**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**по дисциплине “Клиническая стоматология”**

**Задания в тестовой форме для промежуточной аттестации**

Тема: ***Оформление документации на приёме у врача-стоматолога. Оценка качества работы врача-стоматолога. Охрана труда и требования к условиям труда врача-стоматолога.***

1. Повторный инструктаж по охране труда проводится:

а) не реже 1 раза в год

б) не реже 1 раза в полугодие

в) не реже 1 раза в квартал

2. Постановлением Правительства РФ врачам-стоматологам установлена:

а) 38-часовая рабочая неделя

б) 36-часовая рабочая неделя

в) 33-часовая рабочая неделя

3.При поступлении на работу проходят медицинские осмотры лица:

а) не достигшие 19 лет

б) не достигшие 20 лет

в) не достигшие 21 года

4. Мероприятия по предупреждению заболеваемости вирусным гепатитами регламентируются Приказом Минздрава:

а) №408,

б) №770,

в) №50.

5.Новая система учета труда врачей стоматологов регламентирована Приказом Минздрава:

а) №408,

б) №770,

в) №50.

Ответы: 1-б, 2-в.3-б, 4-а. 5-в.

Тема: ***Профилактика стоматологических заболеваний у взрослого населения. Страховая медицина: обязательное и добровольное страхование.***

1.Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи гарантирует гражданам получение:

а) бесплатной первичной медико-санитарной помощи

б) скорой медицинской помощи

в) специализированной медицинской помощи

г) все вышеперечисленное

2. Субъектами обязательного медицинского страхования являются все нижеперечисленные, кроме:

а) застрахованных лиц

б) страхователей

в) фондов медицинского страхования

г) страховых медицинских организаций

д) медицинских организаций

3. Средства Территориального Фонда обязательного медицинского страхования формируются за счет:

 а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование от работодателей

б) средств федерального бюджета

в) средств территориального бюджета

г) все вышеперечисленное

4. С какого возраста добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство может даваться гражданином лично:

а) с 15 лет

б) с 18 лет

в) с 21 год

5. Какая ответственность предусмотрена за разглашение медицинским работником сведений, составляющих врачебную тайну:

а) дисциплинарная

б) дисциплинарная и административная

в) дисциплинарная, административная и уголовная

Ответы: 1-г, 2-в, 3-г, 4-а, 5-в.

Тема: ***Профилактика стоматологических заболеваний у взрослого населения.***

1. Самое эффективное фтористое соединение, входящее в состав лечебно-профилактических средств:

а) фторид натрия

б) аминофторид

в) монофторфосфат натрия

г) фторид олова

2. При плотных межзубных контактах рекомендуются:

а) ершики

б) суперфлоссы

в) вощеные флоссы

г) невощеные флоссы

3. Противопоказанием к использованию электрической зубной щетки являются:

а) несъемные ортодонтические конструкции

б) несъемные ортопедические конструкции

в) подвижность зубов I степени

г) гипертрофический гингивит

4. При гипертрофическом гингивите оптимальной является зубная щетка:

а) электрическая с мягкой щетиной

б) лечебно-профилактическая с мягкой щетиной

в) лечебно-профилактическая с щетиной средней жесткости

г) лечебно-профилактическая с жесткой щетиной

5. Очищающее действие пенок обеспечивают:

а) антибактериальные компоненты

б) ферменты

в) минеральные компоненты

Ответы: 1-б, 2-в, 3-г, 4-б, 5-б.

Тема: ***Ортопедическое лечение больных с челюстно-лицевой патологией. Классификация челюстно-лицевых аппаратов. Ортопедические методы лечения при микростомии, ложных суставах.***

**Тема:** Кариес зубов в соответствии с классификацией МКБ-10. Гигиена полости рта как основа профилактики стоматологических заболеваний.

1.Кариес в стадии пятна чаще выявляется на поверхности зубов:

а) вестибулярной

б) контактной

в) жевательной

г) режущем крае

д) буграх

2. Кариесогенными штаммами микроорганизмов зубной бляшки являются:

а) Str. mutans

б) Str. aureus

в) Proteus vulgaris

г) Escherichia colli

д) Candida albicans

3.Формула гидроксиаппатита эмали:

а) СаНРОН4

б) Са10(РО4)6(ОН)2

в) Са10(РO4)8(ОН)2

г) Ca5(PO2)4(OH)2

д) Ca8(PO)4(OH)

4.Кариес эмали по МКБ-10 соответствует по научной классификации Лукомского:

а) кариозному пятну белого цвета

б) пигментированному кариозному пятну

в) поверхностному кариесу

5. Кариес дентина по МКБ-10 соответствует по научной классификации Лукомского:

а) поверхностному кариесу

б) среднему кариесу

в) глубокому кариесу

Ответы: 1а; 2а;3б; 4а,в; 5б,в.

Тема: ***Осложнения кариеса зубов в соответствии с классификацией МКБ-10.***

1. Боль при начальном пульпите после воздействия раздражителя (холода):

а) быстро проходит после воздействия,

б) задерживается несколько секунд,

в) задерживается в течение минуты,

г) сразу не возникает

1. Боль при хроническом пульпите после воздействия раздражителя (холода):

а) быстро проходит после воздействия,

б) задерживается несколько секунд,

в) задерживается в течение минуты,

г) сразу не возникает

1. Боль при глубоком кариесе дентина после воздействия раздражителя (холода):

а) быстро проходит после воздействия,

б) задерживается несколько секунд,

в) задерживается в течение минуты,

г) сразу не возникает

4. Хронический апикальный периодонтит по МКБ-10 включает в себя форму периодонтита согласно классификации И.Г.Лукомского:

а) хронический периодонтит в стадии обострения,

б) хронический гранулематозный периодонтит,

в) радикулярная киста

5. Обострение хронического гранулирующего периодонтита чаще всего соответствует диагнозу по МКБ-10:

а) периапикальный абсцесс без свища,

б) периапикальный абсцесс со свищом,

в) острый апикальный периодонтит

Ответы: 1б, 2г, 3а, 4б, 5б.

Тема: ***Боль при заболеваниях зубов и ее дифференциальная диагностика, врачебная тактика.***

1.При полном вывихи зуба:

а) появляется подвижность,

б) изменяет своё положение,

в) отсутствует.

2. При неполном вывихе зуба:

а) появляется подвижность,

б) изменяет своё положение,

в) отсутствует.

3. При ушибе зуба:

а) появляется подвижность,

б) изменяет своё положение,

в) отсутствует.

4. Самопроизвольная боль бывает при:

а) кариесе,

б) пульпите.

в) периодонтите.

5. Боль при жевании чаще всего бывает при:

а) кариесе,

б) пульпите.

в) периодонтите.

Ответы: 1в; 2б; 3а;4б; 5в.

Тема: ***Боль при заболеваниях пародонта и ее дифференциальная диагностика, врачебная тактика.***

1. Гингивит - это заболевание:

а) воспалительное

б) дистрофическое

в) воспалительно-дистрофическое

г) неопластическое

д) аллергическое

2. Гиперплазия десны с язвенно – некротическими изменениями в полости рта возникает при:

а) лейкозе

б) язвенно-некротическом гингивостоматите

в) аллергическом стоматите

г) герпетическом гингивостоматите

д)пародонтите

3. Для аппликационного обезболивания слизистой оболочки полости рта применяют:

а) 1% раствор новокаина

б) 10% спрей лидокаина

в) 10% взвесь анестезина в масле

г) 0,1% взвесь анестезина в масле

д) 5% взвесь анестезина в глицерине.

4.Повышение температуры можно ожидать при гингивите:

а) остром катаральном,

б) остром язвенном

в) линейной эритеме

5.Пародонтальный абсцесс чаще всего бывает при:

а) хроническом генерализованном пародонтите

б) генерализованной рецессии десны

 в) быстропрогрессирующем пародонтите

Ответы: 1а; 2а; 3а,г,д; 4а,б;5в.

Тема: ***Боль при органических заболеваниях слизистой оболочки полости рта и ее дифференциальная диагностика, врачебная тактика.***

1. Болезнь Боуэна дифференцируют с

а) лейкоплакией

б) хейлитом

в) глоссалгией

г) герпесом

д) кандидозом

2**.** Складчатый язык – это:

а)последствие приема острой пищи

б)результат хронической травмы

в)врожденная аномалия развития

г)результат острой травмы

д)воспалительное заболевание

3. Симптом Никольского возникает при патологическом процессе в слизистой оболочке полости рта:

а) акантозе

б) акантолизе

в) гиперкератозе

г) паракератозе

д)папилломатозе

4. Патологическое изменение при болезни Боуэна:

а)папилломатоз

б)дискератоз

в)баллонирующая дегенерация

г)акантоз

д)спонгиоз

5. Акантолитические клетки Тцанга обнаруживаются при:

а) кандидозе

б) вульгарной пузырчатке

в) многоформнойэкссудативиой эритеме

г) красной волчанке

д) дисбиозе

Ответы: 1а; 2в; 3б; 4а,б; 5б.

Тема: ***Синдром жжения полости рта. Причины, дифференциальная диагностика, врачебная тактика.***

1. Непереносимость металлических ортопедических материалов обусловлена:

а) заболеваниями пищеварительной системы у пациента,

б) неудовлетворённостью пациента видом протеза,

в) возникновением коррозийных процессов металла в ротовой жидкости

2. “Синдром жжения полости рта” как определение состояния непереносимости металлических ортопедических материалов отражает основные жалобы пациентов:

а) да

б) нет

3. Развитию стомалгии способствует:

а) курение

б) иммунодефицит

в) психическая травма

г) прием антибиотиков

д) аллергия

4. Пациенту со стомальгией показана консультация:

а) ЛОР-врача

б) хирурга

в) стоматоневролога

г) окулиста

д) эндокринолога

5**.** Правильное название заболевания при одновременном жжении в языке, нижней губе и твердом небе:

а) глоссалгия

б) невралгия тройничного нерва

в) неврит

г) стомальгия

д)стоматит

Ответы: 1в; 2а; 3в; 4в; 5г.

**Тестовые задания для итоговой аттестации**

**1 вариант**

***Укажите один правильный ответ:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи гарантирует гражданам получение: | а) бесплатной первичной медико-санитарной помощиб) скорой медицинской помощив) специализированной медицинской помощиг) все вышеперечисленное |
| 2. | Субъектами обязательного медицинского страхования являются все нижеперечисленные, кроме: | а) застрахованных лицб) страхователейв) фондов медицинского страхованияг) страховых медицинских организацийд) медицинских организаций |
| 3. | Средства Территориальной Фонда обязательного медицинского страхования формируются за счет: | а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование от работодателейб) средств федерального бюджетав) средств территориального бюджетаг) все вышеперечисленное |
| 4. | С какого возраста добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство может даваться гражданином лично: | а) с 15 летб) с 18 летв) с 21 год |
| 5. | Какая ответственность предусмотрена за разглашение медицинским работником сведений, составляющих врачебную тайну: | а) дисциплинарнаяб) дисциплинарная и административнаяв) дисциплинарная, административная и уголовная |
| 6. | На какой максимальный срок врач-стоматолог может единовременно выдать листок нетрудоспособности: | а) до 3 календарных днейб) до 10 календарных днейв) до 30 календарных дней |
| 7. | Отказ пациента от медицинского вмешательства должен быть:  | а) подписан гражданином или его законным представителем и подшит в медицинскую документацию пациентаб) подписан гражданином или его законным представителем, а также медицинским работником, и подшит в медицинскую документацию пациентав) подписан гражданином или его законным представителем, а также медицинским работником, содержать данные о возможных последствиях отказа, и подшит в медицинскую документацию пациента |
| 8. | Кто несет ответственность за клинический диагноз: | а) врач-стоматологб) ассистент стоматологав) заведующий отделениемг) главный врач стоматологической клиники |
| 9. | Повторный инструктаж по охране труда проводится: | а) не реже 1 раза в годб) не реже 1 раза в полугодиев) не реже 1 раза в квартал |
| 10. | Постановлением Правительства РФ врачам-стоматологам установлена: | а) 38-часовая рабочая неделяб) 36-часовая рабочая неделяв) 33-часовая рабочая неделя |

**Ответы на тестовые задания 1 варианта**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. |
| г | д | в | а | в | б | в | а | б | в |

**2 вариант**

***Укажите один правильный ответ:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Самое эффективное фтористое соединение, входящее в состав лечебно-профилактических средств: | а) фторид натрияб) аминофторидв) монофторфосфат натрияг) фторид олова |
| 2. | При плотных межзубных контактах рекомендуются: | а) ершикиб) суперфлоссыв) вощеные флоссыг) невощеные флоссы |
| 3. | Противопоказанием к использованию электрической зубной щетки являются: | а) несъемные ортодонтические конструкцииб) несъемные ортопедические конструкциив) подвижность зубов I степениг) гипертрофический гингивит |
| 4. | При гипертрофическом гингивите оптимальной является зубная щетка: | а) электрическая с мягкой щетинойб) лечебно-профилактическая с мягкой щетинойв) лечебно-профилактическая с щетиной средней жесткостиг) лечебно-профилактическая с жесткой щетиной |
| 5. | Очищающее действие пенок обеспечивают: | а) антибактериальные компонентыб) ферментыв) минеральные компоненты |
| 6. | У больного сахарным диабетом, длительное время пользующегося съемными протезами, появление чувства жжения, сухости во рту, налета в виде тянущихся нитей может свидетельствовать о стоматите: | а) аллергическом;б) токсическом;в) грибковом;г) травматическом |
| 7. | Для хранения съемных протезов используются растворы: | а) кипяченая вода; б) 70 % раствор спирта; в) хранят в сухом виде;г) 0,1 % раствор калия перманганата. |
| 8. | При хранении съемных протезов питьевую соду добавляют в воду с целью: | а) дезодорирования;б) уничтожения гриба Candida;в) уничтожения привкуса пластмассы |
| 9. | Наиболее выраженный антимикробный эффект наблюдается при обработке съемных протезов: | а) 3% раствором перекиси водородаб) 6% раствором перекиси водородав) растворами, содержащими водорастворимые таблетки Коррега Табс, Протефикс |
| 10. | Обязательный компонент гигиенического ухода за протезами: | а) механическийб) химическийв) ультразвуковойг) комбинированный |

**Ответы на тестовые задания 2 варианта**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. |
| б | в | г | б | б | в | а | б | в | а |

**3 вариант**

***Укажите один правильный ответ:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Эффект местной флюоризации основан на: | а) активности процессов реминерализацииб) улучшении трофики зубав) бактерицидном действии фтораг) укреплении белковой матрицы эмалид) изменении *рН* зубного налета |
| 2. | Лечебные подкладочные материалы непосредственно под композит накладывают | а) покрывая всё дно кариозной полостиб) не используютв) точечно в месте истончённого дентина или вскрытой полости зуба |
| 3. | Ускоряют отверждение химических кальцийсодержащих лечебных подкладок следующие факторы | а) правильное соотношение базисного и катализного компонентовб) тщательное перемешивание компонентовв) повышение температуры и наличие влагиг) понижение температуры и сухая поверхность тканей зубад) таких факторов не выявлено |
| 4. | Основная отличительная особенность пластмасс от композитных материалов: | а) не содержат минеральных наполнителейб) обладают химической адгезией к тканям зубав) минеральных наполнителей более 50%г) минеральных наполнителей 10%д) композиты гидрофильны (не боятся влаги) |
| 5. | Улучшает действие протравляющих агентов на поверхностный слой эмали: | 1. толщина наносимого слоя геля
2. втирание протравливающих агентов в поверхностный слой эмали
3. оптимальная концентрация кислотного геля – 32-37%
4. предварительное разведение протравливающих агентов водой

очистка поверхности зуба фторсодержащей пастой |
| 6. | Боль при начальном пульпите после воздействия раздражителя (холода): | а) быстро проходит после воздействия,б) задерживается несколько секунд, в) задерживается в течение минуты, г) сразу не возникает |
| 7. | Боль при хроническом пульпите после воздействия раздражителя (холода): | а) быстро проходит после воздействия,б) задерживается несколько секунд,в) задерживается в течение минуты,г) сразу не возникает |
| 8. | Боль при глубоком кариесе дентина после воздействия раздражителя (холода): | а) быстро проходит после воздействия,б) задерживается несколько секунд,в) задерживается в течение минуты,г) сразу не возникает |
| 9. | Хронический апикальный периодонтит по МКБ-10 включает в себя форму периодонтита согласно классификации И.Г.Лукомского: | а) хронический периодонтит в стадии обострения,б) хронический гранулематозный периодонтит,в) радикулярная киста |
| 10. | Обострение хронического гранулирующего периодонтита чаще всего соответствует диагнозу по МКБ-10: | а) периапикальный абсцесс без свища,б) периапикальный абсцесс со свищом,в) острый апикальный периодонтит |

**Ответы на тестовые задания 3 варианта**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. |
| а | в | г | в | в | б | г | а | б | б |

**4 вариант**

***Укажите один правильный ответ:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Двусторонний дистально не ограниченный дефект зубного ряда по классификации Кеннеди относится к классу: | а) первому б) второму в) третьемуг) четвертому |
| 2. | Бюгельные протезы по типу передачи жевательного давления относятся к:  | а) физиологическимб) полуфизиологическимв) нефизиологическим |
| 3. | Дуга бюгельного протеза на нижней челюсти должна:  | а) отстоять от слизистой оболочки у верхнего края на 0,5-0,6 мм, у нижнего – не менее чем на 1 мм. б) соприкасаться со слизистой оболочкойв) отстоять от слизистой на 0,6-1 мм. |
| 4. | При протезировании дефектов зубного ряда Ι и ΙΙ классов по Кеннеди показаны: | а) несъемные конструкции ортопедических аппаратовб) съемные конструкции ортопедических аппаратов |
| 5. | Выбор конструкции имплантатаи искусственной коронки зависит от: | а) желания пациентаб) от квалификации врачав) клинической картины у данного пациента, состояния тканей протезного ложа и метода имплантации. |
| 6. | При конструировании полных протезов следует учитывать: | а) состояние тканей протезного ложа б) дифференцированное распределение давления базиса на подлежащие ткани в) тщательное формирование клапанной зоны г) площадь протезного ложа д) все вышеперечисленное  |
| 7. | Атрофированная, плотная, сухая слизистая оболочка протезного ложа по классификации Суппли относится к типу: | а) первому б) второму в) третьемуг) четвертому |
| 8. | Наиболее благоприятным типом атрофии нижней челюсти для изготовления протеза является: | а) выраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка б) незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков в) выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе г) выраженная атрофия в переднем отделе д) неравномерная выраженная атрофия  |
| 9. | При полном отсутствии во внешнем виде пациента изменяется: | а) асимметрия лица за счет отека мягких тканейб) подбородок и нижняя губа значительно выдаются вперед, н/ч резко увеличена в размерах,в) лицо принимает "старческий" вид, нижняя треть лица значительно уменьшенаг) нижняя треть лица увеличена. |
| 10. | При обследовании больного с полным отсутствием зубов выяв­лена гипертрофированная слизистая оболочка протезного ло­жа, равномерная средняя атрофия альвеолярных отростков на в/ч и н/ч., что соответствует:  | а) 2 типу по Оксману, 3 типу по Супплиб) 2 типу по Оксману, 2 типу по Супплив) 2 типу по Оксману, 1 типу по Супплиг) 3 типу по Оксману, 1 типу по Супплид) 4 типу по Оксману, 4 типу по Суппли  |

**Ответы на тестовые задания 4 варианта**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. |
| а | б | а | б | в | д | б | б | в | а |

**5 вариант**

***Укажите один правильный ответ:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Клинически при ушибе зуба будет: | а) подвижность зуба, б) смещение зуба со своего положения, в) откол коронки зуба, г) перелом корня зуба |
| 2. | Рентгенологические изменения корня зуба всегда имеют место при: | а) ушибе, б) неполном вывихе, в) переломе корня, г) отломе режущего края коронки |
| 3. | Боль проходит, если запломбировать зуб без проведения других лечебных вмешательств, при: | а) пульпите, б) периодонтите, в) кариесе |
| 4. | На фоне вирусной инфекции возникает гингивит: | а) острый язвенный,б) гипертрофический,в) десквамативный,г) острый катаральный |
| 5. | Афты диагностируются при: | а) артефициальном стоматите, б) многоформной экссудативной эритеме, в) лучевом стоматите,г) герпетическом стоматите |
| 6. | Противопоказанием к использованию коронкоснимателя при снятии искусственных коронок является: | а) кариозное поражение зуба под коронкойб) зубы, укрепленные штифтовыми конструкциямив) патологическая подвижность зубов 3-4 степени |
| 7. | Удаление стекловолоконных штифтов производится при помощи: | а) специальных щипцовб) ультразвукового воздействия на цементв) выпиливания борами |
| 8. | Очаговое воспаление слизистой оболочки протезного ложа характерно для: | а) травматического стоматитаб) кандидозного стоматита в) аллергического стоматита г) токсического стоматита. |
| 9. | Триада симптомов в виде воспаления слизистой оболочки неба, языка и углов рта характерна для: | а) травматического стоматита б) кандидозного стоматита в) аллергического стоматита г) токсического стоматита. |
| 10. | Окончательный диагноз «кандидозный стоматит» ставится на основании: | а) жалоб пациента б) данных объективного исследованияв) результатов лабораторного исследования |

**Ответы на тестовые задания 5 варианта**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. |
| а | в | в | г | г | в | в | а | б | в |

**6 вариант**

***Укажите один правильный ответ:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Непереносимость металлических ортопедических материалов обусловлена: | а) заболеваниями пищеварительной системы у пациента, б) неудовлетворённостью пациента видом протеза, в) возникновением коррозийных процессов металла в ротовой жидкости |
| 2. | “Синдром жжения полости рта” как определение состояния непереносимости металлических ортопедических материалов отражает основные жалобы пациентов: | а) да б) нет |
| 3. | Антитела образуются на присутствие ортопедического конструкционного материала в полости рта: | а) даб) нет |
| 4. | Реакция, возникающая на присутствие металлов в полости рта, относится к: | а) аллергическим,б) псевдоаллергическим |
| 5. | “Повреждающим” уровнем силы микротоков, возникающих от присутствия ортопедических металлических материалов в полости рта, является: | а) 5-10 мкАб) 10-15 мкАв) 15-20 |
| 6. | В основе непереносимости акрилатов лежит гиперергическая реакция: | а) I типаб) II типав) III типаг) IV типа |
| 7. | Покраснение только слизистой оболочки всего протезного ложа имеет место при: | а) артефициальном палатинитеб) кандидозном палатинитев) контактном аллергическом палатините |
| 8. | Экспозиционный тест подразумевает: | а) провокацию воспаленияб) снятие протезав) аппликацию аллергенов |
| 9. | Для исключения воздействия на слизистую оболочку полости рта остаточного мономера в акрилате: | а) изготавливают базис из бесцветной пластмассыб) протезы подвергают электромагнитной обработкев) металлизируют слой базиса |
| 10. | Для исключения воздействия на слизистую оболочку полости рта красителя в акрилате: | а) протезы обрабатывают ультразвукомб) изготавливают методом литьевого прессованияв) создают изоляционные прокладки |

**Ответы на тестовые задания 6 варианта**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. |
| в | а | б | б | в | г | в | б | в | в |

**Задания в тестовой форме**

**Вариант 1**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.  | **Основные симптомы пародонтита**1.гингивит2.наличие зубодесневого камня и мягкого налета3.кровоточивость десен4.образование пародонтальных карманов5.гноетечение или выделение серозной жидкости из пародонтальных карманов6.ретракция десневого края7.патологическая подвижность зубов8.прогрессирующая резорбция костной ткани альвеолярных отростков9.1+2+3+410.1+2+3+4+5+6+7+8 |
| 2 | **Для пародонтита характерно, что явления деструкции костной ткани захватывают**1.тело челюсти2.лишь альвеолярный отросток челюсти3.альвеолярный отросток и тело челюсти |
| 3. | **При заболеваниях пародонта проводят рентгенографическое обследование методом**1.контактной внутриротовой рентгенографии;2.ортопантомограммы3.панорамной верхней и нижней челюстей4.боковой5. 1+2+3+46. 2+3 |
| 4. | **На рентгенорамме при хроническом пародонтите развившейся стадии средней степени тяжести резорбция межальвеолярных перегородок**1.отсутствует2.¼3.½4.¾ |
| 5. | **По Энтину вращение зуба вокруг оси классифицируется как подвижность** 1. I cтепени2.II cтепени 3. III степени4. IV степени |

|  |  |
| --- | --- |
| 6. | **Каков порядок удаления зубов при подготовке полости рта к протезированию по поводу пародонтита?**А. Удалить все подвижные зубы, не представляющие функциональной ценности, и спустя 1 месяц протезировать пациента.Б. Перед удалением зубов по показаниям, следует шинировать антагонирующие зубы, удерживающие межальвеолярную высотуВ. До удаления зубов изготовить иммедиат – протез и наложить его сразу после удаленияГ. Разрушенные корни и зубы, не имеющие антагонистов, удаляют по показаниям до шинирования |
| 7.  | **Показания к депульпированию зубов при заболеваниях пародонта:**А. Для подготовки зуба под полукоронку или вкладку Б. При большом мезиальном наклоне зубаВ. При необходимости укорочения коронки зуба, нарушающего окклюзионную поверхность у пожилых пациентовГ. Перед шинированием передних зубов, пораженных пародонтозом |
| 8. | **Ортодонтическое лечение феномена Попова-Годона не показано, если пародонт зубов имеет атрофию костной ткани:** 1.1 степени 2.2 степени 3. 3степени 4. 4 степени5. 1+2+3+46. 2+3+4 |
| 9. | **Значимым критерием необходимости удаления зубов является**1.патологическая подвижность2.резорбция костной ткани альвеолярных отростков3.одонтопародонтограмма4.1+25. 2+3. |
| 10.  | **Проведение хирургических вмешательств ( гингивотомии, гингивоэктомии, и др.) недопустимо без:**1) предварительного изготовления временной шины2) депульпирования зубов3) ортодонтического лечения |

|  |  |
| --- | --- |
| 11. | **ПРИЧИНОЙ ОЧАГОВОГО ПАРОДОНТИТА МОЖЕТ БЫТЬ ТРАВМА ДЕСНЕВОГО КРАЯ ВСЛЕДСТВИЕ**1. отсутствия контактных пунктов на пломбах, вкладках2. отсутствия экватора у коронок3 .применения широких коронок4. применения длинных коронок5. 1+2+36. 3+4 |
| 12. | **Сходными по симптоматике для локализованного пародонтита являются**1.хронический папиллит2.хронический фиброзный пульпит3.пародонтоз4.авитаминоз С5.сахарный диабет6.лейкозы и лейкемические ретикулезы7. 1+ 2+ 3+ 48. 3+4+5+6 |
| 13. | **Клиника острого генерализованного пародонтита сходна с клиническими проявлениями :** 1. Острого очагового пародонтита2. Авитаминоза С3. Пародонтоза 4.Эозинофильной гранулемы 5. Хронического остеомиелита 6. Лейкозов и лейкемических ретикулезов7. 1+4+58. 2+6 |
| 14. | **Укажите метод ортопедического лечения очагового пародонтита центрального резца верхней челюсти (развившаяся стадия)**1.интердентальная шина В.Н. Копейкина2.шина Мамлока3.шина Эльбрехта4.шина из четырех цельнолитых (металлокерамических, металлоакриловых) коронок5.экваторные коронки в сочетании со съемной шиной, состоящей из бюгеля и опорно-удерживающих кламмеров |
| 15. | **Возможно ли применение пластмассовых коронок при пародонтите?**1.нет2.нет, так как усугубится течение3.да4.да, если процесс в стадии ремиссии5.да, если край коронки не подводить под десну |

|  |  |
| --- | --- |
| 16. | **Какова цель ортопедического лечения заболеваний пародонта?**1. вернуть зубной системе утраченное единство2. принять меры к правильному распределению жевательного давления среди оставшихся зубов3. устранить или, по крайней мере, уменьшить функциональную перегрузку зубов4. предохранить зубы от травмирующего действия горизонтальной перегрузки5. 1+2+36. 1+2+3+4 |
| 17. | **При генерализованном пародонтите временная шина должна обеспечить стабилизацию зубов**1.Фронтальную2.По дуге3.Сагиттальную4.Парасагиттальную  |
| 18. | **К ВРЕМЕННЫМ ШИНАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ОТНОСИТСЯ ШИНА**1) Мамлока2) Вебера 3) Эльбрехта4) Порта |
| 19. | **Функции тела опорно-удерживающего кламмера:**1. несет на себе конструктивные элементы кламмера2. участвует в передаче и распределении жевательной нагрузки3. препятствует опрокидыванию протеза4. фиксация протеза |
| 20. | **Временное шинирование при заболеваниях пародонта применяют:**1)устранить патологическую подвижность зубов2) устранить травматическое воздействие измененной функции жевания3)обеспечить равномерное распределение жевательного давления4)обеспечить эффективность комплексного лечения5)устранить вторичные деформации зубных рядов6)решить вопрос о сохранении или удалении зубов с патологической подвижностью |

|  |  |
| --- | --- |
| 21. | **Выберите метод стабилизации развившейся стадии очагового пародонтита с распространением на всю фронтальную группу зубов** 1. фронтальная стабилизация2. сагитальная стабилизация3. парасагитальная стабилизация4. фронтосагитальная стабилизация5. стабилизация по дуге |
| 22. | **ШИНА МАМЛОКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ** 1.Блок спаяных вместе полукоронок 2.Цельнолитой блок накладок, фиксирующийся на парапульпарных штифтах 3.Цельнолитой блок накладок, фиксирующийся на внутрикорневых штифтах 4.Блок спаяных вместе экваторных коронок  |
| 23.  | **Возможно ли применение полукоронок в качестве шин при заболеваниях пародонта?**1. да2. да, если пародонтит легкой и средней степени3. да, только с предварительным депульпированием зубов4. нет |
| 24. | **ОБЪЕДИНЕНИЕ ВСЕХ ЗУБОВ В БЛОК НЕПРЕРЫВНОЙ ИЛИ МНОГОЗВЕНЬЕВОЙ ШИНОЙ (стабилизация по дуге) ПОКАЗАНО ПРИ**1. очаговом пародонтите2. генерализованном пародонтите3. пародонтозе4. гингивите |
| 25. | **Функции тела опорно-удерживающего кламмера:**1. несет на себе конструктивные элементы кламмера2. участвует в передаче и распределении жевательной нагрузки3. препятствует опрокидыванию протеза4. фиксация протеза |

|  |  |
| --- | --- |
| 26. | **Показаниями к удалению зубов при заболеваниях пародонта являются:**1) воспаление краевого пародонта2) вторичные деформации3) атрофия костной ткани более ¾ длины корня4) резкое расширение периодонтальной щели5) подвижность зубов 3 степени (при условии ликвидации воспалительного процесса)6) частое абсцедирование тканей пародонта |
| 27. | **Выжидательная тактика ( несвоевременное шинирование и протезирование) после удаления зубов при заболеваниях пародонта приводит к:**1) перегрузке оставшихся зубов2) обострению воспалительного процесса3) увеличению патологической подвижности зубов4) нормализации кровообращения и трофики пародонта |
| 28.  | **В основе выбора конструкции постоянных шинирующих аппаратов и протезов лежит:**1) наличие вторичных деформаций2) наличие резервных сил пародонта3) отсутствие резервных сил пародонта4) развитие функциональной недостаточности пародонта5) количество пар зубов-антагонистов6) предполагаемый вид стабилизации зубного ряда |
| 29. | **Регулировать передачу жевательного давления с промежуточной части шины – протеза при заболеваниях пародонта можно:**1) выравнивая углы наклона коронок опорных зубов2) не применяя окклюзионных накладок3) уменьшая ширину искусственных зубов4) увеличивая базис и дугу протеза5) меняя вид соединения кламмеров с базисом протеза |
| 30. | **Патологические процессы в твердых тканях зубов, вызывающие вторичные деформации зубных рядов и прикуса:**1) множественный кариес2) неравномерная и локализованная стертость3) разрушение пломбировочных материалов4) клиновидный дефект |

|  |  |
| --- | --- |
| 31. | **Вторичные деформации при 1 и 2 степени пародонтита, а также снижение окклюзионной высоты требуют предварительно провести ортодонтическое лечение для:**1) устранения вторичных деформаций2) стабилизации процесса атрофии костной ткани3) перестройки миотатического рефлекса4) восстановления топографических взаимоотношений зубных рядов и элементов ВНЧС |
| 32. | **Вторичные деформации зубных рядов, вследствии податливости и пластичности костной ткани чаще проявляются на:**1) нижней челюсти2) верхней челюсти3) обеих челюстях одинаково |
| 33.  | **Целью ортопедического лечения вторичных деформаций зубных рядов и прикуса является:**1) замещение дефектов зубных рядов и коронок зубов2) нормализация окклюзионных контактов 3) устранение функциональной перегрузки тканей пародонта4) нормализация функции жевания и ВНЧС5) предотвращение атрофии костной ткани |
| 34. | **Ортопедический метод лечения частичной адентии, осложненной вторичными деформациями зубных рядов и прикуса включает:**1) временное шинирование 2) метод сошлифовывания3) избирательное пришлифовывание твердых тканей зуба4) метод дезокклюзии5) протезирование |
| 35. | Лечение вторичных деформаций зубных рядов и прикуса методом дезокклюзии основано на:1) сошлифовывании твердых тканей зубов2) создании прерывистого действия повышенного давления с помощью лечебного аппарата3) перестройка миотатического рефлекса |

|  |  |
| --- | --- |
| 36. | **ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЕМНОГО ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗА ИСКЛЮЧАЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП** 1.Получение слепков и моделей 2.Определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей 3.Проверка восковой конструкции протеза4.Припасовка и наложение протеза |
| 37. | **Непосредственное протезирование**1.Позволяет сохранить высоту прикуса2. Избежать перегрузки пародонта сохранившихся естественных зубов 3. Избежать осложнений от удаления зубов 4. Обеспечить социальную активность больному 5. Создать благоприятные условия для адаптации (в том числе фонетической) к постоянному зубному протезу (замещающему, шинирующему).6. 1+2+3+4+5 |
| 38. | **Показаниями к изготовлению иммедиат-протезов у больных с заболеваниями пародонта считают:**1)удаление передних зубов;2)удаление зубов, фиксирующих высоту прикуса;3)резекцию альвеолярной дуги челюсти;4) удаление трех и более зубов. 5) 1+2+4 |
| 39. | Изготовление иммедиат-протезов способствует:1) своевременной остановке луночкового кровотечения;2) полноценному формированию кровяносного сгустка;3) защите кровяносного сгустка от неблагоприятных факторов полости рта. |
| 40. | **ПЕРЕД НАЛОЖЕНИЕМ ИММЕДИАТ - ПРОТЕЗ С ПЛАСТМАССОВЫМ БАЗИСОМ**1. промывают проточной водой2. дезинфицируют в 3% растворе перекиси водорода 3-5 минут3. дезинфицируют в 6% растворе перекиси водорода 60 минут4. подвергают сухожаровой стерилизации при температуре 180º С 60 минут |

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ 1 варианта тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 10 | 2 | 6 | 6 | 4 | Б,В,Г | В | 6 | 5 | 1 | 5 | 7 | 8 | 2 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** |
| 6 | 2 | 4 | 1 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **31** | **32** | **33** | **34** | **35** | **36** | **37** | **38** | **39** | **40** |
| 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 6 | 5 | 3 | 3 |

**КЕЙС-ЗАДАЧИ**

**Задача 1.**

Пациент 40 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на подвижность зубов, запах изо рта, кровоточивость десен в области нижних зубов слева. Объективно: 35,36 запломбированы, контакт между пломбами отсутствует, подвижность 1 степени, пародонтальный карман. Антагонисты на верхней челюсти 2.5 и 2.6 отсутствуют. На рентгенограмме: атрофия костной ткани в области 35,36 на ½ длины корней. В области остальных зубов костная ткань не изменена.

**Вопросы:**

1. Предположительный диагноз, обоснование.

2.Укажите причину (причины) развития локального пародонтита. 3.Составьте комплексный план обследования и лечения.

4.Выбор ортопедической конструкции в области 3.5 и 3.6, обоснуйте.

5.Цель реабилитационных ортопедических мероприятий при пародонтите

**Ответы:**

1.Хронический локализованный пародонтит средней степени тяжести. Обоснование: рентгенологическое изменение в области 3.5,3.6 зубов; пародонтальный карман, убыль кости на ½ длины корня.

2. Отсутствие контактного пункта между 3.5 и 3.6, отсутствие контакта с антагонистами верхней челюсти.

3. а) Провести противоспалительное лечение пародонтита у врача-терапевта или пародонтолога;

б) Оценить электровозбудимость пульпы 3.5 и 3.6, по показаниям провести эндодонтическое лечение;

в) .Провести ортопедическое лечение несъемными конструкциями во втором сегменте (на верхней челюсти);

г.) Восстановить контактный пункт в 3.5 и 3.6 спаенными искусственными коронками с опорой на соседние зубы .

4. Отсутствие контактного пункта и развитие осложнений требует ортопедического лечения; при подвижности зубов необходимо использовать шинирующие конструкции. На основании этого выбирается несъемная шинирующая конструкция с опорой на соседние зубы, восстанавливающая контактный пункт в области 3.5 и 3.6, и разгружающая эти зубы

5. Улучшить функцию жевания, продлить жизнь зубов, повысить качество жизни пациента

**Задача 2.**

Пациент И., 57 лет, обратился с жалобами на кровоточивость десен, подвижность зубов, затрудненное жевание. Объективно: зубные ряды интактные. Подвижность всех зубов II степени; отек, гиперемия десневых сосочков, имеются зубные отложения. На рентгенограмме: нарушение кортикальной пластинки, убыль межзубных перегородок на 1/2 длины корней зубов, в области нижних резцов убыль межзубных перегородок на 2/3 длины корней.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз, дайте обоснование. 2. Определите план лечения данного пациента; 3. Перечислите виды постоянных ортопедических шинирующих конструкций для передней группы зубов; 4. В каких случаях применяются разборные шины

**Ответы:**

**1.** Хронический генерализованный пародонтит средней степени с очагами тяжелой деструкции в области нижних резцов. Обоснованием является рентгеновский снимок.

**2.** 1. Провести санацию зубов и профессиональную гигиену;

2. Назначить противовоспалительную терапию и антибактериальную по показаниям, кюретаж;

3. Рекомендавать консультацию терапевта для исключения соматической патологии (сахарный диабет, гипо- или гипертиреоз, остеопороз и т.д.);

4. Провести избирательное пришлифовывание согласно данных окклюдограммы;

5. Изготовить шинирующие ортопедические конструкции с многозвеньевыми кламмерами и кламмерами Роуча

**3.** Шины на вкладках, балочные, кольцевые, колпачковые, на полукоронках, на корневых штифтах, на полных коронках

**4.** Разборные шины применяются при выраженном наклоне отдельных зубов

**Задача 3.**

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Г. 75 лет с жалобами на плохую фиксацию полного съёмного пластиночного протеза на верхней челюсти и частичного съёмного протеза на нижней челюсти. Анамнез заболевания: утратил зубы верхней челюсти более 10 лет назад, тогда же был изготовлен полный съёмный протез. Жевательная группа зубов нижней челюсти была удалена около 5 лет назад по поводу осложненного кариеса. Был изготовлен частичный съёмный пластиночный протез на нижнюю челюсть с гнутыми кламмерами на 4.4 и 3.3 зубы.. Объективно при осмотре: на верхней челюсти зубы полностью отсутствуют, на нижней челюсти сохранены 4.4, 4.3,4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3. Зубы 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 имеют III степень подвижности, 4.4, 4.3 и 3.3 устойчивые, шейки зубов оголены, десна гиперемирована, имеются зубные отложения. Отмечается выраженная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти в области отсутствующих зубов. Слизистая оболочка десны в области 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 гиперемирована, отёчна, имеются наддесневые зубные отложения, корни зубов оголены на ½ длины корней. По рентгенологическим данным кортикальная пластинка в области; 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 резорбирована, отмечается убыль кости более ½ длины корней, в области 4.4, 4.3 и 3.3 убыль до 1/3 длины корней.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз по поводу воспаления в тканях пародонта и утраты зубов;

2. Комплексный план лечения;

3. Сроки коррекции полных съемных пластиночных протезов;

4. Профилактика травматических (протезных) стоматитов;

5. Сроки пользования частичными и полными съемными пластиночными протезами

**Ответы:**

**1.** Хронический пародонтит средней тяжести в сочетании с тяжелыми очагами деструкции в области 4.2, 4.1, 3.1, 3.2. Полное отсутствие зубов на верхней челюсти, III тип атрофии по Шредеру. Частичное отсутствие зубов на нижней челюсти, 1 класс дефектов по Кеннеди.

**2.** 1.Обучить гигиене полости рта, провести профессиональную гигиену; 2. Направить к хирургу-стоматологу на удаление 4.2, 4.1, 3.1, 3.2; 3.Провести ортопедическое лечение полными съёмными протезами на верхнюю челюсть и частичными съёмными пластиночными протезами на нижнюю челюсть с гнутыми кламмерами на 4.4 и 3.3 зубы.

**3.** Коррекция протезов проводится спустя 1 – 2 суток, далее 1 раз в 3 дня, а затем по необходимости

**4.** При изготовлении полных съёмных пластиночных протезов обязательно использовать при получении функциональных оттисков индивидуальные жёсткие ложки. Припасовывать индивидуальные ложки с помощью проб Гербста. Выполнять назначения и рекомендации врача на период адаптации к протезам. Своевременно обращаться к врачу при появлении болей под протезом или от протезов. Соблюдать по возможности сроки пользования полными съёмными пластиночными протезами. При случайной поломке протезов сразу обращаться к врачу.

**5.** Сроки пользования частичными и полными съемными пластиночными протезами составляют 4-5 лет

**Задача 4**

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент И., 57 лет. Жалобы на подвижность имеющегося мостовидного протеза на нижней челюсти, отсутствие зубов на верхней челюсти, невозможность пользования съемным протезом, затрудненное пережевывание пищи, неприятный запах изо рта, эстетический дефект. Перенесённые и сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Аллергологический анамнез не отягощен. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение всей жизни по поводу заболевания пародонта. Последнее протезирование проводилось 7 лет назад, был изготовлен мостовидный протез с опорой на 4.6, 4.5,4.3 и 3.3, 3.4 и полный съемный протез на верхнюю челюсть, которым пациент не мог пользоваться. Внешний осмотр: отмечается углубление носогубных и подбородочной складок, углы рта опущены, в углах рта – трещины, мацерация, белые чешуйки в виде пудры.. В полости рта металлокерамический мостовидный протез, который находится в неудовлетворительном состоянии (нарушение краевого прилегания коронок в области всех опорных зубов, подвижность имеющейся конструкци с опорными зубами II степени). Имеются над- и поддесневые зубные отложения. На спинке языка белый налет, снимается шпателем, галитоз.

**Вопросы:**

1. Составьте план обследования;

2. Составьте план комплексного лечения

3.Перечислите показания к одноэтапному протезированию с использованием дентальной имплантации;

4. Перечислите показания к двухэтапной дентальной имплантации

**Ответы:**

**1.**1.Бактериологическое исследование соскоба с углов рта и спинки языка на candida

2.Компьютерная конусно-лучевая ЗD диагностика верхней и нижней челюстей (определение тяжести пародонтита, плотности кости, объёма кости для планирования имплантатов)

3.Консультация терапевта с развёрнутым анализом крови, кровь на сахар

**2.**1.Противогрибковая терапия (по показаниям)

2.Общетерапевтическая подготовка (нормализация артериального давления и уровня сахара в крови) и премедикация перед хирургическим лечением (удалением зубов)

3.Снятие мостовидного протеза на нижней челюсти

4**.**Удаление по медицинским показаниям 4.6, 4.5,4.3 и 3.3, 3.4 в несколько посещений

5.Изготовление полных съёмных пластиночных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти или при отсутствии противопоказаний ортопедическое лечение на имплантатах

**3.** 1.Широкий альвеолярный гребень

2. Большая зона прикрепления десны

3. Плотная кость с выраженной кортикальной пластинкой

4. Хорошая гигиена полости рта

5. Стабильный временный протез

**4.**1. Соматические заболевания

2. Вредные привычки (курение)

3. Низкая плотность кости

4. Плохой потенциал заживления

5. Необходимость увеличения размеров альвеоляного отростка (аугментация)

6. Пародонтальные факторы риска

**Задача № 5.**

Больной М., 26 лет, предъявляет жалобы на отлом коронковой части 12 зуба во время еды 2 дня назад. Объективно: зубные ряды интактные, прикус ортогнатический. Корень 12 зуба устойчив, перкуссия безболезненная. С вестибулярной поверхности уровень перелома коронки находится под десной на 1,5 мм, небная стенка сохранена выше уровня десны на 2 мм. На рентгенограмме: корневой канал запломбирован до верхушки, периапикальных изменений нет.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения и дайте его обоснование

3.Перечислите методы специальной подготовки для восстановления корня с субгингивальным разрушением штифтовой конструкцией

4. Дайте определение «биологической ширины», перечислите возможные последствия при внедрении в эту зону.

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

**Ответы:**

**1.** Дефект твердых тканей зуба кариозного происхождения, ИРОПЗ=0,9

**2.** 1. Специальная подготовка корня к восстановлению, так как имеется поддесневое разрушение.

2. Восстановление культевой штифтовой вкладкой, так как ИРОПЗ=0,9. 3.Изготовление искусственной коронки с целью восстановления анатомической формы.

**3.**1. Хирургическое удлинение коронки,

2. Ортодонтическая экструзия корня зуба

**4.** Биологическая ширина – это комплекс десневых тканей вокруг зуба, который располагается над альвеолярной костью. Гистологически он включает в себя соединительную ткань (Шарпеевы волокна) и прикрепленный к зубу эпителий. В среднем размер биологической ширины - 2 мм.

Внедрение в эту зону приводит к развитию воспаления и резорбции кости. Хроническое воспаление приводит к образованию пародонтальных карманов.

**5.**

1. клинический – препарирование, подготовка корневого канала, моделирование вкладки в полости рта, наложение временной пломбы.

2. лабораторный – литье вкладки из металла

3. клинический – припасовка и фиксация культевой штифтовой вкладки

**Задача № 6.**

Больной Б., 55 лет, обратился с целью протезирования. Зуб 1.6 удален по поводу осложненного кариеса 2 дня назад. Объективно: лицо симметричное. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений. Лунка зуба 1.6 заполнена кровяным сгустком. Зубы 1.7 и 1.5 интактные. Оставшиеся зубные ряды интактные. Соматические заболевания: Сахарный диабет 1 типа.

**Вопросы.**

1. Поставьте диагноз

2. Перечислите возможные сроки протезирования после удаления зубов

3. Возможно ли проведение имплантации в области 1.6

4. Дайте обоснование планируемой конструкции протеза

5. Перечислите клинические этапы изготовления металлокерамического мостовидного протеза.

**Ответы:**

**1.** Дефект зубного ряда на верхней челюсти, III класс по Кеннеди.

**2.** Непосредственное (не позднее 24 часов), раннее (через 5-7 дней) и отдаленное (после регенерации костной ткани, через 2-3 месяца)

**3.** Имплантация невозможна. Сахарный диабет 1 типа является абсолютным противопоказанием к имплантации.

**4.** Мостовидный протез с опорами на 1.5, 1.7

**5.** 1. Обезболивание, препарирование опорных зубов, получение двухслойного оттиска, фиксация временных коронок;

2. Припасовка литого металлического каркаса в полости рта. Определение цвета керамической облицовки;

3. Припасовка металлокерамического мостовидного протеза.

4. Временная или постоянная фиксация металлокерамического мостовидного протеза.

**Задача № 7.**

Больной К., 30 лет, обратился с целью протезирования. Зубы 4.6, 4.5 удалены по поводу осложненного кариеса около 10 лет назад. Зубоальвеолярное выдвижение 1.6 и 1.5 зубов на 1,5 мм без обнажения шеек зубов, наклон 4.7 зуба около 25° в сторону дефекта. Зубы 1.6,1.5,4.7 интактные. Жалоб со стороны других органов не предъявляет. Объективно: лицо симметричное. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений.

**Вопросы.**

1. Поставьте развернутый диагноз

2. Составьте план лечения с учетом возраста пациента.

3. Перечислите способы устранения деформаций зубных рядов

4. Опишите клинико-лабораторные этапы изготовления металлокерамических коронок с опорой на имплантаты при двухэтапной имплантации

5. Какой метод снятия оттиска является предпочтительным при большом количестве имплантатов

6. Укажите сроки остеоинтеграции на верхней и нижней челюсти

**Ответы:**

**1.** Дефект зубного ряда на нижней челюсти, III класс по Кеннеди. Осложнения: Зубоальвеолярное удлинение 1.6,1.5 (первая форма), Мезиальный наклон 4.7

**2.** Специальная подготовка к протезированию – ортодонтическое устранение деформаций зубных рядов, Протезирование 4.6,4.5 искусственными коронками с опорой на имплантаты

**3.** Сошлифовывание зубов, аппаратурный (ортодонтический), аппаратурно-хирургический, хирургический

**4.** 1 клинический - откручивание формирователя десны, фиксация слепочных трансферов к имплантатам и получение оттиска (открытой или закрытой ложкой), установка формирователя десны. Определение цвета зубов.

1 лабораторный. Прикручивание лабораторных аналогов имплантатов к трансферам в оттиске, изготовление рабочей модели с десневой маской, выбор и установка абатмента. Моделирование восковой композиции каркаса, замена на металл. Облицовка металлического каркаса керамической облицовкой.

2 клинический Припасовка металлокерамической коронки на имплантате

2 лабораторный Глазурование коронки

3 клинический – фиксация металлокерамической коронки

**5.**

Метод открытой ложки

**6.** верхняя челюсть 4-6 месяцев, нижняя челюсть 3-4 месяца.

**Задача 8**

Больная П, 38 лет . обратилась в клинику с жалобами на воспаление дёсен, в области передних зубов, кровоточивость при чистке зубов. Зубы 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 покрыты металлокерамическими коронками около месяца назад. Объективно: прикус ортогнатический. Металлокерамические коронки на 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 состоятельны, края коронок находятся под десной на глубине 2,0 мм. Слизистая оболочка десны в области коронок отёчна, гиперемирована, при зондировании кровоточит. На рентгенограмме с медиальной и дистальной сторон имеются нависающие края коронки.

**Вопросы.**

1. Поставьте развернутый диагноз

2. Какой фактор привел к воспалению десны в области коронок?

3. Дайте определение «биологической ширины», перечислите возможные последствия при внедрении в эту зону.

4. Перечислите возможные врачебные и технические ошибки, приводящие к нависающим краям коронок

5. Перечислите меры профилактики данных ошибок

**Ответы:**

**1.** Хронический катаральный локализованный гингивит (К 05.1)

**2.** Воспаление десны могло быть вызвано:

- нарушением биологической ширины (поддесневое препарирование, травма десны во время препарирования, пропущен этап ретракции десны);

**3.** Биологическая ширина – это комплекс десневых тканей вокруг зуба, который располагается над альвеолярной костью. Гистологически он включает в себя соединительную ткань (Шарпеевы волокна) и прикрепленный к зубу эпителий. В среднем размер биологической ширины - 2 мм. Внедрение в эту зону приводит к развитию воспаления и резорбции кости. Хроническое воспаление приводит к образованию пародонтальных карманов.

**4.** Нависающие края могут быть вызваны

- недостаточным препарированием (очень узкий уступ или его отсутствие);

- дефектом оттиска (непроснятый уступ и зауступное пространство, поры или оттяжки на уступе);

- неточностью в изготовлении коронок (отсутствие плавного перехода между коронкой и твёрдыми тканями зуба);

**5.** - препарирование на уровне десны;

- финишное препарирование уступа с ретракционной нитью;

- предотвращение травмирования десны при препарировании;

- формирование уступа достаточной ширины в форме жёлоба;

- чёткое проснятие уступа и зауступного пространства, отсутствие пор и оттяжек в критически значимых зонах;

- контроль на каждом лабораторном этапе изготовления протеза.

**Задача 9**

Больной Г., 35 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на разрушение коронок зубов на верхней челюсти слева. Объективно: Зубы 2.4, 2.5 разрушены выше уровня десны на 2 мм, сохранены небные стенки. Зубные ряды интактные, прикус ортогнатический. Корни 2.4, 2.5 устойчивы, перкуссия безболезненная. На внутриротовом периапикальном снимке зубов 2.4, 2.5 тень пломбировочного материала прослеживается фрагментарно, располагается пристеночно, радиологически апекс не обтурирован, определяется расширение пространства периодонтальной связки на всем протяжении.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план ортопедического лечения

3. Составьте план терапевтического лечения

4. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки из диоксида циркония.

5. Какие цементы используются для фиксации культевых штифтовых вкладок из диоксида циркония?

**Ответы:**

**1.** Дефект коронки зуба (Хронический апикальный периодонтит К04.5) 2.4, 2.5, ИРОПЗ=0,9

**2.** 1. Эндодонтическое лечение зубов.

2. Восстановление зубов культевой штифтовой вкладкой.

3. Изготовление искусственных коронок.

**3.** Провести эндодонтическое лечение зубов

**4.** 1 клинический – препарирование, подготовка корневого канала, получение двухслойного оттиска, наложение временной пломбы.

1 лабораторный – изготовление модели из гипса, сканирование модели, цифровое моделирование вкладки, фрезерование вкладки

2 клинический – припасовка и фиксация культевой штифтовой вкладки

**5.** Самоадгезивные цементы

**Задача 10**

Больной Б., 48 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на разрушение коронок зубов на верхней челюсти справа. Объективно: Зуб 1.4 разрушен выше уровня десны на 2 мм, сохранена небная стенка. Зуб 1.5 разрушен ниже уровня десны на 2 мм. Зуб 1.6 на медиальной контактной поверхности кариозная полость в пределах дентина, холодовая проба (+), перкуссия безболезненная. Зубные ряды интактные.

На внутриротовом периапикальном снимке зубов 1.4, 1.5 тень пломбировочного материала прослеживается фрагментарно, располагается пристеночно, радиологически апекс не обтурирован, определяется расширение пространства периодонтальной связки на всем протяжении.

**Вопросы.**

1. Поставьте диагноз

2. Составьте план комплексного лечения

3. Перечислите возможные сроки протезирования после удаления зубов

4. Перечислите виды промежуточной части мостовидных протезов.

5. Перечислите клинические этапы изготовления металлокерамического мостовидного протеза.

**Ответы:**

**1.** Дефект коронки зуба (Хронический апикальный периодонтит К04.5) 1.4, ИРОПЗ=0,9

Дефект коронки зуба (Хронический апикальный периодонтит К04.5) 1.5, ИРОПЗ=1,0

Кариес дентина 1.6 (К0000) , II класс по Блэку

**2.** 1. Эндодонтическое лечение зуба 1.4, лечение кариеса зуба 1.6

2. Удаление зуба 1.5

3. Восстановление зуба 1.4 культевой штифтовой вкладкой.

4. Изготовление мостовидного протеза с опорой на 1.4, 1.6.

**3.** Непосредственное (не позднее 24 часов), раннее (через 5-7 дней) и отдаленное (после регенерации костной ткани, через 2-3 месяца)

**4.** Касательная, промывная, седловидная, овоидная.

**5.** 1. Обезболивание, препарирование опорных зубов, получение двухслойного оттиска, фиксация временных коронок;

2. Припасовка литого металлического каркаса в полости рта. Определение цвета керамической облицовки;

3. Припасовка металлокерамического мостовидного протеза.

4. Временная или постоянная фиксация металлокерамического мостовидного протеза.

**Задача 11**

Больная Б., 38 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на подвижность коронки переднего зуба на верхней челюсти справа, боль при накусывании. Анамнез. Подвижность коронки появилась после откусывания твердой пищи. Пациентка работает преподавателем в школе. Объективно: Зуб 1.2 восстановлен большой пломбой на анкерном штифте. Подвижность коронковой части зуба в вестибуло-оральном направлении. Слизистая оболочка десневого края в области 1.2 отечна, гиперемирована. Зуб 1.3 интактный, 1.1 пломба. На внутриротовом периапикальном снимке зуба 1.2 в области средней трети корня визуально определяется тень металлической плотности, по конфигурации соответствующая штифту, в области средней трети определяется линейное снижение плотности рисунка с поперечной протяженностью, клинически соответствующее нарушению целостности твердых тканей зуба без смещения фрагментов.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз

2. Составьте план комплексного лечения

3. Перечислите возможные сроки протезирования после удаления зубов

4. Предложите варианты временного протезирования

5. Опишите клинико-лабораторные этапы изготовления съемного пластиночного иммедиат-протеза.

**Ответы:**

**1.** Перелом корня зуба 1.2

**2.** Удаление зуба 1.2

Иммедиат протезирование

Окончательное протезирование после полной регенерации костной ткани.

**3.** Непосредственное (не позднее 24 часов), раннее (через 5-7 дней) и отдаленное (после регенерации костной ткани, через 2-3 месяца)

**4.** Съемный пластиночный протез, мостовидный протез с опорами на 1.3 и 1.1

**5.**1 клинический – получение альгинатного оттиска до удаления зуба, определение цвета зубов.

1 лабораторный – изготовление модели из гипса, срезание гипсового зуба на модели, моделирование воскового базиса протеза, постановка зуба, замена воска на пластмассу.

2 клинический – припасовка и наложение протеза на лунку удаленного зуба в первые 24 часа после удаления.