РАЗДЕЛ 2

**Методы обследования пациентов с функциональными нарушениями краниомандибулярной системы**

Задания в тестовой форме

УКАЖИТЕ ОДИН ВЕРНЫЙ ОТВЕТ

1. СИЛА ТОКА ДЛЯ ИНТАКТНЫХ ЗУБОВ ПРИ ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКЕ
2. 2-6 мкА
3. 5-10 мкА
4. 20-30 мкА
5. 100-200 мкА
6. ГНАТОДИНАМОМЕТРИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ИССЛЕДОВАТЬ
7. функциональную выносливость пароднта
8. функциональную выносливость жевательных мышц
9. функциональную выносливость альвеолярной части нижней челюсти
10. функциональную выносливость альвеолярных отростков верхней челюсти
11. ФУНКЦИОГРАФИЯ - ЭТО
12. внутриротовая запись движний нижней челюсти в боковых и переднезадних направлениях
13. внеротовая запись движний нижней челюсти в боковых и переднезадних направлениях
14. внутриротовая запись функции жевательной мускулятуры
15. внеротовая запись функции жевательной мускулатуры
16. МАГНИТ КИНЕЗИОГРАФА В МОМЕНТ ИССЛЕДОВАНИЯ ФИКСИРУЮТ НА
17. на центральных резцах нижней челюсти
18. первых молярах нижней челюсти справа или слева
19. премолярах нижней челюсти справа или слева
20. на первых молярах верхней челюсти справа или слева
21. ЭЛЕКТРОННЫЕ АКСИОГРАФЫ ОТРАЖАЮТ ПОЛУЧЕННЫЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ В ПЛОСКОСТЯХ
22. фронтальной, горизонтальной и сагиттальной
23. косо-фронтальной, кососагиттальной и прямой
24. аксиальной, корональной и сагиттальной
25. окклюзионных
26. ФОНОАРТРОГРАФИЯ - ЭТО
27. метод диагностики суставных шумов
28. метод диагностики фоновых патологий движений нижней челюсти
29. метод диагностики шумов, возникающих при работе жевательных мышц
30. метод звуковой интерпретации электромиографических показателей
31. ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ ПО СПОСОБУ РЕГИСТРАЦИИ БИОПОТЕНЦИАЛОВ С ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА
32. поверхностную, локальную и стимуляционную
33. стимуляционную и нестимуляционную
34. поверхностную и локальную
35. многоканальную и одноканальную
36. МЕТОД ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ИССЛЕДОВАТЬ СОСТОЯНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ВНЧС
37. магнитно-резонансная томография
38. томография
39. компьютерная томография
40. аксиография
41. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ ВЗАИМНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВКИ И ЗАДНЕГО СКАТА СУСТАВНОГО БУГОРКА
42. томография ВНЧС, компьютерная томография ВНЧС
43. реография ВНЧС
44. аксиография
45. реопародонтография
46. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОБЪЕКТИВНО ОЦЕНИТЬ ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРАХ
47. мягкотканных и костных
48. мягкотканных
49. только костных
50. преимущественно костных
51. К АППАРАТАМ, ВОСПРОИЗВОДЯЩИМ ДВИЖЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОТНОСИТСЯ:
52. артикулятор
53. параллелометр
54. гнатодинамометр
55. аппарат Ларина.
56. КЛИНИЧЕСКИЙ КОМПЬЮТЕРНЫЙ МОНИТОРИНГ ОККЛЮЗИИ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА
57. «T-Scan»
58. артикулятор
59. «AccuLiner»
60. аппарата Ларина
61. ПОНЯТИЯ ПРИВЫЧНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ
62. не являются синонимами
63. являются синонимами
64. являются синонимами в сменном прикусе
65. могли бы являться синонимами
66. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ СОВПАДАЕТ С ЦЕНТРАЛЬНЫМ СООТНОШЕНИЕМ ЧЕЛЮСТЕЙ
67. примерно в 10 % случаев
68. всегда
69. никогда
70. по настроению пациента
71. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ
72. зубными, мышечными, суставными
73. зубными, глотательными, мышечными
74. глотательными, лицевыми, зубными
75. лицевыми, суставными, язычными
76. ЦЕНТРАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПРОСТРАНСТВЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЧЕЛЮСТЕЙ В
77. трех взаимно перпендикулярных плоскостях: фронтальной, сагиттальной, горизонтальной независимо от контактов зубов
78. трех взаимно перпендикулярных плоскостях: вертикальной, сагиттальной, трансверзальной, зависящее от контактов зубов
79. двух взаимно перпендикулярных плоскостях: камперовской, франкфуртской, зависящее от контактов зубов
80. трех взаимно перпендикулярных плоскостях: нижней, верхней, срединной, зависящее от контактов зубов
81. СОСТОЯНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
82. мышечным тонусом, миотатическими рефлексами
83. тонусом и эластичностью слизистой оболочки
84. равномерным смыканием губ
85. спазмированностью мышц дна полости рта
86. ЦЕНТРАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИЮ ПРИ ФИКСИРОВАННОЙ МЕЖОККЛЮЗИОННОЙ ВЫСОТЕ И НАЛИЧИИ АНТАГОНИРУЮЩИХ ПАР ЗУБОВ В ТРЕХ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ГРУППАХ РЕГИСТРИРУЮТ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ПОМОЩЬЮ
87. А - силиконовых материалов для регистрации окклюзии; восковых базисов с окклюзионными валиками
88. аппарата «АОЦО»
89. аппарата «T – scan»
90. анкерных штифтов
91. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАР ЗУБОВ АНТАГОНИСТОВ И НЕФИКСИРОВАННОЙ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЕ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ
92. центральное соотношение челюстей
93. центральную окклюзию
94. вынужденную окклюзию
95. привычную окклюзию
96. АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ОСНОВАН НА
97. принципе пропорциональной зависимости отдельных частей лица, которая определяется правилом золотого сечения
98. принципе пропорциональной зависимости отдельных частей лица, определяемом правилом треугольника
99. функциональном исследовании жевательных мыщц
100. определении протетической плоскости
101. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ОСНОВАН НА
102. предположении о стабильности положения физиологического покоя нижней челюсти и что окклюзионная высота нижнего отдела лица меньше высоты физиологического покоя на 2- 4 мм
103. рефлекторном сокращении мыщц ротовой щели
104. принципе пропорциональной зависимости отдельных частей лица, которая определяется правилом золотого сечения
105. биоэлектрической активности мышц дна полости рта
106. ПОЛОЖЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАВИСИТ ОТ
107. скоординированной функции жевательных мышц
108. подвижности зубов
109. пародонта
110. регуляции жевательных движений
111. ИЗУЧЕНИЕ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ В ПАРАЛЛЕЛОМЕТРЕ НЕОБХОДИМО ДЛЯ

А) выбора пути введения бюгельного протеза

Б) определения центральной окклюзии

В) определения методики дублирования модели

Г) выбора модели

1. ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИММЕДИАТ ПРОТЕЗЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТ

А) до оперативного вмешательства

Б) через 3 дня после удаления зубов

В) через 5-7 дней после удаления зубов

Г) через 2 недели после удаления зубов

1. ФОРМА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ

А) касательная

Б) седловидная

В) промывная

Г) диаторическая

1. ВВЕДЕНИЕ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА В СУСТАВНУЮ ЩЕЛЬ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕНТГЕНОГРАФИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ
2. артрография
3. реопародонтографии
4. рентгенокинематографии
5. реодонтографии
6. МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА В ПОЛОСТИ РТА НАЗЫВАЕТСЯ
7. гальванометрия
8. электроодонтометрия
9. артография
10. реодентография
11. ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПОРОГ ВОЗБУЖДЕНИЯ ИНТАКТНЫХ ЗУБОВ РАВЕН (мкА)
12. 2 – 6
13. 20 – 40
14. 40 -60
15. 60 – 90
16. ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПОРОГ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПРИ ФИБРОЗНОМ ВОСПАЛЕНИИ ПУЛЬПЫ РАВЕН (мкА)
17. 20 – 40
18. 2 – 6
19. 40 -60
20. 60 – 90
21. ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗ НАКЛАДЫВАЕТСЯ В ПОЛОСТЬ РТА

А) в первые 2-4 часа после удаления зуба

Б) в первые 24 часа после удаления зуба

В) на 2-12 сутки

Г) через 1-2 месяца

1. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНОЙ КОНСТРУКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ОПОРНЫХ ЗУБОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

А) функциональной перегрузке пародонта опорных зубов

Б) повышенному стиранию зубов-антагонистов

В) множественному кариесу

Г) флюорозу эмали

1. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ТЕЛА КЛАММЕРА

А) соединение всех элементов кламмера и стабилизирующая функция

Б) соединение кламмера с металлическим каркасом

В) фиксирующая функция

Г) опорная и удерживающая функции

1. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ

А) передача жевательного давления на пародонт опорных зубов

Б) фиксация протеза

В) ретенция протеза

Г) опорная и удерживающая функции

1. ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИЮ

А) опорную

Б) стабилизирующую

В) ретенционную

Г) соединения самого кламмера с металлическим каркасом бюгельного протеза

1. ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ

А) на межбугорковой бороздке премоляров и моляров

Б) в области шейки зуба

В) на режущем крае зуба

Г) на дентальном бугре клыков

1. ЗОНА РАСПОЛОЖЕНИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА КЛАММЕРА

А) гингивальная зона

Б) жевательная поверхность

В) экватор

Г) окклюзионная зона

1. ФУНКЦИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА КЛАММЕРА

А) фиксация протеза

Б) шинирование зуба

В) перераспределение жевательной нагрузки

Г) опорная

1. ЧАСТЬ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ОТ ВЕРТИКАЛЬНЫХ СМЕЩЕНИЙ, РАСПОЛАГАЕТСЯ В ЗОНЕ

А) ретенционной

Б) поднутрения

В) окклюзионной

Г) безопасности

1. ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ЛИЦЕВОЙ ДУГИ

А) установка модели верхней челюсти в артикулятор

Б) запись суставных углов

В) запись движений нижней челюсти

Г) запись резцового пути

1. ЗУБНОЙ ПРОТЕЗ, ВОССТАНАВЛИВАЮЩИЙ АНАТОМИЧЕСКУЮ ФОРМУ ЗУБА

А) искусственная коронка

Б) каркас металлопластмассовой коронки

В) культевая вкладка

Г) каркас металлокерамической коронки

1. МЕТАЛЛИЧЕСКАЯ ШТАМПОВАННАЯ КОРОНКА СВОИМ КРАЕМ ПОГРУЖАЕТСЯ В ЗУБОДЕСНЕВОЙ ЖЕЛОБОК НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА(ММ)

А) 0,3

Б) 0,5 – 1,0

В) 1,0 – 1,5

Г) 1,5 – 2,0

1. К ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОРОНКАМ ОТНОСЯТСЯ

А) штампованная, литая

Б) металлокерамическая

В) металлоакриловая

Г) пластмассовая

1. К КОМБИНИРОВАННОЙ КОРОНКЕ ОТНОСИТСЯ

А) металлокерамическая

Б) фарфоровая

В) пластмассовая

Г) литая

1. К НЕМЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОРОНКАМ МОЖНО ОТНЕСТИ

А) фарфоровые, пластмассовые

Б) металлокерамические

В) металлоакриловые

Г) цельнолитые

1. ПО МАТЕРИАЛУ КОРОНКИ РАЗЛИЧАЮТ

А) металлические, неметаллические, комбинированные

Б) литые, штампованные

В) штампованные

Г) полимеризованные

1. ПО НАЗНАЧЕНИЮ КОРОНКИ БЫВАЮТ

А) опорные, шинирующие, восстановительные

Б) металлокерамические, металлопластмассовые

В) литые, полимеризованные

Г) пластмассовые, композитные

1. ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНКИ БЫВАЮТ

А) штампованные, полимеризованные, литые

Б) пластмассовые, фарфоровые

В) восстановительные, опорные

Г) опорные, металлокерамические

1. ПРИ ИНДЕКСЕ РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО В.Ю. МИЛИКЕВИЧУ (ИРОПЗ) = 0,6-0,7 ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

А) искусственной коронкой

Б) вкладкой

В) штифтовой конструкцией

Г) пломбой

1. ПРИ ИНДЕКСЕ РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО В.Ю. МИЛИКЕВИЧУ (ИРОПЗ) = 0,8 ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

А) штифтовой конструкцией

Б) пломбой

В) вкладкой

Г) искусственной коронкой

1. ПЛАСТМАССОВАЯ КОРОНКА ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ ИЗ

А) акриловых пластмасс

Б) термопластических масс

В) силиконовых масс

Г) альгинатных масс

1. ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНКА – ЭТО

А) металлический колпачок, сверху покрывающийся металлической коронкой

Б) фарфоровый колпачок, сверху покрывающийся фарфоровой коронкой

В) пластмассовый колпачок, сверху покрывающийся пластмассовой коронкой

Г) пластмассовый колпачок, сверху покрыващийся металлической коронкой

1. ПРИ ОТЛОМЕ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА НА УРОВНЕ ДЕСНЫ ЗУБ ВОССТАНАВЛИВАЮТ

А) штифтовой конструкцией

Б) экваторной коронкой

В) полукоронкой

Г) съемным протезом

1. ПОЛУКОРОНКИ ПРИМЕНЯЮТ НА СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ЗУБОВ

А) фронтальные зубы и премоляры

Б) моляры нижней челюсти

В) моляры верхней челюсти

Г) только премоляры

1. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА

А) основывается на пропорциональности верхнего, среднего и нижнего отделов лица

Б) является описательным и основан на восстановлении правильной конфигурации лица по внешнему виду пациента

В) основывается на определении высоты относительного физиологического покоя нижней челюсти и наличии свободного межокклюзионного промежутка

Г) основывается на наличии свободного межокклюзионного промежутка

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ПРОТЕЗОВ ВОСКОВЫЕ БАЗИСЫ С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

А) центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей

Б) высоты нижнего отдела лица

В) высоты относительного физиологического покоя

Г) жевательной эффективности

1. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПО КЛАССИЧЕСКОЙ ОДНОПОЛОСТНОЙ МЕТОДИКЕ ПОД ЛИТУЮ КОРОНКУ СОЗДАЮТ КОНУСНОСТЬ СТЕНОК, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ

А) 6-8°

Б) 10-15°

В) 15-20°

Г) 20-25º

1. ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ШТАМПОВАННОЙ СТАЛЬНОЙ КОРОНКИ СОШЛИФОВЫВАЮТ НА (ММ)

А) 0,2-0,3

Б) 0,5-0,6

В) 0,7-0,8

Г) 0,9-1,0

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ НА ФРОНТАЛЬНУЮ ГРУППУ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ФОРМИРУЮТ УСТУП

А) по всему периметру зуба

Б) только на небной поверхности зуба

В) на вестибулярной и апроксимальных сторонах

Г) только с апроксимальных сторон

1. ПРИ ОДНОПЛОСКОСТНОМ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ СОЗДАЮТ КОНУСНОСТЬ СТЕНОК, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ

А) 6-8°

Б) 10-15°

В) 15-20°

Г) 20 - 25º

1. ТОЛЩИНА ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

А) 1,0-1,5

Б) 0,3-0,5

В) 0,5-0,9

Г) 0,1-0,2

1. ТОЛЩИНА КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

А) 0,3

Б) 0,1

В) 0,2

Г) 0,8

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ФОРМИРОВАНИЕ УСТУПА НЕОБХОДИМО ДЛЯ

А) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики

Б) лучшей фиксации коронки

В) уменьшения риска расцементировки коронки

Г) повышения устойчивости зуба

1. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ БОКОВЫМ СТЕНКАМ ПРИДАЮТ

А) параллельность

Б) конусность 6-8°

В) конусность 15-20°

Г) конусность 10-15°

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ КОРОНОК ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧЕГО ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ОТТИСКНЫЕ МАССЫ

А) силиконовые

Б) альгинатные

В) термопластические

Г) твердокристаллические

1. ДВОЙНОЙ ОТТИСК ПОЛУЧАЮТ МАССОЙ

А) силиконовой

Б) альгинатной

В) термопластической

Г) гипсом

1. ДЛЯ ЗАМЕШИВАНИИ АЛЬГИНАТНОЙ МАССЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) воду комнатной температуры

Б) воду с добавлением соли

В) катализатор

Г) воду с добавлением соды

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ДЕПУЛЬПИРОВАНИЕ ЗУБА ИЛИ ГРУППЫ ЗУБОВ ПРОВОДИТСЯ

А) при значительной конвергенции зубов

Б) при отсутствии конвергенции

В) по желанию пациента

Г) у пожилых пациентов

1. ДЛЯ СНЯТИЯ ОТТИСКА С ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТЫХ КОРОНОК ИСПОЛЬЗУЮТ ЛОЖКИ

А) стандартные металлические перфорированные

Б) пластмассовые индивидуальные

В) восковые индивидуальные

Г) стандартные пластмассовые для беззубых челюстей

1. Оптимальные сроки пользования съемными пластиночными протезами (лет)
2. 3
3. 6
4. 7
5. более 10

УКАЖИТЕ ВСЕ ВЕРНЫЕ ОТВЕТЫ

1. ПЛОТНОСТЬ ФИССУРНО-БУГОРКОВОГО КОНТАКТА МЕЖДУ ИСКУССТВЕННЫМИ ЗУБАМИ В СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗАХ ПРОВЕРЯЕТСЯ НА ЭТАПЕ:
2. Припасовки и наложения протезов;
3. Коррекции протезов;
4. Определения центральный окклюзии;
5. Определения центрального соотношения челюстей;
6. Снятия оттисков.
7. «МРАМОРНОСТЬ» БАЗИСА СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ВОЗНИКАЕТ ПРИ:
8. Нарушении температурного режима полимеризации;
9. Нарушении подготовки пластмассового “теста”;
10. Резком охлаждении кюветы после окончания полимеризации;
11. Отсутствии изолирующего слоя на гипсовой модели;
12. Избыточном полимере.
13. ПРИ ПРИПАСОВКЕ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА КОПИРОВАЛЬНАЯ (АРТИКУЛЯЦИОННАЯ) БУМАГА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ:
14. Выявления участков базиса, мешающих наложению протеза;
15. Уточнения окклюзионных контактов;
16. Коррекции участков базиса, травмирующих слизистую оболочку;
17. Определения центрального соотношения челюстей;
18. Оценки фиксации протеза.
19. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ТРАВМИРОВАННОГО УЧАСТКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
20. Копировальная бумага;
21. Химический карандаш;
22. Порошок гипса или водного дентина;
23. Простой карандаш;
24. Специальные жидкие маркеры.
25. БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ СЪЕМНЫМ ПЛАСТИНОЧНЫМ ПРОТЕЗОМ ОБУСЛОВЛЕНЫ:
26. Толщиной базиса протеза;
27. Типом слизистой оболочки;
28. Несоответствием поверхности протеза и тканей протезного ложа;
29. Невыверенными окклюзионными взаимоотношениями;
30. Ошибкой при паковке пластмассы.

1. ПРИ ВЫРАЖЕННОМ РВОТНОМ РЕФЛЕКСЕ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НЕОБХОДИМО:
2. Укоротить дистальный край;
3. Уменьшить толщину базиса;
4. Укоротить край протеза с вестибулярной стороны;
5. Выверить функциональную окклюзию;
6. Использовать карандаш для коррекции протеза.
7. КОРРЕКЦИЯ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОИЗВОДИТСЯ ИНСТРУМЕНТАМИ:
8. Полировочные головки;
9. Алмазными турбинными головками;
10. Вулканитовыми дисками;
11. Фрезами;
12. Борами для снятия коронок.
13. ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ДИКЦИИ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НЕОБХОДИМО:
14. Изготовить новый протез;
15. Укоротить границы протеза;
16. Рекомендовать больному упражнения (чтение вслух);
17. Провести коррекцию протеза верхней челюсти в области фронтальных зубов;
18. Провести перебазировку.
19. ПРИЧИНАМИ ПОЯВЛЕНИЯ НЕТОЧНОСТЕЙ ВНУТРЕННЕГО РЕЛЬЕФА СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА МОГУТ БЫТЬ:
20. Некачественный оттиск;
21. Несвоевременная отливка модели;
22. Ошибка при определении центральной окклюзии;
23. Неправильное конструирование зубных рядов;
24. Ошибка при загипсовке в окклюдатор.
25. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЧИНКИ ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НЕОБХОДИМО СНИМАТЬ РАБОЧИЙ ОТТИСК С ПРОТЕЗОМ:
26. При переломе базиса;
27. При трещине в базисе;
28. При отломе кламмера;
29. При постановке дополнительного искусственного зуба;
30. При уточнении границ базиса протеза.
31. ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ГНУТЫХ КЛАММЕРОВ В СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗАХ ПРИМЕНЯЮТСЯ СПЛАВЫ:
32. Золотой 900 пробы;
33. Золотой 750 пробы;
34. Хромокобальтовый;
35. Нержавеющая сталь;
36. Титан.
37. КАРКАС БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА МОЖЕТ БЫТЬ ИЗГОТОВЛЕН ИЗ:

1. стали;
2. серебряно-палладиевого сплава;
3. золота 750 пробы;
4. золота 900 пробы;
5. хромокобальтового сплава.
6. КАРКАС БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА СОСТОИТ ИЗ:
7. Дуги;
8. Опорно-удерживающих кламмеров;
9. Ответвлений от дуги к опорно-удерживающим кламмерам;
10. Искусственных зубов;
11. Абатмента.
12. ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ – ЭТО ПАРНОЕ СОЧЛЕНЕНИЕ, ОБРАЗОВАННОЕ КОСТЯМИ:
13. Нижнечелюстной;
14. Височной;
15. Затылочной;
16. Лобной;
17. Клиновидной.
18. ИНКОНГРУЭНТНОСТЬ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ВЫРАВНИВАЕТСЯ ЗА СЧЕТ:
19. Суставного бугорка;
20. Суставной ямки;
21. Суставной головки;
22. Суставного диска;
23. Суставной капсулы.
24. ВЫСОТА СУСТАВНОГО БУГОРКА ЗАВИСИТ ОТ:
25. Возраста;
26. Зубной окклюзии;
27. Пола;
28. Питания;
29. Образа жизни.
30. ДЛЯ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ХАРАКТЕРНО:
	1. Хруст;
	2. Щелканье;
	3. Боль в суставе;
	4. Снижение высоты прикуса;
	5. Десневая улыбка.
31. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗА МОЖЕТ БЫТЬ:
32. Деформация зубных рядов;
33. Множественный кариес;
34. Отсутствие зубов по причине травмы или пародонтита;
35. Дентальная имплантация;
36. Артрит височно-нижнечелюстного сустава.
37. ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ ИЗМЕНЕНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ:
38. Десна и сосудистая система;
39. Костная ткань;
40. Квадратная связка зуба;
41. Эмаль.
42. Дентин.
43. ДЛЯ ПАРОДОНТИТА ХАРАКТЕРНО:
44. Наличие зубного камня;
45. Отсутствие зубного камня;
46. Кровоточивость десен;
47. Горизонтальная убыль костной ткани;
48. Кариес.
49. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ВЫДЕЛЯЮТ ПАРОДОНТИТ:
	1. Очаговый;
	2. Генерализованный;
	3. Септический;
	4. Гнойный;
	5. Препубертатный.
50. К МЕСТНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТСЯ:
	1. Аномалия развития челюстей;
	2. Сердечно-сосудистые заболевания;
	3. Травма десневого края;
	4. Системная остеопатия;
	5. Заболевания нервной системы.
51. К ОБЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТСЯ:
	1. Аномалии развития челюстей;
	2. Сердечно-сосудистые заболевания;
	3. Травма десневого края;
	4. Системная остеопатия;
	5. Микробная бляшка.
52. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПАРОДОНТИТАХ СТЕПЕНЬ ВОСПАЛЕНИЯ УСУГУБЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ:
53. Отсутствие межзубных контактов;
54. Аномальные положения и форма зубов;
55. Наличие пломб;
56. Качественно изготовленные протезы;
57. Наличие межзубных контактов.
58. ГИНГИВИТ ЯВЛЯЕТСЯ СОПУТСТВУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ:
	1. Пародонтита;
	2. Пародонтоза;
	3. Кариеса;
	4. Периодонтита;
	5. Сахарного диабета.
59. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЮТСЯ НАЛИЧИЕ:
	1. Кариозной полости;
	2. Зубного камня;
	3. Пародонтального кармана;
	4. Подвижности зубов.
60. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ:
	1. Концентрацию глюкозы в крови;
	2. Рецессию десны;
	3. Подвижность зуба;
	4. Глубину пародонтального кармана, уровень резорбции альвеолярной кости
	5. Цвет зубов.
61. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВКЛЮЧАЕТ:
	1. Профессиональную гигиену полости рта;
	2. Прием таблеток, содержащих фторид;
	3. Фторирование питьевой воды;
	4. Фторирование молока;
	5. Применение зубных паст с растительными добавками.
62. ФАКТОРАМИ РИСКА ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ:
	1. Скученность зубов в переднем отделе;
	2. Нависающий край пломбы;
	3. Отсутствие контактного пункта между двумя соседними зубами;
	4. Наличие эндокринного заболевания у пациента;
	5. Проблемы иммунной системы.
63. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНОЙ КОНСТРУКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ОПОРНЫХ ЗУБОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К:
64. Функциональной перегрузке пародонта опорных зубов;
65. Флюорозу эмали;
66. Множественному кариесу;
67. Эрозии эмали;
68. Дисфункции ВНЧС.