5. Силиконовые массы применяются для двойных оттисков. В её состав входит: основная (базисная) и корригирующая паста и катализатор. Сначала снимают оттиск базисной пастой, а затем после её твердения, накладывается корригирующая паста и вводится в полость рта.

#### Ситуационная задача №13.

Пациент Д., 25 лет, явился к стоматологу с жалобами на появление болей от холодного и горячего в области зуба 1.1. Из анамнеза выяснено, что два месяца была травма челюстно-лицевой области. При осмотре обнаружено: скол коронки 1.1 зуба в пределах эмали и дентина, обнажение пульпы. Врач под анестезией удалил пульпу, запломбировал канал, наложил пломбу и решил изготовить металлокерамическую коронку.

#### Задания.

1. Расскажите об особенностях препарирования зубов под металлокерамическую коронку.
2. Объясните назначение создания уступа.
3. Назовите виды создаваемых уступов.
4. Выберите материалы для снятия оттиска.
5. Перечислите конструкционные материалы для изготовления металлокерамической коронки.

#### Ответы №13

1. При препарировании под металлокерамическую коронку зубы должны сохранять признаки принадлежности к соответствующей группе зубов. Создают культю зуба в форме конуса в  $6^\circ$ . Зубы укорачивают на 1-2 мм, сошлифовывают твёрдые ткани зуба не менее чем на 1мм, учитывая зоны безопасности. Объём сошлифованных тканей определяют из расчета толщины металлического каркаса 0,3-0,4 мм и слоя керамической облицовки – 0,7-1,2 мм. Особенностью препарирования зубов под металлокерамическую коронку является формирование пришеечного уступа. Предпочтительно его создавать на уровне маргинальной десны или над десной.
2. Назначения уступа – для равномерного распределения жевательной нагрузки на корень зуба, защиты пародонта от травмы краем коронки, обеспечение эстетического эффекта.
3. Виды отступов: под углом  $135^\circ$ , под углом  $90^\circ$ , под углом  $90^\circ$  со скосом  $45^\circ$ , желобообразный уступ, символ уступа.
4. Для более точного отображения протезного ложа лучше получать двойной оттиск силиконовой массой. С противоположной челюсти снимают вспомогательный оттиск.
5. Конструкционные материалы: кобальтово-никелевые, хромокобальтовые и сплавы драгоценных металлов.

		<p>Ситуационная задача №14.</p> <p>Пациент М., 40 лет, явился на прием к стоматологу с жалобами на выпадение пломбы из 2.4 зуба и с просьбой восстановить его искусственной коронкой. При обследовании зуба обнаружена глубокая кариозная полость, язычная и задняя стенки отсутствуют. Полость зуба раскрыта, на дне полости зуба и в устьях корневых каналов обнаружен пломбировочный материал. На рентгенограмме – небный канал запломбирован до физиологического отверстия, в щечном канале проецируется пломбировочный материал в устье корневого канала, у верхушки которого имеется разрежение костной ткани с нечеткими границами.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите возможность восстановления 2.4 зуба искусственной коронкой.</li> <li>2. Составьте план лечения данного 2.4 зуба.</li> <li>3. Выберите пломбировочный материал для пломбирования щечного канала 2.4 зуба.</li> <li>4. Определите необходимость распломбирования небного канала 2.4 зуба.</li> <li>5. Перечислите требования, предъявляемые к полным искусственным коронкам.</li> </ol> <p><i>Ответы №14.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Восстановление 2.4 зуба искусственной коронкой возможно после проведения его лечения.</li> <li>2. План лечения 2.4 зуба: необходимо щечный канал пройти и механически, медикаментозно обработать, запломбировать, в кариозную полость наложить постоянную пломбу.</li> <li>3. Щечный канал можно запломбировать пластичной твердеющей пастой или методом латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов.</li> <li>4. Небный канал распломбировывать нет необходимости, так как он запломбирован полностью и изменений в периапикальных тканях нет.</li> <li>5. Основные требования к искусственным коронкам:  -искусственные коронки должны восстанавливать анатомическую форму зуба,  -иметь плотный межзубной контакт,  -должны плотно прилегать к шейке зуба,  -край коронки должен располагаться до уровня десны или продвигаться под десну не более 0,1-0,2 мм,  -должны восстанавливать окклюзионные контакты,  -удовлетворять эстетическим требованиям.</li> </ol> <p>Ситуационная задача №15.</p> <p>Пациент С., 17 лет, явился с жалобами на отлом коронки 1.1 зуба. При обследовании обнаружено отсутствие коронки зуба, оставшаяся часть ее выступает над уровнем десневого края до 3 мм. Зондирование, перкуссия 1.1 зуба безболезненны. Диагноз: хронический периодонтит 1.1 зуба. Проведено эндодонтическое лечение.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите возможность изготовления культевой</li> </ol>
--	--	--

		<p>штифтовой вкладки в 1.1 зубе.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Опишите показания к изготовлению культовых штифтовых вкладок.</li> <li>3. Перечислите существующие требования к корню при изготовлении культовой штифтовой вкладки.</li> <li>4. Назовите материалы, применяемые при изготовлении культовой штифтовой вкладки.</li> <li>5. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культовой штифтовой вкладки прямым методом.</li> </ol> <p><i>Ответы №15.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Показано изготовление культовой штифтовой вкладки на 1.1 зуб, поскольку коронковая часть зуба сильно разрушена.</li> <li>2. Показания к изготовлению культовых вкладок: невозможность реставрации разрушенной коронки зуба пломбой, вкладкой, полной коронкой, использование под опору мостовидного протеза, при шинировании, при патологическом стирании зубов.</li> <li>3. Требования к корню при изготовлении культовой штифтовой вкладки: корень должен быть устойчив в лунке, должен выступать над десной или быть на одном уровне с ней, в области верхушки корня не должно быть патологических изменений, корневого канал должен быть запломбирован не менее, чем на одну треть от верхушечного отверстия, проходим на длину не меньше, чем высота коронки зуба, не быть искривлённым на протяжении двух третей своей длины, считая от эмалево-цементного соединения, стенки корня должны иметь достаточную толщину и не должны быть поражены кариесом или другим патологическим процессом.</li> <li>4. СПС, сплавы золота, ХКС.</li> <li>5. Этапы изготовления: подготовка корня, изоляция от слюны, смачивание стенок канала, припасовка металлического штифта, подготовка воска, введение воска в канал корня, армирование воска в канале штифтом, моделировка культовой части под коронку, охлаждение и выведение восковой композиции, отливка культовой штифтовой вкладки из металла, припасовка, фиксация.</li> </ol> <p><i>Ситуационная задача №16.</i>  Пациент Ш., 20 лет, явился к стоматологу с жалобами на дефект коронки 2.1 зуба, на возникновение боли при приеме пищи. При обследовании врач обнаружил откол коронки зуба, оставшаяся часть зуба выступает над уровнем десны до 3 мм, зондирование корневого канала резко болезненно, видна кровоточащая пульпа.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите план лечения 2.1 зуба.</li> <li>2. Выберите метод обезболивания при лечении.</li> <li>3. Опишите показания к изготовлению культовых штифтовых вкладок.</li> <li>4. Определите противопоказания к изготовлению культовой штифтовой вкладки.</li> </ol>
--	--	---

5. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки непрямым методом.

*Ответы №16.*

1. План лечения: эндодонтическое лечение 2.1 зуба метод витальной экстирпации, пломбирование канала и подготовка его для изготовления культевой штифтовой вкладки и искусственной коронки.
2. Местная инфильтрационная анестезия с вестибулярной стороны. Вкол иглы – по переходной складке в области проекции верхушки корня 2.1 зуба, под углом 45° к кости.
3. Показания к изготовлению культовых вкладок: невозможность реставрации разрушенной коронки зуба пломбой, вкладкой, полной коронкой, использование под опору мостовидного протеза, при шинировании, при патологическом стирании зубов.
4. Противопоказаниями в данном случае могут быть неустойчивость зуба в лунке, разрыв циркулярной связки.
5. Непрямой метод:

1) Клинический – подготовка корня и снятие оттиска.

- лабораторный (изготовление модели и отливка культы из металла);

- клинический (припасовка и фиксация на цемент металлической культы, снятие двойных оттисков).

2) Лабораторный – изготовление коронки на искусственную культу из металла.

3) Припасовка и фиксация искусственной коронки на металлическую культу.

*Ситуационная задача №17.*

Пациент У., 26 лет, явился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект 1.2 зуба. Из анамнеза выяснено, что зуб неоднократно лечен, но пломбы выпадали через 2-3 месяца. При осмотре: коронка 1.2 зуба разрушена наполовину, в полости зуба обнаружены остатки пломбировочного материала. На рентгенограмме - канал зуба запломбирован до физиологического отверстия, изменений в периодонте нет.

*Задания.*

1. Составьте план лечения для устранения эстетического дефекта 1.2 зуба.
2. Определите возможность изготовления металлокерамической коронки на 1.2 зуб.
3. Определите возможность создания уступа при изготовлении металлокерамической коронки.
4. Расскажите о видах уступов при изготовлении металлокерамической коронки.
5. Назовите этапы изготовления металлокерамической коронки.

*Ответы №17.*

1. План лечения: подготовка канала, моделирование культевой штифтовой вкладки из воска, отливка вкладки

из металла, припасовка вкладки, фиксация на цемент, изготовление искусственной коронки.

2. Возможно, после изготовления и фиксации культевой штифтовой вкладки.
3. Уступ формируется в данном случае при изготовлении культевой штифтовой вкладки.
4. Виды уступов: под углом 135°, под углом 90°, под углом 90° со скосом 45°, желобообразный, символ уступа.
5. а) снятие оттиска, б) изготовление металлического колпачка на модели, в) припасовка колпачка, г) выбор цвета, нанесение керамической массы, обжиг, д) припасовка, е) глазурирование, ж) фиксация коронки.

#### Ситуационная задача №18.

Пациент Т., 75 лет, обратился к стоматологу-ортопеду с целью протезирования. При осмотре полости рта: 4.7 зуб имеет большую полость на жевательной поверхности, зондирование и перкуссия безболезненны, стенки зуба до 1мм. На рентгенограмме: каналы запломбированы, изменений в периодонте нет. По показаниям пациенту необходимо изготовить металлическую штампованную коронку на 4.7 зуб.

#### Задания.

1. Назовите показания к изготовлению металлической штампованной коронки.
2. Перечислите этапы изготовления металлической штампованной коронки.
3. Выберите инструменты для одонтопрепарирования 4.7 зуба под металлическую штампованную коронку.
4. Расскажите методику одонтопрепарирования 4.7 зуба под металлическую штампованную коронку.
5. Перечислите требования, предъявляемые к культе зуба, подготовленной под металлическую штампованную коронку.

#### Ответы №18.

1. Невозможность восстановления коронковой части зуба пломбировочными материалами, аномалия формы, положения зуба, патологическая стираемость, для фиксации ортодонтических конструкций, для фиксации кламмера съемного протеза, как опорная коронка мостовидного протеза.
2. Одонтопрепарирование, снятие оттисков, отливка гипсовых моделей, фиксация в окклюдатор, изготовление штампа, контрштампа, подготовка гильзы, штамповка, припасовка, фиксация.
3. Сепарационные диски, алмазные боры (пиковидные, цилиндрические, оливовидные, шаровидные, ромбовидные и др.).
4. а) Сепарация, б) препарирование жевательной поверхности, в) препарирование оральной и вестибулярной поверхности, г) финишное препарирование.
5. Форма цилиндра, жевательная поверхность повторяет свой анатомический рельеф, все поверхности гладкие.

#### Ситуационная задача №19.

		<p>Пациент Ф., 35 лет, обратился в поликлинику с жалобами на частое выпадение пломбы в 1.7 зубе. При осмотре 1.7 зуба обнаружена на жевательной и задней контактной поверхности пломба, окклюзионный контакт с зубом-антагонистом неудовлетворительный. Изменений в периодонте нет. Пациенту было решено изготовить цельнолитую металлическую коронку на 1.7 зуб.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите показания к восстановлению коронки зуба цельнолитой металлической коронкой.</li> <li>2. Назовите преимущества и недостатки цельнолитых металлических коронок.</li> <li>3. Перечислите сплавы металлов, применяемых при изготовлении цельнолитых металлических коронок.</li> <li>4. Назовите этапы одонтопрепарирования под литые металлические коронки.</li> <li>5. Определите требования, предъявляемые к культе зуба, подготовленной под цельнолитую металлическую коронку.</li> </ol> <p><i>Ответы №19.</i></p> <p>Невозможность восстановления зуба пломбой, аномалия формы, положения зуба, патологическое стирание, для фиксации кламмера съемного протеза, использование под опору мостовидного протеза, с целью шинирования.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Преимущества: точность изготовления, равномерное и плотное прилегание к поверхности культи зуба, хорошая фиксация. Недостатки: не эстетичность, сложность одонтопрепарирования.</li> <li>2. Кобальтовые сплавы - «Дентитан», «Реманиум СД», кобальтохромовый сплав - «Целлит–К», никелевые сплавы- «Вирон», «Целлит–Н».</li> <li>3. а) Сепарация, б) препарирование оральной, вестибулярной поверхностей, в) формирование уступа, г) препарирование окклюзионной поверхности, д) финишная обработка культи зуба.</li> <li>4. Требования к культе зуба, отпрепарированного под цельнолитую коронку: форма усеченного конуса (конвергенция 5-7°), сохраняется рельеф окклюзионной поверхности, наличие уступа, или его символа, поверхности гладкие, плавно переходят с одной поверхности на другую.</li> </ol> <p><i>Ситуационная задача №20.</i></p> <p>Пациент Т, 43 лет, предъявляет жалобы на отлом коронки 1.3 зуба. Зуб ранее лечился по поводу пульпита. Канал запломбирован до физиологической верхушки. При осмотре обнаружено отсутствие коронки зуба, оставшаяся её часть над уровнем десневого края до 3 мм. Перкуссия безболезненна. На рентгенограмме изменений в периодонте нет.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите возможность изготовления культевой штифтовой вкладки на 1.3 зуб.</li> <li>2. Назовите основные части культевой штифтовой вкладки.</li> </ol>
--	--	--

3. Перечислите основные показания и противопоказания к изготовлению культевой штифтовой вкладки.
4. Назовите преимущества изготовления культевой штифтовой вкладки по сравнению с другими видами штифтовых зубов.
5. Назовите материалы, применяемые при изготовлении культевой штифтовой вкладки.

*Ответы №20.*

1. Изготовление штифтовой культевой вкладки на этот зуб возможно при условиях:

- а) отсутствия подвижности III степени,
- б) отсутствия изменений в периодонте,
- в) наличие запломбированного канала корня до верхушки,
- г) отсутствия искривления канала в апикальной и средней его трети.

2. Культевая штифтовая вкладка состоит из штифта, жестко соединенного с искусственной культей. На культю отдельно изготавливается коронка.

3. Показания:

- а) дефекты коронковой части зуба на уровне десневого края,
- б) невозможность реставрации пломбами, вкладками, коронками,
- в) в качестве опоры мостовидного протеза, в комбинации шинирующих конструкций при заболеваниях пародонта.

Противопоказания:

- а) недостаточная длина корня (длина штифта должна быть не меньше, чем высота корня),
- б) зубы с искривленными корнями и непроходимыми каналами,
- в) зубы с патологическими изменениями в периапикальных и других окружающих тканях,
- г) зубы с неполной obturацией корневого канала,
- д) подвижность зубов III степени.

2. Основные преимущества:

- а) искусственную коронку, покрывающую культю, при необходимости можно легко снять и заменить без извлечения культевой штифтовой вкладки,
- б) имеет большие возможности в выборе вида искусственной коронки,
- в) лучше фиксируется в канале корня и более прочная.

5. Применяемые материалы: хромокобальтовый сплав (КХС), золотоплатиновый сплав 750 пробы, серебряно-палладиевый сплав (СПС).

*Ситуационная задача №21.*

Пациентка А, 32 лет, обратилась в поликлинику с целью профилактического осмотра. Врач выяснил наличие жалоб, развитие заболевания, анамнез жизни, провел внешний осмотр и приступил к осмотру преддверия полости рта. В истории болезни в графе «прикус» врач написал «ортогнатический».

*Задания.*

1. Назовите вид окклюзии, при котором определяется прикус.
2. Опишите соотношение резцов верхней и нижней челюсти.
3. Расскажите о взаиморасположении моляров верхней и нижней челюсти.
4. Определите отношение ортогнатического прикуса к



		<p>физиологическому, патологическому или аномальному.</p> <p>5. Опишите выраженность бугров жевательной группы зубов при ортогнатическом прикусе.</p> <p><i>Ответы №21.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Центральная.</li> <li>2. Верхние резцы перекрывают нижние на 1/3-1/2 коронки.</li> <li>3. Передний щечный бугор верхнего первого моляра находится между щечными буграми первого нижнего моляра.</li> <li>4. Физиологический.</li> <li>5. Жевательные бугры равномерно выражены.</li> </ol> <p>Ситуационная задача №22.</p> <p>Пациент П, 50 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на боли, ограничение движений нижней челюсти после полученной травмы. Врач провел опрос и приступил к внешнему осмотру. При осмотре врач попросил пациента сместить нижнюю челюсть вправо, затем влево.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите плоскость, в которой происходят в данный момент движения нижней челюсти.</li> <li>2. Назовите движения нижней челюсти в этом случае.</li> <li>3. Охарактеризуйте треугольник Бонвиля.</li> <li>4. Определите угол Бенета.</li> <li>5. Дайте характеристику готического угла.</li> </ol> <p><i>Ответы №22.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Горизонтальная.</li> <li>2. Трансверзальные.</li> <li>3. Вершинами треугольника являются – центры головок суставных отростков нижней челюсти и резцовая точка.</li> <li>4. Угол смещения нижней челюсти (треугольника Бонвиля) в сторону (вправо или влево), равный 17 градусам.</li> <li>5. Угол трансверзального резцового пути при движении челюсти влево и вправо, равный 110 градусам.</li> </ol> <p>Ситуационная задача №23.</p> <p>Пациент Ф, 30 лет, обратился в поликлинику с жалобами на косметический дефект. При осмотре была выявлена кариозная полость в 1.1 зубе IV класса по Блеку. Поставлен диагноз «Глубокий кариес». Было проведено лечение кариеса, поставлена пломба. Для коррекции пломбы в окклюзии врач просит пациента выдвинуть нижнюю челюсть вперед, а затем назад.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите плоскость, в которой происходят движения нижней челюсти.</li> <li>2. Опишите движения, совершаемые суставными головками нижней челюсти.</li> <li>3. Назовите путь, пройденный суставными головками.</li> <li>4. Перечислите мышцы, выдвигающие нижнюю челюсть вперед.</li> <li>5. Опишите путь, пройденный нижними фронтальными зубами при ортогнатическом прикусе.</li> </ol> <p><i>Ответы №23.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сагитальная.</li> <li>2. Вперед и вниз по скату суставного бугорка и обратно.</li> </ol>
--	--	--

		<p>3. Сагиттальный суставной путь.  4. Латеральные крыловидные и жевательные мышцы.  5. Сагиттальный резцовый путь – скольжение по небной поверхности верхних резцов.</p> <p>Ситуационная задача №24.  Пациент У, 34 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боли в височно-нижнечелюстном суставе. Боли наблюдаются в течение года. К стоматологу с данной проблемой пациент ранее не обращался. После проведения опроса, внешнего осмотра врач попросил пациента открыть и закрыть рот.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите плоскость, в которой происходят движения нижней челюсти в данном случае.</li> <li>2. Опишите движения, совершаемые суставными головками нижней челюсти.</li> <li>3. Охарактеризуйте степень открывания рта при разговоре шепотом.</li> <li>4. Перечислите мышцы, сокращающиеся при закрывании рта.</li> <li>5. Назовите мышцы, сокращающиеся при открывании рта.</li> </ol> <p><i>Ответы №24.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сагиттальная.</li> <li>2. Вращение вокруг горизонтальной оси, движение по скату суставного бугорка, вращение вокруг горизонтальной оси.</li> <li>3. Незначительное.</li> <li>4. Жевательные, височные, медиальные крыловидные.</li> <li>5. Челюстно-подъязычные, подбородочно-подъязычные, передние брюшки двубрюшных мышц.</li> </ol> <p>Ситуационная задача №25.  Пациент Р, 45 лет, обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах изо рта, оголение корней зубов. Периодически появляются ноющие боли в десне. После сбора анамнеза, внешнего осмотра врач приступил к осмотру полости рта. На приеме у врача-стоматолога выявлены патологические изменения в полости рта. В патологический процесс вовлечены: периодонт, десна, зубная альвеола и цемент корня зуба.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите часть зуба, находящуюся в зубной альвеоле.</li> <li>2. Назовите систему, в которой происходят патологические изменения.</li> <li>3. Перечислите функции, выполняемые этой системой.</li> <li>4. Назовите ткани, осуществляющие опорно-удерживающую роль.</li> <li>5. Назовите возможные причины возникновения патологических процессов в этой системе.</li> </ol> <p><i>Ответы №25.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Корень зуба.</li> <li>2. Пародонт.</li> <li>3. Защитная, опорно-удерживающая, амортизационная, трофическая, пластическая, барьерная.</li> <li>4. Костная ткань, волокна периодонта.</li> <li>5. Местные и общие.</li> </ol>
--	--	---

		<p>Ситуационная задача №26.  Пациент Б, 65 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с целью протезирования зубов. Со слов пациента зубы были потеряны в результате осложнений кариозного процесса. При осмотре полости рта было выявлено, что у пациента отсутствуют все зубы на верхней челюсти и часть зубов на нижней челюсти.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Охарактеризуйте возможность определения прикуса.</li> <li>2. Опишите условия измерения нижней трети лица у данного пациента.</li> <li>3. Расскажите о возможности определения базальных дуг.</li> <li>4. Расскажите о возможности определения зубных дуг.</li> <li>5. Расскажите о возможности определения альвеолярных дуг.</li> </ol> <p><i>Ответы №26.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прикус не фиксирован.</li> <li>2. В состоянии физиологического покоя.</li> <li>3. На верхней челюсти не определяется, на нижней – в проекции вершук корней зубов.</li> <li>4. На верхней челюсти не определяется, на нижней – по режущим краям фронтальных зубов и окклюзионной поверхности премоляров и моляров.</li> <li>5. На верхней челюсти не определяется, на нижней – по вершине гребня альвеолярного отростка.</li> </ol> <p>Ситуационная задача №27.  Пациент Р, 54 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на подвижность зубов, неприятный запах изо рта, кровоточивость при чистке зубов. Со слов больного подвижность появилась несколько лет назад. За помощью к стоматологу пациент не обращался. После проведения опроса, внешнего осмотра и осмотра полости рта, врач решил обследовать зубочелюстную систему при различных видах окклюзии. Сократилась правая латеральная крыловидная мышца, зубы контактируют.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите вид окклюзии.</li> <li>2. Назовите стороны при данном виде окклюзии.</li> <li>3. Определите положение суставных головок нижней челюсти.</li> <li>4. Охарактеризуйте положение зубов при данном виде окклюзии.</li> <li>5. Расскажите об использовании данного вида окклюзии.</li> </ol> <p><i>Ответы №27.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Левая боковая.</li> <li>2. Рабочая – на стороне смещения, балансирующая – на противоположной смещению стороне.</li> <li>3. На рабочей стороне – у основания ската суставного бугорка с поворотом по вертикальной оси. На балансирующей – смещена к вершине и несколько во внутрь.</li> <li>4. На рабочей стороне – контакт одноименных бугров, на балансирующей – контакт разноименных бугров.</li> <li>5. Определяют: супраконтакты, угол Бенета.</li> </ol> <p>Ситуационная задача №28.  Пациент А, 34 лет, обратился в стоматологическую клинику с</p>
--	--	---

		<p>жалобами на появление подвижности нижнего резца. При осмотре выявлена подвижность 3.1 зуба первой степени, пародонтальный карман глубиной 4мм. Зуб расположен вне зубной дуги. При обследовании по просьбе врача пациент выполнил движение челюсти, при котором произошло симметричное сокращение латеральных крыловидных мышц. Фронтальные зубы верхней и нижней челюсти пришли в контакт режущими краями. В момент смещения средняя линия лица совпадает с линией, проходящей между резцами.</p> <p><i>Задания</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите вид окклюзии.</li> <li>2. Определите соотношение зубов-антагонистов задней группы зубов.</li> <li>3. Укажите местонахождение суставных головок.</li> <li>4. Расскажите об использовании данного вида окклюзии.</li> <li>5. Назовите вид прикуса, при котором можно наблюдать такую ситуацию.</li> </ol> <p><i>Ответы №28.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Передняя.</li> <li>2. Жевательные зубы не контактируют.</li> <li>3. У вершин суставных бугорков.</li> <li>4. Определяют: супраконтакты, сагиттальный суставной путь, угол сагиттального суставного пути, сагиттальный резцовый путь, угол сагиттального резцового пути.</li> <li>5. Ортогнатический.</li> </ol> <p>Ситуационная задача №29.</p> <p>Пациент Ж., 43 лет, обратился в поликлинику. На стоматологическом приеме врач-стоматолог собрал анамнез, провел внешний осмотр и приступил к осмотру полости рта. Врач попросил пациента сомкнуть зубы. В полости рта наблюдается максимальный множественный фиссурно-бугорковый контакт зубов-антагонистов. Средняя линия лица совпала с линией, проходящей между резцами.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите местонахождение суставных головок в данной ситуации.</li> <li>2. Назовите мышцы, находящиеся в сокращенном состоянии в этом случае.</li> <li>3. Дайте название описанному виду окклюзии.</li> <li>4. Определите местонахождение бугров жевательной группы зубов.</li> <li>5. Укажите возможность использования данного вида окклюзии.</li> </ol> <p><i>Ответы №29.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. У основания ската суставного бугорка.</li> <li>2. Жевательные, височные, медиальные крыловидные мышцы.</li> <li>3. Центральная.</li> <li>4. Щечные бугры нижних зубов находятся в фиссурах верхних зубов, небные бугры верхних зубов – в фиссурах нижних зубов.</li> <li>5. В центральной окклюзии можно определить вид прикуса.</li> </ol> <p>Ситуационная задача № 30.</p> <p>В ортопедическом кабинете 22 кв.м. установлено 2 стоматологических кресла с универсальными</p>
--	--	---

		<p>стоматологическими установками вдоль светонесущей стены. В помещении два окна ориентированы на северную сторону. Высота потолка в помещении 3,3 м. Стены покрашены масляной краской в серый цвет.</p> <p><i>Задания.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Внесите коррективы, касающиеся потолка и пола в организации данного кабинета.</li> <li>2. Объясните примет ли санитарный врач-эпидемиолог кабинет для приема пациентов.</li> <li>3. Дайте оценку оснащению данного стоматологического кабинета с учетом современных требований и внесите коррективы.</li> <li>4. Перечислите санитарно-гигиенические требования к кабинетам для приема стоматологических пациентов.</li> <li>5. Составьте план размещения стоматологических установок в данном кабинете.</li> </ol> <p><i>Ответы №30.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Потолок кабинета окрашивается силикатными красками в белый цвет. Пол кабинета должен быть застлан линолеумом или покрыт керамической плиткой.</li> <li>2. Санитарный врач-эпидемиолог кабинета для приема пациентов примет. Такая площадь достаточна для размещения 2 стоматологических установок. Площадь кабинета должна быть 14 кв.м. на основную стоматологическую установку и по 7 кв.м. на каждое дополнительное.</li> <li>3. Современное оснащение ортопедического кабинета включает базовую стоматологическую установку с наличием слюноотсоса и пылесоса, светильник для дополнительного освещения, лампу для полимеризации композитов, радиовизиографом для оценки состояния периапикальных тканей, стол для отливки моделей из гипса, зуботехнический пылесос для работы с пластмассой.</li> <li>4. Площадь кабинета должна быть 14 кв.м. и 7 кв.м. на каждую дополнительную установку. Высота помещения не менее 3 м, глубина помещения не более 6 м. Расстояние между креслами 1,5 м. Расположение кресел в один ряд, вблизи окон. Кабинет должен иметь систему кондиционирования и вентиляции.</li> <li>5. В этом кабинете необходимо разместить 2 стоматологические установки.</li> </ol> <p><i>Ситуационная задача № 31</i>  Пациентка Н., 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на наличие быстропроходящих болей при приеме сладкой пищи, потемнение контактных поверхностей центральных резцов верхней челюсти. При осмотре выявлены неглубокие полости в пределах эмали и средних слоев дентина на контактных поверхностях этих зубов, выполненные пигментированным дентином. Был поставлен диагноз «K02.1 Кариес дентина» и проведено лечение.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Напишите формулу по ВОЗ центральных резцов верхней челюсти.</li> </ol>
--	--	---

		<p>2. Перечислите основные и дополнительные методы обследования, которые применяют для постановки диагноза.</p> <p>3. Определите, к какому классу по классификации Блека относятся эти полости.</p> <p>4. Выберите метод обезболивания.</p> <p>5. Перечислите этапы препарирования кариозных полостей. Расскажите об особенностях проведения раскрытия кариозных полостей и некрэктомии в резцах.</p> <p>Ответ:</p> <p>1. Формула по ВОЗ – 1.1 и 2.1.</p> <p>2. Основные методы: зондирование (выявление наличия кариозной полости, размягченного дентина, болезненности стенок), перкуссия. Дополнительные методы: ЭОД - при неглубоких кариозных полостях пульпа зуба реагирует на ток силой 2–6 мкА; Визиограмма: ткани периодонта не изменены (деструктивных изменений в периодонте и костной ткани не обнаруживается).</p> <p>3. Класс III: полости, расположенные на контактных поверхностях резцов и клыков при сохранении режущего края.</p> <p>4. Инфильтрационная анестезия по переходной складке в области 1.1 и 2.1</p> <p>5. Этапы препарирования кариозной полости: раскрытие, некрэктомия, формирование, финирирование краев кариозной полости. Раскрытие кариозных полостей проводят с оральной поверхности. Эмаль на губной поверхности коронок зубов стараются максимально сохранить даже при отсутствии подлежащего дентина. При некрэктомии удаляют даже плотный пигментированный дентин, чтобы исключить возможность просвечивания его через эмаль.</p> <p>Ситуационная задача № 32</p> <p>Больному 35 лет в стоматологическом кабинете удалили зуб. После местной анестезии новокаином больному стало плохо. У него закружилась голова, побледнели кожные покровы. Через несколько минут больной потерял сознание. При измерении артериального давления оно оказалось 85/50.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Какой аллергический процесс развился у больного?</p> <p>2. Какого типа данный процесс?</p> <p>3. Чем объясняется резкое падение давления?</p> <p>Ответ:</p> <p>1. Аллергический процесс немедленного действия.</p> <p>2. Анафилактический тип.</p> <p>3. Расширение периферических сосудов.</p>
--	--	--

		<p>Ситуационная задача №33</p> <p>Пациент К., 30 лет. Обратился с жалобами на острые, самопроизвольные, приступообразные, длительные, ночные боли в области зубов верхней челюсти слева, усиливающиеся от всех видов раздражителей, иррадиирующие в висок и надбровную область слева. Из анамнеза выявлено, что ранее больной отмечал кратковременную боль в зубе 2.4 от холодного, 4 дня назад появились ночные боли продолжительностью более часа. Сегодня ночью боль почти не прекращалась.</p> <p>Объективно: 2.4 на медиально-окклюзионной поверхности глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. Полость зуба не вскрыта. Зондирование резко болезненное по всему дну кариозной полости. Сравнительная перкуссия слабоболезненная.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз</li> <li>2. Какие дополнительные методы диагностики следует провести?</li> </ol> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. K04.02; 2.4 острый гнойный пульпит (пульпарный абсцесс)</li> <li>2. Температурная проба, электроодонтодиагностика, визиография</li> </ol> <p>Ситуационная задача №.34</p> <p>Пациентка Ф. 18 лет обратилась в клинику с жалобами на эстетические дефекты зубов. Со слов пациентки, постоянные зубы прорезались уже с пятнами. Проживает пациентка А. в г. Одинцово. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии. При осмотре полости рта: множественные меловидные пятна на всех поверхностях зубов, эмаль гладкая.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Укажите причину возникновения данного заболевания.</li> <li>4. Составьте план лечения</li> <li>5. Обоснуйте подбор индивидуальных средств гигиены полости рта при данной патологии.</li> </ol> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз: эндемический флюороз (пятнистая форма).</li> <li>2. Дифференциальная диагностика проводится с кариесом в стадии пятна, с системной гипоплазией (пятнистая форма), с «тетрациклиновыми зубами», дифференциальный признак флюороза – эндемичность заболевания, т. к. содержание фтора в питьевой воде в городе Одинцово составляет 1,8 мг/л, что выше</li> </ol>
--	--	---

		<p>оптимального.</p> <p>3. Причина: проживание пациентки в период формирования (закладки и минерализации) зубов в регионе с повышенным содержанием фтора в питьевой воде</p> <p>4. План лечения: отбеливание (с использованием растворов неорганических кислот, пероксида водорода, пероксида карбамида и др.) с последующей реминерализующей терапией 10% раствором глюконата кальция (количество процедур подбирается индивидуально), динамическое наблюдение. При неудовлетворительном результате - виниры прямого и непрямого изготовления</p> <p>5. При подборе индивидуальных средств гигиены необходимо избегать фторидсодержащих паст и эликсиров, обязательным компонентом средств гигиены должен быть кальций, т. к. рекомендуются пасты реминерализующего действия.</p> <p>Ситуационная задача № 35  Пациент Л., 18 лет, обратилась с жалобами на кровоточивость и разрастание десны в области передних зубов нижней челюсти, неудовлетворительный внешний вид при улыбке и разговоре. Впервые заметила кровоточивость десны 5 лет назад, последние 3 года изменилась форма десны, появилось ощущение дискомфорта. В поликлинике по месту жительства врач порекомендовал пользоваться мягкой зубной щеткой, полоскать полость рта настоями трав. Состояние ухудшилось: кровоточивость десны усилилась. В детстве перенесла ветряную оспу и другие детские инфекции, в настоящее время считает себя практически здоровой. При внешнем осмотре отделы лица симметричные, поднижнечелюстные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны. Осмотр полости рта: зубные ряды интактны, скученность зубов в переднем отделе нижней челюсти. На зубах обильный мягкий налет. На язычной поверхности резцов и клыков нижней челюсти зубной камень. Цианоз десневых сосочков и края десны у передних зубов нижней челюсти. Десневые сосочки перекрывают коронки зубов на 1/3, при зондировании отмечается кровоточивость десны; клинический карман 4—5 мм; зубодесневое соединение не нарушено. В остальных отделах челюстей десна без изменений.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установите диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> </ol>
--	--	---



		<p>3. Составьте план лечения.          Ответ:          1. Хронический локализованный пародонтит средней степени тяжести          2. Гипертрофический гингивит          3.- обучение гигиене и контроль          - профессиональная гигиена, санация полости рта,          - кюретаж пародонтального кармана</p> <p>Ситуационная задача №36          Больному показано удаление 26 по поводу хронического периодонтита.          Вопросы:          1. Выберите метод обезболивания.          2. Назовите нервы, иннервирующие 26 зуб и окружающие мягкие ткани.          3. Назовите зону обезболивания.          4. Перечислите анестетики, которые можно использовать у данного больного.          5. Назовите инструмент, необходимый для удаления.          Эталоны ответов:          1. Туберальная анестезия          2. задние верхние луночковые ветви (rami alveolares superiores posteriores) подглазничного нерва, (задние верхние альвеолярные ветви)          3. Зона обезболивания: первый, второй, третий большие коренные зубы; надкостница альвеолярного отростка и покрывающая ее слизистая оболочка в области этих зубов с вестибулярной стороны; слизистая оболочка и костная ткань задненаружной стенки верхнечелюстной пазухи. Задняя граница зоны обезболивания постоянна. Передняя граница может проходить по середине коронки первого большого коренного зуба или доходить до середины первого малого коренного зуба. Это объясняется различной выраженностью анастомозов со средней альвеолярной ветвью, а также непостоянством отхождения ее от подглазничного нерва.          4. Анестетики: артикаин (альфакаин, ультракаин), лидокаин, септанест, убестезин          5. Щипцы: S-образные щипцы с шипом справа, прямой элеватор.</p> <p>Ситуационная задача № 37          Больной М., 33 года, жалобы: на припухлость и пульсирующую боль в области твердого неба слева, болезненность при приеме пищи. Плохой сон, слабость, повышение температуры тела.          Анамнез: 2 недели назад почувствовал постоянную боль в 24 зубе. Накусывание на зуб было болезненным. Полоскал рот настоем ромашки, принимал «анальгин» и «бисептол»</p>
--	--	---

		<p>внутри. Боль в 24 зубе стала стихать, но через неделю она вновь усилилась. Три дня назад на твердом небе слева образовалась болезненная припухлость, которая постепенно увеличивалась, повысилась температура тела. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5 °С. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 88 уд./мин. АД 130/70 мм.рт.ст. При осмотре: конфигурация лица не изменена. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева подвижны, болезненны при пальпации. Открывание рта свободное. На твердом небе имеется выбухание, в проекции корней 23,24,25,26 зубов. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована, отечна. При пальпации выбухания определяется болезненный инфильтрат и флюктуация. В коронковой части 2.4 зуба большая кариозная полость, зондирование ее безболезненно. 2.4 зуб и соседние зубы неподвижны, на перкуссию не реагируют. На рентгенограмме определяется деструкция кости у верхушки небного корня 2.4 с неровными краями. Имеется обширный дефект коронки 2.4 зуба, сообщающийся с полостью зуба. Каналы корней не запломбированы.</p> <p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?</li> <li>3. Определите место, где будет проводиться лечение пациента.</li> <li>4. Составьте план лечения.</li> <li>5. Какие осложнения данного заболевания могут развиваться?</li> </ol> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острый гнойный периостит верхней челюсти, с небной стороны слева (небный абсцесс). Хронический гранулирующий периодонтит 24 зуба.</li> <li>2. Острый гнойный периодонтит 24 зуба. Острый остеомиелит верхней челюсти.</li> <li>3. В поликлинике.</li> <li>4. в зависимости от объема деструкции костной ткани принять решение о сохранении (эндодонтическое лечение) или удалении 24 зуба вскрытие гнойного очага с иссечением участка слизистой оболочки в центре инфильтрата, дренирование раны. удаление 24 антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, ротовые ванночки теплым раствором антисептика.</li> <li>5. Вторичный кортикальный остеомиелит небного отростка.</li> </ol> <p>Ситуационная задача № 38 Мужчина получил удар кулаком в лицо. Асимметрия лица за</p>
--	--	---

счёт отёка мягких тканей,  
гематома в области нижней челюсти, нарушение прикуса,  
симптом «ступеньки» по  
нижнечелюстному краю, крепитация отломков.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние пациента.
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Выберите метод временной иммобилизации.

Ответ:

1. На основании объективных данных (асимметрия лица)  
диагноз – перелом нижней  
челюсти со смещением отломков.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи: положить холод на  
область гематомы,  
провести мероприятия по профилактике асфиксии, шока;  
провести транспортную  
иммобилизацию в виде жесткой подбородочной пращи с  
опорной головной повязкой или  
в виде матерчатой пращи с круговой повязкой вокруг головы.
3. Подбородочно-теменная повязка.

Ситуационная задача № 39

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной  
Ш. 62 года. Жалобы:

на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект.  
Анамнез заболевания: год назад коронка 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4  
зубов разрушилась, коронка  
1.4, 1.5, 1.6 зубов разрушилась 3 года назад.

Зубная формула:

о	о	R	R	R	п/ с	п/ с	п/ с	п/ с	п/ с	п/ с	о	о	R	о	о
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	33	36	37	38
о	R	о	о	R	R	п/ с	п/ с	с	с	п/ с	ф	ф	ф	к	о

Коронка 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 зубов разрушена  
(ИРОПЗ = 1,0), корень на уровне десневого края, твердые ткани  
размягчены, при пробной препаровке по удалению  
размягченных твердых тканей уровень расположения корней  
снизился на 1 -1,5 мм по отношению к десневому краю.  
Подвижности корней зубов 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6  
отмечается 2-3 степени. Корневой канал корней зубов 2.6, 3.7,  
4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 запломбированы до верхушки.  
Мостовидный протез с опорой на зубы 3.4 и 3.7 подвижен.  
Корневой канал корня зуба 3.4 запломбирован на 2/3 длины  
корня зуба. Зубы 13 - 2.3, 4.2, 4.1, 3.3 имеют множественные  
композитные реставрации с поддесневыми кариозными  
полостями при зондировании. Зубы 1.3 – 2.3 имеют  
подвижность 1 степени.

Вопросы: 1. Поставьте и сформулируйте диагноз. 2.Составьте  
план ортопедического лечения. 3.Составьте план  
хирургического лечения для подготовки полости рта к  
ортопедическому лечению.

Ответ: 1.Частичная вторичная адентия; 2.ЧСПП; -34, 37; 13-23 -  
восстановить вкладкой и коронкой. 3 удаление 2.6, 3.7, 4.7, 4.3,

4.4, 1.4, 1.5, 1.6;

Ситуационная задача № 40

Пациент В., 73 года. Жалобы: на затруднённое пережёвывание пищи, неудовлетворительную фиксацию съёмного протеза на нижней челюсти, а также болевые ощущения под протезом во время еды. Анамнез заболевания: зубы были удалены в результате их разрушения. Последнее удаление зубов на верхней и нижней челюстях проведено 3 месяца назад из-за их подвижности. В районной стоматологической поликлинике были изготовлены съёмные пластиночные протезы на обе челюсти. Адаптация к нижнему протезу так и не наступила, несмотря на многочисленные коррекции. Данные объективного исследования, внешний осмотр: Углубление носогубных и подбородочной складок, опущение углов рта. Снижение высоты нижнего отдела лица.

Зубная формула:

о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о

Прикус не определяется. Снижение высоты нижнего отдела лица. Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба: слизистая умеренно увлажнена, бледно-розового цвета. На верхней челюсти - средняя степень атрофии альвеолярного отростка, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины небо, выраженный торус. На нижней челюсти – выраженная атрофия альвеолярных частей в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе. Пациент от применения имплантатов отказался.

Вопросы 1. Поставьте диагноз. 2. Перечислите функциональные пробы для оценки устойчивости пластиночного протеза при полном отсутствии зубов. 3. В чем будет заключаться реабилитационно-профилактический этап у данного пациента?

Ответ: 1. Полная вторичная адентия в/ч и н/ч

2. Функциональные пробы Гербста; На в/ч – 1. Широкое открывание рта, 2. Втягивание щёк, 3. Смещение верхней губы вниз, 4. Произнесение буквы «у», 5. Проба для определения степени клапана по линии «А». На н/ч – 1. Глотание слюны, 2. Проба для челюстно-подъязычной мышцы (пац. языком упирается то в левую, то в правую щеки), 3. Проба для треугольной мышцы нижней губы (пац. кончиком языка касается углов рта), 4. Проба для подбородочной мышцы (выдвижение языка вперед облизывание губ), 5. Широкое открывание рта, 6. Втягивание щек 3. Психологическая подготовка к ношению ПСПП.

Ситуационная задача № 41.

Пациентка Л. 9 лет поступила в клинику с жалобами на косметический дефект, который проявлялся на коронках всех постоянных зубов в виде ямок и бороздок. При сборе анамнеза выяснено, что зубы прорезывались с описанной выше

		<p>клинической картиной, похожие зубы были у бабушки по материнской линии. Вопросы: 1. Объясните причину данного заболевания зубов. 2. Укажите группу некариозных поражений твердых тканей зубов, к которой относится данное заболевание. 3. Поставьте предварительный диагноз. 4. Назовите специалистов, которые могут подтвердить диагноз. 5. Укажите метод лечения для достижения косметического эффекта и сроки его проведения. Ответ. 1. Заболевание наследственное. 2. К наследственным нарушениям развития зубов. 3. K00.50 Несовершенный амелогенез («рифленые» зубы). 4. Медицинские генетики. 5. Для достижения косметического эффекта показано изготовление виниров после завершения формирования корней.</p> <p>Ситуационная задача № 42  Пациент К. 10 лет обратился к стоматологу с жалобами на наличие пятен на зубах. При осмотре: множественные меловидные пятна на всех поверхностях зубов, в области пятен эмаль гладкая. Из анамнеза выяснено, что подобные изменения зубов имеются у одноклассников и друзей. Родился и проживает в Московской области, содержание фторида в питьевой воде 1,5 мг/л. Вопросы: 1. Назовите заболевание, которому соответствует данная клиническая картина. 2. Назовите причину развития данного заболевания. 3. Назовите основные дифференциально-диагностические признаки данного заболевания. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией. 4. Назовите известные вам классификации данного заболевания. 5. Подберите зубные пасты, которые может использовать данный пациент. Ответ. 1. K00.30 Флюороз зубов (пятнистая форма). 2. Повышенное содержание фторида в питьевой воде. 3. Время возникновения: до прорезывания постоянных зубов. • Анамнез: пациент с рождения проживает в районе с повышенным содержанием фторида в питьевой воде. • Локализация: множественные пятна на всех поверхностях зубов; поражаются все постоянные зубы. • Характеристика очагов поражения: множественные пятна меловидного, светло-желтого или коричневого цвета с гладкой поверхностью, без четких границ.</p> <p>Ситуационная задача № 43  Мальчик 14 лет поступил в клинику с жалобами на измененный цвет зубов. При сборе анамнеза выяснено, что мальчик в возрасте 5-7 лет неоднократно болел ОРВИ. Местно: на разных поверхностях всех зубов имеются множественные дефекты эмали темной окраски (см. фото). Зубы прорезались уже измененными.  Вопросы: 1. Укажите причину, способную вызвать такие изменения эмали зубов. 2. Назовите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику. 3. Назовите возрастной период воздействия неблагоприятного причинного фактора. 4. Поставьте диагноз. 5. Составьте план лечения. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией.  Ответ. 1. Употребление питьевой воды с повышенным содержанием фторидов. 2. С системной гипоплазией эмали, с</p>
--	--	--

		<p>множественным кариесом в стадии пятна и поверхностным кариесом; с наследственным несовершенным амелогенезом. 3. Первые годы жизни ребенка. 4. K00.30 Флюороз зубов, меловидно-крапчатая форма. 5. Для достижения косметического эффекта проводятся методы отбеливания и изготовление виниров.</p> <p>Ситуационная задача № 44</p> <p>Пациент Н. 27 лет обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники. Жалобы: на задержку пищи между зубами 4.6 и 4.7. Анамнез заболевания более года назад зуб 4.7 лечен по поводу пульпита. Анамнез жизни • Не курит, алкоголем не злоупотребляет. • Профессиональных вредностей не имеет. • Хронические заболевания отрицает. • Аллергические реакции отрицает. Объективный статус</p> <p>Внешний осмотр: состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы чистые. Открывание рта свободное, в полном объёме. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненные, мягкоэластичной консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Локальный статус: на жевательной поверхности зуба 4.7 пломба средних размеров с переходом на медиальную контактную поверхность, на которой имеется нависающий край пломбы, реакция на температурные раздражители безболезненная. Слизистая оболочка переходной складки в области корней розовая, умеренно увлажнена. Рот санирован. 1.Инструментальным методом диагностики, необходимым в предлагаемой клинической ситуации, является • перкуссия зуба 4.7 + • люминесцентный метод зуба 4.7 • витальное окрашивание зуба 4.7 • определение индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта 2. В данном клиническом случае пациенту рекомендован вид рентгеновской визуализации • телерентгенография (ТРГ) в боковой проекции • прицельная внутриротовая контактная рентгенография + • обзорная рентгенография черепа в носоподбородочной проекции • рентгенография придаточных пазух носа 3. Дополнительным методом диагностики в данной клинической ситуации является • электромиография • гнатодинамометрия • аксиография • электроодонтодиагностика зуба 4.7 + 4.Предполагаемым диагнозом является • хронический апикальный периодонтит зуба 4.7 + • повышенное стирание зубов • эксфолиация зубов вследствие системных нарушений • изменение зубов и их опорного аппарата неуточненное 5. Предполагаемым ИРОПЗ зуба 4.7 является • менее 50% • &gt;0,4 • ровно 55,5% • &gt;0,8 + 6. При ортопедическом лечении в данном клиническом случае протезирование должно выполнять _____ функцию • замещающую + • эстетическую • профилактическую • логопедическую 7. Восстановление зуба 4.7 в данной клинической ситуации целесообразнее провести с помощью • изготовления металлокерамической коронки • изготовления вкладки • метода пломбирования • литой культевой штифтовой вкладки и металлокерамической коронки + 8. К требованию к длине внутрикорневой части литой культевой штифтовой вкладке зуба 3.6 относят _____ длины корня зуба • 2/3 + •</p>
--	--	--

3/4 • 4/5 • 1/3 9. Наиболее подходящим в данном клиническом случае облицовочным материалом для искусственной коронки на зуб 4.7 является • композиционный материал • керамический материал + • пластмасса • никелид титана 10. К методам изготовления литой культевой штифтовой вкладки зуба 4.7 в данном клиническом случае относят • электронно-лучевого напыления • штамповки • спекания частиц в вакууме • литья, CAD/CAM технологии + 11. Каковы требования к диетическим назначениям и ограничениям в данном клиническом случае? • отказ от использования очень жесткой пищи, требующей пережевывания твердых кусков • отказ от вязкой пищи • отказ от кариесогенных продуктов • специальных требований нет + 12. Наибольшей вероятностью возможного исхода в данной клинической ситуации является • стабилизация • развитие ятрогенных осложнений • развитие нового заболевания, связанного с основным • компенсация функции +

#### Ситуационная задача № 45

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент В. 32 лет. Жалобы на скол в области переднего зуба на верхней челюсти слева, эстетический дефект в области передних зубов, периодически возникающие боли в области переднего зуба на верхней челюсти слева. Анамнез заболевания • Скол был получен в результате травмы 5 дней назад. • Ранее не протезировался. • Последний раз стоматолога посещал 2 года назад. Анамнез жизни • Со слов пациента, считает себя практически здоровым, ВИЧ, гепатит отрицает. • Аллергоанамнез не отягощён. Внешний осмотр: при осмотре отмечается травма верхней и нижней губы, в полости рта отсутствует 50% коронковой части 2.1 зуба.

Соотношение челюстей по ортогнатическому типу. Локальный статус: 2.1 зуб имеет скол на  $\frac{1}{2}$  длины коронковой части зуба.

1. К методу диагностики для постановки диагноза и составления плана лечения относят • реопародонтографию • гнатодинамометрию • мастикациографию • прицельную внутриротовую рентгенографию + 2. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является • дефект твердых тканей • обострение хронического пульпита 2.1 зуба • хронический пародонтит средней степени тяжести 2.1 зуба • сломанный зуб, перелом 2.1 зуба + 3. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) в данном случае составляет • 0,8 • более 0,5 + • 0,4 • более 0,6 4. Тактикой ортопедического лечения на верхней челюсти у данного пациента является установка • коронки + • мостовидного протеза • винира • композитной реставрации 5. Первым клиническим этапом ортопедического лечения в данном случае является • определение центрального соотношения челюстей • препарирование и получение оттиска + • примерка коронки • определение цвета будущей конструкции 6. Целью изготовления искусственной коронки является • восстановление целостности зубного ряда и предотвращение возникновения непереносимости, вызванной

		<p> конструкционными материалами • предупреждение развития повышенного стирания зубов-антагонистов во фронтальных и боковых отделах верхней и нижней челюстей • восстановление анатомической формы и функции зуба, предупреждение развития вторичной деформации в области зубов-антагонистов + • предупреждение развития функциональной перегрузки пародонта опорного зуба и прогрессирования заболеваний слизистой оболочки полости рта 7. Первым этапом препарирования под коронку будет являться • сошлифовывание выступающих частей коронки с вестибулярной и оральной поверхностей • сошлифовывание придесневого валика, заглаживание краев, углов перехода одной поверхности зуба в другую • препарирование жевательной поверхности (или режущего края) зуба • сепарация и препарирование контактных поверхностей + 8. Какому классу по классификации Блэка соответствует локализация очага поражения зуба? • IV + • V • VI • III 9. Определение цвета искусственной металлокерамической коронки производится на этапе • 2 клиническом • 1 лабораторном • 3 клиническом • 1 клиническом + 10. Для контроля препарирования используется • параллелометр • силиконовый шаблон + • штангенциркуль • восковой валик 11. Перед снятием оттисков следует осуществить • ретракцию десны + • нанесение компенсационного лака • профессиональную гигиену полости рта • нанесение грунтовой массы 12. К первому клиническому этапу относят • обезболивание, препарирование опорного зуба + • подготовку моделей опорных зубов • припасовку литого каркаса коронки • ретракцию десны </p> <p> Ситуационная задача № 46  Ситуация Пациент Р. 40 лет, обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники. Жалобы на задержку пищи между зубами 4.6 и 4.5, болезненность зуба 4.6 при накусывании. Анамнез заболевания более двух лет назад зуб 4.6 лечен по поводу пульпита, около месяца назад во время приема пищи и при накусывании на зуб появились боли. Анамнез жизни • Не курит, алкоголем не злоупотребляет. • Профессиональных вредностей не имеет. • Хронические заболевания отрицает. • Аллергические реакции отрицает. Объективный статус Внешний осмотр: состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы чистые. Открывание рта свободное, в полном объеме. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненные, мягкоэластичной консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Локальный статус: на жевательной поверхности зуба 4.6 пломба средних размеров, реакция на температурные раздражители безболезненная. Слизистая оболочка переходной складки в области корней розовая, умеренно увлажнена. Рот санирован. 1. Инструментальным методом диагностики, необходимым в предлагаемой клинической ситуации, является • перкуссия зуба 4.6 + • витальное окрашивание зуба 4.6 • люминесцентный метод зуба 4.6 • определение Индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта 2. В данном </p>
--	--	---



		<p>клиническом случае пациенту рекомендован вид рентгеновской визуализации • обзорная рентгенография черепа в носоподбородочной проекции • рентгенография придаточных пазух носа • телерентгенография (ТРГ) в боковой проекции • прицельная внутриротовая контактная рентгенография + 3. Дополнительным методом диагностики в данной клинической ситуации является • аксиография • гнатодинамометрия • электроодонтодиагностика зуба 4.6 + • электромиография 4. Предполагаемым диагнозом является • изменение зубов и их опорного аппарата неуточненное • повышенное стирание зубов • хронический апикальный периодонтит зуба 4.6 + • эксфолиация зубов вследствие системных нарушений 5. Предполагаемым ИРОПЗ зуба 4.6 является • &gt;0,8 + • ровно 55,5% • &gt;0,4 • менее 50% 6. При ортопедическом лечении в данном клиническом случае протезирование должно выполнять _____ функцию • профилактическую • логопедическую • эстетическую • замещающую + 7. Восстановление зуба 4.6 в данной клинической ситуации целесообразнее провести с помощью • изготовления вкладки • изготовления металлокерамической коронки • литой культевой штифтовой вкладки и металлокерамической коронки + • метода пломбирования 8. К требованию к длине внутрикорневой части литой культевой штифтовой вкладки зуба 4.6 относят _____ длины корня зуба • 2/3 + • 3/4 • 1/3 • 4/5 9. Наиболее подходящим в данном клиническом случае облицовочным материалом для искусственной коронки на зуб 4.6 является • керамический материал + • композиционный материал • никелид титана • пластмасса 10. Перед протезированием зуба 4.6 необходимо провести • пломбирование каналов зуба 4.6 (эндодонтическое перелечивание зуба) + • гемисекцию зуба 4.6 • резекцию верхушек корней зуба 4.6 • проводниковую анестезию 11. Каковы требования к диетическим назначениям и ограничениям в данном клиническом случае? • отказ от кариесогенных продуктов • специальных требований нет + • отказ от использования очень жесткой пищи, требующей пережевывания твердых кусков • отказ от вязкой пищи 12. Наибольшей вероятностью возможного исхода в данной клинической ситуации является • стабилизация • развитие нового заболевания, связанного с основным • развитие ятрогенных осложнений • компенсация функции +</p> <p>Ситуационная задача № 47  Пациентка, 35 лет, педагог. Обратилась с жалобами на отсутствие зубов на нижней челюсти и плохое пережевывание пищи. Объективно: зубная формула  <u>18 17 16 15 14 13 12 11 / 21 22 23 24 25 26 27 28</u>  0 0 0 0 44 43 42 41 / 31 32 33 34 35 0 0 0</p> <p>Прикус ортогнатический. Коронка 13 зуба разрушена на 1/3, канал запломбирован, по данным рентгенографии изменений в периапикальных тканях нет. Атрофия альвеолярного отростка в области отсутствующих зубов незначительная, равномерная. Уздечки прикрепляются у основания альвеолярного отростка. Поставьте диагноз. Выберите конструкции зубных протезов.</p>
--	--	---

		<p>Ситуационная задача № 48  Большая К., 45 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов и эстетический дефект.  Из анамнеза выяснено, что зубы не лечила из-за страха перед бормашиной, в результате, их пришлось удалить. Зубы удаляла постепенно. Последнее удаление было давно. Аллергических реакций не замечала. Хронические инфекционные заболевания отрицает.  Объективно:  Зубная формула 7054301 0034560  7604321 1234000</p> <p>Слизистая оболочка бледно-розового цвета. Все оставшиеся зубы интактные и устойчивы. Прикус ортогнатический.  Поставьте диагноз. Выберите конструкции зубных протезов для данной больной.</p> <p>Ситуационная задача № 49  Большая Н., 60 лет, обратилась с жалобами на плохую фиксацию полного съемного протеза верхней челюсти.  Объективно: атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти умеренная, скат его в области верхнечелюстного бугра справа и слева резко выражен, с навесом. При наложении протеза границы его доходят до наиболее выступающих участков ската. Поставьте диагноз. Укажите тактику лечения.</p> <p>Ситуационная задача № 50  Больной К., при повторном посещении после наложения полного пластиночного протеза в/ч обратился с жалобами на постоянные позывы к рвоте.  При осмотре протезного ложа, задняя граница съемного протеза перекрывает линию "А" на 3-4 мм. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.</p> <p>Ситуационная задача № 51  Пациент О., обратился в клинику. При осмотре общее состояние здоровья удовлетворительное. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений. Отмечается выступание подбородка, резкая выраженность носогубных и подбородочной складок, углы рта опущены, высота нижней трети лица снижена. Соотношение альвеолярных отростков соответствует мезиальному прикусу. На верхней челюсти зубов нет. Атрофия альвеолярного отростка и бугров верхней челюсти умеренная, свод твердого неба средней высоты, небный торус не выражен. Слизистая оболочка альвеолярного отростка и неба слегка податлива, уздечка верхней губы и щечно-альвеолярные тяжи имеют прикрепление к середине альвеолярного отростка. Резцовый сосочек выражен умеренно. На нижней челюсти зубов нет. Атрофия альвеолярной части нижней челюсти средней степени, внутренние косые линии выражены умеренно. Слизистая оболочка альвеолярной части атрофичная, плотная и покрывает её тонким слоем, уздечка нижней губы и щечно-альвеолярные</p>
--	--	--

		<p>тяги имеют прикрепление к середине альвеолярной части нижней челюсти. Преддверие полости рта не глубокое. Поставить диагноз, определить план лечения.</p> <p>Ситуационная задача № 52. Больная О., 63 года, обратилась с жалобами на плохую фиксацию полного съемного протеза верхней челюсти. Объективно: атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти умеренная, скат его в области верхнечелюстного бугра справа и слева резко выражен, с навесом. При наложении протеза границы его доходят до наиболее выступающих участков ската. Поставьте диагноз. Укажите тактику лечения.</p> <p>Ситуационная задача № 53. Больной К., при повторном посещении после наложения полного пластиночного протеза в/ч обратился с жалобами на постоянные позывы к рвоте. При осмотре протезного ложа, задняя граница съемного протеза перекрывает линию "А" на 3-4 мм. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения</p> <p>Ситуационная задача № 54. Пациент В., обратился в клинику, с жалобами на эстетический дефект, затрудненное откусывание пищи. При осмотре, выявлено отсутствие 21 зуба, коронки 11 и 22 зубов интактные с высокой коронковой частью. Препарировать зубы, проводить имплантацию и пользоваться съемным протезом, пациент отказался. Какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить?</p> <p>Ситуационная задача № 55. Пациент З., 56 лет, обратился в клинику с жалобами на полное отсутствие зубов. Из анамнеза – аллергическая реакция на акриловую пластмассу. Какая из предложенных конструкций, будет наиболее приемлемой, учитывая высокие эстетические требования к конструкции?</p> <p>Ситуационная задача № 56. Пациент Б., 36 лет, обратился в клинику с жалобами на косметический дефект вследствие потери зуба 11, удаленного 1 месяц назад по поводу обострения осложненного кариеса и неэффективности консервативной терапии. Объективно: зуб 12 - коронковая часть изменена в цвете, зуб устойчив, перкуссия безболезненна, на R-грамме изменений в периодонте нет, канал корня запломбирован до верхушки. Зуб 21 интактный, перкуссия безболезненна, зуб устойчив. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области удаленного 11 физиологической окраски, альвеолярный отросток округлой формы, вершина его расположена на уровне шеек зубов 21,12. Ваш диагноз. Назначить план лечения.</p> <p>Ситуационная задача № 57. Пациент К., 23 лет, обратился по поводу косметического дефекта, невозможность откусывания пищи. Потерю передних</p>
--	--	--

		<p>зубов связывает с профессиональной травмой (хоккеист).  Объективно: зубы 12,11,21,22 – отсутствуют, остальные зубы: устойчивы, интактны. Диагноз? Какие дополнительные методы обследования показаны? План лечения.</p> <p>Ситуационная задача № 58.  Пациентка Л., 48 лет. На этапе припасовки каркаса металлокерамического мостовидного протеза с опорой на зубы 13, 15, 18 в артикуляторе определяется отсутствие фиссурно-бугоркового контакта на зубах верхней и нижней челюсти слева, контакт на фронтальных зубах «встык». Укажите возможные ошибки на предыдущих клинических и лабораторных этапах, приведшие к неправильному положению гипсовых моделей в артикуляторе. Ваша тактика по исправлению ошибок.</p> <p>Ситуационная задача № 59.  Пациентка 25 лет, обратилась с жалобами на нарушение эстетики фронтальных зубов верхней челюсти. Объективно: зубы 12, 11, 21, 22 с обширными пломбами с нарушением краевого прилегания, изменены в цвете. Перкуссия зуба 12 – болезненная, в проекции верхушки его корня определяется свищ. Рентгенологическое исследование показало: зубы 11, 21 - депульпированы, каналы запломбированы плотно на всем протяжении до верхушки, периапикальных изменений нет, корневого канал зуба 12 запломбирован на 1/3, в области верхушки корня определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами, зуб 22 – ранее не подвергался эндодонтическому лечению, периапикальных изменений нет. Поставьте диагноз. Составьте план лечения. Какие штифтовые конструкции показано изготовить на опорные зубы?</p> <p>Ситуационная задача № 60.  При изготовлении индивидуальных ложек на верхней и нижней челюстях зубной техник удлинил границы ложек с вестибулярной поверхности на 2 мм по отношению к переходной складке. Каковы возможные последствия чрезмерно длинных границ индивидуальных ложек. Тактика врача.</p> <p>Ситуационная задача № 61.  Пациент В., 60 лет, обратился в клинику с целью протезирования. Выявлено: нарушение жевания, речи, внешнего эстетического вида, выраженность подбородочных и носогубных складок, полное отсутствие зубов, прогеническое соотношение челюстей.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Какие методы обследования применялись?</li> <li>Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?</li> <li>Чем обусловлена выраженность носогубных и подбородочных складок?</li> <li>Чем обусловлено прогеническое соотношение челюстей?</li> </ol>
--	--	--

		<p>Ситуационная задача № 62. Во время припасовки пластмассовой каппы, при лечении локализованной формы патологической стираемости фронтального отдела верхнего зубного ряда, у пациента в полости рта выявляется вертикальная щель между жевательными зубами около 5-6мм. Определите тактику врача.</p> <p>Ситуационная задача № 63. Пациент 37-ми лет при обращении предъявлял жалобы на стертость зубов, на болезненность от различного рода раздражителей. При обследовании установлено, что зубы 12, 11, 21, 22 стерты на 1/2 высоты коронок, зубные ряды верхней и нижней челюсти интактны. Пациенту были изготовлены каппы и проводилось динамическое наблюдение. Повторно обратился через 3 месяца. После снятия каппы, при осмотре полости рта определяется вертикальная щель между фронтальными зубами верхней и нижней челюсти более 4 мм во время смыкания челюстей в положении центральной окклюзии. Оцените клиническую ситуацию. Врачебная тактика?</p> <p>Ситуационная задача № 64. Через 2 недели после наложения и фиксации пластмассовой каппы в области фронтальных зубов верхней челюсти пациент обратился с жалобами на выраженную кровоточивость десневого края. При обследовании полости рта выявляется гиперемия и отёчность слизистой оболочки в области каппы, отмечается выраженная кровоточивость при зондировании десневого края. Край пластмассовой каппы нависает, в области опорных зубов на 1,5 мм расположен субгингивально. Какая была допущена ошибка? Дальнейшая тактика?</p> <p>Ситуационная задача № 65. Пациентка А., 38 лет обратилась в клинику с жалобами на болезненность от химических и температурных раздражителей в области зубов 25, 26, 27. Со слов пациентки около 1 года назад на нижней челюсти слева был изготовлен металлокерамический мостовидный протез с опорой на зубы 35 и 37. Сразу после фиксации мостовидного протеза пациентка ощущала дискомфорт при смыкании зубов и преждевременные контакты на мостовидном протезе, которые со временем исчезли. Объективно: зубы 25, 26, 27 стерты на 1/3 высоты коронки, определяется деформация окклюзионной плоскости. Укажите причину локализованной стираемости, поставьте диагноз. Врачебная тактика.</p> <p>Ситуационная задача № 66. Пациент 50-ти лет, предъявляет жалобы на боли в области ВНЧС, усталость мышц, повышенную чувствительность твердых тканей зубов и недостаточную лицевую эстетику. Из анамнеза: на протяжении 10 лет работала в цехе по производству кислот. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, уголки рта опущены, подбородочная и носогубные складки резко выражены. При осмотре полости рта установлено: зубные ряды интактны, коронки всех зубов</p>
--	--	---

		<p>стерты на 1/3-1/2 высоты, при зондировании отмечается болезненность. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.</p> <p>Ситуационная задача № 67. Пациент 50-ти лет, предъявляет жалобы на боли в области ВНЧС, усталость мышц, повышенную чувствительность твердых тканей зубов и недостаточную лицевую эстетику. Из анамнеза: на протяжении 10 лет работала в цехе по производству кислот. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, уголки рта опущены, подбородочная и носогубные складки резко выражены. При осмотре полости рта установлено: зубные ряды интактны, коронки всех зубов стерты на 1/3-1/2 высоты, при зондировании отмечается болезненность. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.</p> <p>Ситуационная задача № 68. Пациент 45-ти лет обратился в клинику с жалобами на хроническую травму слизистой оболочки щек и языка. Объективно: нижняя треть лица значительно снижена, уголки рта опущены, подбородочная и носогубные складки резко выражены. При осмотре полости рта установлено, что коронки зубов верхней и нижней челюстей стерты на половину высоты, зубы 17, 16, 26, 27 покрыты штампованными искусственными коронками, жевательная поверхность которых протерта и имеет дефекты. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.</p> <p>Ситуационная задача № 69. Пациент Н. 60 лет. Пользуется протезом более 7 лет. Жалобы на частые переломы полного съемного протеза верхней челюсти. При осмотре полости рта установлено: умеренная степень атрофии альвеолярного отростка, верхнечелюстные бугры не выражены, небо средней глубины с выраженным торусом. Ранее изготовленный протез верхней челюсти имеет следы неоднократных починок. Протез балансирует на челюсти. Укажите тактику врача. Пациент 45-ти лет обратился в клинику с жалобами на</p> <p>Ситуационная задача № 70. Через несколько дней после наложения пластмассовой каппы пациент обратился с жалобами на боли в области ВНЧС и усталость жевательной мускулатуры. При внешнем осмотре выявлено значительное увеличение высоты нижней трети лица, губы смыкаются с напряжением, верхние зубы стерты более чем на половину высоты коронок. При осмотре полости рта - нижний ряд покрыт пластмассовой каппой непропорциональной верхним зубам высоты. Оцените клиническую ситуацию. Ваша тактика.</p> <p>Ситуационная задача № 71. хроническую травму слизистой оболочки щек и языка. Объективно: нижняя треть лица значительно снижена, уголки рта опущены, подбородочная и носогубные складки резко выражены. При осмотре полости рта установлено, что коронки зубов верхней и нижней челюстей стерты на половину высоты, зубы 17, 16, 26, 27 покрыты штампованными искусственными</p>
--	--	---

		<p>коронками, жевательная поверхность которых протерта и имеет дефекты. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.</p> <p>Ситуационная задача № 72.          Пациент В., 43 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на боли в околоушно-жевательной области и частичное отсутствие зубов. Из анамнеза пациент на протяжении 5 лет страдает остеохондрозом позвоночника. Какие дополнительные методы обследования ВНЧС необходимо обязательно провести? Поставьте предварительный диагноз. Тактика врача.</p> <p>Ситуационная задача № 73.          Пациентка А., 35 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на боли в околоушной области, в области затылка, затрудненное открывание рта. Внешний осмотр без особенностей, снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм, лицо симметричное, при открывании рта отмечается боль и девиация нижней челюсти, рот открывается не более чем на 2,5 см. При осмотре полости рта: глубокий дистальный прикус, отсутствие зубов 36, 37, 46, 47, все остальные зубы интактны.</p> <p>Ситуационная задача № 74.          У пациента Е., 52 лет во время удаления зуба на нижней челюсти произошел полный вывих нижней челюсти, сопровождающийся выраженной болезненностью. Вывих произошел впервые и был вправлен непосредственно в хирургическом кабинете, после чего пациент был отправлен к стоматологу-ортопеду для лечения.          Тактика стоматолога-ортопеда.</p> <p>Ситуационная задача № 75.          Пациентка С., 68 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на ноющие боли в обоих ВНЧС при движениях нижней челюсти, хлопающие звуки в суставе. Со слов пациентки подобные жалобы имеются более 1 года.          Объективно: лицо симметричное, при открывании рта слышен хлопающий звук в суставах с ноющей болью, рот открывается более чем на 5 см. На зонограммах суставов в положении центральной окклюзии суставные головки располагаются в центре суставных ямок, при открытом рте – суставные головки не имеют контакта с суставными бугорками и располагаются спереди от них.          Поставьте диагноз. Тактика врача.</p>
(ПК-7) - готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся	Задачи закрытого типа	1. ВИД ОККЛЮЗИИ 1. <b>центральная</b> 2. верхняя 3. медиальная 4. ретроградная 2. ПОЛОСТЬ ЗУБА ЗАПОЛНЕНА 1. цементом 2. <b>пульпой</b> 3. эмалью

<p>В ортопедическо й стоматологичес кой помощи.</p>		<p>4.дентином 3.ВЗАИМООТНОШЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ ВЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТЕРМИНОМ 1.<b>прикус</b> 2.краудинг 3.артикуляция 4.ретенция 4.ОДНОКОРНЕВЫЕ ЗУБЫ 1.первые верхние премоляры 2.<b>вторые верхние премоляры</b> 3.первые верхние моляры 4.первые нижние моляры 5.ТРЕХКОРНЕВЫЕ ЗУБЫ 1.первые верхние премоляры 2.вторые верхние премоляры 3.<b>первые верхние моляры</b> 4.первые нижние моляры 6.ДВУХКОРНЕВЫЕ ЗУБЫ 1.первые верхние премоляры 2.вторые верхние премоляры 3.первые верхние моляры 4.<b>первые нижние моляры</b> 7.ЧЕРЫРЕХБУГОРКОВУЮ ФОРМУ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ИМЕЮТ 1.премоляры верхней челюсти 2.<b>моляры верхней челюсти</b> 3.моляры нижней челюсти 4.все перечисленные зубы 8.ПЯТИБУГОРКОВУЮ ФОРМУ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ИМЕЮТ 1.премоляры верхней челюсти 2.моляры верхней челюсти 3.вторые моляры нижней челюсти 4.<b>первые моляры нижней челюсти</b> 9.ТРЕХБУГОРКОВУЮ ФОРМУ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ИМЕЮТ 1.первые верхние премоляры 2.вторые верхние премоляры 3.первые нижние премоляры 4.<b>вторые нижние премоляры</b> 10. РАЗДВОЕНИЕ КОРНЯ У ПРЕМОЛЯРОВ ХАРАКТЕРНО 1.<b>первые верхние премоляры</b> 2.вторые верхние премоляры 3.первые нижние премоляры 4.вторые нижние премоляры # Задача 11 Для ускорения кристаллизации медицинского гипса при его замешивании добавляется @ тетраборат натрия (бура) <b>поваренная соль</b> сахар крахмал</p>
---	--	--



	<p>сульфат калия глицерин # Задача 12 При замешивании гипса добавляют @ воду в порошок <b>порошок в воду</b> не имеет значения # Задача 13 При замешивании альгинатной массы используют @ 3-х процентный солевой раствор холодной воды теплую воду <b>холодную воду</b> # Задача 14 Силиконовые слепочные материалы относятся @ к кристаллизующимся к термопластическим к гидроколлоидным <b>к эластическим</b> к полимеризующимся # Задача 15 Каково назначение термопластических оттискных материалов @ получение оттисков для изготовления штампованных коронок получение оттисков для изготовления цельнолитых коронок получение оттисков для изготовления фарфоровых коронок получение оттисков для изготовления бюгельных протезов <b>для окантовки краев индивидуальной ложки</b> # Задача 16 Какие из оттискных материалов не дают точного отображения шейки зуба @ альгинатные массы силиконовые массы <b>термопластические массы</b> полиэфирные тиоколовые # Задача 17 Какие из перечисленных материалов относятся к силиконовым @ <b>упин</b> репин спидекс <b>стомальгин</b> стенс стомафлекс # Задача 18 Какие из перечисленных материалов относятся к термопластическим @ упин репин стенс</p>
--	---

		<p><b>масса Ванштейна</b>  стомафлекс  #Задача 19  Преимущество альгинатных масс перед гипсом  @  малая усадка  свободное введение и выведение из полости рта  механическая прочность  влагоустойчивость  не раздражает слизистую полости рта  # Задача 20  Ингибиторами затвердения гипса являются  @  тетраборат натрия (бура)  <b>сахар</b>  сульфат калия  хлорид калия  глицерин  сульфат калия  # Задача 21  При получении каких оттисков альгинатная масса не используется  @  снятие оттисков с беззубых челюстей  снятие оттисков с челюстей имеющих подвижные зубы  получение оттисков у детей  <b>при получение двухслойного оттиска</b>  снятие оттисков для получения диагностических моделей  при получения функционально присасывающего оттиска  # Задача 22  Оттиск полученный альгинатной массой должен быть отлит  @  <b>не позднее 15 минут</b>  в течении первого часа  в течении 24 часов  # Задача 23  Двойной оттиск это  @  оттиск с верхней и нижней челюстей по очереди  оттиск с челюсти различными материалами (гипс, альгинат)  <b>оттиск с челюсти силиконовыми массами</b>  # Задача 24  Какие из оттискных материалов возможно применять повторно  @  само кристаллизующиеся  эластические альгинатного ряда  эластические силиконового ряда  полиэфирные оттискные материалы  <b>термопластические оттискные материалы</b>  # Задача 25  Какие из перечисленных материалов относятся к самокристаллизующимся  @  упин  репин</p>
--	--	---

		<p>спидекс стомальгин стенс <b>гипс</b></p>
	<p>Задачи открытого типа</p>	<p>Ситуационная задача № 1. Пациенту С., 57 лет после клинического обследования поставлен предварительный диагноз – синдром болевой дисфункции ВНЧС. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования следует провести для окончательной постановки диагноза и составления плана ортопедического лечения.</p> <p>Ситуационная задача № 2. Масса для получения двойного оттиска <b>спидекс</b></p> <p>Ситуационная задача № 3. Альгинатные массы используются при изготовлении @ <b>съёмных пластиночных протезов</b></p> <p>Ситуационная задача № 4. Металлокерамическая коронка относится @ к комбинированным</p> <p>Ситуационная задача № 5. Создание чрезмерной конусности культи зуба при препарировании под металлокерамическую коронку обуславливает @ ослабление фиксации протеза</p> <p>Ситуационная задача № 6. Для уменьшения внутренних напряжений в фарфоре при изготовлении металлокерамической коронки должно быть одинаковым @ толщина фарфоровой массы</p> <p>Ситуационная задача № 7.  Пациентка 72 года. Перелом беззубой верхней челюсти. На нижней челюсти зубы отсутствуют. На рентгенограмме выявлен суббазальный перелом. Определите способ ортопедического лечения.</p> <p>Ситуационная задача № 8. Пациентка 25 лет, доставлена в стоматологическую клинику с суборбитальным переломом верхней челюсти справа. На верхней челюсти зубной ряд интактный, на нижней челюсти отсутствуют зубы 36, 46. Объясните возможные варианты ортопедического лечения.</p>

		<p>Ситуационная задача № 9. При изготовлении металлокерамической коронки керамическую массу наносят @ на литой колпачок</p> <p>Ситуационная задача № 10. Пациент 44 лет, обратился с жалобами на сужение ротовой щели, нарушение функции жевания, косметический дефект области углов рта. В анамнезе отмечается огнестрельное ранение в челюстно-лицевую область. Объективно: сужение ротовой щели до 3 см, рубцовое стягивание мышц в области углов рта. На верхней челюсти отсутствуют зубы: 18, 17, 16, 15, 14, 13; на нижней челюсти: 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 36. Поставьте диагноз, выберите оптимальный вариант ортопедического лечения.</p> <p>Ситуационная задача № 11. Пациентка 29 лет, обратилась с жалобами на сужение ротовой щели, нарушение функции жевания. В анамнезе отмечает склеродермию. Объективно: склеродермическое поражение (стягивание) кожи в области левой щеки, сужение ротовой щели до 2 см. На верхней челюсти зубной ряд интактный, на нижней челюсти отсутствуют зубы 35, 44. Поставьте диагноз, выберите план ортопедического лечения.</p> <p>Ситуационная задача № 12. Больной К., 69 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на полное отсутствие зубов на обеих челюстях, невозможность пережевывания пищи. Имеющиеся заболевания: сахарный диабет, хронический гастрит, почечнокаменная болезнь, анемия. Из анамнеза заболевания: зубы удалял в связи с их значительной подвижностью. Задание: какие из вышеперечисленных соматических заболеваний могут оказать влияние на функциональную эффективность протезирования? Обоснуйте ответ.</p> <p>Ситуационная задача № 13. Больная С., 75 лет обратилась к врачу стоматологу-ортопеду с жалобами на полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти. На состояние каких систем и органов врачу следует обратить особое внимание при сборе анамнеза жизни у данной больной, чтобы обеспечить успех лечения? Обоснуйте ответ. 4. При сборе анамнеза заболевания врач попросил пациента с полным отсутствием зубов ответить на следующие вопросы: 1. Когда впервые начали беспокоить зубы? 2. Какие жалобы предъявлял больной при этом? 3. Какое проводилось лечение терапевтическое и хирургическое? 4. Когда впервые проводилось ортопедическое лечение, причины, основные конструкции протезов? Полностью ли провел врач сбор анамнеза заболевания? Если нет, то на какие основные вопросы врача необходимо было еще ответить больному?</p> <p>Ситуационная задача № 14. Больной П. 72 года обратился с жалобой на эстетические</p>
--	--	---

		<p>нарушения внешнего вида. Эти нарушения больной заметил 1,5 года назад, пользуясь полными съемными протезами в течении 7 лет. Других жалоб не предъявляет. При внешнем осмотре врач констатировал: носогубные и подбородочные складки резко выражены, углы рта опущены, губы смыкаются с некоторым напряжением, нижняя челюсть слегка выступает. 5</p> <p>1. Всегда ли характерна такая клиническая картина для пациентов, пользующихся полными съемными протезами? 2. Каковы причины изменений аналитических ориентиров приротовой области у данного пациента? Обоснуйте ответ. 6. С целью выяснения объективных факторов, влияющих на успех протезирования пациенту Р. обратившемуся в клинику с жалобами на полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, врачом были заданы следующие вопросы: причины отсутствия зубов (этиологический фактор) и состояние некоторых систем и органов. Какие еще вопросы следовало задать пациенту, при сборе анамнеза жизни и заболевания (при субъективном обследовании, при опросе), чтобы полностью выяснить патогенез заболевания?</p> <p>Ситуационная задача № 15.      Больной М, 62 г. обратился в клинику с жалобой на затрудненное пережевывание пищи имеющимися полными съемными протезами верхней и нижней челюстей, быструю «утомляемость» жевательных мышц, эстетический дефект. Из анамнеза: протезами пользуется в течении 8,5 лет. Предъявляемые жалобы появились года 1,5 назад. Объективно: носогубные складки резко выражены, углы рта опущены, подбородок выступает значительная стираемость искусственных пластмассовых зубов протеза. Задание: 1. Поставить предварительный диагноз. 2. Какие еще исследования надо провести для постановки окончательного диагноза? 3. Какие изменения произошли в ВНЧС?</p> <p>Ситуационная задача № 16.      Больной В. 72 года обратился в клинику с целью протезирования. Из анамнеза: 7 месяцев назад были удалены оставшиеся на челюстях зубы в связи с их значительной подвижностью. Не протезировался. Объективно: имеется ЭМГ до удаления оставшихся зубов и ЭМГ в момент обращения к стоматологу – ортопеду. Вопросы: 1. Что регистрирует ЭМГ (ответ: функциональное состояние жевательных мышц путем записи их биопотенциалов). 2. По каким показателям проводится анализ ЭМГ (ответ: измерение амплитуды биопотенциалов частоты колебания в 1, формы кривой ЭМГ, отношения активной фазы к фазе покоя). 3. Как изменилась биоэлектрическая активность жевательных мышц в течение этих 7 месяцев ответ – снизилась; фаза биоэлектрического покоя преобладает над периодом активности.</p> <p>Ситуационная задача № 17.      Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее @</p>
--	--	---

		<p>0,3 мм</p> <p>Ситуационная задача № 18. Для достижения сцепления фарфора с металлической поверхностью каркаса необходимо провести @ пескоструйную обработку, обезжирить и создать оксидную пленку</p> <p>Ситуационная задача № 19. При изготовлении металлокерамической коронки фарфоровая масса до обжига наносится на каркас в объеме по отношению к объему естественного зуба @ несколько большем</p> <p>Ситуационная задача № 20. При обжиге фарфоровой массы, кроме высокотемпературного воздействия, используют @ вакуум</p> <p>Ситуационная задача № 21. Для обеспечения хорошего сцепления фарфора с металлической поверхностью каркаса необходимо провести @ абразивную обработку, обезжиривание, создание окисной пленки</p> <p>Ситуационная задача № 22. Конусность культи зуба во фронтальном отделе под металлокерамическую коронку @ 5-10°</p> <p>Ситуационная задача № 23. Припасовку металлокерамической коронки осуществляют выявлением преждевременных контактов между коронкой и стенками культи зуба @ корригирующих силиконовых слепочных масс</p> <p>Ситуационная задача № 24. Зафиксированную металлокерамическую коронку по показаниям можно снять с зуба @ коронкоснимателем (аппарат Копа) твердосплавным бором (акула)</p> <p>Ситуационная задача № 25. Фарфоровую массу наносят на литой каркас протеза в следующем порядке @</p>
--	--	--

	<p>опак, дентин, эмаль, глазурь</p> <p>Ситуационная задача № 26. На какую толщину сошлифовывают твердые ткани моляров под металлокерамическую коронку? @ 1,5-2 мм</p> <p>Ситуационная задача № 27. Под каким углом препарируется уступ под металлокерамическую коронку @ 135°</p> <p>Ситуационная задача № 28. Сплав для отливки каркаса металлокерамических конструкций @ кобальто-хромовый</p> <p>Ситуационная задача № 29. Массы для изготовления металлокерамических коронок @ VMK - 95 Vita Omega IPS klassik</p> <p>Ситуационная задача № 30. Температура обжига фарфоровой массы VMK @ 930-950 град.</p> <p>Ситуационная задача № 31. Сплавы для отливки каркаса металлокерамического мостовидного протеза @ хромо-никелевый хромо-кобальтовый</p> <p>Ситуационная задача № 32. Оттисковые материалы, применяемые для снятия оттисков при изготовлении металлокерамических мостовидных протезов @ силиконовые</p> <p>Ситуационная задача № 33. При изготовлении металлокерамического мостовидного протеза, дентинный слой до обжига наносится на каркас в объеме по отношению к величине естественного зуба @ большем на 20-30 процентов</p> <p>Ситуационная задача № 34. Что относится к клиническим этапам изготовления металлокерамического мостовидного протеза @</p>
--	--

	<p>фиксация металлокерамического мостовидного протеза снятие оттиска припасовка металлокерамического мостовидного протеза</p> <p>Ситуационная задача № 35. Что относится к лабораторным этапам изготовления металлокерамического мостовидного протеза @ глазурирование</p> <p>Ситуационная задача № 36. Массы для изготовления металлокерамического мостовидного протеза @ Дуцера IPS KLASSIC VMK 95</p> <p>Ситуационная задача № 37. Вид прикуса при котором сужаются показания к протезированию металлокерамическими мостовидными протезами @ глубокий</p> <p>Ситуационная задача № 38. Можно ли изготавливать металлокерамический мостовидный протез при повышенной стираемости естественных зубов @ Можно</p> <p>Ситуационная задача № 39. Промежуточная часть металлокерамического мостовидного протеза в боковом отделе зубного ряда по отношению к десне располагается @ С промывным пространством</p> <p>Ситуационная задача № 40. В качестве опорных элементов в мостовидных металлокерамических протезах используют @ коронки штифтовые зубы вкладки</p> <p>Ситуационная задача № 41. Можно ли изготавливать металлокерамический мостовидный протез с опорой на центральный резец и первый премоляр верхней челюсти? @ нельзя</p> <p>Ситуационная задача № 42. Металлокерамические мостовидные протезы восстанавливают</p>
--	--



		<p>жевательную эффективность @ до 100 процентов</p> <p>Ситуационная задача № 43. При потере четырех резцов применять металлокерамический мостовидный протез @ можно</p> <p>Ситуационная задача № 44. На этапе припасовки металлокерамического мостовидного протеза врач получает из зуботехнической лаборатории @ рабочую разборную модель с протезом окклюдатор с моделями и протезом</p> <p>Ситуационная задача № 45. Преимущества металлокерамических мостовидных протезов перед паяными @ отсутствие припоя более точное воспроизведение анатомической формы зубов более высокая прочность меньшая возможность сенсбилизации организма</p> <p>Ситуационная задача № 46. Ретракцию десны перед получением двойного оттиска при изготовлении МК мостовидных протезов проводят с помощью хлопчатобумажных нитей или ретракционных колец, пропитанных растворами @ алюмокалиевых квасцов 0,05 – 0,1% раствора галазолина гидрохлорида эфедрина</p> <p>Ситуационная задача № 47. Ретракцию слизистой оболочки пришеечной области десны применяют при изготовлении @ литых цельнометаллических коронок металлокерамических мостовидных протезов</p> <p>Ситуационная задача № 48. В качестве опорных зубов для металлокерамических мостовидных протезов используют @ интактные зубы с непораженным пародонтом, зубы, каналы которых запломбированы до верхушки, имплантанты, корни зубов с obturированными каналами без признаков воспаления.</p> <p>Ситуационная задача № 49 Укажите последовательность препарирования опорного зуба</p>
--	--	--

	<p>для изготовления металлокерамического мостовидного протеза</p> <p>а) сепарация проксимальных поверхностей б) препарирование вестибулярной и оральной поверхности в) формирование пришеечного уступа г) укорочение коронковой части</p> <p>@ а, г, б, в</p> <p>Ситуационная задача № 50 Для постоянной фиксации металлокерамических мостовидных протезов используют</p> <p>@ цинкфосфатный цемент стеклоиономерный цемент</p> <p>Ситуационная задача № 51 Каким образом промежуточная часть металлокерамического мостовидного протеза в боковом отделе зубного ряда располагается по отношению к десне?</p> <p>@ не касается</p> <p>Ситуационная задача № 52 Заключительным лабораторным этапом изготовления металлокерамического мостовидного протеза является</p> <p>@ глазурирование</p> <p>Ситуационная задача № 53 Длина штифта в штифтовой конструкции, используемой под опору в металлокерамическом мостовидном протезе должна быть равна</p> <p>@ <math>\frac{2}{3}</math> длины корня</p> <p>Ситуационная задача № 54 При моделировании жевательной поверхности опорных коронок металлокерамического мостовидного протеза бугры должны быть</p> <p>@ слабо выражены</p> <p>Ситуационная задача № 55 При изготовлении металлокерамического мостовидного протеза пациенту 20 лет жевательные бугры</p> <p>@ моделируются в соответствии с выраженностью зубов антагонистов</p> <p>Ситуационная задача № 56 Толщина каркаса опорных коронок металлокерамического мостовидного протеза равна</p> <p>@ 0.5 мм</p>
--	---

	<p>Ситуационная задача № 57 При препарировании фронтального опорного зуба под металлокерамический мостовидный протез вертикальным стенкам придают наклон @ 5-7 градусов</p> <p>Ситуационная задача № 58 Препарирование опорных зубов с уступом под металлокерамические мостовидные протезы производят с целью @ равномерного распределения жевательного давления повышения эстетики уменьшения рассасывания цемента</p> <p>Ситуационная задача № 59 Какова ширина «гирлянды» в металлокерамическом мостовидном протезе? @ 2-3 мм</p> <p>Ситуационная задача № 60 Особенности препарирования опорного зуба под металлокерамический мостовидный протез @ конвергенция вертикальных стенок круговой уступ в пришеечной части зуба</p> <p>Ситуационная задача № 61 Воспаление маргинального пародонта после фиксации металлокерамического мостовидного протеза возможно при @ отсутствии контакта с соседними зубами глубоком погружении края коронок в десневые борозды нависающих краях опорной коронки отсутствии экватора искусственных зубов</p> <p>Ситуационная задача № 62 Для чего изготавливается «гирлянда» в металлокерамическом мостовидном протезе @ для улучшения теплопроводности для жесткости</p> <p>Ситуационная задача № 63 Промывная часть металлокерамического мостовидного протеза не должна доходить до слизистой оболочки альвеолярного гребня на @ 1,0 – 1,5 мм</p> <p>Ситуационная задача № 64.</p>
--	---

		<p>Что обуславливает создание чрезмерной конусности культи зуба при препарировании под металлокерамический мостовидный протез ослабление фиксации протеза</p> <p>Ситуационная задача № 65. Можно ли изготовить металлокерамический мостовидный протез с опорой на клыки нижней челюсти? @ можно</p> <p>Ситуационная задача № 66. При фиксации нескольких металлокерамических мостовидных протезов целесообразно @ наложить все протезы на опорные зубы и последовательно фиксировать</p> <p>Ситуационная задача № 67. Какому материалу лучше отдать предпочтение при отливке каркаса для металлокерамического мостовидного протеза? @ хромокобальтовый сплав</p> <p>Ситуационная задача № 68. На каком этапе производится моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза? @ одновременно с моделированием опорных коронок</p> <p>Ситуационная задача № 69. Какие возможные осложнения могут возникать при использовании металлокерамического мостовидного протеза? @ откол облицовки повышенное стирание зубов антагонистов</p> <p>Ситуационная задача № 70. Съемные пластиночные протезы по способу передачи жевательного давления относятся @ к нефизиологическим</p> <p>Ситуационная задача № 71. Какие параметры слизистой оболочки протезного ложа определяют при протезировании большого съемным пластиночным протезом? @ цвет слизистой влажность слизистой податливость слизистой болевою чувствительность</p> <p>Ситуационная задача № 72. Способность слизистой оболочки изменять рельеф при</p>
--	--	--

		<p>вертикальном давлении называется @ податливостью</p> <p>Ситуационная задача № 73. При изготовлении частичного съемного пластиночного протеза на верхней челюсти с одиночно стоящим зубом, имеющего 1-2 степень подвижности, необходимо @ удалить, т.к. он не способствует созданию клапанной зоны</p> <p>Ситуационная задача № 74. При изготовлении частичного съемного пластиночного протеза на нижней челюсти с одиночно стоящим зубом, имеющего 1-2 степень подвижности, необходимо @ сохранить зуб для лучшей фиксации протеза</p> <p>Ситуационная задача № 75. Какие оттискные материалы применяются для изготовления частичного съемного пластиночного протеза у пациента с заболеванием пародонта? Привести примеры. @ Эластические. Альгинатные, силиконовые.</p>
<p>ПК-10 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний</p>	<p>Задачи закрытого типа</p>	<p>Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Экзогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. покрытие зубов фторлаком;</li> <li>2. фторирование питьевой воды;</li> <li>3. фторирование молока;</li> <li>4. прием таблеток фторида натрия;</li> <li>5. фторирование соли.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 1. покрытие зубов фторлаком</p> <p>Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Эндогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. покрытие зубов фторлаком;</li> <li>2. прием таблеток фторида натрия;</li> <li>3. полоскания фторидсодержащими растворами;</li> <li>4. аппликации фторидсодержащими растворами;</li> <li>5. использование фторидсодержащих зубных паст.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 2. прием таблеток фторида натрия;</p> <p>Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде в районах с холодным климатом составляет (мг/л):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0,8;</li> <li>2. 1,2;</li> <li>3. 1,0;</li> <li>4. 1,5;</li> <li>5. 2,0.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 2. 1,2;</p> <p>Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ. По рекомендациям ВОЗ, концентрация фторида в зубных пастах для взрослых должна быть не менее (ppm):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 500;</li> <li>2. 1000;</li> </ol>

		<p>3. 1500; 4. 2000; 5. 5000.</p> <p>Эталон ответа: 2. 1000;</p> <p>Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Местные средства фторидпрофилактики применять в районах с содержанием фторида в питьевой воде более 1,5 мг/л:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. нельзя;</li> <li>2. можно у детей до 12 лет;</li> <li>3. можно в сочетании с системными средствами;</li> <li>4. можно при неудовлетворительной гигиене полости рта у пациента;</li> <li>5. можно при высокой интенсивности кариеса у пациента.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 1. _____</p> <p>Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Силанты - это материалы для:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пломбирования кариозных полостей;</li> <li>2. пломбирования корневых каналов;</li> <li>3. герметизации фиссур;</li> <li>4. изолирующих прокладок;</li> <li>5. лечебных прокладок.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 3. _____</p> <p>Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Абсолютным противопоказанием к проведению метода герметизации фиссур является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. плохая гигиена полости рта;</li> <li>2. узкие и глубокие фиссуры;</li> <li>3. неполное прорезывание коронки зуба;</li> <li>4. средний или глубокий кариес;</li> <li>5. повышенное содержание фторида в питьевой воде.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 4. _____</p> <p>Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Гигиенические мероприятия, необходимые перед проведением метода герметизации фиссур:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. определение гигиенического состояния полости рта;</li> <li>2. полоскание полости рта водой;</li> <li>3. очищение жевательной поверхности зуба с помощью вращающейся щетки и полировочной пасты;</li> <li>4. очищение контактных поверхностей зубов флоссами;</li> <li>5. обучение пациента чистке зубов на моделях.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 3. очищение жевательной поверхности зуба с помощью флоссы</p> <p>Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Методом витального окрашивания выявляется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. эрозия эмали;</li> <li>2. клиновидный дефект;</li> <li>3. кариес в стадии белого пятна;</li> <li>4. пятнистая форма гипоплазии эмали.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 3. _____</p> <p>Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Индекс, применяемый для выявления кариесогенной ситуации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Федорова-Водкиной;</li> <li>2. Грина-Вермильона;</li> <li>3. РНР;</li> <li>4. КПУ;</li> <li>5. ТЭР-тест.</li> </ol>
--	--	---

		<p>Эталон ответа: 5. _____</p> <p>Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Наибольшая минерализация эмали отмечается в ее слое:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. глубококом;</li> <li>2. поверхностном;</li> <li>3. срединном;</li> <li>4. верхнем.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 3. _____</p> <p>Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Вид апатита, из которого в основном состоит эмаль:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. карбонатит;</li> <li>2. гидроксиапатит;</li> <li>3. хлорапатит;</li> <li>4. фторапатит.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 2. _____</p> <p>Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Наиболее эффективные варианты применения ремесредств:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. аппликации растворов;</li> <li>2. аппликации гелей;</li> <li>3. полоскания растворами;</li> <li>4. аппликации пастами.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 2. _____</p> <p>Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для глубокого фторирования применяется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. высокодисперсная суспензия гидроокиси кальция;</li> <li>2. 5% раствор глицерофосфата кальция;</li> <li>3. 2% раствор фтористого натрия;</li> <li>4. раствор магниево-фтористого силиката, содержащего медь;</li> <li>5. раствор солей кальция и стронция, содержащий фосфат-ионы и карбонат-ионы.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 4. _____ раствор магниево-фтористого с</p> <p>Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При невозможности надежной изоляции зуба от слюны при проведении метода герметизации фиссур материалом выбора служит:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. химиотверждаемый герметик;</li> <li>2. светоотверждаемый герметик;</li> <li>3. композиционный пломбирочный материал;</li> <li>4. стеклоиномерный цемент;</li> <li>5. компомер.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 4. _____</p> <p>Задание 16. Инструкция: Выберите несколько правильных ответов Укажите основные принципы профилактики кариеса зубов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. соблюдение рационального питания, ограничивающего потребление углеводов;</li> <li>2. употребление преимущественно углеводистой пищи;</li> <li>3. гигиенический уход за полостью рта;</li> <li>4. фторирование воды, зубных паст, гелей, эликсиров;</li> <li>5. стимуляция гипосаливации;</li> <li>6. проведение специфической гипосенсибилизации.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 1, 3, 4, 6</p> <p>Задание 17. Инструкция: Выберите несколько правильных ответов</p>
--	--	--

		<p>К группе первичной профилактики кариеса относятся мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. нормализация питания, улучшение условий труда и быта;</li> <li>2. диспансеризация населения;</li> <li>3. ранняя диагностика кариеса зубов;</li> <li>4. лечение кариеса зубов современными методами;</li> <li>5. санитарное просвещение по вопросам гигиены полости рта.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 1, 2, 5</p> <p>Задание 18. Инструкция: Выберите несколько правильных ответов</p> <p>Мероприятия, относящиеся к группе специфической профилактики кариеса:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. фторирование питьевой воды;</li> <li>2. личная гигиена полости рта;</li> <li>3. диспансеризация населения;</li> <li>4. местное применение фтористых препаратов;</li> <li>5. санитарное просвещение по вопросам гигиены полости рта.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 1, 2, 4</p> <p>Задание 19. Инструкция: Выберите несколько правильных ответов</p> <p>Системные профилактические мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. запечатывание фиссур;</li> <li>2. профессиональная гигиена полости рта;</li> <li>3. оптимизация рациона питания;</li> <li>4. фторирование воды;</li> <li>5. реминерализирующая терапия;</li> <li>6. фторирование пищевых продуктов.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 3, 4, 6</p> <p>Задание 20. Инструкция: Выберите несколько правильных ответов</p> <p>Локальные профилактические мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. запечатывание фиссур;</li> <li>2. профессиональная гигиена полости рта;</li> <li>3. оптимизация рациона питания;</li> <li>4. фторирование воды, пищевых продуктов;</li> <li>5. реминерализирующая терапия.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 1, 2, 5</p> <p>Задание 21. Инструкция: Укажите соответствие:  Методы профилактики: _____</p> <p>А. Коммунальные 1) фторирование воды, пищевых продуктов  Б. Групповые 2) рационализация питания  В. Индивидуальные 3) гигиена полости рта</p> <p>Эталон ответа: А - 1, 5; Б - 2, 6; В - 3, 4</p> <p>Задание 22. Инструкция: расположите в правильной последовательности этапы реминерализирующей терапии по методике Боровского-Леуса:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. изолировать поверхность зуба от слюны;</li> <li>2. удалить зубной налет (механическим или физическим способом);</li> <li>3. высушить поверхность зуба струей воздуха;</li> </ol>
--	--	--



		<p>4. аппликация участка деминерализации эмали 2% раствором фтористого натрия;</p> <p>5. аппликация участка деминерализации эмали 10% раствором глюконата кальция в течение 15-20 минут.</p> <p>Правильный ответ: 2, 1, 3, 5, 4</p> <p>Задание 23. Инструкция: Укажите правильную последовательность этапов использования реминерализующих паст:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. высушить поверхность зуба ватным тампоном или струей воздуха;</li> <li>2. изолировать поверхность зуба от слюны;</li> <li>3. удалить зубной налет тампоном, смоченным 3% раствором перекиси водорода;</li> <li>4. втирать пасту в очаг деминерализации с помощью гладилки, шпателя, ватного тампона.</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3, 2, 1, 4</p> <p>Задание 24. Инструкция: Укажите в правильной последовательности этапы покрытия зубов фторлаком:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. при помощи ватного шарика, кисточки, шпателя нанести фторлак на поверхность зуба;</li> <li>2. изолировать поверхность зуба от слюны, высушить;</li> <li>3. удалить зубной налет;</li> <li>4. подсушить поверхность зуба с нанесенным фторлаком струей теплого воздуха в течение 3-5 минут.</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3, 2, 1, 4</p> <p>Задание 25. Инструкция: Укажите последовательность проведения этапов герметизации фиссур:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. изоляция поверхности зубов от слюны, высушивание;</li> <li>2. удаление зубного налета;</li> <li>3. протравливание фиссур травильной жидкостью (гелем), смывание водой, высушивание;</li> <li>4. нанесение герметика;</li> <li>5. удаление избытка герметика алмазными борами, финирами, шлифовка, полировка.</li> </ol> <p>Правильный ответ: 2, 1, 3, 4, 5</p>
Задачи открытого типа		<p>1. Больной М., 49 лет обратился с целью ортопедического лечения через 2 месяца после имплантации в области дефекта зубного ряда на нижней челюсти. В участке 43 зуба и 33 зуба вживленные внутрикостные винтовые цилиндрические имплантаты, подтверждается на рентгенограмме. Слизистая оболочка в области имплантатов бледно-розового цвета, плотная. Пациенту предложена конструкция съемного протеза с фиксацией на имплантатах. Какие оттисковые материалы применяются для изготовления данной конструкции</p> <p>* Силиконовые</p> <p>2. Что входит в термопластический оттисковой материал Дентафоль</p> <p>* канифоль - 87, дибутилфталат 3%, этилцеллюлоза 1%, глицериновый эфир канифоли 5%, парафин 14%, касторовое масло 7%, стеарин 2%.</p> <p>3. Что является основой силиконовых оттисковых материалов?</p>

	<p>* линейный полимер с активными конечными гидроксильными группами</p> <p>4. Что такое плотность материала? * отношение массы тела к его объему</p> <p>5. Как меняется объем материала при его кипении (парообразования)? * значительно увеличивается</p> <p>6. Как называется масса, что выпускается в виде зеленых палочек?  * Термомаса МСТ-03</p> <p>7. Как называются Термопластические оттискные материалы многоразового пользования, которые могут стерилизоваться нагреванием? * Обратные</p> <p>8. Пациенту Ж., 74 лет, проводится замещение утраченных зубов полными съемными пластиночными протезами. Функциональный оттиск был изготовлен из термопластических масс "Стенс" и "Ортокор". Оттиск направлено на дезинфекцию. Выберите правильное обеззараживающее средство. * Водный раствор йодоформа 1:213.</p> <p>9. Пациенту С., 52 лет показано изготовление композитных вкладок на 26,27 и 46,47 зубы. Какую группу материалов оттисков необходимо подобрать в данном клиническом случае?  * Силиконовые</p> <p>10. Пациенту С., проводится протезирование несъемными мостовидными металлокерамическими конструкциями. Полные анатомические компрессионные двухслойные оттиски сняты Эластическим силиконовым материалом "Спидэкс". Оттиск направлено на обеззараживание 0,5 % раствором гипохлорита натрия. Укажите необходимое время для успешной дезинфекции оттисков:  * 20 мин</p> <p>11. Ребенку К., 6 лет, с дефектом твердого и мягкого неба планируют изготовить obturator. Какой оттискной материал необходимо использовать? * Термопластичный или силиконовый</p> <p>12. Больному С. 68 лет изготавливается частичный съемный протез при наличии отдельно стоящих зубов. Применяется индивидуальная оттискная ложка. Какой оттискной материал можно использовать с этой целью * Репин</p>
--	---

		<p>13. Больному изготавливаются бюгельные протезы на обе челюсти. Объективно: частичное отсутствие зубов, на верхней челюсти I класс по Кеннеди, на нижней челюсти III класс по Кеннеди. Слизистая оболочка средней податливости, дно полости рта глубокое, небо высокое, верхнечелюстные бугры развиты. Какие оттиски нужно получить у больного?</p> <p>1. * Анатомические рабочие оттиски из двух челюстей.</p> <p>14. Больному 56 лет с микростомией изготавливается частичный съемный протез. Какие оттисковые ложки лучше использовать для получения оттисков</p> <p>* Стандартные разрезанные</p> <p>15. Больному 68 лет с частичной адентией верхней челюсти ортопед-стоматолог снимает гипсовый оттиск. При выводе оттиска из ротовой полости он раскрошился. В чем причина некачественного снятия оттиска</p> <p>* Неправильное замешивания гипса</p> <p>16. Больному Г. 59 лет, изготавливается полный съемный протез. Объективно: равномерная значительная атрофия альвеолярного отростка, верхнечелюстных бугорков, плоского небного свода. Уздечка верхней губы, щечно-альвеолярные тяжи крепятся на уровне альвеолярного отростка, переходная складка на уровне альвеолярных отростков. До какого типа по классификации Шредера отнести это состояние?</p> <p>* Третьего типа атрофии</p> <p>17. Больному с частичной адентией нижней челюсти стоматолог снимает оттиск "Стомальгином". После вывода оттиска из полости рта врач оставил его на столике, на несколько часов. Какое физическое явление произошло с оттисковой массой за данный промежуток времени?</p> <p>* Синерезис</p> <p>18. Больному С. 68 лет изготавливается частичный съемный протез при наличии отдельно стоящих зубов. Применяется индивидуальная оттисковая ложка. Какой оттисковой материал можно использовать с этой целью?</p> <p>* Репин</p> <p>19. При обследовании полости рта беззубого больного обнаружено "подвижной альвеолярный гребень" на верхней челюсти. Степень атрофии альвеолярного отростка за Шредером вторая. Слизистая оболочка умеренно-подвижная. Какому оттиску по степени компрессии нужно отдать предпочтение?</p> <p>* Дифференцированному</p> <p>20. При боковых движениях нижней челюсти фронтальные зубы смещаются в сторону. Перемещение резцовой точки из центрального положения в сторону измеряется величиной угла в 100-110 °. Что характеризует такая величина смещения резцовой стороны:</p> <p>* Боковой резцовый путь</p>
--	--	---

		<p>21. У больного 65 лет для изготовления эктопротеза глаза получают маску лица. В каком направлении нужно ее снять * Вперед и вниз</p> <p>22. У больного В., 44 лет с полным отсутствием зубов на нижней челюсти, при объективном обследовании выявлено костные выступы и участки двигательного альвеолярного гребня. Какой функциональный оттиск в этом случае обеспечит надлежащую фиксацию и умеренное распределение нагрузки при использовании протезом * Дифференцированный оттиск.</p> <p>23. У больного К., 56 лет при обследовании верхней челюсти установлено: атрофия альвеолярного отростка III степени по Шредеру, верхнечелюстные бугорки атрофические, альвеолярные отростки покрыты атрофичной, тонкой бледной слизистой оболочкой. Какую методику функционального оттиска следует применить у данного больного для получения функционального оттиска * Декомпрессионную</p> <p>24. У больного П. 60 лет с беззубыми челюстями при объективном обследовании установлено: на верхней челюсти - полный съемный протез, который отвечает клинико-техническим требованиям. На нижней челюсти - резкая, равномерная атрофия альвеолярного отростка, слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток атрофирована, тонкая, мало податливая. Какой метод получения оттиска и которую оттискную массу лучше использовать в данном случае: * Функциональный декомпрессионный – Дентафлексом</p> <p>25. Больная Л. 30 лет, жалуется на отсутствие 11, 12 зубов. Зубы утрачены вследствие травмы, 21, 13 возобновлены пломбами, зубы депульпированные. Пациентка работает лектором, поэтому для нее изготавливается металлокерамический мостовидный протез. Такая конструкция будет зафиксирована цементом "Цемион - Ф". К какой группе фиксирующих цемента относится данный цемент * Стеклоиномерный.</p> <p>26. Больная А., 22 года, жалуется на отсутствие 15 зуба, эстетический дефект. Объективно: 14, 16 зубы - устойчивые, интактные, клинические коронки высокие, с хорошо выраженным экватором с нормальным ортогнатическим перекрытием, на рентгенограмме патологические изменения в периапикальных тканях отсутствуют. Какую конструкцию зубного протеза, на Ваш взгляд, нужно предложить больному * Адгезивный мостовидный протез</p> <p>27. Больной Б., 70 лет, обратился в клинику для изготовления новых полных съемных протезов. Объективно: протезами пользовался в течение 5 лет, претензий не было.</p>
--	--	---

		<p>Какие оттиски целесообразно снять для изготовления протезов?  * Функциональные оттиски протезами больного</p> <p>28. Больной Ж. 54 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на полное отсутствие зубов. Какие особенности снятия оттисков при данной патологии?  * Снятие оттиска с использованием индивидуальной ложки</p> <p>29. Больной П., 77 года, жалуется на невозможность пользования полными съемными протезами на нижней челюсти, изготовленными месяц назад. Объективно: по альвеолярному отростку пальпируется острый костный гребень, косая линия выражена. Какой план лечения  * Изготовить протез с эластичной прокладкой</p> <p>30. Больному Ц., 68 лет необходимо изготовить полные съемные протезы на обе челюсти. Для снятия функциональных оттисков надо сделать индивидуальные ложки. Какой метод изготовления является наиболее точным  * Лабораторный в кювете</p> <p>Задание 31.  Больная Б., 27 лет, предъявляет жалобы на изменение цвета коронок фронтальных зубов верхней челюсти. Из анамнеза выяснено: пигментация проявилась в момент прорезывания зубов, выросла в местности с повышенным содержанием фтора. При осмотре - 321/123 на вестибулярной поверхности эмали 321/123 имеются хорошо выраженные множественные меловидные пятна с желтоватым оттенком различной величины, расположенные по всей поверхности. Зондирование болезненно, нет окрашивания метиленовым синим. Диагноз: флюороз, пятнистая форма.  Какие профилактические мероприятия нужно провести?  Эталон ответа: дефторирование воды, употребление кальция содержащих продуктов, замена водопроводника.</p> <p>Задание 32.  Больной 42 года, обратился с жалобами на чувствительность зубов к температурным и химическим раздражителям. При осмотре полости рта: слизистая бледно-розового цвета, отмечается ретракция десны, обнажение шеек 32/23. В области шейки 32/23 имеются дефекты с гладкими плотными стенками под углом.  Диагноз: клиновидный дефект. Какие профилактические мероприятия нужно провести?  Эталон ответа: устранение абразивного действия зубной щетки, порошка, лечение заболеваний пародонта, использование Са- и фторсодержащих зубных паст.</p> <p>Задание 33.  У больного страдающего хроническим анацидным гастритом, периодически появляется чувство оскомины и ощущение прилипания зубов при смыкании после приема соляной кислоты, желудочного сока. Диагноз: кислотный некроз.</p>
--	--	--

		<p>Какие профилактические мероприятия нужно проводить?  Эталон ответа: полоскание полости рта питьевой содой, покрытие зубов защитной пленкой (лаком), прием соляной кислоты и желудочного сока через трубочку.</p> <p>Задание 34.  Больная 28 лет, обратилась с жалобами на боль в резцах верхней челюсти от температурных раздражителей. При осмотре обнаружены дефекты на вестибулярной поверхности коронок желобоватой формы. Дно плотное гладкое. Больная раздражительна, плохо спит. Диагноз: эрозия эмали. Какие профилактические мероприятия нужно проводить?  Эталон ответа: ограничение потребления кислых продуктов, лечение общих соматических заболеваний, устранение абразивного действия зубных щеток и порошков.</p> <p>Задание 35.  Больная обратилась с жалобами на эстетический дефект в области фронтальных зубов верхней челюсти, боль от температурных раздражителей. При осмотре обнаружено укорочение коронок резцов с обнажением дентина, прикус прямой, антагонисты-резцы покрыты коронками (металлическими). Диагноз: патологическая стираемость. Какие профилактические мероприятия нужно проводить?  Эталон ответа: устранение вредных привычек и профессиональных вредностей, покрытие зубов защитной пленкой, лаком, рациональное протезирование.</p> <p>Задание 36.  Больной, 25 лет, обратился с жалобами на болезненность, кровоточивость десны при приеме жесткой пищи, чистке зубов. При осмотре полости рта; отек, гиперемия десен с синюшным отёком, обильное отложение зубного налета и зубного камня. Пациент чистит зубы нерегулярно. Глубина десневого кармана в пределах 1-2 мм. Воспалительные изменения охватывают десневые сосочки маргинальную часть десны. Прикус ортогнатический. Диагноз: хронический катаральный гингивит. Какие лечебно-профилактические пасты могут быть рекомендованы больному?  Эталон ответа: противовоспалительные, солевые, способствующие растворению и удалению зубных отложений.</p> <p>Задание 37.  Больной, 46 лет, жалуется на повышенную чувствительность шеек зубов от холодного, горячего, зуд в деснах. При осмотре десна бледно - розового цвета, обнажение шеек и корней зубов до 1/2 длины корня в результате ретракции десны. Сопутствующее заболевание – атеросклероз. Диагноз: пародонтоз средней степени тяжести. Какие зубные пасты рекомендованы для снижения гиперестезии зубов при данном заболевании?  Эталон ответа: кальцийсодержащие, фторсодержащие, антисенситивные.</p> <p>Задание 38.</p>
--	--	--

		<p>Для пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов врач запрокинул голову больного кзади, расположившись справа от больного. Верно ли подобрана тактика пальпации лимфатических узлов?</p> <p>Эталон ответа: Не верно. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфоузлы пальпируются пальцами правой руки при слегка наклоненной голове и полном расслаблении мышц дна полости рта и шеи пациента. Врач находится слева и спереди от больного.</p> <p>Задание 39.</p> <p>У больного определяется припухлость в области проекции корня 74 зуба. Какой метод исследования необходим для уточнения диагноза?</p> <p>Эталон ответа: Дополнительный: рентгенологический</p> <p>Задание 40.</p> <p>Во время сбора анамнеза врач часто отвлекался, невнимательно слушал ответы больного. Какие нежелательные последствия это может иметь?</p> <p>Эталон ответа: Некорректный диагноз и как следствие- неверный план лечения.</p> <p>Задание 41.</p> <p>При осмотре зубов было выявлено изменение цвета 3.6 зуба, который имел серо-черное окрашивание. О чем это может свидетельствовать?</p> <p>Эталон ответа: Окрашивание зуба в серо-черный цвет может быть обусловлено наличием пломбы из амальгамы или вследствие осложнения кариозного процесса.</p> <p>Задание 42.</p> <p>При оценке формы зубов было выявлено множественное изменение формы коронок. Какие заболевания можно предположить?</p> <p>Эталон ответа: Наследственные нарушения развития твердых тканей зубов, аномалии размеров и формы зубов, системная гипоплазия.</p> <p>Задание 43.</p> <p>При электроодонтодиагностике ответная реакция была получена на ток более 100 мкА. О чем это может свидетельствовать?</p> <p>Эталон ответа: Такое значение ЭОД свидетельствует о воспалении тканей периодонта.</p> <p>Задание 44.</p> <p>При оценке устойчивости зубов было выявлено множество подвижных зубов. Какие заболевания можно предположить?</p> <p>Эталон ответа: Заболевания пародонта на фоне патологии органов и систем.</p>
--	--	---

		<p>Задание 45.  На первый профилактический осмотр к стоматологу пришла мама с ребенком. У ребенка недавно прорезались зубы 7.1, 8.1. при осмотре полости рта визуально определяется зубной налет. Десневые валики полукруглой формы, уздечки верхней и нижней губы, языка в норме. Мама отмечает, что очищает ребенку зубы ватным тампоном один раз в день и просит дать рекомендации по уходу за полостью рта ребенка.  Дайте рекомендации по употреблению ребенком сахара и правилам пользования соской-пустышкой.  Эталон ответа: ограничение употребления сахара до 20 мг в сутки. Использование соски-пустышки после кормления на 15-20 минут в течение первого года жизни ребенка.</p> <p>Задание 46.  Бригада зубных врачей, работая в школе одного района, осмотрела 1000 человек учащихся, в том числе 100 человек 12-летних. Из 1000 человек осмотренных:  800 человек подлежат санации;  150 человек ранее санированы;  50 человек не имеют пораженных зубов.  У учащихся 6-х классов выявлено:  у 36 человек: КПУ = 3;  у 50 человек: КПУ = 4;  у 14 человек: КПУ = 6.  Подсчитайте распространенность кариеса среди учащихся этой школы.  Эталон ответа: 95%, распространенность = число имеющих кариозные и пломбированные зубы, разделить на общее число осмотренных и умножить на 100%</p> <p>Задание 47.  В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная 17 лет с жалобами на наличие светло-коричневых пятен на резцах верхней и нижней челюстей. При зондировании поверхность пятен гладкая, эмаль блестящая.  Из анамнеза известно, что с 3 до 7 лет больная проживала в местности с содержанием фтора в воде 2,5 мг/л.  1. Назовите меры профилактики при данной патологии.  2. Что явилось причиной развития заболевания?  Эталон ответа: 1. Очистка воды, замена питьевого водопроводного источника, исключение искусственного вскармливания детей, вывоз детей. 2. Избыточное поступление фтора в организм человека с питьевой водой.</p> <p>Задание 48.  При устройстве на работу в стоматологическую поликлинику гигиенисту стоматологическому выдали 2 халата и 2 костюма, он сказал что стирать будет сам.  1. Прав ли он ?  2. Почему нельзя стирать где захочешь?  3. Как осуществляется уход и стирка халатов ?  Эталон ответа: 1. Гигиенист не прав. 2. Все халаты должны стираться в специализированных местах - прачечных.</p>
--	--	---



3.Поликлиника заключает договор с прачечной, которая им стирает халаты и костюмы.

Задание 49.

При организации кабинета профилактики гигиены полости рта было выделено помещение для работы 2х гигиенистов в смену: с глубиной 6 м, высотой 2,6 м., стены окрасили в ярко фиолетовый цвет, поставили 2 стоматологические установки.

- 1.Соблюдены ли параметры глубины и высоты кабинета?
- 2.В какой цвет можно окрашивать стены?
3. Назовите площадь кабинета для 2х стоматологических установок?

Эталон ответа: 1.Параметры глубины и высоты кабинета соблюдены.

2.Стены нельзя окрашивать в яркие тона, надо - в неяркие светлые.

3. Площадь кабинета для 2х стоматологических установок – 14 кв. м. + 10 кв. м.

Задание 50.

В смотровой кабинет из-за болезни врача - стоматолога поставили работать гигиениста стоматологического.

- 1.Может ли работать в смотровом кабинете гигиенист стоматологический?
- 2.Кто должен там работать?
3. Какой объём стоматологической помощи там осуществляется?

Эталон ответа: 1.Нет. 2. В смотровом кабинете должен работать только врач стоматолог высшей категории. 3.

Диагностируют заболевания полости рта и зубов, оказывают первую помощь, направляют на дальнейшее лечение.

Задание 51.

Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка 5, 5 лет  
Определите степень активности кариозного процесса

п	п							
16	55	54	53	52	51	61	62	
63	64	65						
	85	84	83	82	81	61	72	
73	74	75						
	с	с			0	0		
	с							

Эталон ответа: КПУ+кп=1+4=5, I степень активности кариеса.

Задание 52.

Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка 13 лет  
Определите степень активности кариозного процесса

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

0      пс

Эталон ответа:  $KPY=6+2+3=11$ , III степень активности кариеса.

Задание 53.

Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка 10 лет  
Определите степень активности кариозного процесса

				с	с	с	с
16	55	14	53	12	11	21	22
63	24	65	26				
46	85	44	83	42	41	31	32
73	74	75	36				
п	пс						

с

Эталон ответа:  $KPY+kп=5+1+1=7$ , II степень активности кариеса.

Задание 54.

Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка 9 лет  
Определите степень активности кариозного процесса

пс				п	п	п	п	
	пс	пс						
16	55	54	53	12	11	21	22	63
	64	65	26					
46	85	84	83	42	41	31	32	73
	74	75	36					
п	пс	0						
	пс	пс	с					

Эталон ответа:  $KPY+kп=2+5+5=12$ , III степень активности кариеса.

Задание 55.

Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка 3,5 лет  
Определите степень активности кариозного процесса

	0	0	с	с	с	с	с	
55	54	53	52	51	61	62	63	64
	65							
85	84	83	82	81	61	72	73	74
	75							
п		с	с			с	с	с
	пс							

Эталон ответа:  $kпу=11+1+2=14$ , III степень активности кариеса.

Задание 56.

При определении индекса Кузьминой обнаружено: 61,72,81 – ЗН Прорезались 10 зубов.

Рассчитайте индекс. Дайте оценку гигиены рта.

Эталон ответа:  $ИГ= 3:10 = 0,3$ , удовлетворительный.

Задание 57.

При определении индекса Кузьминой обнаружено:

71,72,81,82,85 – ЗН Прорезались 17 зубов

Рассчитайте индекс. Дайте оценку гигиены рта.

		<p>Эталон ответа: <math>ИГ = 5:17 = 0,3</math>, удовлетворительный.</p> <p>Задание 58.  На прием к стоматологу обратились родители с ребенком 7 лет для профилактического осмотра. Жалоб нет. Данные анамнеза: практически здоров. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРЗ. Внешний осмотр: патологических изменений не выявлено. Внутриротовой осмотр: Состояние слизистой оболочки полости рта: влажная, бледно-розового цвета. Состояние, твердых тканей зубов: На жевательной поверхности зуба 3.6 кариозная полость, зуб 4.6- пломба на жевательной поверхности, на зубах 6.4, 7.4. 7.5, 8.4. 8.5 пломбы на жевательной и контактной поверхностях. Зубы 5.2. 6.2 подвижны.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Укажите возрастной период физиологической смены временных зубов на постоянные.</li> <li>2) Укажите причину подвижности зубов 5.2. 6.2.</li> </ol> <p>Эталон ответа: 1. Смена временных зубов на постоянные происходит в возрасте 6-12 лет 2. Причиной подвижности зубов 5.2, 6.2 является процесс физиологического рассасывания корней, происходящий в этом возрасте.</p> <p>Задание 59.  Пациент К..19 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на кровоточивость и болезненность десен при приеме твердой пищи и чистке зубов. Из анамнеза: впервые кровоточивость десен появилась в 15 лет. Пациент чистит зубы 1 раз в день мягкой щеткой в течение 1 минуты. При внешнем осмотре: конфигурация лица не изменена, кожа лица и видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При внутриротовом осмотре: Состояние слизистой оболочки рта: бледно-розового цвета, нормально увлажнена. Десневые сосочки у всех зубов гиперемированы, отечны, кровоточат при зондировании. Мелкое преддверие полости рта (глубина преддверия 4 мм). Определяется рецессия десны в области фронтальной группы зубов нижней челюсти. Состояние твердых тканей зубов. Пломбы по 1 классу на зубах 1.7, 2.6, 3.7. Гигиеническое состояние полости рта: визуально определяется значительное количество мягкого зубного налета и наддесневого зубного камня. Индекс ИГР-У равен 4.0</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оцените гигиеническое состояние полости рта.</li> <li>2. Укажите ошибки, допущенные пациентом при выборе средств гигиены полости рта и чистке зубов.</li> </ol> <p>Эталон ответа:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гигиеническое состояние полости рта по индексу ИГР-У соответствует плохому уровню гигиены.</li> <li>2. Ошибками, допущенными пациентом являются: использование мягкой зубной щетки, длительность чистки зубов в течение 1 минуты.</li> </ol> <p>Задание 60.  В средней общеобразовательной школе среди детей проводится внедрение комплексной программы профилактики основных стоматологических заболеваний с применением полоскания</p>
--	--	---

		<p>полости рта 0,2% раствором фторида натрия.  Укажите, к каким методам фторидпрофилактики кариеса эндогенным или экзогенным относится данный метод  Эталон ответа: данный метод относится к местным методам фторидпрофилактики кариеса зубов.</p> <p>Задание 61.  На прием к стоматологу обратился мальчик К. с направлением из ортопедического кабинета. При обследовании зафиксирована зубная формула:  16 55 14 533, 12 51 61 22 63.24 ,65 26  46 85 44 83 42 81 71 32 73 34 75 36  ГИ по Грин-Вермильону – 1,9 , проба Шиллера-Писарева положительная. В области 42,81,71,32 зубов – наддесневой зубной камень; рН слюны =7.,5. КОСРЭ-тест равен 30% и 6 суткам</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Определите возраст ребенка по зубной формуле,</li> <li>2) Оцените гигиеническое состояние полости рта,</li> <li>3) Оцените резистентность эмали и реминерализующий потенциал слюны (РПС) по КОСРЭ – тесту,</li> <li>4) Какие средства гигиены необходимо рекомендовать ребенку?</li> </ol> <p>Эталон ответа: 1) – 9 лет, 2) – неудовлетворительное, 3) – резистентность высокая, РПС – снижен, 4) – зубная паста, флоссы, зубная щетка</p> <p>Задание 62.  На прием к стоматологу обратилась мать с мальчиком Б. 3,5 лет с жалобами на наличие кариозных полостей. У матери наблюдался токсикоз второй половины беременности, ребенок вскармливался искусственно. При осмотре полости рта ребенка зафиксирована зубная формула:  55 54 53 52 51 61 62 63 64 65  85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 ,  51,52,61,62,71,72,74, 81,82,84 зубы поражены кариесом. ГИ по Федорову-Володкиной– 3,6. рН слюны = 5,5.  Микрокристаллизация слюны: мелкие деформированные кристаллы единичные по периферии капли, в центре кристаллы отсутствуют ПМА = 31%</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Соответствует ли зубная формула возрасту, и какова интенсивность кариеса?</li> <li>2. На какой стадии внутричелюстного периода развития зубов произошло действие патогенного фактора, приведшего к развитию множественного кариеса?</li> <li>3. Оцените гигиеническое состояние полости рта,</li> <li>4. Как можно удалить мягкий зубной налет у ребенка?</li> </ol> <p>Эталон ответа: 1 – соответствует, кпу=10, декомпенсированная, 2 – минерализация, 3 – очень плохое, 4 – с помощью средств гигиены.</p> <p>Задание 63.  На прием к стоматологу обратилась мать с девочкой 8 лет для профилактического осмотра. При осмотре полости рта ребенка зафиксирована зубная формула:  16 55 54 13 52 11 21 62 63 64 65 26</p>
--	--	--

46 85 84 83 42 41 31 32 73 74 75 36,  
 55,54,64,65,74,84,85,36,46 зубы поражены кариесом. ГИ по  
 Грину-Вермиллиону – 2,2. Индекс ПМА составляет 15%.  
 .Девочка относится к группе часто болеющих детей, находится  
 на диспансерном учете по поводу хронического  
 пиелонефрита. Содержание Са в слюне 4,2 мг/л. CRT – тест -  
 45 сек.

- 1) Соответствует ли зубная формула возрасту и какая  
 интенсивность кариеса у ребенка?
- 2) Нарушены ли закономерности прорезывания зубов?
- 3) Оцените гигиеническое состояние полости рта.
- 4) Какие предметы гигиены необходимы ребенку
- 5) Оцените резистентность эмали

Эталон ответа: 1 – не соответствует, кп=9,  
 декомпенсированная, 2 – нарушены сроки; последовательность;  
 порядок; парность прорезывания, 3 – неудовлетворительное, 4  
 – зубная щетка, флоссы, 5 – низкая.

Задание 64.

В клинику обратился пациент Ш. 16 лет.

В средней общеобразовательной школе проводится внедрение  
 программы профилактики стоматологических заболеваний. На  
 прием к школьному стоматологу вызван ребенок 7 лет для  
 проведения герметизации фиссур первых постоянных моляров.  
 В наличии стоматологического кабинета имеется  
 светоотверждаемый герметик.

Жалоб нет. При внешнем осмотре: конфигурация лица не  
 изменена, кожа липа и видимые слизистые оболочки без  
 патологических изменений. Регионарные лимфатические узлы  
 не пальпируются. При внутриворотном осмотре: Состояние  
 слизистой оболочки рта: бледно-розового цвета., нормально  
 увлажнена.

Состояние твердых тканей зубов:

	п	п						
п								
16	55	54	53	12	11	21	22	63
64	65	26						
46	85	84	83	42	41	31	32	73
74		75	36					

п  
 п

Фиссуры зубов 1.6. 2.6, 4.6 зубов интактные, глубокие. Индекс  
 гигиены полости рта по Грин-Вермиллиону (компонент  
 зубного налета) равен 1,8.

- 1) Назовите возраст, в котором наиболее эффективно  
 проводить герметизацию фиссур первых постоянных моляров.
- 2) Определите показания к проведению герметизации  
 фиссур зубов у данного пациента.

Эталон ответа: наиболее эффективно проводить герметизацию  
 фиссур первых постоянных моляров в возрасте 6-7 лет.

1. Показания к проведению герметизации фиссур зубов у  
 данного пациента: возрастные (ребенку 7 лет), анатомические  
 (фиссуры зубов 1.6, 2.6, 4.6 глубокие).

Задание 65.

		<p>На профилактический осмотр в детскую стоматологическую поликлинику пришел пациент И. 9 лет.</p> <p>При осмотре: на 1.1, 2.1 зубах в пришеечной области определяются меловидные пятна, поверхность эмали в области очагов поражения шероховатая, блеск эмали отсутствует. При окрашивании очагов поражения 2% водным раствором метиленового синего эмаль окрасилась в более интенсивный цвет.</p> <p>Десневые сосочки и маргинальная десна в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти гиперемированы, отечны.</p> <p>Индекс гигиены полости рта РНР 5.5.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок чистит зубы 1 раз в день – утром, совершая зубной щеткой горизонтальные движения, регулярно использует гигиеническую зубную пасту.</p> <p>Дайте рекомендации по индивидуальному уходу за полостью рта данному пациенту.</p> <p>Эталон ответа: рекомендации по индивидуальному уходу за полостью рта данному пациенту: чистка зубов 2 раза в день с исключением горизонтальных движений в течение 2-3 минут, детская зубная щетка, лечебно-профилактические кальций и фторидсодержащие зубные пасты.</p> <p>Задание 66.</p> <p>Мама с ребенком 8 мес. обратилась в детскую стоматологическую поликлинику с целью профилактического осмотра. Дайте рекомендации по индивидуальному подбору средств гигиены для ребенка.</p> <p>Эталон ответа: салфетки для удаления остатков пищи с альвеолярных гребней и неба. Щетка-напальчник из силикона для очищения первых временных зубов не менее 1 раза в день.</p> <p>Задание 67.</p> <p>Мама с ребенком 1,5 лет обратилась в детскую стоматологическую поликлинику с целью профилактического осмотра. Дайте рекомендации по индивидуальному подбору средств гигиены для ребенка.</p> <p>Эталон ответа: очень мягкая детская зубная щетка, детская гелеобразная зубная паста (тонкий слой пасты на щетке).</p> <p>Задание 68.</p> <p>Мама с ребенком 4 лет обратилась в детскую стоматологическую поликлинику с целью профилактического осмотра. Дайте рекомендации по индивидуальному подбору средств гигиены для ребенка.</p> <p>Эталон ответа: очень мягкая детская зубная щетка, детские зубные пасты, содержащие кальций и фториды (500 ppm F-) (не более горошины пасты на щетке).</p> <p>Задание 69.</p> <p>Мама с ребенком 10 лет обратилась в детскую стоматологическую поликлинику с целью профилактического осмотра. Дайте рекомендации по индивидуальному подбору средств гигиены для ребенка.</p> <p>Эталон ответа: детская зубная щетка с мягкой щетиной,</p>
--	--	--

		<p>детские противокариозные зубные пасты, содержащие кальций и фториды (1000-1450 ppm F-), детские ополаскиватели.</p> <p>Задание 70. Мама с подростком 15 лет обратилась в детскую стоматологическую поликлинику с целью профилактического осмотра. Дайте рекомендации по индивидуальному подбору средств гигиены для пациента. Эталон ответа: зубная щетка средней жесткости, фторидсодержащие зубные пасты (1450 ppm F-), фторидсодержащие ополаскиватели, зубные нити (для проживающих в районах с низким или оптимальным содержанием фторида в воде).</p> <p>Задание 71. Пациент А. 20 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с целью профилактического обследования. Из расспроса выяснилось, что пациент недавно переехал из района с повышенным содержанием фторидов в питьевой воде. Дайте рекомендации по индивидуальному подбору средств гигиены для пациента. Эталон ответа: зубная щетка средней жесткости, зубные пасты и ополаскиватели, не содержащие фторида (для профилактики кариеса – кальцийсодержащие средства), зубные нити.</p> <p>Задание 72. Больная М., 27 лет, обратилась с жалобами на кровоточивость десен при чистке зубов. Болевые ощущения отсутствуют. Объективно: межзубные сосочки и маргинальная десна отечны, гиперемированы, кровоточат при дотрагивании. Мягкий зубной налет в пришеечной области. Поставлен диагноз – острый серозный гингивит. Какую зубную щетку по степени жесткости и средства гигиены необходимо рекомендовать пациентке на период лечения? Эталон ответа: зубная щетка: в период обострения - с мягкой щетиной, затем – средней жесткости, противовоспалительные зубные пасты и безалкогольные ополаскиватели (с экстрактами лекарственных растений, антисептиками, мексидолом), зубные нити, межзубные ершики, ирригаторы.</p> <p>Задание 73. На приеме у врача-стоматолога пациентка предъявила жалобы на зуд и жжение в области десен, кровоточивость при чистке зубов и приеме пищи. При осмотре выявлены: межзубные сосочки и маргинальная десна гиперемированы, отечны, болезненны и кровоточат при дотрагивании, мягкий зубной налет в пришеечной области. Скученность зубов фронтального отдела нижней челюсти Предложите рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта в соответствии с данным статусом пациентки. Эталон ответа: зубная щетка: в период обострения - с мягкой щетиной, затем – средней жесткости, противовоспалительные зубные пасты и ополаскиватели с противокариозными и противовоспалительными компонентами, зубные нити, межзубные ершики.</p>
--	--	---

Задание 74.

Пациент 21 год, находится на ортодонтическом лечении брекет-системами. Предложите рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта в соответствии с данным статусом пациента.

Эталон ответа: зубная щетка ортодонтическая средней жесткости (с V-образным углублением рабочей части), зубные пасты и ополаскиватели с противокариозными и противовоспалительными компонентами, межзубные ершики, монопучковые щетки, суперфлоссы, ирригаторы. Не следует использовать жевательные резинки!

Задание 75.

Пациенту С. 35 лет, было проведено восстановление дефектов зубного ряда с помощью имплантатов. Дайте рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта.

Эталон ответа: зубная щетка средней жесткости, зубные пасты и ополаскиватели с противокариозными и противовоспалительными компонентами, межзубные ершики, монопучковые щетки, суперфлоссы, ирригаторы. Не следует использовать содержащие спирт ополаскиватели, зубочистки и жевательные резинки!

Задание 76.

Пациенту 4 года. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса.

Зубная формула:

З	С	З	З	З	З	З	З	З	С
55	54	53	52	51	61	62	63	64	
	65								
85	84	83	82	81	71	72	73	74	
	75								
С	З	З	З	З	З	З	З	З	П

Эталон ответа: к = зубы с кодом «С»: 54, 65, 85 [(3 зуба); к = 3].  
п = зубы с кодом «П»: 75 [(1 зуб); п = 1]. у = зубы с кодом «0» [нет; у = 0].

Индекс интенсивности кариеса временных зубов у пациента составляет:  
 $k_{пуз} = 3 + 1 + 0 = 4$ .

Задание 77.

Пациенту 35 лет. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса.

Зубная формула:

С	З	С	З	З	З	З	П	П	З
	3	3	3	С	3	0			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	
	22	23	24	25	26	27	28		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	
	32	33	34	35	36	37	38		
С	З	С	З	З	З	З	З	З	З
	3	3	С	С	С	С			

Примечание: зуб 28 — удален по причине осложненного кариеса.

Эталон ответа: К = зубы с кодом «С»: 18, 16, 26, 35, 36, 37, 38, 46, 48 (9 зубов). К=9.



П = зубы с кодом «П»: 11, 21(2 зуба). П=2.  
 У = зубы с кодом «0» в возрасте старше 30 лет: 28 (1 зуб). У = 1.  
 Индекс интенсивности кариеса постоянных зубов составляет:  
 КПУЗ = 9+2+1=12.

Задание 78.

Пациенту 7 лет. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса.

Зубная формула:

0	0	С	0	0	3	3	3	3	3
	3	П	П	С	0	0			
18	17	16	55	54	53	52	11	21	
	62	63	64	65	26	27	28		
48	47	46	85	84	83	42	41	31	
	32	73	74	75	36	37	38		
0	0	3	С	П	3	3	3	3	3
	3	П	П	3	0	0			

Примечание: 18, 17, 27, 28, 37, 38, 47, 48 – не прорезались (по возрасту), зубы 55, 54 – удалены по причине осложненного кариеса (из данных истории болезни).

Эталон ответа: смешанный прикус требует определения интенсивности кариеса постоянных (КПУЗ) и временных (кпуз) зубов.

КПУЗ: К = зубы с кодом «С»: 16, 26 (2 зуба).

П = зубы с кодом «П»: нет. П = 0.

У = зубы с кодом «0»: нет. У = 0.

Следовательно, индекс КПУЗ = 2+0+0=2. кпуз: к = зубы с кодом «С»: 85 (1 зуб); к = 1.

п = зубы с кодом «П»: 64, 65, 74, 75, 84 (5 зубов); п = 5.

у = зубы с кодом «0»: 55, 54 (2 зуба); у = 2.

Следовательно, кпуз = 1+5+2= 8. КПУЗ + кпуз = 2+8=10.

Задание 79. Вопрос для собеседования.

Пелликула: состав, свойства, механизм образования и способы обнаружения.

Эталон ответа: пелликула — первый слой приобретенных зубных отложений. Является производным гликопротеинов ротовой жидкости. Имеет трехслойное строение, химически связана с эмалью. Являясь полупроницаемой мембраной, обеспечивает трофику, созревание и реминерализацию эмали. Неровная поверхность пелликулы способствует присоединению следующих слоев зубных отложений.

Задание 80. Вопрос для собеседования.

Способы диагностики зубных отложений.

Эталон ответа:

Существует ряд способов для идентификации зубных отложений: осмотр (обильный мягкий зубной налет, наддесневой камень); осмотр после высушивания (зубной налет, мягкий налет, наддесневой камень), зондирование (зубной налет, мягкий зубной налет, наддесневой камень); осмотр после окрашивания поверхности зубов (пелликула, зубной налет, мягкий зубной налет, наддесневой камень). Для окрашивания используют различные красители, которые могут быть приготовлены в аптеках или выпускаются в виде

		<p>официальных средств (растворы, таблетки).</p> <p>Задание 81. Вопрос для собеседования. Расскажите об источниках фторнагрузки – поступления фторидов в организм. Эталон ответа: Основными естественными источниками фторнагрузки являются воздух, вода и пищевые продукты; в особых случаях приходится учитывать такие источники фторида как лекарственные препараты, технологические продукты и т.д. В современных условиях нельзя не учитывать «ятрогенные» источники фторида – в качестве таковых следует рассматривать не только профилактические продукты и препараты, предназначенные для системного потребления, но и «местные» оральные продукты – фторсодержащие зубные пасты (для детей младше 6 лет, плохо контролирующих глотание), лаки, гели и т.д.</p> <p>Задание 82. Вопрос для собеседования. Как происходит обмен фторидов в организме? Эталон ответа: основная часть экскретированного фторида выводится почками, меньшая - потовыми и слюнными железами (но не молочными - в грудном молоке концентрация фторида остается очень низкой при любой фторнагрузке). Маркером фторнагрузки, имевшей место в период преруптивной минерализации эмали, являются зубы (при избытке – флюороз).</p> <p>Задание 83. Вопрос для собеседования. Виды профилактических мероприятий по масштабу и уровню применения Эталон ответа: Популяционные. Групповые. Индивидуальные. Популяционные мероприятия охватывают значительный контингент населения (например, население города, области или страны).</p> <p>Задание 84. Вопрос для собеседования. Какие мероприятия по фторпрофилактике относятся к популяционным? Эталон ответа: Популяционные мероприятия:  <input type="checkbox"/> фторирование питьевой воды;  <input type="checkbox"/> фторирование соли, молока;  <input type="checkbox"/> государственная, городская, районная программа профилактики стоматологических заболеваний.</p> <p>Задание 85. Вопрос для собеседования. Групповые профилактические мероприятия по фторидпрофилактике Эталон ответа: групповые профилактические мероприятия - рассчитаны на применение в какой-либо ограниченной группе людей – в классе школы, в интернет-сообществе, в группе детского сада, в кабинете здоровья поликлиники, на предприятии. Групповые мероприятия: применение фторидсодержащих таблеток, полоскание полости рта растворами фтора натрия; уроки здоровья в школе,</p>
--	--	--

		<p>включающие беседы о гигиене полости рта.</p> <p>Задание 86. Вопрос для собеседования. Методы и формы санитарного обучения. Эталон ответа: санитарное обучение может иметь различные методические формы. Активные виды обучения могут осуществляться односторонними или двусторонними способами. Формами активного обучения с непосредственным участием врача являются лекция, опрос, беседа (в т. ч. урок гигиены), семинар, дискуссия, демонстрация и т.п. При пассивном обучении (средства массовой информации) врач играет только организующую роль. В зависимости от того, кто является адресатом санитарного просвещения, различают индивидуальные, групповые и популяционные проекты.</p> <p>Задание 87. Вопрос для собеседования. Какие основные задачи решаются с помощью эпидемиологического обследования? Эталон ответа:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- оценить распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний;</li> <li>- выявить потребность в их лечении;</li> <li>- определить качество санации полости рта;</li> <li>- сравнить состояние заболеваемости в различных регионах;</li> <li>- рассчитать силы и средства, необходимые для лечебно-профилактической работы;</li> <li>- выявить фоновые (исходные) данные стоматологической заболеваемости, необходимые для дальнейшего определения эффективности профилактической работы.</li> </ul> <p>Задание 88. Вопрос для собеседования. Из каких этапов состоит эпидемиологическое обследование? Эталон ответа: любое эпидемиологическое обследование состоит из трех последовательных этапов: I — подготовительный, II — непосредственное обследование, III — подсчет и оценка результатов.</p> <p>Задание 89. Вопрос для собеседования. Какой выбор возрастных групп для обследования рекомендован ВОЗ? Эталон ответа: возрастные группы формируются следующим образом: от одного года и до 19 лет через 1 год, затем через пятилетние и десятилетние промежутки: 20—24, 25—29, 30—34, 35—44, 45—54, 55—64, 65 лет и старше. На практике обычно применяется упрощенный вариант осмотра ВОЗ, ограничивающий число возрастных групп и расширяющий возрастные промежутки: I группа — 5—6 лет, II — 12 лет, III — 15 лет, IV — 35 лет и V — 44 года. При массовых осмотрах существует еще более сокращенный вариант: возрастные группы в 6, 12 лет и взрослые - 35—44 года.</p> <p>Задание 90. Вопрос для собеседования. Что позволяют оценить полученные эпидемиологические сведения? Эталон ответа:</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний;</li> <li>- выявить потребность в их профилактике и лечении;</li> <li>- определить качество стоматологической помощи;</li> <li>- сравнить состояние заболеваемости в различных регионах;</li> <li>- ставить измеримые цели для стоматологического здоровья;</li> <li>- ставить количественные и качественные задачи для стоматологической помощи и для промышленности, выпускающей стоматологическое оборудование, материалы, лекарственные препараты.</li> </ul> <p>Задание 91. Вопрос для собеседования. Перечислите этапы ситуационного анализа. Эталон ответа:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определение целей ситуационного анализа и согласование основных этапов работы с местной властью.</li> <li>2. Сбор демографических и общих данных.</li> <li>3. Детальное планирование (используя демографические данные) и проведение эпидемиологического исследования.</li> <li>4. Получение информации о стоматологической помощи.</li> <li>5. Получение статистических данных о стоматологическом персонале, стоматологических материалах и оборудовании, средствах профилактики.</li> <li>6. Выявление факторов риска стоматологических заболеваний.</li> <li>7. Статистический анализ полученных эпидемиологических данных.</li> <li>8. Врачебный логический анализ всех материалов и заключение.</li> </ol> <p>Задание 92. Вопрос для собеседования. Как необходимо проводить сбор и анализ демографических данных? Эталон ответа: для более подробного анализа демографической ситуации страны рекомендуется использовать карту, на которой необходимо выделить:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- крупные города;</li> <li>- густонаселенные сельские районы;</li> <li>- контрастные климатогеографические зоны;</li> <li>- зоны разного уровня содержания фтора в окружающей среде.</li> </ul> <p>Необходимы также данные о количестве городского и сельского населения, о плотности населения по районам, о ежегодном приросте населения, о количестве детских дошкольных учреждений и детей, посещающих эти учреждения.</p> <p>Задание 93. Вопрос для собеседования. С какой целью изучаются загрязнение окружающей среды и профессиональные вредности? Эталон ответа: необходимо изучить возможную загрязненность воздуха вредными веществами, такими как, соединения фтора, тяжелые металлы, кислоты. Подозрение на наличие определенных производственных вредностей или загрязнении окружающей среды может появиться при обнаружении у</p>
--	--	--

		<p>рабочих предприятия характерных поражений зубов и периодонта. Полученные данные помогают планировать программу профилактики.</p> <p>Задание 94. Вопрос для собеседования. Какие пункты необходимо отразить в заключении ситуационного анализа? Эталон ответа: 1. Определить уровень заболеваемости опасных заболеваний (СПИД и др.) по ВОЗ, тенденции (снижение, увеличение, стабилизация). 2. Выявить факторы риска, такие как: плохая гигиена, избыток сладостей, курение, дефицит фтора в питьевой воде. 3. Ориентировочно определить обеспеченность персоналом (достаточно, недостаточно, избыток) в целом и отдельными видами (средний персонал, специалисты и т.п.). 4. Определить материальное обеспечение системы. 5. Используя международные критерии, установить доступность и качество стоматологической помощи населению, включая профилактику, лечение и протезирование.</p> <p>Задание 95. Вопрос для собеседования. Какие выделяют этапы планирования при разработке и внедрении программы коммунальной профилактики? Эталон ответа: 1) ситуационный анализ, в ходе которого определяется заболеваемость и выявляются патогенные факторы или факторы риска; 2) определение измеримых задач первичной профилактики; 3) разработка программы; 4) внедрение; 5) оценка эффективности.</p>
--	--	--

### КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
<p>Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения</p>

отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
---	---	---	---

**Критерии оценивания тестового контроля:**

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

**Критерии оценивания собеседования:**

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько	удовлетворительная логичность и последовательность ответа

	ошибок в содержании ответа	ошибок в содержании ответа	
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

**Критерии оценивания ситуационных задач:**

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует