

# ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ З ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

За редакцією проф. В.І. Біди, проф. О.М. Дорошенко

Київ  
Фенікс  
2023

УДК 616.314-089.23(075.8)

ББК 56.6я73

О-70

*Автори:*

В.І. Біда, О.М. Дорошенко, П.В. Леоненко, С.М. Клочан, В.І. Радько,  
О.М. Овчаренко, П.О. Гурин, О.А. Омеляненко, І.І. Паливода, Р.Г. Оснач

**О-70 Біда В.І.**

**Тестові завдання з ортопедичної стоматології:** навчальний посібник / В.І. Біда, О.М. Дорошенко, П.В. Леоненко, С.М. Клочан та ін.; за ред. В.І. Біди, О.М. Дорошенко. Київ: Фенікс, 2023. - 264 с.

ISBN 978-966-136-313-6

До навчального посібника включено перелік тестових завдань комп'ютерної атестаційної програми до комп'ютерного іспиту за фахом "Ортопедична стоматологія" на звання лікаря-спеціаліста у відповідності до наказу МОЗ України від 22.02.2019 № 446 "Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів".

Посібник призначено для підготовки слухачів циклів спеціалізації та стажування за фахом "Ортопедична стоматологія" до атестації на визначення знань та практичних навичок з присвоєння (підтвердження) звання "лікар-спеціаліст", а також для самостійної роботи на очно-заочних циклах тематичного удосконалення з елементами дистанційного навчання.

**УДК 616.314-089.23(075.8)**

**ББК 56.6я73**

ISBN 978-966-136-313-6

© В.І. Біда, О.М. Дорошенко, П.В. Леоненко,  
С.М. Клочан, В.І. Радько, О.М. Овчаренко,  
П.О. Гурин, О.А. Омеляненко, І.І. Паливода,  
Р.Г. Оснач, 2023

## Зміст

Передмова .....	4
Невідкладні стани .....	6
Загальні питання ортопедичної стоматології .....	19
Функціональна анатомія зубощелепної системи .....	29
Обстеження пацієнта в клініці ортопедичної стоматології та підготовка до протезування .....	49
Зуботехнічне матеріалознавство .....	71
Клініка та ортопедичне лікування дефектів коронок зубів .....	100
Ортопедичне лікування дефектів зубних рядів незнімними конструкціями зубних протезів .....	118
Патологічне стирання зубів, його ускладнення та методи ортопедичного лікування .....	128
Ортопедичні методи лікування захворювань СНЩС .....	135
Ортопедичне лікування часткових дефектів зубних рядів частковими знімними протезами .....	146
Ортопедичне лікування повної втрати зубів знімними протезами .....	181
Ортопедичне лікування захворювань тканин пародонту .....	197
Щелепно-лицева ортопедія .....	209
Особливості виготовлення зубних протезів із опорою на імплантати .....	227
Ситуаційні задачі .....	242
Список рекомендованої літератури .....	262

## Передмова

Головним завданням безперервного професійного розвитку лікарів стоматологів - ортопедів на сучасному етапі розвитку стоматології є постійне удосконалення, орієнтоване на кінцеву мету - підвищення якості професійної діяльності лікаря стоматолога - ортопеда.

Органічним доповненням до оновленої системи безперервного професійного розвитку стало запровадження стандартизованих методів оцінювання рівня професійної компетентності лікарів, що є загальноприйнятим у світовій практиці.

Впровадження нових освітніх стандартів післядипломної підготовки лікарів, зокрема тестових форм контролю, дозволяє інтенсифікувати навчальний процес, підвищити якість засвоєння теоретичного курсу і поліпшити практичну підготовку висококваліфікованих спеціалістів у відповідності до вимог сучасної системи охорони здоров'я.

Як і в усьому світі, у вітчизняних освітніх програмах збільшується частка самостійної роботи. Одним із видів об'єктивної оцінки підготовки слухачів є тестовий комп'ютерний контроль.

Комп'ютерний контроль має ряд переваг, а саме: об'єктивність оцінювання результатів виконаної роботи; оперативність, що дозволяє перевірити великий обсяг знань лікарів-спеціалістів у відносно короткі терміни; автономність роботи слухача; індивідуалізованість, яка полягає в тому, що кожен слухач отримує певну комбінацію тестів з різним ступенем складності; інформативність - одразу ж після складання комп'ютерного іспиту слухач бачить результат своєї роботи.

В той же час даний вид контролю має і певні недоліки: відсутність мовного відтворення матеріалу; відсутність зворотного зв'язку з комп'ютером, в результаті чого слухачі не мають змоги обговорювати свої думки, адже думка лікаря може не збігатися з відповіддю комп'ютера на певне запитання; вірогідність випадкового вибору правильної відповіді; механічне запам'ятовування матеріалу при багаторазовому використанні одних і тих самих тестів, тощо.

Питання та ситуаційні задачі відображають сучасний рівень надання спеціалізованої допомоги хворим, мають на меті оцінку професійних компетентностей лікарів. Завдання з невідкладних станів зі спеціальності "Ортопедична стоматологія" розроблені та введені в перелік окремими розділами питань та ситуаційними задачами. Для більш повного клінічного сприйняття тестів та ситуаційних задач матеріал окремих розділів ілюстровано.

Розроблена тестова комп'ютерна програма охоплює весь обсяг теоретичних питань та практичних навичок, необхідних лікарю-спеціалісту для проведення самостійної роботи.

Виходячи з вищезазначеного, сучасні освітні інновації, до яких можна віднести комп'ютерний тестовий контроль, сприятимуть наближенню стандартів підготовки вітчизняних лікарів стоматологів - ортопедів до міжнародних вимог та підвищенню їх професійної майстерності.

## Невідкладні стани

### 1.5.1. ★ Дайте визначення непритомності:

1. Це раптова короточасна втрата свідомості, обумовлена гострою гіпоксією головного мозку
2. Це різке пригнічення усіх життєво важливих функцій організму через гостре порушення кровообігу, зумовлене зменшенням об'єму циркулюючої крові, недостатньою нагнітальною функцією серця і втратою периферичними судинами здатності до регуляції тонуса, розподілення крові
3. Це загальна алергічна реакція негайного типу на введення медикаментозного препарату, що виникає одразу ж після введення останнього
4. Це місцева алергічна реакція уповільненого типу на введення медикаментозного препарату, що виникає одразу ж після введення останнього
5. Це гостре стійке порушення мозкового кровообігу, що веде до вогнищевих уражень мозку і загально мозкових розладів з можливим розвитком церебральної коми

### 2.5.3. Дайте визначення анафілактичного шоку:

1. Це раптова короточасна втрата свідомості, обумовлена гострою гіпоксією головного мозку
2. Це різке пригнічення усіх життєво важливих функцій організму через гостре порушення кровообігу, зумовлене зменшенням об'єму циркулюючої крові, недостатньою нагнітальною функцією серця і втратою периферичними судинами здатності до регуляції тонуса, розподілення крові
3. Це загальна алергічна реакція негайного типу на введення медикаментозного препарату, що виникає одразу ж після введення останнього
4. Це місцева алергічна реакція уповільненого типу на введення медикаментозного препарату, що виникає одразу ж після введення останнього
5. Це гостре стійке порушення мозкового кровообігу, що веде до вогнищевих уражень мозку і загально мозкових розладів з можливим розвитком церебральної коми

### 3.6.2. Колапс - це:

1. Раптова короточасна втрата свідомості, обумовлена гострою гіпоксією головного мозку
2. Різке пригнічення усіх життєво важливих функцій організму через гостре порушення кровообігу, зумовлене зменшенням об'єму циркулюючої крові, недостатньою нагнітальною функцією серця і втратою периферичними судинами здатності до регуляції тонуса, розподілення крові

---

★ 1 - порядковий номер завдання; 5 - кількість відповідей; 1 - вірна відповідь

3. Загальна алергічна реакція негайного типу на введення медикаментозного препарату, що виникає одразу ж після введення останнього
4. Місцева алергічна реакція уповільненого типу на введення медикаментозного препарату, що виникає одразу ж після введення останнього
5. Гостре стійке порушення мозкового кровообігу, що веде до вогнищевих уражень мозку і загальнономозкових розладів з можливим розвитком церебральної коми
6. Гострий патологічний стан, який виникає при нестачі кисню і накопиченні вуглекислоти в організмі

#### **4.6.2. Асфіксія - це:**

1. Раптова короткочасна втрата свідомості, обумовлена гострою гіпоксією головного мозку
2. Гострий патологічний стан, який виникає при нестачі кисню і накопиченні вуглекислоти в організмі
3. Гостре порушення кровообігу, зумовлене зменшенням об'єму циркулюючої крові, недостатньою нагнітальною функцією серця і втратою периферичними судинами здатності до регуляції тону, розподілення крові
4. Загальна алергічна реакція негайного типу на введення медикаментозного препарату, що виникає одразу ж після введення останнього
5. Місцева алергічна реакція уповільненого типу на введення медикаментозного препарату, що виникає одразу ж після введення останнього
6. Гостре стійке порушення мозкового кровообігу, що веде до вогнищевих уражень мозку і загальнономозкових розладів з можливим розвитком церебральної коми

#### **5.6.1+2+3+4+5. Асфіксії механічного походження бувають:**

1. Дислокаційні
2. Обтураційні
3. Клапанні
4. Стенотичні
5. Аспіраційні
6. Інфекційні

#### **6.5.1. Дислокаційна асфіксія виникає внаслідок:**

1. Перекриття дихальних шляхів язиком через зміщення його дистально при двосторонніх переломах в підборідочній ості нижньої щелепи
2. Звуження трахеї чужерідним тілом, згустками крові та ін.
3. Звуження дихальних шляхів розірваними м'якими тканинами під час вдиху
4. Здавлювання дихальних шляхів гематомою, набряком гортані та ін.
5. Аспірації крові чи блювотних мас

### **7.5.2. Обтураційна асфіксія виникає внаслідок:**

1. Перекриття дихальних шляхів язиком через зміщення його дистально при двосторонніх переломах в підборідочній ості нижньої щелепи
2. Звуження трахеї чужерідним тілом, згустками крові та ін.
3. Звуження дихальних шляхів розірваними м'якими тканинами під час вдоху
4. Здавлювання дихальних шляхів гематомою, набряком гортані та ін.
5. Аспірації крові чи блювотних мас

### **8.5.3. Клапанна асфіксія виникає внаслідок:**

1. Перекриття дихальних шляхів язиком через зміщення його дистально при двосторонніх переломах в підборідочній ості нижньої щелепи
2. Звуження трахеї чужерідним тілом, згустками крові та ін.
3. Звуження дихальних шляхів розірваними м'якими тканинами під час вдоху
4. Здавлювання дихальних шляхів гематомою, набряком гортані та ін.
5. Аспірації крові чи блювотних мас

### **9.5.4. Стенотична асфіксія виникає внаслідок:**

1. Перекриття дихальних шляхів язиком через зміщення його дистально при двосторонніх переломах в підборідочній ості нижньої щелепи
2. Звуження трахеї чужерідним тілом, згустками крові та ін.
3. Звуження дихальних шляхів розірваними м'якими тканинами під час вдоху
4. Здавлювання дихальних шляхів гематомою, набряком гортані та ін.
5. Аспірації крові чи блювотних мас

### **10.5.5. Аспіраційна асфіксія виникає внаслідок:**

1. Перекриття дихальних шляхів язиком через зміщення його дистально при двосторонніх переломах в підборідочній ості нижньої щелепи
2. Звуження трахеї чужерідним тілом, згустками крові та ін.
3. Звуження дихальних шляхів розірваними м'якими тканинами під час вдоху
4. Здавлювання дихальних шляхів гематомою, набряком гортані та ін.
5. Аспірації крові чи блювотних мас

### **11.7.1+2+3+5+6+7. Початкові ознаки асфіксії:**

1. Затруднене дихання
2. Цианоз
3. Загальне занепокоєння
4. Втрата свідомості
5. Свистяче або хрипляче дихання
6. Розширення зіниць
7. Напруження шийних і грудних м'язів, розширення вен на шиї



### **12.5.1+2+3+5. Перерахуйте класичні види непритомних станів:**

1. Мозкова непритомність
2. Серцева непритомність
3. Рефлекторна непритомність
4. Алергічна непритомність
5. Непритомність істеричного походження

### **13.4.1+2+3. Можливі причини розвитку непритомності:**

1. Психогенні
2. Больові
3. Симптоматичні (аритмії, фізичне навантаження, гіпервентиляції та ін.)
4. Ендокринні

### **14.4.1+2+4. Стадії непритомності:**

1. Стан переднепритомності
2. Втрата свідомості
3. Стадія ларінго- і бронхіолоспазму
4. Відновлювальний період

### **15.4.1. Мозкова непритомність розвивається при:**

1. Артеріальній гіпертензії, тяжких посттравматичних, токсичних, постгіпоксичних енцефалопатіях, після перенесеного інсульту
2. Глибокій патології серця і магістральних судин (аортальний і мітральний стеноз, коарктація аорти, вроджених і набутих пороках серця)
3. Болісному втручанні, психоемоційній напрузі
4. Конфліктній ситуації і наявності глядачів, носить демонстративний характер

### **16.4.2. Серцева непритомність розвивається при:**

1. Артеріальній гіпертензії, тяжких посттравматичних, токсичних, постгіпоксичних енцефалопатіях, після перенесеного інсульту
2. Глибокій патології серця і магістральних судин (аортальний і мітральний стеноз, коарктація аорти, вроджених і набутих пороках серця)
3. Болісному втручанні, психоемоційній напрузі
4. Конфліктній ситуації і наявності глядачів, носить демонстративний характер

### **17.4.3. Рефлекторна непритомність розвивається при:**

1. Артеріальній гіпертензії, тяжких посттравматичних, токсичних, постгіпоксичних енцефалопатіях, після перенесеного інсульту
2. Глибокій патології серця і магістральних судин (аортальний і мітральний стеноз, коарктація аорти, вроджених і набутих пороках серця)
3. Болісному втручанні, психоемоційній напрузі
4. Конфліктній ситуації і наявності глядачів, носить демонстративний характер

#### **18.4.4. Непритомність істеричного походження розвивається при:**

1. Артеріальній гіпертензії, тяжких посттравматичних, токсичних, постгіпоксичних енцефалопатіях, після перенесеного інсульту
2. Глибокій патології серця і магістральних судин (аортальний і мітральний стеноз, коарктація аорти, вроджених і набутих пороках серця)
3. Болісному втручанні, психоемоційній напрузі
4. Конфліктній ситуації і наявності глядачів, носить демонстративний характер

#### **19.5.1+3+4. Алгоритм дій лікаря, якщо під час ортопедичного прийому у пацієнта розвинулась непритомність:**

1. Негайно покласти пацієнта, надати йому горизонтального положення, підняти доверху нижні кінцівки
2. Нахилити тулуб пацієнта донизу
3. Розстібнути верхній одяг, забезпечити доступ свіжого повітря в кабінет, дати вдихнути нашатирний спирт
4. При тривалій непритомності ввести підшкірно 1 мл 10% розчину кофеїну бензоата натрія чи внутрішньом'язово 1-2 мл кордіаміна
5. Повільно внутрішньовенно ввести глюкокортикоїди (преднізолон 60-90 мг)

#### **20.4.3. Показанням до введення розчинів кофеїн-бензоату натрію та кордіаміну при розвитку непритомності у пацієнта під час проведення ортопедичного прийому є:**

1. Стан непритомності, що триває більше 1 хвилини
2. Підвищення артеріального тиску до 160/100 мм рт.ст.
3. Падіння артеріального тиску до 90/60 мм рт.ст.
4. Падіння артеріального тиску до 60/40 мм рт.ст.

#### **21.6.1+2+4+5+6. Які дії лікаря, якщо під час ортопедичного прийому у пацієнта розвинувся колапс?**

1. Негайно покласти пацієнта, надати йому горизонтального положення, підняти доверху нижні кінцівки
2. Розстібнути верхній одяг, забезпечити доступ свіжого повітря в кабінет
3. Дати вдихнути нашатирний спирт
4. Внутрішньовенно ввести 1 мл 10% розчину кофеїн-бензоату натрію чи 1 мл кордіаміна для збудження дихального і судиннорухового центрів продовгуватого мозку
5. Внутрішньовенно ввести 1 мл 1% розчину мезатону і 1 мл 5% розчину ефедрину гідрохлориду з метою підняття венозного тону
6. В тяжких випадках повільно внутрішньовенно ввести глюкокортикоїди (преднізолон 60-90 мг чи дексазон 8-16 мг)

### **22.5.1+2+3+4. Назвіть об'єктивні клінічні прояви непритомності:**

1. Короткочасна втрата свідомості, що супроводжується блідістю шкіри та зниженням тону м'язів
2. Дихання поверхнєве, брадіпное
3. Пульс лабільний, 40-50 ударів за хвилину, незначне зниження артеріального тиску
4. Можливі судоми
5. Підвищення артеріального тиску до 140 мм рт.ст.

### **23.5.1. Скільки часу триває непритомність легкої форми?**

1. Від декількох секунд до 1-2 хв
2. Від декількох секунд до 25 хв
3. 5-10 хв
4. 1 год
5. 10 хв

### **24.5.1+2+4. За клінічними проявами розрізняють такі види шоків:**

1. Гіповолемічний
2. Кардіогенний
3. Гіперволемічний
4. Вазогенний
5. Істерічний

### **25.4.1. Назвіть причини розвитку гіповолемічного шоку:**

1. Значне зменшення об'єму циркулюючої крові (при кровотечах)
2. Різке порушення нагнітальної функції серця (наприклад, внаслідок інфаркту міокарда, тромбоемболії)
3. Порушення тканинної циркуляції крові, що обумовлене падінням опору і підвищенням проникності капілярів, в результаті чого частина крові депонується в тканинах
4. Значне збільшення об'єму циркулюючої крові

### **26.4.2. Назвіть причини розвитку кардіогенного шоку:**

1. Значне зменшення об'єму циркулюючої крові (при кровотечах)
2. Різке порушення нагнітальної функції серця (наприклад, внаслідок інфаркту міокарда, тромбоемболії)
3. Порушення тканинної циркуляції крові, що обумовлене падінням опору і підвищенням проникності капілярів, в результаті чого частина крові депонується в тканинах
4. Значне збільшення об'єму циркулюючої крові

### **27.4.3. Назвіть причини розвитку вазогенного шоку:**

1. Значне зменшення об'єму циркулюючої крові (при кровотечах)
2. Різке порушення нагнітальної функції серця (наприклад, внаслідок інфаркту міокарда, тромбоемболії)

3. Порушення тканинної циркуляції крові, що обумовлене падінням опору і підвищенням проникності капілярів, в результаті чого частина крові депонується в тканинах
4. Значне збільшення об'єму циркулюючої крові

### **28.5.3. До якої групи шоків відноситься анафілактичний шок?**

1. До гіповолемічних
2. До кардіогенних
3. До вазогенних
4. До гіперволемічних
5. До неврогенних

### **29.6.1+2+3+5+6. Вкажіть клінічні прояви анафілактичного шоку:**

1. Блідість шкіри і видимих слизових оболонок, холодний піт
2. набряк тканин обличчя і шиї за типом Квінке
3. Охриплість голосу, відчуття садіння за грудиною, свербіння шкіри обличчя
4. Різке підвищення артеріального тиску і зниження частоти пульсу
5. Різке зниження артеріального тиску, пульс частий, малий, слабого наповнення
6. Можливі судоми

### **30.6.1+3+4+5. Які розрізняють клінічні форми анафілактичного шоку?**

1. Респіраторний
2. Гіповолемічний
3. Шкірний
4. Васкулярний
5. Абдомінальний
6. Гіперволемічний

### **31.4.1. Для респіраторної форми анафілактичного шоку переважно характерні:**

1. Явища задухи, що обумовлені в одних випадках бронхоспазмом, а в інших - ларингоспазмом і набряком гортані
2. Явища шкірного свербіжу, крапивниця, набряк Квінке, поява на згинальних поверхнях передпліч і передній стінці грудної клітки ділянок гіперемії шкірних покривів
3. Явища порушення серцево-судинної і нервової систем (в першому випадку - клінічна картина інфаркту міокарда, в другому - порушення мозкового кровообігу чи епілепсія)
4. Болі у животі, блювота, пронос

#### **32.4.2. Шкірна форма анафілактичного шоку переважно характеризується:**

1. Явищами задухи, що обумовлені в одних випадках бронхоспазмом, а в інших - ларингоспазмом і набряком гортані
2. Явищами шкірного свербіжу, крапивниці, набряк Квінке, поява на згинальних поверхнях передпліч і передній стінці грудної клітки ділянок гіперемії шкірних покривів
3. Явищами порушення серцево-судинної і нервової систем (в першому випадку - клінічна картина інфаркту міокарда, в другому - порушення мозкового кровообігу чи епілепсія)
4. Болями у животі, блювотою, проносом

#### **33.4.3. Васкулярна форма анафілактичного шоку переважно характеризується:**

1. Явищами задухи, що обумовлені в одних випадках бронхоспазмом, а в інших - ларингоспазмом і набряком гортані
2. Явищами шкірного свербіжу, крапивниці, набряк Квінке, поява на згинальних поверхнях передпліч і передній стінці грудної клітки ділянок гіперемії шкірних покривів
3. Явищами порушення серцево-судинної і нервової систем (в першому випадку - клінічна картина інфаркту міокарда, в другому - порушення мозкового кровообігу чи епілепсія)
4. Болями у животі, блювотою, проносом

#### **34.4.4. Абдомінальна форма анафілактичного шоку переважно характеризується:**

1. Явищами задухи, що обумовлені в одних випадках бронхоспазмом, а в інших - ларингоспазмом і набряком гортані
2. Явищами шкірного свербіжу, крапивниці, набряк Квінке, поява на згинальних поверхнях передпліч і передній стінці грудної клітки ділянок гіперемії шкірних покривів
3. Явищами порушення серцево-судинної і нервової систем (в першому випадку - клінічна картина інфаркту міокарда, в другому - порушення мозкового кровообігу чи епілепсія)
4. Болями у животі, блювотою, проносом

#### **35.5.4. При розвитку легкої форми алергічної реакції у пацієнта під час проведення анестезії (зуд і почервоніння шкіри, незначне підвищення температури) достатньо:**

1. негайно покласти пацієнта, надати йому горизонтального положення, підняти доверху нижні кінцівки
2. Розстібнути верхній одяг, забезпечити доступ свіжого повітря в кабінет
3. Дати вдихнути нашатирний спирт

4. Ввести антигістамінні препарати: внутрішньом'язово 2 мл 2,5% розчину піпольфену, чи 2 мл 2% розчину супрастину, чи 2 мл 1% розчину димедролу
5. Повільно внутрішньовенно ввести глюкокортикоїди (преднізолон 60-90 мг)

**36.4.1. Для зняття бронхоспазму під час розвитку анафілактичного шоку необхідно застосувати такі препарати:**

1. Внутрішньовенно 10 мл 2,4% розчину еуфіліну
2. Внутрішньовенно 2 мл 2% розчину супрастину
3. Струйно 0,5-1,5 л 5% розчину глюкози
4. Внутрішньовенне введення фізіологічного розчину

**37.4.3. Вкажіть препарат, який необхідно негайно ввести в місце введення знеболювального розчину під час розвитку у пацієнта анафілактичного шоку:**

1. 2 мл 2% розчину супрастину
2. 0,5 мл 5% розчину глюкози
3. 0,5 мл 0,1% розчину адреналіну гідрохлориду
4. 5 мл 2% розчину адреналіну гідрохлориду

**38.6.1+2+3+5+6. Дії лікаря для забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів, якщо при розвитку анафілактичного шоку пацієнт знаходиться в стані асфіксії:**

1. Повернути голову пацієнта набік
2. Відкрити рот роторозширювачем
3. Захватити язик язикотримачем і витягнути його допереду
4. Внутрішньовенно ввести 1 мл 10% розчину кофеїну-бензоату натрію чи 1 мл кордіаміна
5. При блюванні - очистити порожнини рота від блювотних мас і стежити за прохідністю верхніх дихальних шляхів
6. В разі зупинки дихання - почати штучне дихання за методом "рот у рот" чи за допомогою портативного дихального апарату

**39.4.1. Який відсоток розчину адреналіну гідрохлориду вводять у місце ін'єкції анестетика для зменшення дії ліків, які викликали гіперчутливість організму негайного типу?**

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

**40.4.1. Вкажіть мінімальну кількість розчину адреналіну гідрохлориду, яку необхідно ввести в місце ін'єкції знеболювального розчину при розвитку анафілактичного шоку?**

1. 0,5 мл
2. 0,1 мл
3. 2 мл
4. 3 мл

**41.5.2+4. Назвіть протиалергічні препарати, що застосовують під час розвитку у пацієнта анафілактичного шоку:**

1. Внутрішньовенне введення 1 мл 1% розчину мезатону
2. Внутрішньовенне введення 2 мл 2% розчину супрастину, або 2 мл 0,1% розчину тавегілу, або 2-4 мл 1% розчину димедролу
3. Внутрішньовенне введення 1 мл 10% розчину кофеїн-бензоату натрію
4. Внутрішньовенне введення глюкокортикоїдів: преднізолон 60-120 мг чи дексаметазон 10-20 мг
5. Внутрішньовенне введення 0,5-1,0 мл 0,1% розчину кетанова

**42.4.1. Яку кількість розчину преднізолону необхідно ввести внутрішньовенно пацієнту при розвитку анафілактичного шоку?**

1. 60 - 120 мг
2. 20 - 40 мг
3. 200 - 300 мг
4. 50 - 100 мг

**43.5.1+4. Перерахуйте препарати, які необхідно ввести, якщо під час розвитку анафілактичного шоку у пацієнта виражені больовий і судомний синдроми?**

1. Внутрішньовенне введення 50 - 100 мг трамадолу
2. Внутрішньовенне введення 0,5-1 мл 0,06% розчину корглікону, розведеного в 20 мл фізіологічного розчину
3. Струйне вливання 0,5-1,5 л 5% розчину глюкози
4. Внутрішньовенне введення 10 - 20 мг діазепаму
5. Внутрішньовенне введення 2-4 мл 1% розчину фуросеміду

**44.5.2+5. Вкажіть, які препарати необхідно ввести, якщо під час розвитку анафілактичного шоку у пацієнта розвинулась виражена серцева недостатність?**

1. Внутрішньовенне введення 50 - 100 мг трамадолу
2. Внутрішньовенне введення 0,5-1 мл 0,06% розчину корглікону, розведеного в мл фізіологічного розчину
3. Струйне вливання 0,5-1,5 л 5% розчину глюкози
4. Внутрішньовенне введення 10 - 20 мг діазепаму
5. Внутрішньовенне введення 2-4 мл 1% розчину фуросеміду

#### **45.5.1. Клінічні симптоми, які вказують на зупинку серця у пацієнта:**

1. Відсутність пульсу на сонних та променевих артеріях
2. Артеріальний тиск від 80 до 100 мм рт.ст.
3. Тахірдія, екстрасистолія
4. Зниження частоти пульсу до 50-60 ударів за хвилину
5. Епілептичний напад

#### **46.4.2. Який розчин дибазолу доцільно ввести при розвитку у пацієнта гіпертонічного кризу під час ортопедичного втручання?**

1. 5% р-н 4-6 мл
2. 1% р-н 4-6 мл
3. 1% р-н 2 мл
4. 10% р-н 10 мл

#### **47.4.1. З якою швидкістю рекомендується вводити розчин анестетика для попередження токсичної реакції на його введення?**

1. Вводити розчин анестетика повільно: 0,5 мл протягом 15 секунд; одну карпулу (ампулу) - протягом 1 хвилини
2. Швидко ввести всю карпулу анестетика за 20 секунд
3. Вводити розчин в залежності від клінічної картини
4. Вводити розчин анестетика повільно: 0,5 мл протягом 1 хвилини, одну карпулу (ампулу) - протягом 5 хвилин

#### **48.5.4. Дайте визначення епілепсії:**

1. Це раптова короточасна втрата свідомості, обумовлена гострою гіпоксією головного мозку
2. Це різке пригнічення усіх життєво важливих функцій організму через гостре порушення кровообігу, зумовлене зменшенням об'єму циркулюючої крові, недостатньою нагнітальною функцією серця і втратою периферичними судинами здатності до регуляції тону, розподілення крові
3. Це загальна алергічна реакція негайного типу на введення медикаментозного препарату, що виникає одразу ж після введення останнього
4. Це захворювання, що супроводжується періодичними судомними нападами з розвитком непритомного стану
5. Це гостре стійке порушення мозкового кровообігу, що веде до вогнищевих уражень мозку і загально-мозкових розладів з можливим розвитком церебральної коми

#### **49.6.1+3+4+5. Перерахуйте клінічні прояви епілептичного нападу:**

1. Почервоніння обличчя
2. Обличчя стає блідим
3. Судоми, втрата свідомості
4. Сильне слиновиділення (з рота виділяється піна)
5. Зіниці розширені
6. Зіниці звужені



### **50.4.3. Яка тривалість епілептичного нападу?**

1. 10-15 сек
2. 30 хв - 1 година
3. Від декількох секунд до декількох хвилин
4. 1 - 2 години

### **51.6.1+2+3+4+6. Яка невідкладна допомога має бути надана хворому, у якого в стоматологічному кріслі стався епілептичний напад?**

1. Надати горизонтального положення і повернути голову пацієнта вбік
2. Вставити між зубами роторозширювач для попередження прикушування язика
3. Утримувати пацієнта (попередити можливе травмування під час судом), очистити рот від слини
4. При тривалому нападі ввести внутрішньовенно 10 мл 10% розчину гексеналу чи внутрішньом'язово 2 мл 0,5% розчину сибазону
5. Внутрішньовенно ввести глюкокортикоїди: преднізолон 60-120 мг чи дексаметазон 10-20 мг
6. Викликати спеціалізовану "психіатричну" бригаду швидкої допомоги

### **52.5.4. Дайте визначення набряку Квінке:**

1. Це раптова короткочасна втрата свідомості, обумовлена гострою гіпоксією головного мозку
2. Це різке пригнічення усіх життєво важливих функцій організму через гостре порушення кровообігу, зумовлене зменшенням об'єму циркулюючої крові, недостатньою нагнітальною функцією серця і втратою периферичними судинами здатності до регуляції тонууса, розподілення крові
3. Це загальна алергічна реакція негайного типу на введення медикаментозного препарату, що виникає одразу ж після введення останнього
4. Це астматична форма алергічного стану, яка розвивається через декілька хвилин після введення алергена і починається з набряку верхніх дихальних шляхів, повік, губ, шиї, гортані, при цьому виникає кашель і ларингоспазм
5. Це гостре стійке порушення мозкового кровообігу, що веде до вогнищевих уражень мозку і загально мозкових розладів з можливим розвитком церебральної коми

### **53.7.2+3+5+6+7. Невідкладна допомога у разі розвитку у пацієнта набряку Квінке під час прийому у стоматолога:**

1. Надати хворому вертикального положення
2. Інфільтрувати місце ін'єкції знеболюючого розчину 0,5 мл 0,1% розчином адреналіну (не рекомендується хворим із патологією серцево-судинної системи)
3. Ввести підшкірно 2 мл 1% розчину димедролу чи 2 мл 2% розчину супрастину

4. Ввести внутрішньовенно 10 мл 10% розчину гексеналу чи внутрішньом'язово 2 мл 0,5% розчину сибазону
5. Внутрішньовенно ввести 10 мл 2,4% розчину еуфіліну
6. При тяжкій формі - внутрішньовенне введення глюкокортикоїдів - гідрокортизону 150-300 мг чи преднізолону 50-100 мг
7. При наростанні асфіксії показана трахеотомія

#### **54.5.1+2+4+5. Назвіть алгоритм дій при асфіксії сторонніми предметами:**

1. Викликати бригаду швидкої медичної допомоги, звільнити порожнину рота від сторонніх предметів
2. Провести прийом Геймліха: встати позаду пацієнта, обхопити руками верхню частину живота, різко стиснути, імітуючи форсований видих. При відсутності ефекту повторити. Якщо вентиляція вдається, то проводити штучне дихання
3. Введення внутрішньовенно крапельно 200 мл 10% розчину глюкози
4. При наростанні гіпоксії - інкубація або конікотомія
5. Після відновлення дихання - госпіталізація

#### **55.5.1+3+5. Вкажіть клінічні ознаки колапсу:**

1. АТ систолічний - до 80-60 мм рт. ст., діастолічний - до 40 мм рт. ст. і нижче
2. АТ систолічний - до 180-240 мм рт. ст., діастолічний - до 140 мм рт. ст.
3. Слабкість, запаморочення, шум у вухах
4. Втрата свідомості
5. Шкіра бліда, холодний липкий піт

#### **56.3.1. Характеристика артеріальної кровотечі:**

1. Сильно пульсуючий струмінь яскраво-червоної крові, що витікає з проксимальної частини пошкодженої судини
2. Рівномірний неперервний повільний струмінь крові темно-вишневого кольору, що витікає з ушкодженої судини
3. Поява дрібних краплин крові, що має тенденцію до самостійного зупинення

#### **57.3.2. Характеристика венозної кровотечі:**

1. Сильно пульсуючий струмінь яскраво-червоної крові, що витікає з проксимальної частини пошкодженої судини
2. Рівномірний неперервний повільний струмінь крові темно-вишневого кольору, що витікає з ушкодженої судини
3. Поява дрібних краплин крові, що має тенденцію до самостійного зупинення

#### **58.3.3. Характеристика капілярної кровотечі:**

1. Сильно пульсуючий струмінь яскраво-червоної крові, що витікає з проксимальної частини пошкодженої судини
2. Рівномірний неперервний повільний струмінь крові темно-вишневого кольору, що витікає з ушкодженої судини
3. Поява дрібних краплин крові, що має тенденцію до самостійного зупинення

## **Загальні питання ортопедичної стоматології**

### **1.5.2. Мінімальний гарантійний термін та термін користування керамічними незнімними зубними протезами:**

1. Гарантійний термін 6 міс. / термін служби 24 міс.
2. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 36 міс.
3. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 26 міс.
4. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 48 міс.
5. Гарантійний термін 10 міс. / термін служби 20 міс.

### **2.5.2. Мінімальний гарантійний термін та термін користування бюгельними зубними протезами:**

1. Гарантійний термін 6 міс. / термін служби 24 міс.
2. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 24 міс.
3. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 36 міс.
4. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 48 міс.
5. Гарантійний термін 10 міс. / термін служби 20 міс.

### **3.5.5. Мінімальний гарантійний термін та термін користування частковими пластинковими знімними зубними протезами:**

1. Гарантійний термін 6 міс. / термін служби 24 міс.
2. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 26 міс.
3. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 36 міс.
4. Гарантійний термін 10 міс. / термін служби 48 міс.
5. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 24 міс.

### **4.5.4. Мінімальний гарантійний термін та термін користування повними пластинковими знімними зубними протезами:**

1. Гарантійний термін 6 міс. / термін служби 24 міс.
2. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 20 міс.
3. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 36 міс.
4. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 24 міс.
5. Гарантійний термін 10 міс. / термін служби 20 міс.

### **5.5.4. Мінімальний гарантійний термін та термін користування пластмасовими незнімними зубними протезами:**

1. Гарантійний термін 6 міс. / термін служби 24 міс.
2. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 26 міс.
3. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 36 міс.
4. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 18 міс.
5. Гарантійний термін 10 міс. / термін служби 38 міс.

**6.5.3. Мінімальний гарантійний термін та термін користування суцільнолитими незнімними зубними протезами (без облицювання):**

1. Гарантійний термін 6 міс. / термін служби 24 міс.
2. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 26 міс.
3. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 36 міс.
4. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 48 міс.
5. Гарантійний термін 10 міс. / термін служби 20 міс.

**7.5.2. Мінімальний гарантійний термін та термін користування суцільнолитими незнімними зубними протезами з пластмасовим облицюванням:**

1. Гарантійний термін 6 міс. / термін служби 24 міс.
2. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 24 міс.
3. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 36 міс.
4. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 48 міс.
5. Гарантійний термін 10 міс. / термін служби 20 міс.

**8.5.3. Мінімальний гарантійний термін та термін користування суцільнолитими незнімними зубними протезами з композитним облицюванням:**

1. Гарантійний термін 6 міс. / термін служби 24 міс.
2. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 26 міс.
3. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 36 міс.
4. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 48 міс.
5. Гарантійний термін 10 міс. / термін служби 20 міс.

**9.5.1. Мінімальний гарантійний термін та термін користування штамповано-паяними зубними протезами:**

1. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 18 міс.
2. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 26 міс.
3. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 36 міс.
4. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 48 міс.
5. Гарантійний термін 10 міс. / термін служби 20 міс.

**10.5.1. Мінімальний гарантійний термін та термін користування штамповано-паяними зубними протезами з захисним покриттям:**

1. Гарантійний термін 6 міс. / термін служби 12 міс.
2. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 26 міс.
3. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 36 міс.
4. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 48 міс.
5. Гарантійний термін 10 міс. / термін служби 20 міс.

**11.5.2. Вперше запропонував застосування відбитків при виготовленні зубних протезів:**

1. Амбруаз Паре (1697 р.)
2. Пурман (1711 р.)
3. Блек (1850 р.)
4. Дюшато (1774 р.)
5. Шротт (1864 р.)

**12.5.3. В якості відбиткового матеріалу гіпс був запропонований:**

1. В 1774 році
2. В 1799 році
3. В 1840 році
4. В 1966 році
5. В 1977 році

**13.5.4. Вперше запропонував використовувати фарфор для виготовлення зубних протезів:**

1. Амбруаз Паре (1697 р.)
2. Пурман (1711 р.)
3. Блек (1861 р.)
4. Дюшато (1774 р.)
5. Шротт (1884 р.)

**14.5.1+2+3. Згідно з наказом МОЗ України № 305 від 22.11.2000 р. пацієнт протягом гарантійного терміну у випадку виявлення недоліків у виконаній роботі має право на:**

1. Безоплатне усунення недоліків виконаної роботи
2. Повторного виконання частини роботи чи роботи в цілому з матеріалів такої ж якості
3. Відшкодування зазначених витрат на усунення недоліків виконаної роботи самостійно або третіми особами
4. Притягнути лікаря, що виконував роботу, до кримінальної відповідальності

**15.5.2. Яким наказом Міністерства охорони здоров'я повинні керуватися адміністрація та співробітники стоматологічних установ і кабінетів для запобігання поширенню захворюваності вірусними гепатитами?**

1. № 916
2. № 408
3. № 288
4. № 720
5. № 147

### **16.5.1. Антисептика - це:**

1. Комплекс заходів, спрямованих на знищення мікроорганізмів у рані, тканинах або органі
2. Способи попередження проникнення мікроорганізмів у рану, тканини або органи в процесі лікування
3. Винятково методи фізичного впливу на мікроорганізми, що потрапили в рану, органи або тканини
4. Біологічні засоби боротьби з екзогенною інфекцією
5. Боротьба з інфекцією на шкірі

**17.5.2. Робоче місце стоматолога займає складне обладнання та апаратура, які дозволяють успішно вирішувати завдання діагностики і лікування стоматологічних захворювань. Площа кабінету лікаря на 1 стоматологічне крісло має становити не менше:**

1. 10 м<sup>2</sup>
2. 14 м<sup>2</sup>
3. 12 м<sup>2</sup>
4. 16 м<sup>2</sup>
5. 7 м<sup>2</sup>

**18.5.1. Стоматологічна допомога відрізняється від інших видів спеціалізованої медичної допомоги. Яка ланка займає провідне місце в наданні стоматологічної допомоги?**

1. Амбулаторно-профілактичні заклади
2. Лікувально-профілактичні заклади
3. Лікарська амбулаторія
4. Стоматологічні стаціонарні відділи
5. Приватні стоматологічні кабінети

**19.5.1. Лікар-стоматолог-ортопед I категорії, що має 13 років стажу в практичній охороні здоров'я, в лікувальній установі державної форми власності вирішив організувати приватний стоматологічний кабінет. Який документ дає правову підставу для здійснення стоматологічної практики?**

1. Ліцензія
2. Висновок санітарно-епідеміологічної служби
3. Реєстрація в органах державної статистики
4. Сертифікат лікаря-стоматолога
5. Патент на здійснення підприємницької діяльності

**20.5.3. Термін служби протеза - це:**

1. Період його використання пацієнтом впродовж життя
2. Період, впродовж якого у випадку виявлення недоліків у виконаній роботі пацієнт має право на безоплатне усунення цих недоліків

3. Період часу, впродовж якого протез придатний до використання з моменту його виготовлення
4. Період часу, який триває 1 рік з моменту виготовлення протезу
5. Період часу, який триває 6 місяців з моменту виготовлення протезу

**21.5.4. У стоматологічній поліклініці міста з населенням понад 25 000 чоловік одна посада завідувача ортопедичним відділенням призначається (згідно з наказом № 33 МОЗ України від 23.02.2000 р.):**

1. На 8 лікарських посад
2. На 5 лікарських посад
3. На 6 лікарських посад
4. На 4 лікарські посади
5. На розсуд головного лікаря поліклініки

**22.5.3. Лікар-стоматолог при складанні звіту про виконану роботу користується обліковою і звітною документацією встановленого зразка. Яким наказом МОЗ України затверджені форми облікової статистичної інформації, що використовуються у стоматологічній практиці?**

1. Наказ МОЗ України № 215 від 11.10.1993 р.
2. Наказ МОЗ України № 305 від 22.11.2000 р.
3. Наказ МОЗ України № 181 від 15.05.2001 р.
4. Наказ МОЗ України № 168 від 03.05.2000 р.
5. Наказ МОЗ України № 455 від 13.11.2001 р.

**23.4.1. Шляхи передачі вірусного гепатиту В під час лікування зубів:**

1. Кров, слина, аерозольні респіраторні крапельки
2. Назальний
3. Відкрита рана
4. Респіраторний

**24.5.5. Шляхи передачі кандидозу під час лікування зубів:**

1. Кров, аерозольні респіраторні крапельки
2. Назальний
3. Відкрита рана
4. Респіраторний
5. Слина

**25.4.1+3. Шляхи передачі простого герпесу II типу під час лікування зубів:**

1. Кров, слина
2. Назальний
3. Відкрита рана
4. Респіраторний

**26.4.1. Шляхи передачі стафілококової інфекції під час лікування зубів:**

1. Слина, аерозольні респіраторні крапельки
2. Назальний
3. Відкрита рана
4. Респіраторний

**27.4.1. Шляхи передачі стрептококової інфекції під час лікування зубів:**

1. Кров, слина, аерозольні респіраторні крапельки
2. Назальний
3. Відкрита рана
4. Респіраторний

**28.5.1+2. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції під час лікування зубів:**

1. Кров
2. Слина
3. Назальний
4. Респіраторний
5. Контактний

**29.5.5. Інкубаційний період гепатиту В становить:**

1. 10 діб
2. 1-3 дні
3. 2-7 тижнів
4. 3 місяці
5. 1,5-5 місяців

**30.4.1+4. Під час стоматологічного прийому повітряно-крапельний шлях передачі інфекції відбувається через:**

1. Слизову оболонку носоглотки і очей медичного персоналу стоматологічного кабінету
2. Інструменти, якими працює лікар у порожнині рота
3. Предмети і поверхні, які оточують лікаря (стілець, авторучки, телефон, комп'ютер і документація в кабінеті)
4. Поверхні, куди інфекція потрапляє у вигляді аерозолію і через які можливе вторинне інфікування (крісло, шланги інструментів стоматологічної установки, панелі блоку керування, одяг лікаря)

**31.4.2+3. Під час стоматологічного прийому контактний шлях передачі інфекції відбувається через:**

1. Слизову оболонку носоглотки і очей медперсоналу стоматологічного кабінету



2. Інструменти, якими працює лікар у порожнині рота
3. Предмети і поверхні, які оточують лікаря (стілець, авторучки, телефон, комп'ютер і документація в кабінеті)
4. Поверхні, куди інфекція потрапляє аерозольним способом і через які можливе вторинне інфікування (крісло, шланги інструментів стоматологічної установки, панелі блока керування, одяг лікаря)

#### **32.5.4. Найбільш доступний і ефективний метод стерилізації інструментів та матеріалів:**

1. Низькотемпературна газова стерилізація закисом етилену
2. Гама-випромінювання
3. УФ-випромінювання
4. Автоклавування (паровий метод)
5. Сухожаровий метод

#### **33.6.1+2+3+4+5. Перерахуйте відомі методи стерилізації інструментів в клініці ортопедичної стоматології:**

1. Низькотемпературна газова стерилізація закисом етилену
2. Гама-випромінювання
3. УФ-випромінювання
4. Автоклавування (паровий метод)
5. Сухожаровий метод
6. Замочування інструментарію в детергентах

#### **34.5.1+2+3. Які помилки можуть статися під час антисептичної обробки рук перед проведенням стоматологічного втручання?**

1. Миття рук після антисептики
2. Втирання спиртових препаратів у вологі від води руки
3. Економія часу експозиції і кількості антисептичної речовини
4. Втирання спиртових препаратів тільки в сухі руки
5. Використання надмірної кількості антисептичної речовини

#### **35.5.1+2+3. Помилки, що можуть статися під час антисептичної обробки рук у разі їх забруднення кров'ю після проведення стоматологічного втручання:**

1. Миття рук перед антисептичною обробкою
2. Втирання спиртових препаратів у вологі від води руки
3. Економія часу експозиції і кількості антисептичної речовини
4. Втирання спиртових препаратів тільки в сухі руки
5. Використання надмірної кількості антисептичної речовини

**36.5.5. Вкажіть мінімальну кількість антисептичної речовини, що наноситься на поверхню рук у разі їх забруднення слиною або ротовою рідиною:**

1. 5 мл
2. 20 мл
3. Кількість антисептичної речовини не має значення
4. 1 мл
5. 3 мл

**37.5.1. Яку мінімальну кількість часу антисептичну речовину необхідно наносити на поверхню рук у разі їх забруднення слиною або кров'ю?**

1. 30 сек
2. 10 сек
3. Кількість часу не має значення
4. Антисептика відбувається миттєво
5. 2 хв

**38.5.3. Для антисептичної обробки рук використовують:**

1. Бактолін базік
2. Бактолан
3. Стерилліум
4. Бодефен
5. Корзолін

**39.5.4+5. Для дезінфекції медичного інструментарію використовують:**

1. Бактолін базік
2. Бактолан
3. Стерилліум
4. Бодефен
5. Корзолін

**40.5.3. Облікова статистична форма № 037-1/о, затверджена наказом МОЗ України № 181 від 15.05.2001 р., це:**

1. Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)
2. Щоденник обліку роботи лікаря стоматолога-ортопеда
3. Листок щоденного обліку роботи лікаря стоматолога-ортопеда
4. Листок обліку роботи лікаря стоматолога-ортопеда за перше півріччя
5. Щоденник обліку роботи лікаря стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету) за звітний рік

**41.5.3. Мінімальний гарантійний термін та термін користування металокерамічними і керамічними незнімними зубними протезами становить:**

1. Гарантійний термін 6 міс. / термін служби 24 міс.
2. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 26 міс.
3. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 36 міс.
4. Гарантійний термін 12 міс. / термін служби 48 міс.
5. Гарантійний термін 10 міс. / термін служби 20 міс.

**42.3.1. Відповідно до чинного законодавства, протягом установлених термінів служби ортопедичної конструкції стоматологічний заклад відповідає за:**

1. Виявлені істотні недоліки у виконаній роботі
2. Виявлені будь-які недоліки у виконаній роботі
3. Виявлені неістотні недоліки у виконаній роботі

**43.4.1. Не може займатися лікарською діяльністю і має бути направлений на стажування лікар, який не працює за конкретною спеціальністю:**

1. 3 роки
2. 1 рік
3. 5 років
4. 10 років і більше

**44.4.1. Неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження пацієнта вірусом імунодефіциту чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, карається обмеженням волі або позбавленням волі з позбавленням права обіймати певні посади на строк:**

1. До 3 років
2. До 8 років
3. До 10 років
4. До 1 року

**45.4.1+2+3. Термінові заходи профілактики зараження вірусом гепатиту С, як і іншими вірусами з парентеральним механізмом передачі, передбачають:**

1. При потраплянні крові або іншої біологічної рідини пацієнта на відкриті ділянки шкіри медичного персоналу їх необхідно ретельно відмити в проточній воді з милом, а потім цю ділянку шкіри обробити одним із антисептиків (70% р-н спирту, 3% р-н перекису водню, стерилліум, йодобак тощо)

2. У разі порізу чи проколу шкіри гострим інструментом необхідно негайно неушкодженою рукою передавити ділянку ушкодженої руки вище травмованого місця, выдавити з неї кілька краплин крові, а потім ретельно промити рану проточною водою з милом і обробити одним із антисептиків
3. При потраплянні крові в очі їх необхідно ретельно промити проточною водою, а потім закапати 1-2% розчином борної кислоти або розчином альбуніду натрію
4. Самостійно не вживати ніяких заходів, а звернутися у спеціалізовані заклади за допомогою

**46.4.1+2+3. Наказом МОЗ України №48 від 03.02.2006 р. щеплення проти гепатиту В підрозділяється на:**

1. Щеплення за віком
2. Щеплення за епідеміологічними показаннями
3. Щеплення, які рекомендовані
4. Щеплення за статтю

**47.4.2. Вкажіть схему вакцинації медичних працівників проти гепатиту В:**

1. Вакцинація, перша ревакцинація - через 1 рік, друга ревакцинація - через 3 роки
2. Вакцинація, перша ревакцинація - через 1 місяць, друга ревакцинація - через 6 місяців
3. Вакцинація, ревакцинація - через 1 рік
4. Вакцинація, подальші ревакцинації - кожного року

**48.5.1+3+5. Назвіть шляхи введення вакцин:**

1. Підшкірно, внутрішньом'язово
2. Кон'юнктивально
3. Перорально
4. Інтрацеребрально, епідурально
5. Інтраназально

## **Функціональна анатомія зубощелепної системи**

### **1.4.2. Характеристика оклюзійної кривої Шпес:**

1. Це крива, яка проходить через жувальні поверхні молярів з правого і лівого боку в поперечному напрямку
2. Це умовна лінія, проведена через жувальні поверхні нижніх зубів, яка починається на щічному горбку першого премоляра і закінчується на дистальному щічному горбку останнього моляра
3. Це умовна лінія, проведена через жувальні поверхні верхніх зубів, яка починається на щічному горбку першого моляра і закінчується на дистальному щічному горбку останнього моляра
4. Це крива, яка проходить через жувальні поверхні премолярів з правого і лівого боку в поперечному напрямку

### **2.4.1. Характеристика оклюзійної кривої Уїлсона:**

1. Це крива, яка проходить через жувальні поверхні молярів з правого і лівого боку в поперечному напрямку
2. Це умовна лінія, проведена через жувальні поверхні нижніх зубів, починається на щічному горбку першого премоляра і закінчується на дистальному щічному горбку останнього моляра
3. Це умовна лінія, проведена через жувальні поверхні верхніх зубів, починається на щічному горбку першого премоляра і закінчується на дистальному щічному горбку останнього моляра
4. Це крива, яка проходить через різальні поверхні премолярів з правого і лівого боків в поперечному напрямку

### **3.5.4. Початковим моментом руху нижньої щелепи під час механізму жування за Гізі є:**

1. Опускання щелепи і рух її вперед
2. Зміщення щелепи вбік
3. Змикання зубів на робочому боці однойменними горбками, а на протилежному - різнойменними
4. Положення центрального співвідношення щелеп
5. Рух нижньої щелепи назад

### **4.5.1. Першою фазою руху нижньої щелепи під час механізму жування за Гізі є:**

1. Опускання щелепи і рух її вперед
2. Зміщення щелепи вбік
3. Змикання зубів на робочому боці однойменними горбками, а на протилежному - різнойменними
4. Положення центрального співвідношення щелеп
5. Рух нижньої щелепи назад

### **5.5.2. Другою фазою руху нижньої щелепи під час механізму жування за Гізі є:**

1. Опускання щелепи і рух її вперед
2. Зміщення щелепи вбік
3. Змикання зубів на робочому боці однойменними горбками, а на протилежному - різнойменними
4. Положення центрального співвідношення щелеп
5. Рух нижньої щелепи назад

### **6.5.3. Третьою фазою руху нижньої щелепи під час механізму жування за Гізі є:**

1. Опускання щелепи і рух її вперед
2. Зміщення щелепи вбік
3. Змикання зубів на робочому боці однойменними горбками, а на протилежному - різнойменними
4. Положення центрального співвідношення щелеп
5. Рух нижньої щелепи назад

### **7.3.2. Характерні ознаки періодонто-м'язового рефлексу:**

1. Виникає після втрати зубів, коли сила скорочень жувальних м'язів регулюється рецепторами слизової оболонки ясен та альвеолярних відростків
2. Проявляється під час жування природними зубами, за такої умови сила скорочень жувальних м'язів регулюється чутливістю рецепторів періодонта
3. Проявляються за наявності функціональних станів, пов'язаних з розтягненням жувальних м'язів, початок рефлексу дають імпульси, що виникають у рецепторах, безпосередньо розташованих у жувальних м'язах та їх сухожилках

### **8.3.1. Характерні ознаки гінгіво-м'язового рефлексу:**

1. Виникає після втрати зубів, коли сила скорочень жувальних м'язів регулюється рецепторами слизової оболонки ясен та альвеолярних відростків
2. Проявляється під час жування природними зубами, за такої умови сила скорочень жувальних м'язів регулюється чутливістю рецепторів періодонта
3. Проявляються за наявності функціональних станів, пов'язаних з розтягненням жувальних м'язів, початок рефлексу дають імпульси, що виникають у рецепторах, безпосередньо розташованих у жувальних м'язах та їх сухожилках

### **9.3.3. Характерні ознаки м'іотатичних рефлексів:**

1. Виникає після втрати зубів, коли сила скорочень жувальних м'язів регулюється рецепторами слизової оболонки ясен та альвеолярних відростків
2. Проявляється під час жування природними зубами, за такої умови сила скорочень жувальних м'язів регулюється чутливістю рецепторів періодонта
3. Проявляються за наявності функціональних станів, пов'язаних з розтягненням жувальних м'язів, початок рефлексу дають імпульси, що виникають у рецепторах, безпосередньо розташована у жувальних м'язах та їх сухожилках

### **10.4.2. Характеристика сагітального суглобового шляху:**

1. Відстань, яку проходить суглобова головка нижньої щелепи під час руху нижньої щелепи вбік по дистальному схилу суглобового горбка
2. Відстань, яку проходить суглобова головка нижньої щелепи під час руху нижньої щелепи вперед по дистальному схилу суглобового горбка
3. Відстань, яку проходить суглобова головка нижньої щелепи під час руху нижньої щелепи назад по дистальному схилу суглобового горбка
4. Шлях, який здійснюється нижніми різцями під час висування нижньої щелепи вперед

### **11.4.4. Характеристика сагітального різцевого шляху:**

1. Відстань, яку проходить суглобова головка нижньої щелепи під час руху нижньої щелепи вбік по дистальному схилу суглобового горбка
2. Відстань, яку проходить суглобова головка нижньої щелепи під час руху нижньої щелепи вперед по дистальному схилу суглобового горбка
3. Відстань, яку проходить суглобова головка нижньої щелепи під час руху нижньої щелепи назад по дистальному схилу суглобового горбка
4. Шлях, який здійснюється нижніми різцями під час висування нижньої щелепи вперед

### **12.4.2. Характеристика кута суглобового сагітального шляху:**

1. Цей кут утворюється шляхом перетинання лінії, що лежить на продовженні сагітального різцевого шляху, з оклюзійною площиною
2. Цей кут утворюється шляхом перетинання лінії, що лежить на продовженні сагітального суглобового шляху, з оклюзійною площиною
3. Головка нижньої щелепи на боці, де скоротився м'яз, рухається вниз, вперед і незначно досередини. При цьому вона долає шлях під кутом до сагітальної лінії суглобового шляху
4. Це кут, який утворюється у місці перетину різців під час руху нижньої щелепи вправо-вліво

#### **13.4.1. Характеристика кута сагітального різцевого шляху:**

1. Цей кут утворюється шляхом перетинання лінії, що лежить на продовженні сагітального різцевого шляху, з оклюзійною площиною
2. Цей кут утворюється шляхом перетинання лінії, що лежить на продовженні сагітального суглобового шляху, з оклюзійною площиною
3. Головка нижньої щелепи на боці, де скоротився м'яз, рухається вниз, вперед і незначно досередини. При цьому вона долає шлях під кутом до сагітальної лінії суглобового шляху
4. Це кут, який утворюється у місці перетину різців під час руху нижньої щелепи вправо-вліво

#### **14.4.3. Характеристика кута трансверзального суглобового шляху:**

1. Цей кут утворюється шляхом перетинання лінії, що лежить на продовженні сагітального різцевого шляху, з оклюзійною площиною
2. Цей кут утворюється шляхом перетинання лінії, що лежить на продовженні сагітального суглобового шляху, з оклюзійною площиною
3. Суглобова головка нижньої щелепи на боці, де скоротився м'яз, рухається вниз, вперед і незначно досередини. При цьому вона долає шлях під кутом до сагітальної лінії суглобового шляху
4. Це кут, який утворюється у місці перетину різців під час руху нижньої щелепи вправо-вліво

#### **15.4.4. Характеристика готичного кута:**

1. Цей кут утворюється шляхом перетинання лінії, що лежить на продовженні сагітального різцевого шляху, з оклюзійною площиною
2. Цей кут утворюється шляхом перетинання лінії, що лежить на продовженні сагітального суглобового шляху, з оклюзійною площиною
3. Суглобова головка нижньої щелепи на боці, де скоротився м'яз, рухається вниз, вперед і незначно досередини. При цьому вона долає шлях під кутом до сагітальної лінії суглобового шляху
4. Це кут, який утворюється у місці перетину різців під час руху нижньої щелепи вправо-вліво

#### **16.5.3. Кут суглобового сагітального шляху, за даними Гізі, в середньому становить:**

1. 40-50°
2. 100-110°
3. 33°
4. 10-20°
5. 17°

#### **17.5.1. Кут сагітального різцевого шляху, за даними Гізі, в середньому становить:**

1. 40-50°
2. 100-110°



3. 33°
4. 10-20°
5. 17°

**18.5.5. Кут Беннета в середньому становить:**

1. 40-50°
2. 100-110°
3. 33°
4. 10-20°
5. 17°

**19.4.2. Готичний кут в середньому становить:**

1. 40-50°
2. 100-110°
3. 33°
4. 10-20°

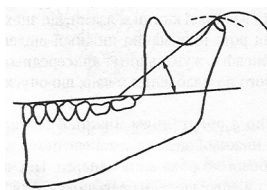
**20.4.3. Трьохпунктний контакт, за Бонвілем, можливий:**

1. За наявності бічної правої оклюзії
2. За наявності бічної лівої оклюзії
3. За наявності передньої оклюзії
4. За наявності центральної оклюзії

**21.4.2. Якій характеристиці відповідає трьохпунктний контакт за Бонвілем?**

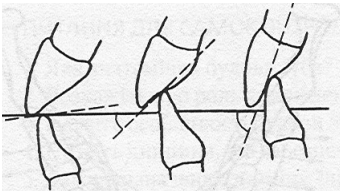
1. За наявності передньої оклюзії контакти зубів у трьох точках, одна з яких розташована на передніх зубах, а дві - на задніх горбках премолярів
2. За наявності передньої оклюзії контакти зубів у трьох точках, одна з яких розташована на передніх зубах, а дві - на задніх горбках третіх молярів
3. За наявності центральної оклюзії контакти зубів у трьох точках, одна з них розташована на передніх зубах, а дві - на задніх горбках третіх молярів
4. За наявності передньої оклюзії контакти зубів у трьох точках, дві з яких розташовані на передніх зубах, а одна - на задніх горбках третіх молярів

**22.4.2. На даному малюнку зображений:**



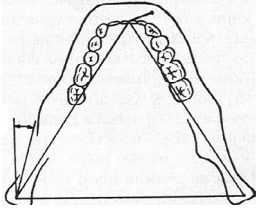
1. Сагітальний різцевий шлях
2. Кут сагітального суглобового шляху
3. Кут трансверзального бічного шляху (готичний кут)
4. Кут Беннета

### 23.4.1. На даному малюнку зображений:



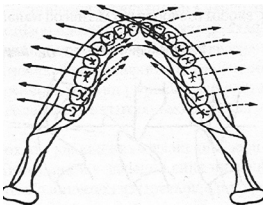
1. Сагітальний різцевий шлях
2. Сагітальний суглобовий шлях
3. Кут трансверзального бічного шляху (готичний кут)
4. Кут Беннета

### 24.4.4. На даному малюнку зображений:



1. Сагітальний різцевий шлях
2. Сагітальний суглобовий шлях
3. Кут трансверзального бічного шляху (готичний кут)
4. Кут Беннета

### 25.4.3. На даному малюнку зображений:



1. Сагітальний різцевий шлях
2. Сагітальний суглобовий шлях
3. Кут трансверзального бічного шляху (готичний кут)
4. Кут Беннета

### 26.4.3. Першим описав кут трансверзального суглобового шляху:

1. Гізі
2. Бонвіль
3. Беннет
4. Кенеді

### 27.5.2. Яким чином утворені горбки підборідної ості?

1. В результаті дії щелепно-під'язикового м'яза, прикріпленого до горбків
2. Під дією підборідно-язикового м'яза, який прикріплюється до верхніх горбиків, і підборідно-під'язикових м'язів, які прикріплені до нижнього горбика
3. Під дією підборідно-язикового м'яза, який прикріплюється до нижніх горбиків, і підборідно-під'язикових м'язів, які прикріплені до верхніх горбиків
4. В результаті прикріплення внутрішнього крилоподібного м'яза
5. В результаті прилягання підщелепної слинної залози

### 28.5.2. Горбистість на внутрішній поверхні кута нижньої щелепи утворена внаслідок:

1. Прилягання підщелепної слинної залози
2. Прикріплення внутрішнього крилоподібного м'яза

3. Прикріплення підборідно-язикового м'яза
4. Прикріплення підборідно-під'язикового м'яза
5. Тяги жувального м'яза, прикріпленого в цьому місці

**29.5.5. Жувальна горбистість (tuberositas masseterica) на зовнішній поверхні нижньої щелепи утворена внаслідок:**

1. Прилягання підщелепної слинної залози
2. Прикріплення внутрішнього крилоподібного м'яза
3. Прикріплення підборідно-язикового м'яза
4. Прикріплення підборідно-під'язикового м'яза
5. Тяги жувального м'яза, прикріпленого в цьому місці

**30.4.2. Призначення зовнішньої і внутрішньої косої лінії на нижній щелепі:**

1. Служить для зміцнення нижніх молярів і захищає їх від розхитування у щічно-язиковому напрямку під час вертикальних жувальних рухів
2. Служить для зміцнення нижніх молярів і захищає їх від розхитування у щічно-язиковому напрямку під час трансверзальних жувальних рухів
3. Служить для зміцнення всіх нижніх зубів і захищає їх від розхитування у щічно-язиковому напрямку під час трансверзальних жувальних рухів
4. Служить для зміцнення всіх нижніх зубів і захищає їх від розхитування у щічно-язиковому напрямку під час вертикальних і трансверзальних жувальних рухів

**31.6.1+2+3+5+6. Вкажіть складові частини верхньої щелепи:**

1. Тіло
2. Лобовий відросток
3. Виличний відросток
4. Вінцевий відросток
5. Альвеолярний відросток
6. Піднебінний відросток

**32.4.3. Вкажіть м'язи, які піднімають нижню щелепу:**

1. Щелепно-під'язиковий м'яз, двочеревцевий м'яз, підборідно-під'язиковий м'яз
2. Латеральний крилоподібний м'яз
3. Жувальний м'яз, скроневи м'яз, медіальний крилоподібний м'яз
4. Великий виличний м'яз

**33.4.2. Вкажіть м'язи, які висувають нижню щелепу:**

1. Щелепно-під'язиковий м'яз, двочеревцевий м'яз, підборідно-під'язиковий м'яз
2. Латеральний крилоподібний м'яз
3. Жувальний м'яз, скроневи м'яз, медіальний крилоподібний м'яз
4. Великий виличний м'яз

**34.4.1. Вкажіть м'язи, які опускають нижню щелепу:**

1. Щелепно-під'язиковий м'яз, двочеревцевий м'яз, підборідно-під'язиковий м'яз
2. Латеральний крилоподібний м'яз
3. Жувальний м'яз, скроневи м'яз, медіальний крилоподібний м'яз
4. Великий виличний м'яз

**35.5.2. Вкажіть місце прикріплення жувального м'яза:**

1. Вінцевий відросток нижньої щелепи (proc.coronoideus)
2. Жувальна горбистість нижньої щелепи (tuberositas masseterica)
3. Крилоподібна горбистість кута нижньої щелепи
4. Тіло під'язикової кістки
5. Передня поверхня шийки нижньої щелепи, суглобова капсула, суглобовий диск СНЩС

**36.5.3. Вкажіть місце прикріплення медіального крилоподібного м'яза:**

1. Вінцевий відросток нижньої щелепи (proc.coronoideus)
2. Жувальна горбистість нижньої щелепи (tuberositas masseterica)
3. Крилоподібна горбистість кута нижньої щелепи
4. Тіло під'язикової кістки
5. Передня поверхня шийки нижньої щелепи, суглобова капсула, суглобовий диск СНЩС

**37.5.1. Вкажіть місце прикріплення скроневого м'яза:**

1. Вінцевий відросток нижньої щелепи (proc.coronoideus)
2. Жувальна горбистість нижньої щелепи (tuberositas masseterica)
3. Крилоподібна горбистість кута нижньої щелепи
4. Тіло під'язикової кістки
5. Передня поверхня шийки нижньої щелепи, суглобова капсула, суглобовий диск СНЩС

**38.5.5. Місце прикріплення латерального крилоподібного м'яза:**

1. Вінцевий відросток нижньої щелепи (proc.coronoideus)
2. Жувальна горбистість нижньої щелепи (tuberositas masseterica)
3. Крилоподібна горбистість кута нижньої щелепи
4. Тіло під'язикової кістки
5. Передня поверхня шийки нижньої щелепи, суглобова капсула, суглобовий диск СНЩС

**39.5.4. Місце прикріплення підборідно-під'язикового м'яза:**

1. Вінцевий відросток нижньої щелепи (proc.coronoideus)
2. Жувальна горбистість нижньої щелепи (tuberositas masseterica)

3. Крилоподібна горбистість кута нижньої щелепи
4. Тіло під'язикової кістки
5. Передня поверхня шийки нижньої щелепи, суглобова капсула, суглобовий диск СНЩС

#### **40.5.4. Місце прикріплення двочеревцевого м'яза:**

1. Вінцевий відросток нижньої щелепи (proc.coronoideus)
2. Жувальна горбистість гілки нижньої щелепи (tuberositas masseterica)
3. Крилоподібна горбистість кута нижньої щелепи
4. Тіло і великий ріг під'язикової кістки
5. Передня поверхня шийки нижньої щелепи, суглобова капсула, суглобовий диск СНЩС

#### **41.4.1+3+4. Перерахуйте відростки нижньої щелепи:**

1. Вінцевий (proc.coronoideus)
2. Виличний (proc.zygomaticus)
3. Альвеолярний (proc.alveolaris)
4. Виростковий (proc.condylaris)

#### **42.3.1. Що таке контрфорси?**

1. Це устої компактного шару кістки, що трансформують напругу, яка виникає в зубних рядах, на щелепи і кістки черепа
2. Це складки компактного шару на нижній щелепі, що підвищують її міцність
3. Це перекладки губчастої речовини кістки, розташовані у певному порядку, залежно від функціонального навантаження

#### **43.4.3. Скільки контрфорсів розрізняють на верхній щелепі?**

1. Два
2. Три
3. Чотири
4. П'ять

#### **44.4.4. По якому контрфорсу переважно розповсюджується жувальний тиск від фронтальних зубів верхньої щелепи?**

1. По скуловому
2. По крило-піднебінному
3. По піднебінному
4. По лобно-носовому

#### **45.5.3+4. По якому контрфорсу переважно розповсюджується жувальний тиск від корінних зубів?**

1. По нижньощелепному
2. По лобно-носовому

3. По крило-піднебінному
4. По виличному
5. По вилицево-лобному

**46.4.3. Вкажіть анатомічні утворення внутрішньої поверхні нижньої щелепи, що мають значення для знімного протезування?**

1. Бугристість, зовнішня коса лінія
2. Підборідні отвори, бугристість
3. Внутрішня коса лінія, підборідна ость - торус
4. Зовнішня коса лінія, екзостози

**47.3.1. Які анатомо-фізіологічні утворення нижньої щелепи можуть бути використані для розширення базису повного знімного протеза?**

1. Щічна кишеня, позамолярний трикутник, позаальвеолярна і під'язикова ділянки
2. Зовнішня коса лінія, бугристість
3. Зона вуздечки нижньої губи, зона слизового бугорка, зона вуздечки щоки

**48.5.1+2+3+5. Особливості будови СНЩС:**

1. Суглобова головка має еліпсоїдну форму
2. Суглоб має внутрішньосуглобовий диск
3. Суглоб має капсулу
4. Суглобова головка має форму кулі
5. Суглоб інконгруентний

**49.5.1+2+3+5. Вкажіть тип СНЩС людини:**

1. Комбінований
2. Парний
3. Інконгруентний
4. Конгруентний
5. Суглоб із сполучнотканинним хрящем

**50.5.3. У скронево-нижньощелепних суглобах можливі наступні рухи:**

1. Поступальні
2. Обертальні
3. Поступальні, обертальні; узгоджені і одночасні в обох суглобах
4. Неузгоджені
5. Одночасні

**51.5.2. Дайте визначення терміну оклюзія:**

1. Положення нижньої щелепи відносно верхньої
2. Змикання верхніх і нижніх зубних рядів в цілому або окремих груп зубів протягом певного відрізка часу

3. Площина, в якій змикаються ріжучі краї різців, ікл і жувальні поверхні премолярів
4. Лінія змикання губ
5. Положення суглобових головок СНЩС на верхівці суглобового горбка

#### **52.4.4. Що таке артикуляція?**

1. Змикання зубних рядів в цілому або окремих груп зубів
2. Положення нижньої щелепи відносно верхньої щелепи
3. Переміщення нижньої щелепи
4. Різноманітні положення і переміщення нижньої щелепи відносно верхньої, що здійснюються за допомогою жувальних м'язів

#### **53.4.1. Передня оклюзія - це:**

1. Змикання зубів при зміщенні нижньої щелепи вперед
2. Змикання зубів при зміщенні нижньої щелепи вбік
3. Змикання різців та ікл
4. Змикання бокових зубів при зміщенні нижньої щелепи вперед

#### **54.5.1. Бокова оклюзія - це:**

1. Змикання зубних рядів при зміщенні нижньої щелепи вбік
2. Змикання передніх зубів при зміщенні нижньої щелепи вбік
3. Змикання бокових зубів при зміщенні нижньої щелепи вбік
4. Максимальний контакт між зубами верхньої і нижньої щелеп
5. Середня лінія обличчя проходить між центральними різцями

#### **55.5.1+2+4+5. Положення центральної оклюзії при прямому прикусі:**

1. Максимальний контакт між верхньою і нижньою щелепами
2. Суглобові головки розташовані на схилах суглобових горбків
3. Перекриття нижніх передніх зубів коронками верхніх на 1/3 висоти
4. Середня лінія обличчя проходить між центральними різцями обох щелеп
5. Різальні і жувальні поверхні зімкнуті

#### **56.5.1+2+3. Клінічна картина, характерна для ортогнатичного прикусу:**

1. Перекриття нижніх передніх зубів коронками верхніх на 1/3 висоти
2. Середня лінія проходить між центральними різцями обох щелеп
3. Щічні горбки верхніх зубів розташовані назовні від однойменних горбків нижніх зубів, а щічні горбки нижніх зубів - досередини від однойменних горбків верхніх зубів
4. Передньощічний горбок першого верхнього моляра потрапляє на однойменні горбки нижнього моляра
5. "Ключ оклюзії" на третіх молярах

**57.5.1+3+4+5. Перерахуйте види оклюзії:**

1. Передня
2. Перехресна
3. Бокова права
4. Бокова ліва
5. Центральна

**58.5.2+3. Вкажіть види оклюзійних кривих:**

1. Вертикальна
2. Сагітальна
3. Трансверзальна
4. Горизонтальна
5. Параболоїдальна

**59.4.4. Товщина компактної речовини в позамолярній ділянці становить:**

1. 2-3 мм
2. 4-5 мм
3. 6-7 мм
4. 8 мм

**60.4.2. Визначте термін "нейтральна зона":**

1. Ділянка слизової оболонки, що покриває губи, щоки
2. Зона пасивно-рухомої слизової оболонки з вестибулярної сторони в ділянці переходу рухомої слизової оболонки в нерухому
3. Зона слизової оболонки в ділянці твердого і м'якого піднебіння
4. Зона слизової оболонки в ділянці поперечних складок

**61.3.1. Визначте локалізацію лінії А:**

1. Гранична ділянка слизової оболонки, що визначається при вимові звука між твердим і м'яким піднебінням
2. Гранична ділянка між перехідною складкою і слизовою, що покриває альвеолярний відросток
3. Гранична ділянка між рухомою і нерухомою ділянками, слизовою оболонкою порожнини рота

**62.4.1. Анатомічна коронка зуба - це:**

1. Частина зуба, що покрита емаллю
2. Частина зуба, що виступає над альвеолярним відростком
3. Частина зуба, що виступає над яснами
4. Частина зуба, що покрита емаллю і цементом

**63.4.2. Клінічна коронка зуба - це:**

1. Частина зуба, що виступає над альвеолярним відростком



2. Частина зуба, що виступає над яснами
3. Частина зуба, що покрита емаллю
4. Коронка і шийка зуба

**64.4.3. Форма зубної дуги верхньої щелепи постійного ортогнатичного прикусу:**

1. Трапецієподібна
2. Напівкругла
3. Напівеліптична
4. Параболічна

**65.4.3. Форма зубної дуги на нижній щелепі постійного ортогнатичного прикусу:**

1. Y-подібна
2. Напівеліптична
3. Параболічна
4. Напівкругла

**66.4.3. Визначте поняття "прикус":**

1. Змикання зубів без порушення функції
2. Змикання частини або усіх зубів за певний проміжок часу
3. Характер змикання зубів чи зубних рядів в центральній оклюзії
4. Змикання молярів, премолярів без зміщення нижньої щелепи

**67.7.1+3+4+5+6. Перерахуйте патологічні прикуси:**

1. Дистальний /прогнатія/
2. Фізіологічна опістогнатія
3. Мезіальний /прогенія/
4. Відкритий
5. Глибокий
6. Перехресний
7. Прямий

**68.6.1+2+3+5. Перерахуйте фізіологічні прикуси:**

1. Фізіологічна прогнатія
2. Фізіологічна опістогнатія
3. Ортогнатичний
4. Глибокий
5. Прямий
6. Відкритий

**69.4.3. Чим пояснюється вертикальна рухомість слизової оболонки за Є.І. Гавриловим?**

1. Товщиною жирової клітковини у підслизовому шарі
2. Розташуванням жирової клітковини і слизових залоз у підслизовому шарі

3. Щільністю судинної сітки підслизового шару
4. Товщиною м'язового прошарку

**70.4.3. Вкажіть співвідношення бокових зубів у трансверзальному напрямку при ортогнатичному прикусі?**

1. Бугорково-бугоркове, однойменне
2. Бугорково-бугоркове, різнойменне
3. Бугорково-боріздкове /щічні нижні бугри в боріздці верхніх зубів/
4. Бугорково-боріздкове /язикові нижні бугри в боріздці верхніх зубів/

**71.5.5. Глибина зубоясенної боріздки в нормі:**

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

**72.5.1. Величина фізіологічної рухомості зубів:**

1. 0,01 - 0,03 мм
2. 0,05 - 0,1 мм
3. До 1 мм
4. 1,0 - 1,5 мм
5. Індивідуальна

**73.4.1. Яка з дуг на нижній щелепі менша в ортогнатичному прикусі?**

1. Зубна
2. Апікальні
3. Альвеолярна
4. Всі рівні між собою

**74.3.3. Яка з дуг на верхній щелепі більша в ортогнатичному прикусі?**

1. Апікальна
2. Альвеолярна
3. Зубна

**75.5.1. Характеристика прогнатичного співвідношення щелеп (дистального прикусу):**

1. Фронтальні зуби верхньої щелепи перекривають нижні із різцевою сагітальною щілиною, нижня щелепа зміщена дистально
2. Співвідношення між зубними рядами за ортогнатичним прикусом
3. Ножницеподібне співвідношення передніх зубів, бокові зуби нижньої щелепи зміщені вперед
4. Нижні фронтальні зуби перекривають верхні зі зміщенням нижньої щелепи вперед
5. Середнє перекриття у фронтальній ділянці, бокові зуби змикаються за ортогнатичним співвідношенням

### **76.5.3. Характеристика прогенічного співвідношення щелеп (мезіального прикусу):**

1. Фронтальні зуби нижньої щелепи перекривають верхні, бокові - в ортогнатичному співвідношенні
2. Співвідношення передніх зубів ножицеподібне, нижня щелепа зміщена дистально
3. Фронтальні зуби нижньої щелепи перекривають верхні, бокові зуби нижньої щелепи зміщені мезіально
4. Фронтальні і бокові зуби змикаються в ортогнатичному співвідношенні
5. Бокові зуби в ортогнатичному співвідношенні, фронтальні - не змикаються

### **77.5.3. Характеристика біпрогнатії:**

1. Альвеолярні відростки, передні зуби їх мають вертикальне положення. Всі інші ознаки не відрізняються від ортогнатичного прикусу
2. Альвеолярні відростки з передніми зубами нахилені назад. Всі інші ознаки не відрізняються від ортогнатичного прикусу
3. Альвеолярні відростки верхньої і нижньої щелеп з передніми зубами нахилені вперед. Всі інші ознаки не відрізняються від ортогнатичного прикусу
4. Альвеолярні відростки із зубами у фронтальній ділянці нахилені назад, надмірне перекриття нижніх передніх зубів верхніми
5. Альвеолярні відростки із фронтальними зубами не змикаються у фронтальній ділянці

### **78.4.3. Характеристика відкритого прикусу:**

1. Верхні зуби висунуті вперед, і між ними та нижніми є сагітальна щілина. Передній щічний бугор верхнього 1-го моляра потрапляє на однойменний бугор нижнього 1-го моляра, а іноді між 2-м премоляром і 1-м нижнім моляром
2. Верхні передні зуби надмірно перекривають нижні передні зуби. Бокові зуби змикаються як при ортогнатичному прикусі
3. Контакт між верхніми і нижніми передніми зубами відсутній. Іноді відсутній і на премолярах. Бокові зуби змикаються як при ортогнатичному прикусі
4. В передньому відділі контакт як при ортогнатичному прикусі. В боковому відділі з однієї сторони чи з обох сторін щічні бугри нижніх зубів розташовані назовні від однойменних бугрів верхніх зубів

### **79.4.2. Глибокий прикус характеризується:**

1. Верхні зуби висунуті вперед, і між ними та нижніми є сагітальна щілина. Передній щічний бугор верхнього 1-го моляра потрапляє на однойменний бугор нижнього 1-го моляра, а іноді між 2-м премоляром і 1-м нижнім моляром

2. Верхні передні зуби надмірно перекривають нижні передні зуби. Бокові зуби змикаються як при ортогнатичному прикусі
3. Контакт між передніми верхніми і нижніми зубами відсутній, іноді відсутній і на премолярах. Бокові зуби змикаються як при ортогнатичному прикусі
4. Нижні передні зуби перекривають верхні. В ділянці бокових зубів - прямий контакт

#### **80.4.4. Перехресний прикус характеризується:**

1. Верхні зуби висунуті вперед, і між ними і нижніми є сагітальна щілина. Передній щічний бугор верхнього 1-го моляра знаходиться над однойменним бугром 1-го моляра, а іноді між 2-м премоляром і 1-м нижнім моляром
2. Верхні передні зуби надмірно перекривають нижні передні зуби. Бокові зуби змикаються як при ортогнатичному прикусі
3. Контакт між передніми верхніми і нижніми зубами відсутній, іноді відсутній і на премолярах. Бокові зуби змикаються як при ортогнатичному прикусі
4. Середні лінії зубних рядів не співпадають, перекриття передніх зубів може бути різноманітним. У боковому відділі з однієї сторони чи з обох сторін щічні бугри нижніх зубів розташовані поза однойменними буграми верхніх зубів, або нижні бокові зуби повністю перекриті верхніми з однієї чи з обох сторін

#### **81.5.1+3+4+5. З чого складається слизова оболонка порожнини?**

1. Плоского багат шарового епітелію
2. Плоского одношарового епітелію
3. Базальної мембрани
4. Власного шару слизової оболонки
5. Підслизового шару

#### **82.4.2. У якого відсотка пацієнтів спостерігається відповідність між ретрузійним контактним положенням нижньої щелепи та її центральним оклюзійним положенням (позицією максимального фісурно-горбкового контакту):**

1. У 100 %
2. У 10 %
3. У 25 %
4. У 50 %

#### **83.5.1+2+3+4. З клінічної та фізіологічної точки зору в яснах розрізняють:**

1. Міжзубний (ясенний) сосочок
2. Ясенний край (вільні ясна)

3. Коміркові ясна (прикріплена частина)
4. Рухомі ясна
5. Періодонтальні ясна

#### **84.5.1. Прикріплена (коміркова) частина ясен:**

1. Міцно зрощена з окістям коміркових відростків щелеп
2. Вільно прилягає до поверхні зуба і відділяється від неї лише ясенною борозною
3. Має трикутну форму і заповнюють проміжки між сусідніми зубами
4. Щілиноподібний простір між поверхнею зуба і ясенним краєм завглибшки до 1,0 - 1,5 мм
5. Періодонтальні ясна

#### **85.4.2. Ясенний край (вільна частина ясен):**

1. Міцно зрощений з окістям коміркових відростків щелеп
2. Вільно прилягає до поверхні зуба і відділяється від неї лише ясенною борозною
3. Має трикутну форму і заповнює проміжки між сусідніми зубами
4. Щілиноподібний простір між поверхнею зуба і ясенним краєм завглибшки до 1,0 - 1,5 мм

#### **86.4.3. Ясенні міжзубні сосочки:**

1. Міцно зрощені з окістям коміркових відростків щелеп
2. Вільно прилягають до поверхні зуба і відділяються від неї лише ясенною борозною
3. Мають трикутну форму і заповнюють проміжки між сусідніми зубами
4. Щілиноподібний простір між поверхнею зуба і ясенним краєм завглибшки до 1,0 - 1,5 мм

#### **87.4.4. Ясенна борозна:**

1. Міцно зрощена з окістям коміркових відростків щелеп
2. Вільно прилягає до поверхні зуба і відділяється від неї лише ясенною борозною
3. Має трикутну форму і заповнює проміжки між сусідніми зубами
4. Щілиноподібний простір між поверхнею зуба і ясенним краєм завглибшки до 1,0 - 1,5 мм

#### **88.5.1+2+3+5. З яких шарів утворений багат шаровий плоский зроговілий епітелій?**

1. Базального
2. Шипуватого
3. Зернистого
4. Плямистого
5. Рогового

#### **89.4.1. Функція базального шару багатшарового плоского зроговілого епітелію:**

1. Його клітини активно діляться і відіграють роль камбіальних елементів, тому шар забезпечує з'єднання епітелію із сполучною тканиною
2. В шарі наявна значна кількість глікогену, яка суттєво зростає при запаленні, і зроговіння епітелію не відбувається
3. Утворює зубо-ясенне прикріплення
4. Утворює періодонт

#### **90.4.2. Функція шипуватого шару багатшарового плоского зроговілого епітелію:**

1. Його клітини активно діляться і відіграють роль камбіальних елементів, тому шар забезпечує з'єднання епітелію із сполучною тканиною
2. В шарі наявна значна кількість глікогену, яка суттєво зростає при запаленні, і зроговіння епітелію не відбувається
3. Утворює зубо-ясенне прикріплення
4. Утворює періодонт

#### **91.6.1+2+3+4+5. Склад ротової рідини:**

1. Секрет слинних залоз
2. Злущені клітини епітелію
3. Мікроорганізми і продукти їх життєдіяльності
4. Нейтрофільні гранулоцити
5. Залишки їжі або часточки пилу
6. Секрет підшлункової залози

#### **92.4.2. У середньому рН ротової рідини складає:**

1. 1-1,5
2. 6,5-7,4
3. 2-3,5
4. 8-10

#### **93.3.1. Симбіонтна мікрофлора порожнини рота:**

1. Бере участь у процесі травлення, обміні речовин, синтезі вітамінів, формуванні імунного статусу і загальної неспецифічної резистентності
2. Характеризується потенціальною патогенністю, яка реалізується при створенні особливо сприятливих умов для розвитку мікроорганізмів (імунодефіцитні стани, хвороби, стреси, травми, оперативні втручання) внаслідок досягання критичної маси мікроорганізмів, здатних спричинити захворювання
3. Є збудником захворювань

#### **94.3.2. Умовно-патогенна мікрофлора порожнини рота:**

1. Бере участь у процесі травлення, обміні речовин, синтезі вітамінів, формуванні імунного статусу і загальної неспецифічної резистентності
2. Характеризується потенціальною патогенністю, яка реалізується при створенні особливо сприятливих умов для розвитку мікроорганізмів (імунодефіцитні стани, хвороби, стреси, травми, оперативні втручання) внаслідок досягання критичної маси мікроорганізмів, здатних спричинити захворювання
3. Є збудником захворювань

#### **95.3.3. Патогенна мікрофлора порожнини рота:**

1. Бере участь у процесі травлення, обміні речовин, синтезі вітамінів, формуванні імунного статусу і загальної неспецифічної резистентності
2. Характеризується потенціальною патогенністю, яка реалізується при створенні особливо сприятливих умов для розвитку мікроорганізмів (імунодефіцитні стани, хвороби, стреси, травми, оперативні втручання) внаслідок досягання критичної маси мікроорганізмів, здатних спричинити захворювання
3. Є збудником захворювань

#### **96.4.1. Дизбіотичне зрушення (зміни складу мікрофлори) порожнини рота характеризується:**

1. Незначними змінами мікробіоцинозу слизової оболонки ротової порожнини у вигляді збільшення кількості одного виду умовно-патогенної мікрофлори у допороговій кількості при збереженні нормального видового складу мікрофлори ротової порожнини та відсутності виражених ознак захворювання
2. Виявленням 2-3 умовно-патогенних видів мікроорганізмів на тлі зменшення кількості симбіотичної мікрофлори та наявності клінічних ознак захворювання
3. Виявленням патогенної монокультури у значній кількості при значному зниженні чи повній відсутності представників симбіотичної мікрофлори, вираженістю клінічних ознак захворювання
4. Виявленням асоціації грибів роду *Candida* з патогенними видами бактерій та клінічними ознаками захворювання

#### **97.4.2. Дизбактеріоз СОПР I-II ступенів характеризується:**

1. Незначними змінами мікробіоцинозу слизової оболонки ротової порожнини у вигляді збільшення кількості одного виду умовно-патогенної мікрофлори у допороговій кількості при збереженні нормального видового складу мікрофлори ротової порожнини та відсутності виражених ознак захворювання
2. Виявленням 2-3 умовно-патогенних видів мікроорганізмів на тлі зменшення кількості симбіотичної мікрофлори та наявності клінічних ознак захворювання

3. Виявленням патогенної монокультури у значній кількості при значному зниженні чи повній відсутності представників симбіонтної мікрофлори, вираженістю клінічних ознак захворювання
4. Виявленням асоціації грибів роду *Candida* з патогенними видами бактерій та клінічними ознаками захворювання

#### **99.4.3. Дизбактеріоз СОПР II-III ступенів характеризується:**

1. Незначними змінами мікробіоценозу слизової оболонки ротової порожнини у вигляді збільшення кількості одного виду умовно-патогенної мікрофлори у допороговій кількості при збереженні нормального видового складу мікрофлори ротової порожнини та відсутності виражених ознак захворювання
2. Виявленням 2-3 умовно-патогенних видів мікроорганізмів на тлі зменшення кількості симбіонтної мікрофлори та наявності клінічних ознак захворювання
3. Виявленням патогенної монокультури у значній кількості при значному зниженні чи повній відсутності представників симбіонтної мікрофлори, вираженістю клінічних ознак захворювання
4. Виявленням асоціації грибів роду *Candida* з патогенними видами бактерій та клінічними ознаками захворювання

#### **99.4.4. Дизбактеріоз СОПР IV ступеня характеризується:**

1. Незначними змінами мікробіоценозу слизової оболонки ротової порожнини у вигляді збільшення кількості одного виду умовно-патогенної мікрофлори у допороговій кількості при збереженні нормального видового складу мікрофлори ротової порожнини та відсутності виражених ознак захворювання
2. Виявленням 2-3 умовно-патогенних видів мікроорганізмів на тлі зменшення кількості симбіонтної мікрофлори та наявності клінічних ознак захворювання
3. Виявленням патогенної монокультури у значній кількості при значному зниженні чи повній відсутності представників симбіонтної мікрофлори, вираженістю клінічних ознак захворювання
4. Виявленням асоціації грибів роду *Candida* з патогенними видами бактерій та клінічними ознаками захворювання



## **Обстеження пацієнта в клініці ортопедичної стоматології та підготовка до протезування**

### **1.5.3. Абсолютним показанням до протезування (за М.А. Агаповим) є втрата жувальної ефективності:**

1. Вище 10%
2. Вище 15%
3. Вище 50%
4. Вище 20%
5. Вище 25%

### **2.5.3. В стані відносного фізіологічного спокою зубні ряди:**

1. Зімкнуті
2. Розімкнуті на 0,5 - 1,0 мм
3. Розімкнуті на 2,0 - 4,0 мм
4. Розімкнуті на 4,0 - 6,0 мм
5. Розімкнуті на 0,1 - 0,2 мм

### **3.5.2. Амплітудні показники реограми вимірюються:**

1. У вольтах
2. В омах
3. В секундах
4. В міліметрах
5. У хвилинах

### **4.5.1. Амплітудні показники стиснення та жування при проведенні електроміографії вимірюються:**

1. В мікрвольтах
2. В омах
3. В секундах
4. В міліметрах
5. У хвилинах

### **5.5.4. Коефіцієнт К в електроміограмі - це:**

1. Амплітуда стиснення та жування
2. Час активності м'язів
3. Тривалість фази спокою м'язів
4. Співвідношення тривалості фаз активності і спокою м'язів
5. Співвідношення амплітуд стиснення та жування

### **6.7.1+3+5. Клінічні методи обстеження в клініці ортопедичної стоматології:**

1. Збір анамнезу
2. Рентгенографія зубів

3. Перкусія, аускультация, пальпація, зондування
4. Вивчення діагностичних моделей
5. Огляд
6. Мастикаціографія, електроодонтометрія
7. Жувальні проби

#### **7.4.2+4. Параклінічні (додаткові) методи обстеження в клініці ортопедичної стоматології:**

1. Огляд, збір анамнезу
2. Рентгенографія зубів, телерентгенографія, електроміографія, реографія
3. Перкусія, аускультация, пальпація, зондування
4. Вивчення діагностичних моделей, мастикаціографія, жувальні проби

#### **8.5.2+3+4. Об'єктивні методи обстеження пацієнтів у клініці ортопедичної стоматології:**

1. Збір анамнезу
2. Огляд
3. Перкусія, пальпація
4. Інструментальне обстеження пацієнта
5. Заповнення паспортної частини історії хвороби

#### **9.6.1+2+5+6. Функціональні методи обстеження в клініці ортопедичної стоматології:**

1. Мастикаціографія
2. Електроміографія
3. Метод Агапова
4. Метод Оксмана
5. Жувальна проба за Гетьманом
6. Жувальна проба за Рубіновим

#### **10.6.1+2+3+4+5. Діагностичні моделі необхідно використовувати:**

1. Для визначення характеру змикання зубних рядів із оральної сторони
2. При проведенні антропометричних вимірювань
3. Для визначення нахилу коронки зуба
4. Для визначення клінічного екватора коронки зуба та визначення загальної екваторної лінії зубного ряду
5. Для визначення конструктивних особливостей зубних протезів та контролю ефективності якості лікування
6. Для виготовлення повних знімних протезів

#### **11.5.4. Амплітуда відкривання рота в нормі становить:**

1. 15-25 мм
2. 25-30 мм

3. 30-40 мм
4. 40-50 мм
5. 50-70 мм

**12.4.1. Відкриття рота з максимальною амплітудою до 35 мм слід розглядати як:**

1. Обмежене відкриття рота
2. Норму
3. Вивих чи підвивих нижньої щелепи
4. Вивих чи підвивих верхньої щелепи

**13.3.2. Розмір періодонтальної щілини у зубів, що мають антагоністи, порівняно із зубами, що їх втратили:**

1. Вужчий
2. Ширший
3. Не відрізняється

**14.5.1+2+5. Порушення функції СНЩС при частковій втраті зубів пов'язане із:**

1. Зміною умов розподілу жувального тиску
2. Появою деформацій оклюзійних поверхонь зубних рядів
3. Появою функціонуючих і нефункціонуючих груп зубів
4. Зниженням ефективності жування
5. Зменшенням міжальвеолярної відстані між зубами

**15.5.3. У молодих пацієнтів під час усунення деформації оклюзійної поверхні зубного ряду перевага надається:**

1. Депульпуванню зубів та їх вкороченню
2. Видаленню зубів, що перемістилися
3. Ортодонтичному методу
4. Апаратурно-хірургічному методу
5. Фізіотерапевтичному методу

**16.5.1. У пацієнтів похилого віку, що мають переміщення перших і других верхніх молярів відносно оклюзійної площини на 4-5 мм, показано виправлення зубного ряду за допомогою:**

1. Депульпування зубів та їх вкорочення
2. Видалення зубів, що перемістилися
3. Ортодонтичного методу
4. Апаратурно-хірургічного методу
5. Фізіотерапевтичного методу

**17.5.2. При ортодонтичному методі виправлення першої форми зубоальвеолярного подовження за Пономарьовою дезоклюзією створюється розімкнення природних зубів на:**

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

**18.3.1. Ортодонтичний метод (метод дезоклюзії) застосовується при лікуванні зубоальвеолярного подовження:**

1. Першої форми (за В.А. Пономарьовою)
2. Другої форми першої підгрупи (за В.А. Пономарьовою)
3. Другої форми другої підгрупи (за В.А. Пономарьовою)

**19.3.3. Метод вкорочення зубів зішліфуванням застосовується при лікуванні зубоальвеолярного подовження:**

1. Першої форми (за В.А. Пономарьовою)
2. Другої форми першої підгрупи (за В.А. Пономарьовою)
3. Другої форми другої підгрупи (за В.А. Пономарьовою)

**20.4.2. При відсутності ознак вирівнювання оклюзійної поверхні зубного ряду за допомогою ортодонтичного метода при зубоальвеолярному подовженні слід переходити до апаратурно-хірургічного методу лікування через:**

1. Один тиждень
2. Три - чотири тижні
3. Три місяці
4. Шість місяців

**21.5.1. Час підйому висхідної частини реограми відображує:**

1. Розтягненість судинної стінки
2. Стан венозного відтоку
3. Еластичність судин
4. Стан периферичного опору
5. Швидкість кровотоку

**22.5.2. Час спуску нисхідної частини кривої реограми відображує:**

1. Розтягненість судинної стінки
2. Стан венозного відтоку
3. Еластичність судин
4. Стан периферичного опору
5. Швидкість кровотоку

**23.4.1. Виражені функціональні зміни в діяльності жувальних м'язів у пацієнтів із частковою і повною втратою зубів полягають:**

1. У значному зниженні активності середньої амплітуди їх біопотенціалів як при пробі стиснення, так і при проведенні проби довільного жування
2. У значному підвищенні активності середньої амплітуди їх біопотенціалів як при пробі стиснення, так і при проведенні проби довільного жування
4. Однаковій тривалості фаз активності і спокою м'язів

**24.4.1+2+3. Вираженість функціональних змін в діяльності жувальних м'язів у пацієнтів із частковою і повною втратою зубів прямо пропорційні:**

1. Кількості відсутніх зубів
2. Наявності антагонуючих пар зубів
3. Часу видалення зубів
4. Конструкції протезу, що планується до виготовлення

**25.3.2. У пацієнтів із частковою і повною втратою зубів значення коефіцієнта К в електроміограмі:**

1. Знижуються порівняно із нормою
2. Зростають порівняно із нормою
3. Відповідають нормальним значенням

**26.3.2. При визначенні стійкості капілярів ясен методом дозованого вакууму за Кулаженком при патології тканин пародонту час утворення гематоми:**

1. Збільшується
2. Зменшується
3. Не змінюється

**27.5.5. Для проведення вибіркового пришліфування передчасних контактів необхідна:**

1. Рентгенограма
2. Реограма
3. Одонтопародонтограма
4. Томограма
5. Оклюдограма

**28.4.3. Мета проведення пальпації в клініці ортопедичної стоматології:**

1. Для визначення глибини ясеневих і кісткових кишень пародонту, глибини каріозної порожнини і її чутливості
2. Для визначення больової реакції періодонту
3. Для визначення консистенції органів і їх окремих ділянок, для орієнтовної оцінки рухомості зубів, виявлення больових точок та ін.
4. Для вислуховування і оцінки шумів, що виникають при жуванні і перкусії

### **29.4.1. Призначення електроміографії:**

1. Це метод функціонального дослідження системи м'язів, який дозволяє графічно реєструвати їх біопотенціали
2. Це метод визначення сили жування, який ґрунтується на застосуванні природних коркових продуктів певної твердості з одночасною графічною реєстрацією жувальних рухів нижньої щелепи
3. За допомогою метода реєструють діяльність м'язів, яка пов'язана зі зміною їх товщини під час ізотонічних та ізометричних скорочень
4. Це метод дослідження пульсових коливань кровонаповнення судин різних органів і тканин, який ґрунтується на графічній реєстрації змін певного електричного опору тканин

### **30.5.2. Призначення томографії:**

1. Дозволяє провести обстеження зубів, щелеп, СНЩС
2. Дозволяє отримати рентгенівське зображення певного шару кістки на потрібній глибині
3. Дозволяє отримати зображення анатомічних утворень, які не лежать в одній площині
4. Це прицільне зображення альвеолярного відростка
5. Це зображення поверхневого шару щелепи

### **31.5.2. З якою метою застосовується палатографія в клініці ортопедичної стоматології?**

1. Для визначення особливостей артикуляції звуків в умовах, в яких можливе правильне їх формування
2. Для запису відбитків контактів язика в ділянці піднебіння при вимовлянні будь-якого звуку
3. Для корекції протеза на етапах виготовлення і в процесі адаптації до протеза
4. Для корекції протеза при порушенні артикуляції приголосних звуків
5. Для корекції протеза з урахуванням артикуляції

### **32.4.4. Мета використання рентгенографії зубів:**

1. Для виявлення функціонального стану зубів і пародонту
2. Для диференційної діагностики пульпітів і періодонтитів
3. Для визначення розташування краю штучної коронки
4. Для вивчення топографії пульпової камери коронки і кореня зуба, виявлення дефектів твердих тканин зуба і уточнення стану пародонту

### **33.4.3. Як називається метод вивчення топографії елементів скронево-нижньощелепного суглоба на певній глибині в статиці?**

1. Панографія
2. Пантомографія
3. Томографія
4. Ортопантомограма

**34.5.2. При якому методі рентгенологічного дослідження отримують пошарове відображення усієї щелепи і зубних рядів?**

1. Панографія
2. Пантомографія
3. Томографія
4. Рентгенографія
5. Зонографія

**35.5.5. Метод рентгенологічного дослідження, при якому проводиться пошарове обстеження з малим кутом коливання (8-10°), називається:**

1. Панографія
2. Пантомографія
3. Томографія
4. Рентгенографія
5. Зонографія

**36.4.3. Яким приладом досліджується електрозбудливість пульпи зуба?**

1. Гнатодинамометром
2. Електроміографом
3. Електроодонтодіагностом
4. Пародонтографом

**37.4.2. Сила струму, на яку реагує пульпа здорового зуба:**

1. 1-2 мкА
2. 2-6 мкА
3. 6-10 мкА
4. До 50 мкА

**38.4.1+3. Вкажіть методи обстеження податливості слизової оболонки:**

1. Пальпаторний
2. Візуальний
3. Апаратурний
4. Довільний

**39.5.5. Призначення міотонометрії:**

1. Це метод функціонального дослідження системи м'язів, який дозволяє графічно реєструвати їх біопотенціали
2. Це метод визначення сили жування, який ґрунтується на застосуванні природних коркових продуктів певної твердості з одночасною графічною реєстрацією жувальних рухів нижньої щелепи
3. За допомогою метода реєструють діяльність м'язів, яка пов'язана зі зміною їх товщини під час ізотонічних та ізометричних скорочень

4. Це метод дослідження пульсових коливань кровонаповнення судин різних органів і тканин, який ґрунтується на графічній реєстрації змін певного електричного опору тканин
5. За допомогою метода вимірюють тонус жувальних та м'язів

#### **40.5.3. Призначення міографії:**

1. Це метод функціонального дослідження системи м'язів, який дозволяє графічно реєструвати їх біопотенціали
2. Це метод визначення сили жування, який ґрунтується на застосуванні природних коркових продуктів певної твердості з одночасною графічною реєстрацією жувальних рухів нижньої щелепи
3. За допомогою метода реєструють діяльність м'язів, яка пов'язана зміною їх товщини під час ізотонічних та ізометричних скорочень
4. Це метод дослідження пульсових коливань кровонаповнення судин різних органів і тканин, який ґрунтується на графічній реєстрації змін певного електричного опору тканин
5. За допомогою метода вимірюють тонус жувальних та м'язів

#### **41.3.3. Що вивчається методом механоартрографії?**

1. Функція СНЩС із введенням у суглоб контрастних речовин
2. Функція СНЩС із застосуванням кінорентгенографії
3. Функція СНЩС шляхом реєстрації переміщення суглобових головок механічним чи електричними методами

#### **42.5.4. Перший етап обстеження пацієнта передбачає:**

1. Зовнішній огляд пацієнта
2. Обстеження порожнини рота
3. Огляд зубних рядів
4. Збір анамнезу
5. Огляд окремих зубів і міжзубних співвідношень

#### **43.4.4. Мета використання перкусії в клініці ортопедичної стоматології:**

1. Для визначення консистенції, больової чутливості органів і їх окремих ділянок, для орієнтовної оцінки рухливості зубів
2. Для вислуховування та оцінки шумів, що виникають при жуванні і перкусії
3. Для визначення глибини ясневих і кісткових карманів пародонту, глибини каріозної порожнини і її чутливості
4. Для виявлення больової реакції періодонта

#### **44.4.4. Мета використання зондування в клініці ортопедичної стоматології:**

1. Для виявлення больової реакції періодонта
2. Для визначення консистенції, больової чутливості органів і їх окремих ділянок, для орієнтовної оцінки рухомості зубів



3. Для вислуховання і оцінки шумів, що виникають при жуванні і перкусії
4. Для визначення глибини ясневих і кісткових карманів пародонта, глибини каріозної порожнини і її чутливості

#### **45.5.2. Скільки існує ступенів патологічної рухомості зубів?**

1. Два
2. Три
3. Чотири
4. П'ять
5. Шість

#### **46.5.1+2+3+4. Згідно класифікації Miller (1985) розрізняють такі класи рецесії ясен:**

1. I клас - рецесія в межах вільного краю ясен, можлива повна її ліквідація
2. II клас - рецесія охоплює прикріплені ясна і продовжується за їх межами, але не зачіпає інтерпроксимальні поверхні кореня, можна розраховувати на повне її усунення
3. III клас - рецесія ясен за межами прикріпленої їх частини і на інтерпроксимальних поверхнях. Повне її усунення практично неможливе
4. IV клас - втрата м'яких тканин і кістки навколо зуба
5. V клас - значна кровоточивість краю ясен

#### **47.4.1. Згідно класифікації Miller (1985) рецесія ясен I класу характеризується:**

1. Рецесією в межах вільного краю ясен, можлива повна її ліквідація
2. Рецесією, що охоплює прикріплені ясна і продовжується за їх межами, але не зачіпає інтерпроксимальні поверхні кореня, можна розраховувати на повне її усунення
3. Рецесією ясен за межами прикріпленої їх частини і на інтерпроксимальних поверхнях. Повне її усунення практично неможливе
4. Втратою м'яких тканин і кістки навколо зуба

#### **48.4.2. Згідно класифікації Miller (1985) рецесія ясен II класу характеризується:**

1. Рецесією в межах вільного краю ясен, можлива повна її ліквідація
2. Рецесією, що охоплює прикріплені ясна і продовжується за їх межами, але не зачіпає інтерпроксимальні поверхні кореня, можна розраховувати на повне її усунення
3. Рецесією ясен за межами прикріпленої їх частини і на інтерпроксимальних поверхнях. Повне її усунення практично неможливе
4. Втратою м'яких тканин і кістки навколо зуба

#### **49.4.3. Згідно класифікації Miller (1985) рецесія ясен III класу характеризується:**

1. Рецесією в межах вільного краю ясен, можлива повна її ліквідація
2. Рецесією, що охоплює прикріплені ясна і продовжується за їх межами, але не зачіпає інтерпроксимальні поверхні кореня, можна розраховувати на повне її усунення
3. Рецесією ясен за межами прикріпленої їх частини і на інтерпроксимальних поверхнях. Повне її усунення практично неможливе
4. Втратою м'яких тканин і кістки навколо зуба

#### **50.4.4. Згідно класифікації Miller (1985) рецесія ясен IV класу характеризується:**

1. Рецесією в межах вільного краю ясен, можлива повна її ліквідація
2. Рецесією, що охоплює прикріплені ясна і продовжується за їх межами, але не зачіпає інтерпроксимальні поверхні кореня, можна розраховувати на повне її усунення
3. Рецесією ясен за межами прикріпленої їх частини і на інтерпроксимальних поверхнях. Повне її усунення практично неможливе
4. Втратою м'яких тканин і кістки навколо зуба

#### **51.5.1+2+3+4. Згідно класифікації Muhlemann, Son (1971) відсутність або наявність кровоточивості ясен та пародонтальних карманів оцінюється таким чином:**

1. 0 балів - кровоточивість відсутня
2. 1 бал - слабка кровоточивість
3. 2 бали - значна кровоточивість під час зондування
4. 3 бали - спонтанна кровоточивість
5. 4 бали - кровоточивість, поєднана із патологічною рухомістю

#### **52.4.1. Згідно класифікації Д.А. Ентіна, I ступінь рухомості зубів має такі ознаки:**

1. Зуб відхиляється у присінково-оральному напрямку в межах ширини його різального краю (1-2 мм)
2. Зуб відхиляється у мезіодистальному напрямку в межах ширини його різального краю (1-2 мм)
3. Зуб відхиляється у присінково-оральному напрямку в межах ширини його різального краю (1-2 мм) та у мезіо-дистальному напрямку
4. Окрім зазначених ознак, зуб рухомий і у вертикальному напрямку

#### **53.4.3. Згідно класифікації Д.А. Ентіна, II ступінь рухомості зубів має такі ознаки:**

1. Зуб відхиляється у присінково-оральному напрямку в межах ширини його різального краю (1-2 мм)

2. Зуб відхиляється у мезіодистальному напрямку в межах ширини його різального краю (1-2 мм)
3. Зуб відхиляється у присінково-оральному напрямку в межах ширини його різального краю (1-2 мм) та у мезіо-дистальному напрямку
4. Окрім зазначених ознак, зуб рухомий і у вертикальному напрямку

**54.4.4. Згідно класифікації Д.А. Ентіна, III ступінь рухомості зубів має такі ознаки:**

1. Зуб відхиляється у присінково-оральному напрямку в межах ширини його різального краю (1-2 мм)
2. Зуб відхиляється у мезіодистальному напрямку в межах ширини його різального краю (1-2 мм)
3. Зуб відхиляється у присінково-оральному напрямку в межах ширини його різального краю (1-2 мм) та у мезіодистальному напрямку
4. Окрім зазначених ознак, зуб рухомий і у вертикальному напрямку

**55.3.2. Основним стоматологічним захворюванням, що потребує ортопедичного лікування, називають:**

1. Стоматологічне захворювання, яке в зубощелепній системі виникло вперше
2. Стоматологічне захворювання, терапія якого проводиться методами ортопедичної стоматології
3. Основним захворюванням, що підлягає ортопедичному лікуванню, вважають захворювання в стадії найбільшої вираженості

**56.4.2. Що прийнято розуміти під ускладненнями стоматологічних захворювань, що потребують ортопедичного лікування?**

1. Ускладненнями називаються зміни в зубощелепній системі, що спостерігаються паралельно з основним захворюванням
2. Ускладненнями називаються зміни в зубощелепній системі, патогенетично пов'язані з основним захворюванням
3. Ускладненнями називаються фактори, що підсилюють перебіг захворювання
4. Ускладненнями називаються фактори, що виникають після усунення патології

**57.5.1. Що прийнято розуміти під супутніми захворюваннями в клініці ортопедичної стоматології?**

1. Супутніми захворюваннями називаються захворювання зубощелепної системи чи інших органів, які не мають зв'язку з основним стоматологічним захворюванням, що підлягає ортопедичному лікуванню
2. До супутніх захворювань відносяться усі зміни в порожнині рота, що спостерігаються паралельно з основним захворюванням

3. До супутніх захворювань відносяться захворювання, що патогенетично пов'язані з основним захворюванням
4. До супутніх захворювань відносяться захворювання травного тракту
5. До супутніх захворювань відносяться захворювання, пов'язані з патологією зубощелепної системи

#### **58.4.1. Першу частину діагнозу складає:**

1. Основне захворювання, що підлягає ортопедичному лікуванню
2. Супутні стоматологічні захворювання
3. Ускладнення основного захворювання
4. Загальні захворювання організму

#### **59.4.2. Другу частину діагнозу складає:**

1. Основне захворювання, що підлягає ортопедичному лікуванню
2. Ускладнення основного захворювання
3. Супутні стоматологічні захворювання
4. Соматичні захворювання організму

#### **60.5.2. Третю частину діагнозу складає:**

1. Ускладнення основного захворювання
2. Загальні захворювання організму і стоматологічні захворювання, що протікають паралельно з основним захворюванням
3. Основне захворювання, що підлягає ортопедичному лікуванню
4. Супутні стоматологічні захворювання
5. Ускладнення супутнього захворювання

#### **61.5.1. Індекс руйнування оклюзійної поверхні зуба (ІРОПЗ) за В.Ю. Мілікевичем становить більше 0,8. Яка ортопедична конструкція показана для профілактики подальшого руйнування зуба у даному випадку?**

1. Штифтова конструкція
2. Вкладка
3. Можна застосовувати будь-який метод
4. Зуб підлягає видаленню
5. Пломбування і застосування штучної коронки

#### **62.5.5. Індекс руйнування оклюзійної поверхні зуба (ІРОПЗ) за В.Ю. Мілікевичем становить 0,6-0,8. Яка ортопедична конструкція показана для профілактики подальшого руйнування зуба у даному випадку?**

1. Штифтова конструкція
2. Вкладка
3. Можна застосовувати будь-який метод

4. Зуб підлягає видаленню
5. Пломбування і застосування штучної коронки

**63.5.2. Індекс руйнування оклюзійної поверхні зуба (ІРОПЗ) за В.Ю. Мілікевичем становить 0,55-0,6. Яка ортопедична конструкція показана для профілактики подальшого руйнування зуба у даному випадку?**

1. Штифтова конструкція
2. Вкладка
3. Можна застосовувати будь-який метод
4. Зуб підлягає видаленню
5. Пломбування і застосування штучної коронки

**64.4.3. Реакція пульпи на електрострум понад 50 мкА під час електроодонтодіагностики свідчить про:**

1. Зуб із здоровою пульпою
2. Гіперемію пульпи
3. Некроз пульпи
4. Патологічний процес у пародонті

**65.4.1. Характеристика церебрального типу обличчя:**

1. Обличчя характеризується значним розвитком кісток мозкового черепа, високим і широким лобовим відділом обличчя, який переважає над іншими відділами, внаслідок чого нагадує форму піраміди з основою, спрямованою догори
2. Обличчя характеризується значним розвитком нижньої третини, надзвичайно великими розмірами верхньої і нижньої щелеп, значним розвитком жувальних м'язів, за відносної вузькості лобової частини нагадує форму трапеції
3. Обличчя характеризується переважним розвитком середньої частини, добре розвинутими верхньощелепними пазухами, рельєфно виступаючими вперед виличними дугами, внаслідок чого воно нагадує форму ромба
4. Обличчя характеризується приблизно однаковими розмірами верхнього та нижнього відділів, прямою межею волосся у ділянці чола, що надає йому квадратної форми

**66.4.4. Характеристика м'язового типу обличчя:**

1. Обличчя характеризується значним розвитком кісток мозкового черепа, високим і широким лобовим відділом обличчя, який переважає над іншими відділами, внаслідок чого нагадує форму піраміди з основою, спрямованою догори

2. Обличчя характеризується значним розвитком нижньої третини, надзвичайно великими розмірами верхньої і нижньої щелеп, значним розвитком жувальних м'язів, за відносної вузькості лобової частини нагадує форму трапеції
3. Обличчя характеризується переважним розвитком середньої частини, добре розвинутими верхньощелепними пазухами, рельєфно виступаючими вперед виличними дугами, внаслідок чого воно нагадує форму ромба
4. Обличчя характеризується приблизно однаковими розмірами верхнього та нижнього відділів, прямою межею волосся у ділянці чола, що надає йому квадратної форми

#### **67.4.2. Характеристика дегестивного типу обличчя:**

1. Обличчя характеризується значним розвитком кісток мозкового черепа, високим і широким лобовим відділом обличчя, який переважає над іншими відділами, внаслідок чого нагадує форму піраміди з основою, спрямованою догори
2. Обличчя характеризується значним розвитком нижньої третини, надзвичайно великими розмірами верхньої і нижньої щелеп, значним розвитком жувальних м'язів, за відносної вузькості лобової частини нагадує форму трапеції
3. Обличчя характеризується переважним розвитком середньої частини, добре розвинутими верхньощелепними пазухами, рельєфно виступаючими вперед виличними дугами, внаслідок чого воно нагадує форму ромба
4. Обличчя характеризується приблизно однаковими розмірами верхнього та нижнього відділів, прямою межею волосся у ділянці чола, що надає йому квадратної форми

#### **68.4.3. Характеристика респіраторного типу обличчя:**

1. Обличчя характеризується значним розвитком кісток мозкового черепа, високим і широким лобовим відділом обличчя, який переважає над іншими відділами, внаслідок чого нагадує форму піраміди з основою, спрямованою догори
2. Обличчя характеризується значним розвитком нижньої третини, надзвичайно великими розмірами верхньої і нижньої щелеп, значним розвитком жувальних м'язів, за відносної вузькості лобової частини нагадує форму трапеції
3. Обличчя характеризується переважним розвитком середньої частини, добре розвинутими верхньощелепними пазухами, рельєфно виступаючими вперед виличними дугами, внаслідок чого воно нагадує форму ромба
4. Обличчя характеризується приблизно однаковими розмірами верхнього та нижнього відділів, прямою межею волосся у ділянці чола, що надає йому квадратної форми

#### **69.4.1. Абсолютна жувальна сила - це:**

1. Сила, яку можуть розвинути жувальні м'язи за умови максимального скорочення
2. Та частина жувальної сили, яка може бути реалізована в якійсь ділянці зубощелепної системи
3. Результат роботи жувального апарату за одиницю часу, який виражається у відсотках
4. Корисна робота з подрібнення продукту жування, здійснена за одиницю часу, яка визначається відношенням величини жувального ефекту до часу жування і позначається у відносних одиницях за секунду

#### **70.4.2. Дайте визначення жувального тиску:**

1. Сила, яку можуть розвинути жувальні м'язи за умови максимального скорочення
2. Та частина жувальної сили, яка може бути реалізована в якійсь ділянці зубощелепної системи
3. Результат роботи жувального апарату за одиницю часу, який виражається у відсотках
4. Корисна робота з подрібнення продукту жування, здійснена за одиницю часу, яка визначається відношенням величини жувального ефекту до часу жування і позначається у відносних одиницях за секунду

#### **71.4.3. Жувальна ефективність - це:**

1. Сила, яку можуть розвинути жувальні м'язи за умови максимального скорочення
2. Та частина жувальної сили, яка може бути реалізована в якійсь ділянці зубощелепної системи
3. Результат роботи жувального апарату за одиницю часу, який виражається у відсотках
4. Корисна робота з подрібнення продукту жування, здійснена за одиницю часу, яка визначається відношенням величини жувального ефекту до часу жування і позначається у відносних одиницях за секунду

#### **72.4.4. Жувальна здатність - це:**

1. Сила, яку можуть розвинути жувальні м'язи за умови максимального скорочення
2. Та частина жувальної сили, яка може бути реалізована в якійсь ділянці зубощелепної системи
3. Результат роботи жувального апарату за одиницю часу, який виражається у відсотках
4. Корисна робота з подрібнення продукту жування, здійснена за одиницю часу, яка визначається відношенням величини жувального ефекту до часу жування і позначається у відносних одиницях за секунду

#### **73.5.4. Призначення реографії:**

1. Це метод функціонального дослідження системи м'язів, який дозволяє графічно реєструвати їх біопотенціали
2. Це метод визначення сили жування, який ґрунтується на застосуванні природних коркових продуктів певної твердості з одночасною графічною реєстрацією жувальних рухів нижньої щелепи
3. За допомогою метода реєструють діяльність м'язів, яка пов'язана із зміною їх товщини під час ізотонічних та ізометричних скорочень
4. Це метод дослідження пульсових коливань кровонаповнення судин різних органів і тканин, який ґрунтується на графічній реєстрації змін певного електричного опору тканин
5. За допомогою метода вимірюють тонус жувальних та мимічних м'язів

#### **74.4.2. Мета використання реодентографії в клініці ортопедичної стоматології:**

1. Вивчення кровообігу в тканинах пародонту
2. Вивчення кровотоку в зубі
3. Вивчення кровообігу в присуглобовій ділянці
4. Вивчення загального стану транскапілярного обміну

#### **75.4.1. Мета використання реопародонтографії в клініці ортопедичної стоматології:**

1. Вивчення кровообігу в тканинах пародонту
2. Вивчення кровотоку в зубі
3. Вивчення кровообігу в присуглобовій ділянці
4. Вивчення загального стану транскапілярного обміну

#### **76.4.3. Мета використання реоартрографії в клініці ортопедичної стоматології:**

1. Вивчення кровообігу в тканинах пародонту
2. Вивчення кровотоку в зубі
3. Вивчення кровообігу в присуглобовій ділянці
4. Вивчення загального стану транскапілярного обміну

#### **77.6.1+2+4+5+6. У реограмі розрізняють:**

1. Висхідну частину - анакроту
2. Вершину
3. Бісектрису
4. Низхідну частину - катакроту
5. Інцизуру
6. Дикротичну зону



### **78.5.1+2+4. Для типової реограми (РГ) характерні:**

1. Крута анакрота
2. Гостра верхівка
3. Тупа верхівка
4. Плавна низхідна частина з дикротичною хвилею посередині і чітко вираженою інцизурою
5. Полога анакрота

### **79.4.1. Етапи спеціальної терапевтичної підготовки порожнини рота до протезування:**

1. Депульпування зубів за показаннями, підготовка каналів коренів до штифтових конструкцій
2. Видалення екзостозів, резекція альвеолярного відростка
3. Видалення податливої слизової оболонки альвеолярного відростка
4. Видалення піднебінного турса, внутрішньої косої лінії

### **80.3.1. У чому полягає суть ортодонтичної підготовки порожнини рота до протезування?**

1. В усуненні первинних і вторинних деформацій прикусу
2. В усуненні супраоклюзії шляхом створення дезоклюзії, неправильного положення зубів
3. В санації і підготовці каналів коренів, депульпуванні зубів

### **81.5.1. У чому полягає спеціальна підготовка порожнини рота до протезування?**

1. Спеціальна підготовка до протезування включає терапевтичні, ортопедичні, хірургічні і ортодонтичні заходи за показаннями
2. Це терапевтична і хірургічна підготовка
3. Ортопедичні і ортодонтичні заходи
4. Видалення екзостозів і піднебінного турса
5. Усунення вторинних деформацій зубних рядів

### **82.3.3. Заходи, які входять до спеціальної хірургічної підготовки порожнини рота до протезування:**

1. Усунення вторинних деформацій прикусу
2. Лікування зубів і слизової оболонки порожнини рота
3. Видалення зубів за показаннями, видалення екзостозів, піднебінного турса, рубців, тяжів, складок, формування присінку порожнини рота, альвеолярного гребеня, відновлення альвеолярного відростка, поглиблення склепіння піднебіння, видалення основи виличного відростка верхньої щелепи та ін.

#### **83.4.4. Як зберегти кров'яний згусток в лунці під час отримання відбитка для виготовлення раннього протеза?**

1. Вибором певного відбиткового матеріалу
2. Вибором методики отримання робочого відбитка
3. Отриманням відбитку розбірним методом
4. Шляхом ізоляції кров'яного згустка під час отримання відбитка

#### **84.4.4. Локалізація зон небезпечності кутніх зубів:**

1. На рівні екватора з оральної, вестибулярної, обох контактних поверхонь, на рівні шийки на оральній і вестибулярній поверхнях, на верхівках горбків
2. На оральній, вестибулярній і контактних поверхнях на рівні екватора
3. Вздовж мезіодістальної фісури і на верхівках горбків, на вестибулярній, оральній і контактних поверхнях на рівні екватора
4. У молярів на рівні шийки - мезіальна контактна стінка у верхніх, мезіальна і оральна стінка у нижніх; у премолярів - оральний скат щічного горбка близько до фісури зуба, контактні стінки на рівні шийки зуба

#### **85.4.3. Локалізація найбільш небезпечної зони під час препарування різців:**

1. Оральна увігнутість і контактні стінки на рівні шийки і екватора
2. В ділянці екватора і на рівні шийки, біля ріжучого краю з оральної і вестибулярної сторони
3. Оральна увігнутість коронки, мезіальна контактна поверхня на рівні шийки, у нижніх - дистальна контактна поверхня
4. Біля ріжучого краю з оральної і вестибулярної сторони в ділянці екватора і на рівні шийки

#### **86.5.5. Локалізація найбільш небезпечної зони під час препарування ікл:**

1. Біля ріжучого краю - з вестибулярної і оральної сторони, на рівні шийки - в ділянці екватора
2. Контактні поверхні на рівні екватора і шийки, оральна увігнутість
3. Біля ріжучого краю з оральної і вестибулярної сторони в ділянці екватора і на рівні шийки
4. На рівні екватора з вестибулярної, оральної і контактних сторін, біля ріжучого краю
5. Оральна увігнутість коронки, мезіальна контактна стінка на рівні шийки, у нижніх - дистальна

#### **87.5.1+2+4. Єдність зубного ряду забезпечується:**

1. Міжзубними контактами
2. Альвеолярним відростком

3. Ортопедичними конструкціями, які знаходяться в порожнині рота
4. Пародонтом
5. Періодонтом

**88.5.1+2+4+5. Перерахуйте інструментальні і апаратурні методи обстеження в клініці ортопедичної стоматології:**

1. Перкусія
2. Зондування
3. Пальпація
4. Термометрія
5. Електротермія

**89.5.2+4. Назвіть статичні методи визначення жувальної ефективності:**

1. Метод Бореллі
2. Метод М.І. Агапова
3. Метод Вебера
4. Метод І.М. Оксмана
5. Метод Блека та М.С. Тиссенбаума

**90.5.1+3+4. Назвіть функціональні методи визначення жувальної ефективності:**

1. Жувальна проба Христиансена
2. Метод М.І. Агапова
3. Жувальна проба Гельмана
4. Жувальна проба І.С. Рубінова
5. Метод Бореллі

**91.5.1. Характерні ознаки остеопорозу:**

1. Дистрофія кісткової тканини, яка характеризується зменшенням кількості кісткових балок в одиниці об'єму кістки, стоншенням і повним розсмоктуванням частини цих елементів
2. Перебудова кісткової структури, яка характеризується збільшенням кількості кісткових балок в одиниці об'єму кістки, їх стовщенням, зменшенням кістковомозкових порожнин аж до повного їх зникнення
3. Розсмоктування обмеженої ділянки кістки без наступного заміщення іншою тканиною
4. Некроз ділянки, що характеризується лізисом остеоцитів та інкапсулюванням цих ділянок з утворенням секвестрів
5. Зменшення маси й об'єму органа, що розвивається внаслідок порушення фізіологічного взаємозв'язку між процесами розсмоктування і новоутворення кісткової тканини, що характеризується зникненням кісткових структур

### **92.5.2. Характерні ознаки остеосклерозу:**

1. Дистрофія кісткової тканини, яка характеризується зменшенням кількості кісткових балок в одиниці об'єму кістки, стоншенням і повним розсмоктуванням частини цих елементів
2. Перебудова кісткової структури, яка характеризується збільшенням кількості кісткових балок в одиниці об'єму кістки, їх стовщенням, зменшенням кістковомозкових порожнин аж до повного їх зникнення
3. Розсмоктування обмеженої ділянки кістки без наступного заміщення іншою тканиною
4. Некроз ділянки, що характеризується лізисом остеоцитів та інкапсулюванням цих ділянок з утворенням секвестрів
5. Зменшення маси й об'єму органа, що розвивається внаслідок порушення фізіологічного взаємозв'язку між процесами розсмоктування і новоутворення кісткової тканини, що характеризується зникненням кісткових структур

### **93.5.3. Характерні ознаки остеолізису:**

1. Дистрофія кісткової тканини, яка характеризується зменшенням кількості кісткових балок в одиниці об'єму кістки, стоншенням і повним розсмоктуванням частини цих елементів
2. Перебудова кісткової структури, яка характеризується збільшенням кількості кісткових балок в одиниці об'єму кістки, їх стовщенням, зменшенням кістковомозкових порожнин аж до повного їх зникнення
3. Розсмоктування обмеженої ділянки кістки без наступного заміщення іншою тканиною
4. Некроз ділянки, що характеризується лізисом остеоцитів та інкапсулюванням цих ділянок з утворенням секвестрів
5. Зменшення маси й об'єму органа, що розвивається внаслідок порушення фізіологічного взаємозв'язку між процесами розсмоктування і новоутворення кісткової тканини, що характеризується зникненням кісткових структур

### **94.5.4. Характерні ознаки остеонекрозу:**

1. Дистрофія кісткової тканини, яка характеризується зменшенням кількості кісткових балок в одиниці об'єму кістки, стоншенням і повним розсмоктуванням частини цих елементів
2. Перебудова кісткової структури, яка характеризується збільшенням кількості кісткових балок в одиниці об'єму кістки, їх стовщенням, зменшенням кістковомозкових порожнин аж до повного їх зникнення
3. Розсмоктування обмеженої ділянки кістки без наступного заміщення іншою тканиною
4. Некроз ділянки, що характеризується лізисом остеоцитів та інкапсулюванням цих ділянок з утворенням секвестрів

5. Зменшення маси й об'єму органа, що розвивається внаслідок порушення фізіологічного взаємозв'язку між процесами розсмоктування і новоутворення кісткової тканини, що характеризується зникненням кісткових структур

#### **95.5.5. Характерні ознаки атрофії кісткової тканини:**

1. Дистрофія кісткової тканини, яка характеризується зменшенням кількості кісткових балок в одиниці об'єму кістки, стоншенням і повним розсмоктуванням частини цих елементів
2. Перебудова кісткової структури, яка характеризується збільшенням кількості кісткових балок в одиниці об'єму кістки, їх стовщенням, зменшенням кістковомозкових порожнин аж до повного їх зникнення
3. Розсмоктування обмеженої ділянки кістки без наступного заміщення іншою тканиною
4. Некроз ділянки, що характеризується лізисом остеоцитів та інкапсулюванням цих ділянок з утворенням секвестрів
5. Зменшення маси й об'єму органа, що розвивається внаслідок порушення фізіологічного взаємозв'язку між процесами розсмоктування і новоутворення кісткової тканини, що характеризується зникненням кісткових структур

#### **96.5.1+3+4. Абсолютними протипоказаннями до депульпування зубів під час ортопедичного лікування є:**

1. Гіпертонічна хвороба III стадії (під час кризи)
2. СНІД та вірусний гепатит
3. Зведення щелеп різного характеру
4. Епілептичний напад
5. Інсулінзалежний декомпенсований цукровий діабет

#### **97.3.2. Як впливає введення анестетиків на заживлення раневої поверхні?**

1. Сприяє прискоренню заживлення
2. Гальмує заживлення
3. Ніяк не впливає на заживлення раневої поверхні

#### **98.4.1. Проба Писарєва-Шиллера заснована на:**

1. Прижиттєвому забарвленні глікогену в шипуватому шарі багат шарового плоского епітелію порожнини рота при зростанні його кількості під час запалення
2. Прижиттєвому забарвленні лізоциму в шипуватому шарі багат шарового плоского епітелію порожнини рота при зростанні його кількості під час запалення

3. Прижиттєвому забарвленні глікогену в базальному шарі багатошарового плоского епітелію порожнини рота при зростанні його кількості під час запалення
4. Прижиттєвому забарвленні глікогену в шипуватому шарі багатошарового плоского епітелію порожнини рота при зменшенні його кількості під час запалення

**99.5.1+2+3+4. При кількісній обробці електроміограм враховують такі показники:**

1. Амплітуду стиснення та жування (в мкВ)
2. Час активності м'язів (мсек)
3. Тривалість фази спокою м'язів (мсек)
4. Коефіцієнт К - співвідношення тривалості фаз активності і спокою м'язів
5. Тривалість часу розтягнення судинної стінки

**100.4.1+4. Призначення артикулятора:**

1. Аналіз функціональної оклюзії та виявлення її порушень
2. Визначення проходження межової лінії та глибини піднутрinių на опорних зубах
3. Запис рухів нижньої щелепи в горизонтальній площині - готичного кута
4. Відновлення міжоклюзійних співвідношень при виготовленні усіх видів протезів та ортопедичних конструкцій

**101.4.1. Призначення лицевої дуги:**

1. Орієнтує верхній зубний ряд відносно шарнірної осі пацієнта та переносить це положення в простір між рамами артикулятора
2. Визначає проходження межової лінії та глибини піднутрinių на опорних зубах
3. Фіксує запис рухів нижньої щелепи в горизонтальній площині - готичного кута
4. Вимірює параметри обличчя

**102.4.1. Дайте визначення поняття "артикулятор":**

1. Це механічний пристрій, який фіксує гіпсові моделі щелеп згідно їх взаємного положення безпосередньо у пацієнта та імітує рухи нижньої щелепи
2. Це механічний пристрій для проведення паралелометрії
3. Це прикусний пристрій для запису готичного кута та визначення центрального співвідношення щелеп при повній відсутності зубів
4. Це внутрішньоротовий пристрій для реєстрації рухів нижньої щелепи в горизонтальній площині

#### **103.4.2. Фіксацію гіпсових моделей щелеп в артикулятор із використанням лицевої дуги починають:**

1. З нижньої моделі
2. З верхньої моделі
3. Одночасно фіксують моделі верхньої та нижньої щелепи
4. Спочатку фіксують взаємне розташування моделей щелеп прикусним блоком, а потім переносять це положення в артикулятор

### **Зуботехнічне матеріалознавство**

#### **1.5.3. Дезінфекцію альгінатних відбитків проводять за допомогою:**

1. Розчину марганцевокислого калію
2. Розчину хлораміну
3. 2% розчину глутарового альдегіду
4. УФО
5. Ультразвуку

#### **2.5.1+2+3+4. Перерахуйте способи боротьби із блювотним рефлексом при отриманні відбитків:**

1. Підбір відбиткової ложки відповідного розміру
2. Недопущення надлишку відбиткової маси
3. Застосування способів прискорення полімеризації відбиткового матеріалу
4. Вживання пацієнтом за 30-40 хв до зняття відбитків галоперидолу в дозах 0,0015-0,002 г
5. Проведення мандибулярної або палатинальної анестезії

#### **3.6.1+2+3+4+5. Міцність гіпсової моделі зменшується при:**

1. Виготовленні суміші гіпсу з водою дуже рідкої консистенції
2. Надлишковому перемішуванні суміші
3. Наявності високого відсотка залишкової вологості в порошку
4. Швидкому внесенні порошку гіпсу у воду
5. Додаванні у воду прискорювачів затвердіння гіпсу
6. Ніякі фактори не можуть впливати на міцність гіпсової моделі

#### **4.4.4. Основу термопластичних відбиткових матеріалів складають:**

1. Альгінат натрію і сульфат кальцію
2. Оксид цинку і евгенол
3. Тіоколові полімери
4. Бджолиний віск, парафін і наповнювачі

#### **5.4.3. Основу силіконових відбиткових матеріалів складають:**

1. Натрієва сіль альгінатної кислоти
2. Оксид цинку, евгенол, тальк
3. Кремнійорганічні полімери
4. Бджолиний віск, парафін, каніфоль

#### **6.4.4. При замішуванні звичайного медичного гіпсу для відливання моделей з метою підвищення міцності останніх застосовують:**

1. 3-4% розчин повареної солі
2. Холодну воду без додавання хімічних речовин
3. Теплу воду без додавання хімічних речовин
4. Холодну воду із додаванням бури (тетрабората натрію)

#### **7.5.3. Якою має бути висота цоколю моделі?**

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

#### **8.6.3+4+5. Дезінфекцію силіконових відбитків проводять за допомогою:**

1. Розчину марганцевокислого калію
2. Розчину хлораміну
3. 2% розчину глутарового альдегіду
4. УФО
5. Ультразвуку
6. 75° етилового спирту

#### **9.5.1+2. За способом виведення з порожнини рота відбитки поділяють на:**

1. Монолітні
2. Розбірні
3. Анатомічні
4. Активні
5. Функціональні

#### **10.5.1+3. За кількістю складових матеріалів розрізняють такі види відбитків:**

1. Однорідні
2. Функціональні
3. Комбіновані
4. Пасивні
5. Монолітні



**11.5.3+5. За способом оформлення країв відбитки розрізняють:**

1. Монолітні
2. Компресійні
3. Активні
4. Часткові
5. Пасивні

**12.5.1+4. За призначенням допоміжні відбитки розрізняють:**

1. Діагностичні
2. Функціональні
3. Розбірні
4. Контрольні
5. Багат шарові

**13.5.1. Для облицювання суцільнолитих металевих каркасів незнімних зубних протезів використовують:**

1. Керамічні маси
2. Гіпс
3. Стандартні пластмасові коронки
4. Моделювальні воски
5. Сплави золота

**14.5.3+5. Складовими елементами знімного пластинкового протезу є:**

1. Сплави золота
2. Гіпс
3. Стандартні пластмасові зуби
4. Воски моделювальні
5. Базис протеза

**15.5.1. В ортопедичній стоматології віск застосовують:**

1. Як моделювальний матеріал
2. Як відбитковий матеріал
3. Як формувальний матеріал
4. Як ізолюючий матеріал
5. Як керамічну масу

**16.5.2. До якої групи матеріалів належать С-силікони?**

1. Моделювальних
2. Відбиткових
3. Формувальних
4. Ізолюючих
5. Керамічних

**17.5.5. В ортопедичній стоматології сплави Co-Cr найчастіше використовують:**

1. Як моделювальний матеріал
2. Для зняття відбитків
3. Як формувальний матеріал
4. Як ізолюючий матеріал
5. Для виготовлення каркасів зубних протезів

**18.5.5. В ортопедичній стоматології базисні пластмаси найчастіше використовують:**

1. Як моделювальний матеріал
2. Для зняття відбитків
3. Як формувальний матеріал
4. Як ізолюючий матеріал
5. Для виготовлення знімних зубних протезів

**19.5.1+2+4. Під час отримання відбитка можливе застосування таких видів ретракції:**

1. Механічна (ретракційна нитка)
2. Хімічна (за допомогою хім. сполук, наприклад адреналіну)
3. Хірургічна (видалення частини альвеолярного відростка для покращення огляду пришийкової ділянки зуба)
4. Застосування Nb:Yag лазера
5. Застосування піскоструминного апарата

**20.5.5. В ортопедичній стоматології сплави титану найчастіше використовують:**

1. Як моделювальний матеріал
2. Для зняття відбитків
3. Як формувальний матеріал
4. Як ізолюючий матеріал
5. Для виготовлення імплантатів

**21.5.1. Мономер акрилової пластмаси - це:**

1. Метилловий ефір метакрилової кислоти
2. Суміш ацетону і метилового спирту
3. Поліметилметакрилат
4. Рідкий плексиглас
5. Ацетонціангідрин

**22.5.3. Полімер акрилової пластмаси - це:**

1. Метилловий ефір метакрилової кислоти
2. Суміш ацетону і метилового спирту

3. Поліметилметакрилат
4. Рідкий плексиглас
5. Ацетонціангідрин

**23.5.3. Оптимальною для компресійного пресування вважається стадія дозрівання пластмасового тіста, коли:**

1. Маса нагадує змочений водою пісок
2. Маса стає в'язкою, з'являються тонкі нитки
3. Маса стає тістоподібною, зникають нитки
4. Маса стає гумоподібною
5. Маса стає твердою

**24.5.1. Під час полімеризації внутрішні напруги в пластмасі виникають, коли:**

1. Охолодження пластмаси проводиться нерівномірно
2. Проводилось пресування недозрілого пластмасового тіста
3. Проводилось пресування тіста з різко виявленими пружними властивостями
4. Пресування відбувалось при високій температурі навколишнього середовища
5. Застосований великодисперсний порошок

**25.5.1. Газова пористість у пластмасі виникає при:**

1. Швидкому зростанні температури всередині маси
2. Малому тиску
3. Недостатній кількості мономеру
4. Надлишку мономеру
5. Пробному відкриванні форми при пересуванні

**26.5.1. Більш висока якість досягається при спіканні фарфорової маси:**

1. У вакуумі
2. В атмосферних умовах
3. Під тиском
4. Не має значення
5. У вологому середовищі

**27.4.1. Визначення поняття флюоресценції:**

1. Це один із видів люмінесценції - явище світіння деяких речовин при потраплянні на них світлових променів
2. Це явище розсіювання світла непрозорим середовищем
3. Це явище проникнення світла через прозору частину штучного чи природного зуба
4. Це явище, пов'язане з усадкою керамічної маси під час її спікання

#### **28.4.2. Визначення поняття опалесценції:**

1. Це один із видів люмінесценції - явище світіння деяких речовин при потраплянні на них світлових променів
2. Це явище розсіювання світла непрозорим середовищем
3. Це явище проникнення світла через прозору частину штучного чи природного зуба
4. Це явище, пов'язане з усадкою керамічної маси під час її спікання

#### **29.4.3. Визначення поняття транспарентності:**

1. Це один із видів люмінесценції - явище світіння деяких речовин при потраплянні на них світлових променів
2. Це явище розсіювання світла непрозорим середовищем
3. Це явище проникнення світла через прозору частину штучного чи природного зуба
4. Це явище, пов'язане з усадкою керамічної маси під час її спікання

#### **30.6.1+2+6. Яких властивостей фарфоровій масі надає каолін?**

1. Підвищує температуру плавлення
2. Замутнює, зменшує прозорість
3. Знижує температуру плавлення
4. Підвищує прозорість
5. Знижує усадку
6. Підвищує хімічну стійкість і твердість

#### **31.5.3+4. Яких властивостей фарфоровій масі надає польовий шпат?**

1. Підвищує температуру плавлення
2. Замутнює, зменшує прозорість
3. Знижує температуру плавлення
4. Підвищує прозорість
5. Знижує усадку

#### **32.6.5+6. Яких властивостей фарфоровій масі надає кварц?**

1. Підвищує температуру плавлення
2. Замутнює, зменшує прозорість
3. Знижує температуру плавлення
4. Підвищує прозорість
5. Знижує усадку
6. Підвищує хімічну стійкість і твердість

#### **33.5.1. Каолін, що входить до складу фарфорових мас - це:**

1. Біла глина
2. Безводні калієві, натрієві або кальцієві алюмосилікати
3. Ангідрид кремнієвої кислоти

4. Силікофосфат
5. Бензоат натрію

**34.5.2. Польовий шпат, що входить до складу фарфорових мас - це:**

1. Біла глина
2. Безводні калієві, натрієві або кальцієві алюмосилікати
3. Ангідрид кремнієвої кислоти
4. Силікофосфат
5. Бензоат натрію

**35.5.3. Кварц, що входить до складу фарфорових мас - це:**

1. Біла глина
2. Безводні калієві, натрієві або кальцієві алюмосилікати
3. Ангідрид кремнієвої кислоти
4. Силікофосфат
5. Бензоат натрію

**36.5.1+2+4+5. За механізмом полімеризації композитні матеріали, які застосовуються в ортопедичній стоматології, доцільно розділяти на матеріали:**

1. Хімічної полімеризації
2. Світлової полімеризації
3. Швидкотвердіючої полімеризації
4. Подвійного (хімічної та світлової) полімеризації
5. Теплової полімеризації

**37.5.1+2+4+5. Які із наведених матеріалів, що застосовуються для облицювання мостоподібних протезів, є композиційними?**

1. Sinfony ("ESPE", Німеччина)
2. Artglass
3. Vitas Omega
4. Solidex ("Shofu", Японія)
5. "Оксомат" (Україна)

**38.5.1+4+5. Відносними протипоказаннями до застосування керамічних коронок є:**

1. Аномалії прикусу з глибоким різцевим перекриттям
2. Протезування зубів у дітей і підлітків із живою пульпою
3. Патологія тканин пародонту
4. Підвищене стирання твердих тканин зубів
5. Парафункції жувальних м'язів

### **39.5.1+2+4+5. Які механізми з'єднання керамічного облицювання із металічною основою протеза:**

1. Хімічне з'єднання
2. Механічне утримання
3. Біологічна сумісність
4. Сили стискання
5. Сили Ван-дер-Ваальса

### **40.4.1. Завдяки чому досягається хімічне з'єднання керамічного облицювання із металевим каркасом:**

1. Формуванню окисного шару на металі шляхом спікання каркаса в асиченій киснем атмосфері
2. За рахунок проникнення кераміки в нерівності, мікро тріщини на поверхні металічного каркасу, що утворюються при обробці металу абразивними інструментами, піскоструминній обробці з подальшим повітряним очищенням
3. Завдяки точно виготовленому каркасу і дещо вищому коефіцієнту теплового розширення металу, ніж фарфору, який його покриває
4. За рахунок притягування заряджених молекул

### **41.4.2. Завдяки чому досягається механічне з'єднання керамічного облицювання із металевим каркасом:**

1. Формуванню окисного шару на металі шляхом спікання каркаса в асиченій киснем атмосфері
2. За рахунок проникнення кераміки в нерівності, мікро тріщини на поверхні металічного каркасу, що утворюються при обробці металу абразивними інструментами, піскоструминній обробці з подальшим повітряним очищенням
3. Завдяки точно виготовленому каркасу і дещо вищому коефіцієнту теплового розширення металу, ніж фарфору, який його покриває
4. За рахунок притягування заряджених молекул

### **42.4.3. Сили стискання всередині металокерамічної конструкції розвиваються завдяки:**

1. Формуванню окисного шару на металі шляхом спікання каркаса в асиченій киснем атмосфері
2. За рахунок проникнення кераміки в нерівності, мікро тріщини на поверхні металічного каркасу, що утворюються при обробці металу абразивними інструментами, піскоструминній обробці з подальшим повітряним очищенням
3. Завдяки точно виготовленому каркасу і дещо вищому коефіцієнту теплового розширення металу, ніж фарфору, який його покриває
4. За рахунок притягування заряджених молекул

#### **43.4.4. Сили Ван-дер-Ваальса всередині металокерамічної конструкції розвиваються завдяки:**

1. Формуванню окисного шару на металі шляхом спікання каркаса в асиченій киснем атмосфері
2. За рахунок проникнення кераміки в нерівності, мікро тріщини на поверхні металічного каркасу, що утворюються при обробці металу абразивними інструментами, піскоструминній обробці з подальшим повітряним очищенням
3. Завдяки точно виготовленому каркасу і дещо вищому коефіцієнту теплового розширення металу, ніж фарфору, який його покриває
4. За рахунок притягування заряджених молекул

#### **44.5.1. Шліфування - це:**

1. Обробка поверхні абразивними матеріалами
2. Обробка поверхні з метою надання дзеркального блиску
3. Обробка поверхні піскоструминним апаратом
4. Утворення на поверхні матеріалу механічних ретенційних пунктів
5. Надання сплаву дрібнокристалічної структури

#### **45.5.2. Полірування - це:**

1. Обробка поверхні абразивними матеріалами
2. Обробка поверхні з метою надання дзеркального блиску
3. Обробка поверхні піскоструминним апаратом
4. Утворення на поверхні матеріалу механічних ретенційних пунктів
5. Надання сплаву дрібнокристалічної структури

#### **46.5.5. Якому матеріалу ви надасте перевагу при шліфуванні керамічного протезу:**

1. Азбесту
2. С-силікону
3. Пасті ДОІ
4. Корунду
5. Алмазу

#### **47.5.4. Якому матеріалу ви надасте перевагу при шліфуванні сталей високої міцності:**

1. Азбесту
2. С-силікону
3. Пасті ДОІ
4. Корунду
5. Алмазу

#### **48.5.1. Коли виникають усадочні раковини в протезах, відлитих із сплавів металів?**

1. При недостатній кількості металу під час відливання деталей, невірному розташуванні ливникових каналів, порушенні температурного режиму плавлення, швидкості заливки і охолодження
2. В результаті нерівномірного затвердіння металів
3. В результаті сторонніх включень у восковій моделі, що була виплавлена, при нерівномірному затвердінні металів, застосуванні різнорідних сплавів металів
4. При застосуванні різнорідних сплавів металів
5. При забрудненні тигля перед плавкою

#### **49.5.1+5. Для отримання відбитків за допомогою еластомерів нанесення відповідного адгезиву на відбиткові ложки здійснюється для:**

1. Поліефірів
2. Альгінатних відбиткових мас
3. Гіпсу
4. Термопластичних мас
5. А-силіконів

#### **50.5.1+2+3+4. Для зняття відбитків за допомогою еластомерів (базових мас типу "putty") можливо використовувати:**

1. Жорсткі перфоровані відбиткові ложки
2. Жорсткі неперфоровані стандартні металеві ложки з адгезивом
3. Жорсткі неперфоровані індивідуальні ложки з адгезивом
4. Жорсткі перфоровані стандартні ложки з адгезивом
5. Воскові шаблони

#### **51.5.1. Від чого залежить стирання зубних протезів?**

1. Від твердості матеріалу
2. Від еластичності матеріалу
3. Від стійкості матеріалу до корозії
4. Від деформаційної пружності
5. Від залишкової деформації

#### **52.5.3. З чим порівнюють твердість матеріалів для протезів у стоматології?**

1. Твердістю нержавіючої сталі
2. Твердістю благородних сплавів
3. Твердістю дентину та емалі
4. Твердістю сталі й дентину
5. Твердістю кістки



**53.5.4. Під час жування їжі на зубний протез діють сили:**

1. До 50 кг
2. До 80 кг
3. До 90 кг
4. До 100 кг
5. До 130 кг

**54.5.3. За призначенням моделі поділяють на:**

1. Робочі, допоміжні, гіпсові, металеві
2. Гіпсові, діагностичні, допоміжні, вогнетривкі
3. Робочі, допоміжні, діагностичні, музейні
4. Допоміжні, діагностичні, музейні, гіпсові
5. Допоміжні, робочі, музейні, часткові

**55.5.1. Дайте визначення поняття моделі:**

1. Це позитивне відображення рельєфу протезного ложа і прилеглих тканин
2. Це часткове негативне відображення рельєфу протезного ложа
3. Це позитивне відображення тканин, прилеглих до протезного ложа
4. Це повне відображення зубів, розміщених поряд з дефектом зубного ряду
5. Це негативне відображення рельєфу протезного ложа

**56.5.2. Для виготовлення моделей використовуються:**

1. Гіпс, кварцовий пісок, легкоплавкий сплав, амальгама, пластмаса
2. Гіпс, супергіпс, пластмаса, легкоплавкий сплав
3. Алюміній, супергіпс, мелот-метал, "Гелін", амальгама
4. Маршаліт, гіпс, пластмаса, алюміній, цемент
5. Супергіпс, пемза, мелот-метал, цинк, пісок, амальгама, цемент

**57.5.3. Розбірні робочі моделі використовуються для виготовлення:**

1. Повних знімних протезів, штампованих коронок, незнімних суцільнолитих протезів, вкладок
2. Металокерамічних незнімних протезів, керамічних коронок, часткових знімних протезів, вкладок
3. Суцільнолитих протезів, металокерамічних коронок, вкладок, напівкоронок
4. Повних знімних протезів, штампованих коронок, штифтових зубів
5. Штамповано-паяних мостоподібних протезів, керамічних коронок, часткових знімних протезів

**58.5.5. До складу моделювальних матеріалів входять:**

1. Воски, барвники, гіпс, крейда
2. Барвники, тальк, стеарин, церезин
3. Стеарин, воски, пемза, гіпс
4. Парафін, стеарин, альгінат, каучук
5. Воски, каучук, каніфоль, барвники

#### **59.5.1+2. Призначення моделювальних матеріалів:**

1. Моделювання попередніх форм деталей або виробів
2. Моделювання форми проміжної частини протеза
3. Виготовлення робочих моделей
4. Отримання анатомічного відбитка
5. Виготовлення заключних форм деталей або виробів

#### **60.5.4. Вогнетривкі моделі призначені:**

1. Для пресування пластмасових протезів
2. Для штампування металевих базисів
3. Для паяння металевих незнімних протезів
4. Для литва каркасів бюгельних протезів
5. Для литва проміжних частин мостоподібних протезів

#### **61.5.4. Сепараційний лак використовують для:**

1. Ізоляції пластмаси від гіпсу прес-форми
2. Маскування металевих деталей протеза
3. Компенсації усадки під час лиття
4. Міжзубної сепарації
5. Утворення гладенької поверхні відливка

#### **62.5.1+2. Який ізоляційний матеріал застосовують для розділення пластмаси і гіпсу?**

1. Силікодент
2. Колоїдний розчин альгінату натрію
3. Гідролізований етилсилікат
4. Рідке скло
5. Розділювальний лак

#### **63.5.3. Фрита - це суміш:**

1. Подрібненого каоліну і польового шпату
2. Кварцу і каоліну
3. Польового шпату і кварцу
4. Крейди і кварцу
5. Польового шпату і крейди

#### **64.5.1. Що є метою шліфування і полірування протезів?**

1. Підвищення корозійної стійкості, естетичності та гігієнічності
2. Зменшення маси протеза
3. Підвищення естетичності та еластичності
4. Зниження міцності, підвищення гігієнічності та собівартості
5. Підвищення корозійної стійкості та жорсткості

### **65.5.3. Корунд - це:**

1. Продукт вулканічної діяльності
2. Ортосилікат
3. Мінерал, що містить оксид алюмінію
4. Гірська порода
5. Кристалічний різновид вуглецю

### **66.5.2. Сплави золота і срібла полірують:**

1. Пемзою
2. Оксидом заліза
3. Оксидом хрому
4. Крейдою
5. Гіпсом

### **67.5.2+4+5. До складу фарфорової маси входять:**

1. Крейда
2. Кварц
3. Боратне скло
4. Польовий шпат
5. Каолін

### **68.5.3. Кобальто-хромовий сплав складається з:**

1. Кобальту, хрому, мангану, заліза, міді
2. Кобальту, хрому, срібла, мангану, молібдену
3. Кобальту, нікелю, мангану, хрому, молібдену
4. Кобальту, хрому, нікелю, міді, вуглецю
5. Кобальту, хрому, ванадію, нікелю, срібла

### **69.5.5. До складу легкоплавких сплавів входять:**

1. Олово, свинець, алюміній, кадмій
2. Олово, вісмут, магній, свинець
3. Свинець, манган, олово, вісмут
4. Кадмій, цинк, вісмут, свинець
5. Вісмут, олово, кадмій, свинець

### **70.5.4. Формувальні матеріали застосовують під час:**

1. Штампування
2. Кування
3. Пресування
4. Литва
5. Вибілювання

### **71.5.3. Послідовність фаз кристалізації гіпсу:**

1. Насичення, екзотермічна, кінцевої кристалізації
2. Екзотермічна, тістоподібна, екзотермічна, кінцевої кристалізації
3. Насичення, пластична, втрати пластичності, екзотермічна, кінцевої кристалізації
4. Початкова, екзотермічна, втрати пластичності, кінцевої полімеризації
5. Насичення, екзотермічна, кінцевої кристалізації, втрати пластичності

### **72.5.1. Твердіння гіпсу прискорюють:**

1. Сульфати й хлориди калію та натрію
2. Бура, етиловий спирт, цукор, столярний клей
3. Додавання дистильованої води
4. Зміна пропорційного співвідношення рідини та гіпсу
5. Додавання супергіпсу

### **73.5.2. Твердіння гіпсу пригнічують:**

1. Сульфати й хлориди калію та натрію
2. Бура, етиловий спирт, цукор, столярний клей
3. Додавання дистильованої води
4. Зміна пропорційного співвідношення рідини та гіпсу
5. Додавання супергіпсу

### **74.5.3. Які формувальні маси застосовують для виготовлення вогнетривких моделей:**

1. "Експонента", "Аурит", "Силамін"
2. "Силаур", "Бюгеліт", "Формоліт"
3. "Бюгеліт", "Кристосил", "Силамін"
4. "Силамін", "Силаур", "Формоліт"
5. "Кристосил", "Експонента", "Аурит"

### **75.5.4. Який склад золота 900-ї проби:**

1. Золота - 90%, срібла - 5%, міді - 5%
2. Золота - 75%, срібла - 4%, міді - 6%
3. Золота - 90%, срібла - 10%, міді - сліди
4. Золота - 90%, срібла - 4%, міді - 6%
5. Золота - 96%, срібла - 4%, міді - сліди

### **76.5.2+3+4+5. Недоліки самотвердіючих пластмас:**

1. Тривалість полімеризації
2. Високий вміст залишкового мономеру
3. Нерівномірність полімеризації
4. Утворення раковин і пор
5. Зміна кольору

### **77.5.3. Пресування пластмаси проводять у стадії:**

1. Зволоженого порошку
2. Набухаючого порошку
3. Тістоподібної консистенції
4. В'язкої консистенції
5. Гумоподібної консистенції

### **78.5.1+4+5. Вкажіть хімічні активатори самотвердіючих пластмас:**

1. Третинні аміни
2. Гідрохіон
3. Діоктилфталат
4. Солі сульфонових кислот
5. Диметилпаратолуїдин

### **79.5.3. Під час спікання фарфору його усадка становить:**

1. 0,5%
2. 3%
3. 10-12%
4. 20-40%
5. 50%

### **80.5.3. Корозійна стійкість - це:**

1. Здатність металів протистояти механічному навантаженню
2. Зниження межі витривалості металу або сплаву за умови одночасного впливу циклічних навантажень і корозійного середовища
3. Здатність матеріалів протистояти корозії
4. Руйнування металу, що незначно впливає на його механічну міцність
5. Руйнування металу на межі кристалів

### **81.5.3. Корозійна втома - це:**

1. Руйнування металу на межі кристалів
2. Здатність матеріалів протистояти корозії
3. Зниження межі витривалості металу або сплаву за умови одночасного впливу циклічних навантажень і корозійного середовища
4. Здатність металів протистояти механічному навантаженню
5. Руйнування металу, що незначно впливає на його механічну міцність

### **82.5.2. Місцева корозія характеризується:**

1. Руйнуванням металу на межі кристалів
2. Руйнуванням окремих ділянок металу і проявляється у вигляді плям та точкових уражень різної глибини
3. Руйнуванням металу, що незначно впливає на його механічну міцність
4. Зниженням межі витривалості металу або сплаву за умови одночасного впливу циклічних навантажень і корозійного середовища

5. Взаємодією металу з агресивними середовищами, які не проводять електричний струм

#### **83.5.4. Хімічна корозія характеризується:**

1. Руйнуванням металу на межі кристалів
2. Руйнуванням окремих ділянок металу і проявляється у вигляді плям та точкових уражень різної глибини
3. Руйнуванням металу, що незначно впливає на його механічну міцність
4. Взаємодією металу з агресивними середовищами, які не проводять електричний струм
5. Зниженням межі витривалості металу або сплаву за умови одночасного впливу циклічних навантажень і корозійного середовища

#### **84.5.3. Газова пористість при полімеризації пластмаси виникає при:**

1. Недостатній кількості мономера
2. Недостатньому тиску чи недостатній кількості пластмаси, внаслідок чого утворюються порожнини
3. Випаровуванні мономера всередині формувальної маси, що полімеризується
4. Порушенні температурного режиму полімеризації пластмаси

#### **85.4.2. Пористість стиснення при полімеризації пластмаси виникає при:**

1. Недостатній кількості мономера
2. Недостатньому тиску чи недостатній кількості пластмаси, внаслідок чого утворюються порожнини
3. Випаровуванні мономера всередині формувальної маси, що полімеризується
4. Порушенні температурного режиму полімеризації пластмаси

#### **86.4.1. Гранулярна пористість може виникати при:**

1. Недостатній кількості мономера
2. Недостатньому тиску чи недостатній кількості пластмаси, внаслідок чого утворюються порожнини
3. Випаровуванні мономера всередині формувальної маси, що полімеризується
4. Порушенні температурного режиму полімеризації пластмаси

#### **87.5.4. Тугоплавкі стоматологічні фарфорові маси мають температуру плавлення:**

1. 200-250°C
2. 300-370°C
3. 500-550°C
4. 1300-1370°C
5. 870-1650°C

**88.5.5. Середньоплавкі стоматологічні фарфорові маси мають температуру плавлення:**

1. 200-250°C
2. 300-370°C
3. 500-550°C
4. 1300-1370°C
5. 1090-1260°C

**89.5.5. Безкольорова базисна пластмаса використовується при виготовленні базисів протезів для:**

1. Покращення естетичних якостей протеза
2. Зменшення собівартості протеза
3. Покращення механічних властивостей протеза
4. Покращення хімічної стійкості протеза
5. Усунення дії барвників при алергічних реакціях на звичайну пластмасу

**90.5.1. Вкажіть переваги безкольорової базисної пластмаси:**

1. Виготовлення на основі очищеного від стабілізатора поліметилметакрилату
2. Кращі естетичні якості
3. Більш дешевий матеріал
4. Більша механічна стійкість
5. Більша хімічна стійкість

**91.4.1+4. В клініці ортопедичної стоматології еластичні базисні пластмаси використовують для виготовлення:**

1. Щелепно-лицевих протезів
2. Каркасів незнімних протезів
3. Діагностичних моделей
4. Боксерських кап

**92.5.1. Тиксотропність відбиткових матеріалів - це:**

1. Висока їх текучість під тиском
2. Добра їх текучість у вологому середовищі
3. Збільшення пластичності та еластичності матеріалу
4. Утворення поперечних зв'язків між лінійними макромолекулами, які зміцнюють полімерний матеріал
5. Здатність їх заповнювати усі елементи рельєфу поверхні доторкання

**93.5.2. Гідрофільність відбиткових матеріалів - це:**

1. Висока їх текучість під тиском
2. Добра їх текучість у вологому середовищі
3. Збільшення пластичності та еластичності матеріалу

4. Утворення поперечних зв'язків між лінійними макромолекулами, які зміцнюють полімерний матеріал
5. Здатність їх заповнювати усі елементи рельєфу поверхні доторкання

#### **94.5.3. Пластифікація відбиткових матеріалів - це:**

1. Висока їх текучість під тиском
2. Добра їх текучість у вологому середовищі
3. Збільшення пластичності та еластичності матеріалу
4. Утворення поперечних зв'язків між лінійними макромолекулами, які зміцнюють полімерний матеріал
5. Здатність їх заповнювати усі елементи рельєфу поверхні доторкання

#### **95.5.5. Еластичність відбиткових матеріалів це:**

1. Висока їх текучість під тиском
2. Добра їх текучість у вологому середовищі
3. Збільшення пластичності та еластичності матеріалу
4. Утворення поперечних зв'язків між лінійними макромолекулами, які зміцнюють полімерний матеріал
5. Здатність їх заповнювати усі елементи рельєфу поверхні доторкання

#### **96.5.4. Адгезія відбиткових матеріалів - це:**

1. Висока їх текучість під тиском
2. Добра їх текучість у вологому середовищі
3. Збільшення пластичності та еластичності матеріалу
4. Зчеплення між двома зведеними у контакт поверхнями
5. Здатність їх заповнювати усі елементи рельєфу поверхні доторкання

#### **97.5.4. Усадка відбиткових матеріалів - це:**

1. Висока їх текучість під тиском
2. Добра їх текучість у вологому середовищі
3. Збільшення пластичності та еластичності матеріалу
4. Зменшення лінійних розмірів та об'єму відбиткового матеріалу при його структуруванні, охолодженні, зберіганні
5. Здатність їх заповнювати усі елементи рельєфу поверхні доторкання

#### **98.5.1+3. До твердокристалічних відбиткових мас відносять:**

1. Гіпс
2. Панасіл
3. Репін
4. Стомальгін
5. Упін



### **99.5.2. Назвіть спеціальні методи дослідження при діагностиці гальваноза?**

1. Посів з порожнини рота на наявність грибків р. Candida
2. Вимірювання величини електропотенціалів металевих протезів та сили струму між ними, а також визначення порогу індивідуальної електрочутливості слизової оболонки порожнини рота
3. Дослідження реакцій крові пацієнта на введення різних зразків базисних пластмас зубних протезів (по уповільненню швидкості міграції лейкоцитів)
4. Рентгенологічне дослідження
5. Електроодонтодіагностика

### **100.5.3. Стан слизової оболонки порожнини рота, коли визначають патологічні крововиливи, набряк, гіперемію слизової оболонки в місцях контакту з металевими частинами протезів, ерозії, афти, пухирі, набряк губ, відбитки зубів на бічних поверхнях язика, характерний для:**

1. Глосалгії
2. Парадонтиту
3. Алергічної реакції на сплави металів зубних протезів
4. Гальванозу
5. Правильних відповідей немає

### **101.4.4. Гальванізм - це:**

1. Алергічна реакція сповільненого типу
2. Токсична дія металевих протезів
3. Грубі порушення технології виготовлення і фінішної обробки металевих зубних протезів
4. Наявність струмів між металевими протезами, а також амальгамовими пломбами

### **102.5.2. Які скарги висувають хворі при гальванозі?**

1. Біль при накушуванні на зуб, що вкритий металевим протезом
2. Парестезії у вигляді печії і пощипування язика та внутрішньої поверхні губи; металевий чи кислуватий присмак; відчуття гіркоти; сухість у роті; відчуття проходження "струму" в язичі, особливо при контакті з металевим ложкою під час їжі; зміна смакової чутливості
3. Головний біль, безсоння, швидка втома, іскри в очах, сухість у роті чи підвищене слиновиділення
4. Нудота, кишкові розлади, загострення хронічних захворювань ШКТ, холециститу, хронічного панкреатиту
5. Головний біль, безсоння, розлади ШКТ, печія та припухлість язика, піднебіння, зміна смакової чутливості

### **103.5.4. Які клінічні ознаки характерні для гальванозу порожнини рота?**

1. Біль у язиці
2. Печія слизової оболонки порожнини рота
3. Почервоніння піднебіння та ясенного краю на верхній щелепі
4. Парестезії у вигляді печії і пощипування язика та внутрішньої поверхні губи; металевий чи кислуватий присмак; відчуття гіркоти; сухість у роті; відчуття проходження "струму" в язиці, особливо при контакті з металевою ложкою під час їжі; зміна смакової чутливості
5. Правильних відповідей немає

### **104.4.1. В чому полягає механізм токсичного впливу сплавів металів зубних протезів на організм?**

1. У ротовій рідині збільшується кількість іонів металів внаслідок явищ гальванізму, що призводить до підвищеного надходження їх у кров через ШКТ; до отруєння усього організму та загострення хронічних захворювань ШКТ, які не зникають, доки не видалити причинних конструкцій зубних протезів
2. У травматичній дії зубних протезів на слизову оболонку порожнини рота
3. У "парниковому" ефекті повних знімних пластинкових протезів на слизову оболонку порожнини рота
4. Продукти електролізу (іони металів з'єднуються з білками, утворюючи комплекс "гаптен + білок = алерген", що призводить до виникнення реакції "антиген - антитіло" та стимуляції до вироблення антитіл. З'єднання іонів з білками призводить до алергічних реакцій

### **105.4.1. Механізм виникнення алергічної реакції до сплавів металів зубних протезів полягає у наступному:**

1. Продукти електролізу (іони металів з'єднуються з білками, утворюючи комплекс "гаптен + білок = алерген", що призводить до виникнення реакції "антиген - антитіло" та стимуляції до вироблення антитіл. З'єднання іонів з білками призводить до алергічних реакцій
2. Електрохімічна взаємодія між двома металевими напівелементами, які знаходяться у ротовій рідині (електроліті), що призводить до виникнення гальванічних струмів
3. Довготривала дія на рецепторне поле порожнини рота невеликих за силою струму величин, які змінюються та непостійні протягом доби, що приводить до поляризації та гіперполяризації нейрорецепторних утворень, внаслідок чого порушується їх функція та адекватна передача інформації від рецепторів
4. У ротовій рідині збільшується кількість іонів металів, що приводить до підвищеного надходження їх у кров через ШКТ та до отруєння усього організму, й загострення хронічних захворювань ШКТ, які не зникають, поки не видалити причинних конструкцій зубних протезів

**106.5.1. Стан слизової оболонки порожнини рота, коли визначають петехіальні крововиливи, набряк, гіперемію слизової оболонки в місцях контакту з металевими частинами протезів, ерозії, афти, пухирі, набряк губ, відбитки зубів на бічних поверхнях язика, характерний для:**

1. Алергічної форми непереносимості сплавів металів зубних протезів
2. Рефлекторної форми непереносимості сплавів металів зубних протезів
3. Токсичної форми непереносимості сплавів металів зубних протезів
4. Поєднаної форми непереносимості сплавів металів зубних протезів
5. Гальванічної форми непереносимості сплавів металів зубних протезів

**107.5.4. Гальванічна форма непереносимості сплавів металів зубних протезів об'єктивно характеризується:**

1. Скаргами на відчуття іскріння в очах, запаморочення, сухість у роті чи, навпаки, підвищене слиновиділення, зміну смакової чутливості; відчуття гіркоти в ротовій порожнині
2. Набряком, гіперемією слизової оболонки порожнини рота з петехіальними крововиливами, ерозіями та афтами
3. Болем при горизонтальній та вертикальній перкусії зуба, вкритого металеву короною
4. Низькою величиною порогу індивідуальної електрочутливості слизової оболонки порожнини рота - до 9 мкА, та силою струму між металевими протезами в ротовій порожнині 10-87 мкА
5. В величиною порогу індивідуальної електрочутливості слизової оболонки порожнини рота у межах 20 мкА та силою струму між металевими протезами в ротовій порожнині до 9 мкА

**108.5.4. Рефлекторна форма непереносимості сплавів металів зубних протезів об'єктивно характеризується:**

1. Силою струму між металевими протезами в ротовій порожнині понад 20 мкА
2. Сироподібним нальотом на поверхні спинки язика, "в'язкою" та тягучою слиною
3. В величиною порогу індивідуальної електрочутливості слизової оболонки порожнини рота більше 25 мкА
4. В величиною порогу індивідуальної електрочутливості слизової оболонки порожнини рота 9-25 мкА, та силою струму між металевими протезами в ротовій порожнині 8-12 мкА
5. Наявністю папул на слизовій оболонці порожнини рота в дистальному відділі щоки або в ретромоллярному просторі, розташованих у вигляді листя папороті або сітки

#### **109.4.2. Гальванічна форма непереносимості сплавів металів зубних протезів характеризується скаргами хворих на:**

1. Біль при накушуванні на зуб, що вкритий металевим протезом
2. Парестезії у вигляді печії і пощипування язика та внутрішньої поверхні губи; металевий чи кислуватий присмак; відчуття гіркоти; сухість у роті; відчуття проходження "струму" в язичі, особливо при контакті з металеву ложкою під час їжі; зміну смакової чутливості
3. Головний біль, безсоння, швидку втому, іскри в очах, сухість у роті чи підвищене слиновиділення
4. Нудоту, кишкові розлади, загострення хронічних захворювань ШКТ, холециститу, хронічного панкреатиту

#### **110.4.4. Механізм виникнення гальванічної форми непереносимості сплавів металів зубних протезів полягає у наступному:**

1. Довготривала дія на рецепторне поле порожнини рота невеликих за силою струму величин, які змінюються та непостійні протягом доби
2. Подразнення металевим краєм протезу слизової оболонки
3. Продукти електролізу (іони металів з'єднуються з білками, утворюючи комплекс "гаптен + білок = алерген", що призводить до виникнення реакції "антиген - антитіло" та стимуляції до вироблення антитіл. З'єднання іонів з білками призводить до алергічних реакцій
4. Електрохімічна взаємодія між двома та більше металевими протезами, які знаходяться у ротовій рідині (електроліті), призводить до виникнення гальванічних струмів, що перевищують поріг індивідуальної електрочутливості слизової оболонки порожнини рота

#### **111.5.4. Обсяг та напрямок лікувальних заходів при гальванічній формі непереносимості залежить в основному від:**

1. Локалізації патологічних змін на слизовій оболонці порожнини рота
2. рН ротової рідини
3. Дослідження змін в гемограмі
4. Значення порогу індивідуальної електрочутливості тканин порожнини рота до постійного струму, величини електропотенціалів металевих протезів, а також сили струму між ними
5. Терміну подразнення рецепторного поля та тканин порожнини рота гальванічним током малої сили (9-10 мкА)

#### **112.5.4+5. Перерахуйте конструкційні матеріали, показник стирання яких найбільш відповідає показнику стирання емалі природних зубів:**

1. Метал
2. Високотемпературна кераміка
3. Акрилова пластмаса
4. Композит
5. Низькотемпературна кераміка

**113.4.2+4. Перерахуйте фіксуючі цементи, здатні формувати хімічний зв'язок із твердими тканинами зуба:**

1. Цинк-фосфатний
2. Склоіономерний
3. Цинк-евгенольний
4. Цинк-полікарбоксилатний

**114.4.4. Вкажіть фіксуючий цемент, який показаний для фіксації суцільнокерамічних конструкцій:**

1. Будь-який цемент
2. Полікарбоксилатний
3. Склоіономерний
4. Полімерний

**115.2. Ультрафіолетовий дезінфектор із жорстким ультрафіолетовим випромінюванням інтенсивністю  $pW.sec/cm^2$  використовують з метою:**

1. Стерилізації відбитків
2. Дезінфекції наконечників
3. Дезінфекції відбитків
4. Стерилізації борів

**116.5.5. До якої групи матеріалів відносять зуботехнічний віск?**

1. Полірувальних
2. Корегувальних
3. Формувальних
4. Основних
5. Допоміжних

**117.4.2. Що таке остеointegraція?**

1. Залучення та міграція остеобластів на поверхню імплантату через залишок кров'яного згустку, сформованого навколо імплантату
2. Формування прямого структурного та функціонального зв'язку між живою кістковою тканиною і поверхнею встановленого імплантату на мікроскопічному рівні
3. Утворення кісткової тканини шляхом витягнення
4. Стимуляція росту кісткової тканини навколо встановленого імплантату за рахунок різних біосумісних речовин і з'єднань

**118.5.1+3+5. На які основні групи можна розділити існуючі напрямки модифікації поверхні металевих імплантатів?**

1. Морфологічні
2. Біологічні
3. Фізико-хімічні

4. Лазерні
5. Біохімічні

#### **119.5.1+2. Які цілі є першочерговими при механічному способі обробки поверхні металевго імплантату?**

1. Отримання специфічної поверхневої топографії рельєфу
2. Очищення поверхні імплантату від домішок
3. Руйнація біоактивного оксидного шару на поверхні імплантату
4. Формування біоактивного оксидного шару на поверхні імплантату
5. Погіршення процесу остеоінтеграції

#### **120.4.2. Що собою являє остеокондукція?**

1. Формування прямого структурного та функціонального зв'язку між живою кістковою тканиною і поверхнею встановленого імплантату на мікроскопічному рівні
2. Залучення та міграція остеобластів на поверхню імплантату через кров'яний згусток, сформований навколо імплантату
3. Стимуляція росту кісткової тканини навколо встановленого імплантату за рахунок різних біосумісних речовин і з'єднань
4. Утворення кісткової тканини шляхом витягнення

#### **121.5.3. Метод механічної модифікації поверхні імплантату, який підвищує втмну міцність обробленого матеріалу, називається:**

1. Лазерна абляція
2. Повітряна піскоструминна обробка
3. Дробоструминна обробка
4. Плазмове розпилення титанового порошку
5. Електрохімічне травлення

#### **122.5.5. Сучасний напрямок фізіологічної модифікації поверхні металевих імплантатів шляхом їх витримування в штучних фізіологічних розчинах, близьких за складом до біологічних рідин людини?**

1. Оксидування
2. Пасивація
3. Електроерозійна обробка
4. Метод мікродугового окислення
5. Біоміметичний метод

#### **123.4.1. У чому полягає дистракційний остеогенез?**

1. Утворення кісткової тканини шляхом витягнення
2. Залучення та міграція остеобластів на поверхню імплантату через залишок кров'яного згустку, сформованого навколо імплантату

3. Формування прямої структурного та функціонального зв'язку між живою кістковою тканиною і поверхнею встановленого імплантату на мікроскопічному рівні
4. Стимуляція росту кісткової тканини навколо встановленого імплантату за рахунок різних біосумісних речовин і з'єднань

#### **124.4.4. В чому полягає суть остеоіндукції?**

1. Це формування прямої структурного та функціонального зв'язку між живою кістковою тканиною і поверхнею встановленого імплантату на мікроскопічному рівні
2. Залучення та міграція остеобластів на поверхню імплантату через залишок кров'яного згустку, сформованого навколо імплантату
3. Утворення кісткової тканини шляхом витягнення
4. Стимуляція росту кісткової тканини навколо встановленого імплантату за рахунок різних біосумісних речовин і з'єднань

#### **125.5.3. Метод модифікації поверхні металевого імплантату, що полягає у впливі на реакції клітин і тканин шляхом закріплення на їх поверхні пептидів, протеїнів чи факторів росту без зміни об'ємних властивостей матеріалів:**

1. Іонно-плазмовий вплив
2. Лазерна абляція
3. Біохімічний метод
4. Механічний метод
5. Метод пасивації

#### **126.3.2. Поверхня титанового імплантату модифікована нанесенням гідроксиапатиту кальцію на його поверхню. Як це вплине на остеоінтеграцію?**

1. Сповільнить (погіршить) остеоінтеграцію
2. Сприятиме остеоінтеграції
3. Не вплине

#### **127.4.1+2+4. Термопластичні матеріали - це:**

1. Композиції неорганічних речовин (сополімерів), які мають термопластичні властивості, а також наповнювачів, які забезпечують кольорову стійкість матеріалів
2. Такі, основу яких складають природні або штучні високомолекулярні сполуки, які складаються з великих за розміром молекул
3. Такі, що набувають необхідної форми в розігрітому стані із додаванням мономеру
4. Матеріали, які стають пластичними при нагріванні

**128.4.1+2+3. Властивості термопластичних матеріалів залежать від:**

1. Величини молекулярної маси
2. Хімічного складу
3. Величини і форми ланцюга атомів
4. Кристалічної структури

**129.5.1+2+3+4. Які переваги термопластичних матеріалів порівняно з акриловими пластмасами:**

1. Відсутність залишкового мономеру
2. Відсутність токсичних або алергенних компонентів
3. Біологічна нейтральність
4. Високий ступінь еластичності, гнучкості, механічна та хімічна стійкість
5. Високий ступінь усадки

**130.4.2+3+4. Які є недоліки термопластичних матеріалів:**

1. Біологічна нейтральність
2. Відсутність хімічного з'єднання з акриловими зубами
3. Погіршення естетичного вигляду при неправильному догляді
4. Складність проведення перебазування та ремонту

**131.6.1+3+6. Які існують відносні протипоказання щодо виготовлення базисів знімних зубних протезів з термопластичних матеріалів?**

1. Парафункції жувальних м'язів, аномалії прикусу з глибоким різцевим перекриттям, дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба
2. Заміщення малих включених дефектів зубних рядів
3. Генералізоване патологічне стирання зубів III ступеня, змішана форма, бруксизм
4. Дефекти зубних рядів: кінцеві, включені
5. Наявність поодиноких зубів на щелепах
6. Повна втрата зубів

**132.7.1+3+4+5+6+7. В ортопедичній стоматології для виготовлення базисів знімних зубних протезів використовують:**

1. Акрилові пластмаси
2. Матеріали на основі каучуку
3. Термопластичні матеріали на основі нейлону (поліаміду)
4. Термопластичні матеріали на основі ацеталу (поліоксиметилену)
5. Термопластичні матеріали на основі поліпропілену
6. Термопластичні матеріали на основі метилметакрилату
7. Різноманітні сплави металів



**133.5.1. Які з наведених матеріалів, що застосовуються для виготовлення базисів знімних протезів, є термопластичними матеріалами на основі нейлону (поліаміду)?**

1. Valplast, Flexite (США), Flexy-Nylon (Ізраїль), Flexiplast (Німеччина)
2. Dental D, T.S.M. Acetal Dental (Італія), Асерplast (Ізраїль)
3. Ліпол
4. Flexite M.P. (США), Acry-free (Ізраїль), Fusicril (Італія), Polyан (Німеччина)
5. Flexidy (Італія), Corflex Ortodontic (Сан-Марино)

**134.5.2. Які з наведених матеріалів, що застосовуються для виготовлення базисів знімних протезів, є термопластичними матеріалами на основі ацеталу (поліоксиметилену)?**

1. Valplast, Flexite (США), Flexy-Nylon (Ізраїль), Flexiplast (Німеччина).
2. Dental D, T.S.M. Acetal Dental (Італія), Асерplast (Ізраїль)
3. Ліпол
4. Flexite M.P. (США), Acry-free (Ізраїль), Fusicril (Італія), Polyан (Німеччина)
5. Flexidy (Італія), Corflex Ortodontic (Сан-Марино)

**135.5.3. Які з наведених матеріалів, що застосовуються для виготовлення базисів знімних протезів, є термопластичними матеріалами на основі поліпропілену?**

1. Valplast, Flexite (США), Flexy-Nylon (Ізраїль), Flexiplast (Німеччина)
2. Dental D, T.S.M. Acetal Dental (Італія), Асерplast (Ізраїль)
3. Ліпол
4. Flexite M.P. (США), Acry-free (Ізраїль), Fusicril (Італія), Polyан (Німеччина)
5. Flexidy (Італія), Corflex Ortodontic (Сан-Марино)

**136.5.4. Які з наведених матеріалів, що застосовуються для виготовлення базисів знімних протезів, є термопластичними матеріалами на основі метилметакрилату?**

1. Valplast, Flexite (США), Flexy-Nylon (Ізраїль), Flexiplast (Німеччина)
2. Dental D, T.S.M. Acetal Dental (Італія), Асерplast (Ізраїль)
3. Ліпол
4. Flexite M.P. (США), Acry-free (Ізраїль), Fusicril (Італія), Polyан (Німеччина)
5. Flexidy (Італія), Corflex Ortodontic (Сан-Марино)

**137. 5.5. Які з наведених матеріалів, що застосовуються в стоматології, є термопластичними матеріалами на основі етиленвінілацетату?**

1. Valplast, Flexite (США), Flexy-Nylon (Ізраїль), Flexiplast (Німеччина)
2. Dental D, T.S.M. Acetal Dental (Італія), Асерplast (Ізраїль)
3. Ліпол
4. Flexite M.P. (США), Acry-free (Ізраїль), Fusicril (Італія), Polyан (Німеччина)
5. Flexidy (Італія), Corflex Ortodontic (Сан-Марино)

**138.4.1+3. В клініці ортопедичної стоматології термопластичні матеріали на основі етиленвінілацетату використовують для виготовлення:**

1. Щелепно-лицевих протезів
2. Індивідуальних позиціонерів
3. Боксерських кап
4. Базисів знімних зубних протезів

**139.3.1. На сьогоднішній день в клініці ортопедичної стоматології термопластичні матеріали на основі поліпропілену ("Ліпол", Україна) використовують у якості:**

1. Дешевої альтернативи термопластичним матеріалам на основі нейлону (поліаміду)
2. Альтернативи незнімним конструкціям із опорою на імплантатах
3. Бюгельним протезам, незнімним консольним протезам

**140.6.5+6. При виготовленні повних та часткових знімних протезів з базисом із термопластичних матеріалів механічна ретенція штучних акрилових зубів до базису досягається за рахунок:**

1. Ретенційних кульок
2. Обробки в пікоструминному апараті
3. Лаку "ЕДА"
4. Силану "Rocatec" (3M ESPE)
5. Наскрізного діаторичного отвору в штучному зуба
6. Ретенційних боріздок по краях штучного зуба

**141.5.1+2+3+4. Яких рекомендацій повинен дотримуватися пацієнт при користуванні знімними протезами, виготовленими з нейлону?**

1. Забороняється чистити будь-якими типами щіток, тільки промивати водою, температура якої не вище 40°, після прийому їжі протез необхідно промити водою
2. Забруднення з поверхні протезу можуть бути видалені за допомогою індивідуального ультразвукового очисника
3. Застосувати очищуючі засоби: "Flexi-Nylon", "Clean" або "Val-Clean"
4. Протези, виготовлені з Valplast, Flexite (США) рекомендовано зберігати у воді, а протези з Flexu-Nylon (Ізраїль) - в сухому місці
5. Поверхню протезів при забрудненнях необхідно обробляти в пікоструминному апараті

**142.3.3. Які інструменти доцільно використовувати під час обробки протезів з термопластичних матеріалів в зуботехнічній лабораторії:**

1. Фрези
2. Карборундові головки
3. Спечені алмазні інструменти "МонАлиТ" (Росія)

**143.5.1+2+3+4. Які особливості обробки протезів з термопластичних матеріалів в зуботехнічній лабораторії:**

1. Оптимальна швидкість - 20 тис. об/хв, фінішна - 4 тис. об/хв
2. Використання переривчастого режиму обробки з метою запобігання перегріву та деформації
3. Використання техніки зворотно-поступових рухів
4. Своєчасне очищення головки з алмазним покриттям (за допомогою бруска або піскоструминним апаратом)
5. Здійснюється під тиском

**144.5.1+2+3+4. В ортопедичній стоматології термопластичні матеріали використовують при виготовленні:**

1. Базисів бюгельних та часткових знімних пластинкових протезів
2. Індивідуальних позиціонерів, боксерських кап, сайлансерів (протихрапові прилади)
3. Кламерів
4. Тимчасових коронок та мостоподібних протезів, оклюзійних шин
5. Імплантантів

**145.5.1+2+3+4. Назвіть лабораторні етапи виготовлення знімного зубного протеза з кламерною фіксацією, виготовленого повністю з термопластичного матеріалу:**

1. Відливка майстер-моделі із супергіпсу, дослідження моделі у паралелометрі, дублювання майстер-моделі
2. Нанесення меж протеза на робочій моделі, виготовлення воскової репродукції базису протеза, постановка штучних зубів, моделювання кламерів
3. Гіпсування моделі в кювету, створення ливникової системи
4. Підготовка картриджа з термопластичним матеріалом, процес інжекції, розкриття кювети, зрізання ливників, обробка протеза
5. Глазурування

**146.5.1+3+4+5. Назвіть чинники недопаковки (порожнин) у каркасі готового протеза, виготовленого з термопластичних матеріалів:**

1. Недостатньо прогріта кювети
2. Температура нагрівання матеріалу виставлена згідно інструкції виробника
3. Невірне розташування литникових каналів, занадто тонкий восковий базис
4. Недостатній тиск в інжекційній машині
5. Недостатнє прогрівання матеріалу в картриджі

#### **147.4.1+2+3. Порушення температурного режиму литтєвого пресування протезів із термопластичних матеріалів призводить до:**

1. Зміни кольору, появи матових включень
2. Деформації протеза
3. Значної усадки відлитого протеза
4. Збільшення площі базису протеза

#### **148.4.1+2+3. Назвіть причини виникнення усадочних раковин в протезах, відлитих із термопластичного матеріалу:**

1. Якщо з'єднання між литником та протезом дуже тонке
2. Нерівномірне твердіння матеріалу в кюветі в результаті передчасно відключеного тиску
3. Змішування використаного матеріалу з новим
4. Потрапляння силікону або вазеліну

#### **149.4.2. При обстеженні пацієнтів із алергічною реакцією на акрилові пластмаси гриби роду *Candida* виявляються:**

1. У 20% пацієнтів
2. У 30% пацієнтів
3. У 10% пацієнтів
4. Не виявляються

### **Клініка та ортопедичне лікування дефектів коронок зубів**

#### **1.6.1+2+3+4+6. Показання до застосування металокерамічних коронок:**

1. Порушення анатомічної форми й кольору коронок природних зубів внаслідок як набутих патологічних станів, так і вроджених, які неможливо скорегувати фотополімерними реставраціями
2. Пародонтит легкого і середнього ступеня тяжкості з використанням шинуючих властивостей металокерамічних протезів
3. Підвищене стирання твердих тканин зубів
4. Наявність металевих незнімних протезів, які потребують заміни
5. Наявність каріозної порожнини коронкової частини зуба
6. Алергія на полімерне облицювання незнімних протезів

#### **2.5.3. Абсолютні протипоказання для застосування металокерамічних коронок:**

1. Низькі, дрібні або плоскі клінічні коронки опорних зубів з тонкими стінками
2. Патологія тканин пародонту
3. Виготовлення металокерамічних конструкцій на інтактних зубах у дітей і підлітків до 16 років
4. Підвищене стирання твердих тканин зубів
5. Парафункції жувальних м'язів ("бруксизм")

### **3.6.2+3+6. Відносні протипоказання для застосування металокерамічних коронок:**

1. Виготовлення металокерамічних конструкцій на інтактних зубах у дітей і підлітків до 16 років
2. Інтактні різці нижньої щелепи з невеликою клінічною короною
3. Недостатня висота коронок природних зубів
4. Аномалії прикусу з глибоким різцевим перекриттям
5. Підвищене стирання твердих тканин зубів
6. Парафункції жувальних м'язів ("бруксизм")

### **4.4.1. Загальні принципи препарування зубів при виготовленні металокерамічних конструкцій передбачають:**

1. Препарування (зішліфовування) твердих тканин зубів проводять з урахуванням зон безпеки
2. Препарування бічних поверхонь опорних зубів під металокерамічні коронки під кутом  $90^\circ$  до ріжучого краю передніх зубів або жувальної поверхні молярів та премолярів
3. Обов'язкове формування на усіх сторонах зуба пришийкового циркуляторного уступу
4. Препарування твердих тканин опорних зубів по 2-3 мм з кожної сторони

### **5.3.2. Оптимальні кути препарування під металокерамічні коронки при формуванні конусності бокових стінок зубів становлять:**

1.  $1^\circ - 3^\circ$
2.  $6^\circ - 10^\circ$
3.  $10^\circ - 15^\circ$

### **6.4.1. Оптимальний внутрішній кут при формуванні пришийкового уступу в області ясен при препаруванні під металокерамічну коронку:**

1. Тупий
2. Прямий
3.  $100^\circ$
4.  $110^\circ$

### **7.4.1. Ширина пришийкового уступу при препаруванні під металокерамічну коронку в ділянці центральних різців та ікл верхньої щелепи становить:**

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

**8.4.1. Яку мінімальну товщину дентина рекомендується залишати навколо порожнини зуба (пульпова камера) для виключення травми пульпи зуба?**

1. 0,9 - 1,1 мм
2. 0,1 - 1,1 мм
3. 1,2 - 2,0 мм
4. 1,8 - 2,8 мм

**9.5.3. Судинні розлади в пульпі зуба, що з'явилися після препарування зубів, можуть ліквідуватися через:**

1. Один тиждень
2. Два тижні
3. Один місяць
4. Один рік
5. Не ліквідуються ніколи

**10.4.1. Оптимальна товщина стінок відлитого та обробленого металевого ковпачка для виготовлення металокерамічної коронки складає:**

1. Не менш ніж 0,3 мм
2. Не менш ніж 1,0 мм
3. 2,0 мм
4. 5,0 мм

**11.6.4+5+6. З якою метою відбувається створення фальцу під час препарування зубів для виготовлення металевієї вкладки?**

1. Попередження зміщення вкладки
2. Виключення перекидального моменту
3. Краща фіксація вкладки
4. Краще прилягання вкладки
5. Попередження відколу емалі
6. Виключення розсмоктування цементу

**12.4.1+2. Причинами порушення фіксації литих комбінованих коронок, що зафіксовані на зубах постійним цементом, є:**

1. Надмірне вкорочення зуба
2. Надання надмірної конусності вертикальним стінкам коронки зуба
3. Дефекти литва каркаса
4. Неякісний подвійний відбиток

**13.6.1+2+3+4+5. Причини виникнення запалення маргінального пародонту після фіксації штучної коронки на опорному зубі:**

1. Відсутність контакту із сусідніми зубами
2. Глибоке занурення краю коронки в ясенну борозну
3. Товстий край коронки

4. Відсутність екватора
5. Неповне прилягання коронки до шийки зуба
6. Відсутність контакту коронки із зубами-антагоністами

**14.4.1+2. Під час препарування зубів для виготовлення пластмасових і литих коронок створення пришийкового уступу необхідне для:**

1. Підвищення естетики коронки
2. Профілактики маргінальних пародонтитів
3. Покращення фіксації коронок
4. Попередження функціонального перевантаження пародонта

**15.3.1. Співвідношення між зовнішньо- та внутрішньоальвеолярною частинами зуба залишається незмінним при зубоальвеолярному подовженні (за В.А. Пономарьовою):**

1. Першої форми
2. Другої форми першої підгрупи
3. Другої форми другої підгрупи

**16.3.3. Зубоальвеолярне подовження, яке супроводжується оголенням коренів зубів, що змістилися більш ніж на 1/2 (за В.А. Пономарьовою), відносять до:**

1. Першої форми
2. Другої форми першої підгрупи
3. Другої форми другої підгрупи

**17.4.2+4. Характерні ознаки першої форми зубоальвеолярного подовження:**

1. Переміщення зуба з оголенням частини його кореня
2. Переміщення зуба, що супроводжується гіпертрофією альвеолярного відростка
3. Зміна співвідношення зовнішньо- та внутрішньоальвеолярної частини зуба
4. На фоні гіпертрофії альвеолярного відростка співвідношення зовнішньо- та внутрішньокоронкової частини зуба залишається незмінним

**18.4.1+2+3. Характерні ознаки другої форми зубоальвеолярного подовження:**

1. Переміщення зуба з оголенням частини його кореня
2. Переміщення зуба з оголенням кореня на фоні гіпертрофії альвеолярного відростка
3. Зміна співвідношення зовнішньо- та внутрішньоальвеолярної частини зуба
4. На фоні гіпертрофії альвеолярного відростка співвідношення зовнішньо- та внутрішньокоронкової частини зуба залишається незмінним

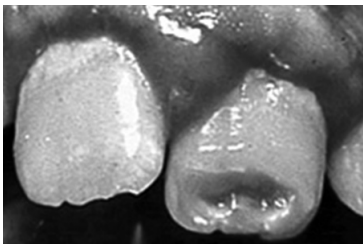
**19.7.1+2+5. Перерахуйте вроджені некаріозні ураження зубів:**

1. Гіпоплазія
2. Гіперплазія
3. Клиноподібні дефекти
4. Ерозії
5. Дисплазія Капдепона
6. Патологічне стирання зубів
7. Травми

**20.6.3+4+5+6. До набутих некаріозних уражень зубів відносять:**

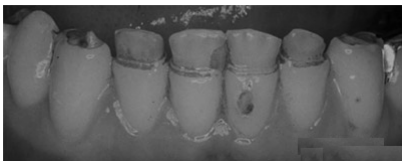
1. Гіпоплазію
2. Гіперплазію
3. Клиноподібні дефекти
4. Ерозії
5. Патологічне стирання зубів
6. Травми

**21.7.4. На даному малюнку зображено:**



1. Гіперплазію зубів
2. Флюороз зубів
3. Карієс зубів
4. Зуби Турнера
5. Ерозії
6. Клиноподібні дефекти
7. Патологічне стирання зубів

**22.7.2. На даному малюнку зображено:**



1. Гіперплазію зубів
2. Гіпоплазію зубів
3. Флюороз зубів
4. Карієс зубів
5. Ерозії
6. Клиноподібні дефекти
7. Патологічне стирання зубів

**23.7.1. На даному малюнку зображено:**



1. Гіперплазію зубів
2. Гіпоплазію зубів
3. Флюороз зубів
4. Карієс зубів
5. Ерозії
6. Клиноподібні дефекти
7. Патологічне стирання зубів

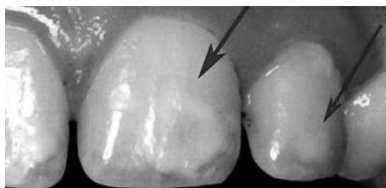


**24.6.6. На даному малюнку зображено:**



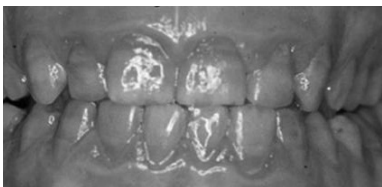
1. Гіперплазію зубів
2. Карієс зубів
3. Ерозії
4. Клиноподібні дефекти
5. Травми
6. Одонтодисплазію

**25.6.3. На даному малюнку зображено:**



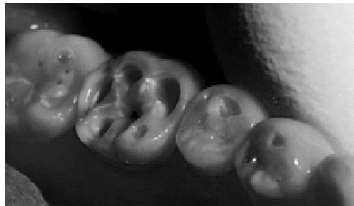
1. Гіперплазію зубів
2. Гіпоплазію
3. Флюороз зубів
4. Карієс зубів
5. Ерозії
6. Клиноподібні дефекти

**26.7.4. На даному малюнку зображено:**



1. Гіперплазію зубів
2. Гіпоплазію
3. Карієс зубів
4. Тетрациклінові зуби
5. Зуби Турнера
6. Ерозії
7. Патологічне стирання зубів

**27.7.5. На даному малюнку зображено:**



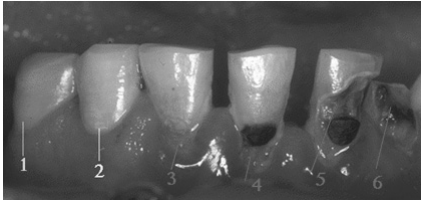
1. Гіперплазію зубів
2. Гіпоплазію
3. Флюороз зубів
4. Карієс зубів
5. Ерозії
6. Клиноподібні дефекти
7. Травми

**28.7.5. На даному малюнку зображено:**



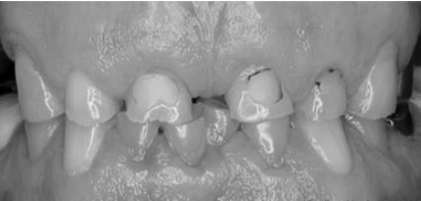
1. Гіперплазію зубів
2. Гіпоплазію
3. Карієс зубів
4. Ерозії
5. Клиноподібні дефекти
6. Патологічне стирання зубів
7. Травми

**29.7.4. На даному малюнку зображено:**



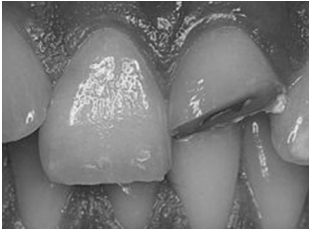
1. Гіперплазію зубів
2. Гіпоплазію
3. Флюороз зубів
4. Карієс зубів
5. Тетрациклінові зуби
6. Ерозії
7. Клиноподібні дефекти

**30.7.6. На даному малюнку зображено:**



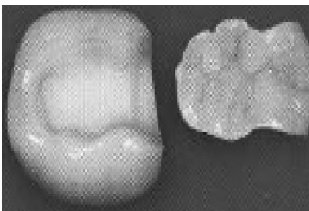
1. Гіперплазію зубів
2. Гіпоплазію
3. Карієс зубів
4. Ерозії
5. Клиноподібні дефекти
6. Патологічне стирання зубів
7. Травми

**31.7.7. На даному малюнку зображено:**



1. Гіперплазію зубів
2. Гіпоплазію
3. Карієс зубів
4. Ерозії
5. Клиноподібні дефекти
6. Патологічне стирання зубів
7. Травми

**32.5.1. Який тип мікропротеза (вкладки) зображений на малюнку?**



1. Inlay
2. Onlay
3. Overlay
4. Pinlay
5. Вінір

**33.5.2. Який тип мікропротеза (вкладки) зображений на малюнку?**



1. Inlay
2. Onlay
3. Overlay
4. Pinlay
5. Вінір

### 34.5.3. Який тип мікропротеза (вкладки) зображений на малюнку?



1. Inlay
2. Onlay
3. Overlay
4. Pinlay
5. Вінір

### 35.5.5. Який тип мікропротеза зображений на малюнку?



1. Inlay
2. Onlay
3. Overlay
4. Pinlay
5. Вінір

### 36.4.3. Характеристика мікропротезів "inlay":

1. Це мікропротези, які покривають оклюзійну поверхню зуба і одночасно входять в його тверді тканини на різну глибину
2. Це мікропротези, які охоплюють зовні більшу частину коронки зуба
3. Це мікропротези, які розміщені тільки всередині твердих тканин зуба
4. Це будь-які мікропротези з перших трьох груп, які додатково фіксуються у твердих тканинах зуба або в кореновому каналі за допомогою різних штифтів

### 37.4.1. Характеристика мікропротезів "onlay":

1. Це мікропротези, які покривають оклюзійну поверхню зуба і одночасно входять в його тверді тканини на різну глибину
2. Це мікропротези, які охоплюють зовні більшу частину коронки зуба
3. Це мікропротези, які розміщені тільки всередині твердих тканин зуба
4. Це будь-які мікропротези з перших трьох груп, які додатково фіксуються у твердих тканинах зуба або в кореновому каналі за допомогою різних штифтів

### 38.4.2. Характеристика мікропротезів "overlay":

1. Це мікропротези, які покривають оклюзійну поверхню зуба і одночасно входять в його тверді тканини на різну глибину
2. Це мікропротези, які охоплюють зовні більшу частину коронки зуба
3. Це мікропротези, які розміщені тільки всередині твердих тканин зуба
4. Це будь-які мікропротези з перших трьох груп, які додатково фіксуються у твердих тканинах зуба або в кореновому каналі за допомогою різних штифтів

#### **39.4.4. Характеристика мікропротезів "pinlay":**

1. Це мікропротези, які покривають оклюзійну поверхню зуба і одночасно входять в його тверді тканини на різну глибину
2. Це мікропротези, які охоплюють зовні більшу частину коронки зуба
3. Це мікропротези, які розміщені тільки всередині твердих тканин зуба
4. Це будь-які мікропротези з перших трьох груп, які додатково фіксують у твердих тканинах зуба або в кореновому каналі за допомогою різних штифтів

#### **40.5.3. До першого класу каріозних порожнин за Блеком відносять:**

1. Каріозні порожнини, розташовані на фронтальних зубах із частковим або повним руйнуванням різального краю
2. Каріозні порожнини, розташовані біля шийки зуба, у приясенній частині
3. Каріозні порожнини, які виникають у фісурах та природних ямках
4. Каріозні порожнини, розташовані на контактних поверхнях молярів та премолярів, а також порожнини, які виникають на зазначених поверхнях з подальшим переміщенням на жувальну поверхню
5. Каріозні порожнини, розташовані на контактних поверхнях фронтальних зубів із збереженням різального краю

#### **41.5.4. До другого класу каріозних порожнин за Блеком відносять:**

1. Каріозні порожнини, розташовані на фронтальних зубах із частковим або повним руйнуванням різального краю
2. Каріозні порожнини, розташовані біля шийки зуба, у приясенній частині
3. Каріозні порожнини, які виникають у фісурах та природних ямках
4. Каріозні порожнини, розташовані на контактних поверхнях молярів та премолярів, а також порожнини, які виникають на зазначених поверхнях з подальшим переміщенням на жувальну поверхню
5. Каріозні порожнини, розташовані на контактних поверхнях фронтальних зубів із збереженням різального краю

#### **42.5.5. До третього класу каріозних порожнин за Блеком відносять:**

1. Каріозні порожнини, розташовані на фронтальних зубах із частковим або повним руйнуванням різального краю
2. Каріозні порожнини, розташовані біля шийки зуба, у приясенній частині
3. Каріозні порожнини, які виникають у фісурах та природних ямках
4. Каріозні порожнини, розташовані на контактних поверхнях молярів та премолярів, а також порожнини, які виникають на зазначених поверхнях з подальшим переміщенням на жувальну поверхню
5. Каріозні порожнини, розташовані на контактних поверхнях фронтальних зубів із збереженням різального краю

**43.5.1. До четвертого класу каріозних порожнин за Блеком відносять:**

1. Каріозні порожнини, розташовані на фронтальних зубах із частковим або повним руйнуванням різального краю
2. Каріозні порожнини, розташовані біля шийки зуба, у приясенній частині
3. Каріозні порожнини, які виникають у фісурах та природних ямках
4. Каріозні порожнини, розташовані на контактних поверхнях молярів та премолярів, а також порожнини, які виникають на зазначених поверхнях з подальшим переміщенням на жувальну поверхню
5. Каріозні порожнини, розташовані на контактних поверхнях фронтальних зубів із збереженням різального краю

**44.5.2. До п'ятого класу каріозних порожнин за Блеком відносять:**

1. Каріозні порожнини, розташовані на фронтальних зубах із частковим або повним руйнуванням різального краю
2. Каріозні порожнини, розташовані біля шийки зуба, у приясенній частині
3. Каріозні порожнини, які виникають у фісурах та природних ямках
4. Каріозні порожнини, розташовані на контактних поверхнях молярів та премолярів, а також порожнини, які виникають на зазначених поверхнях з подальшим переміщенням на жувальну поверхню
5. Каріозні порожнини, розташовані на контактних поверхнях фронтальних зубів із збереженням різального краю

**45.5.1+3+4+5. Вкажіть переваги металокерамічних конструкцій порівняно із суцільнокерамічними:**

1. Зішліфовування меншого шару твердих тканин зуба
2. Більша естетика
3. Більш прийнятне співвідношення ціна/якість
4. Добре відома та проста технологія виготовлення
5. Більша міцність

**46.6.3+4. Вкажіть переваги суцільнокерамічних конструкцій порівняно із металокерамічними:**

1. Відмінне прилягання металевого каркаса
2. Зішліфовування меншого шару твердих тканин зуба
3. Більша естетика
4. Відсутня можлива алергія на метал
5. Добре відома та проста технологія виготовлення
6. Більша міцність

**47.4.1. Вкажіть співвідношення коефіцієнтів термічного розширення металу і кераміки, що має бути, щоб захистити кераміку від появи тріщин та відколів під дією термічного індукованого навантаження?**

1. Коефіцієнт термічного розширення металу має бути дещо вищий, ніж кераміки, в процесі охолодження до кімнатної температури
2. Коефіцієнт термічного розширення металу має бути дещо нижчий, ніж кераміки, в процесі охолодження до кімнатної температури
3. Коефіцієнт термічного розширення металу має бути однаковим з коефіцієнтом термічного розширення кераміки в процесі охолодження до кімнатної температури
4. Різниця між коефіцієнтами при виготовленні сучасних металокерамічних конструкцій не має принципового значення

**48.6.1+2+4+5+6. Перерахуйте стоматологічні види кераміки:**

1. Польовошпатна
2. Зміцнена лейцитом кераміка
3. Термокераміка
4. Склокераміка
5. Високоміцні маси (на основі алюмінію)
6. Склоінфільтрована алюмінієва кераміка

**49.6.1+2+3+5+6. Вкажіть способи виготовлення керамічних реставрацій:**

1. Спікання
2. Пресування
3. Литво
4. Штампування
5. Шлікерне литво з наступною склоінфільтрацією
6. Машинне виробництво (вручну чи за допомогою комп'ютера)

**50.4.2+3. Кераміка із особливо низькою температурою плавлення використовується для:**

1. Виготовлення штучних зубів для протезів
2. Покриття титанових каркасів, оскільки вони мають подібний коефіцієнт термічного розширення
3. Покриття золотих сплавів IV типу, що мають низьку температуру плавлення
4. Виготовлення суцільнокерамічних коронок

**51.4.2. Чи впливає кількість обпікань кераміки на її міцність?**

1. Для сучасної кераміки це несуттєво
2. Збільшення кількості обпікань спричиняє збільшення концентрації лейциту, що призводить до невідповідності коефіцієнтів термічного розширення кераміки і металу. В процесі охолодження ця різниця спричиняє збільшення напруги, що призводить до появи тріщин у кераміці

3. Збільшення кількості обпикань спричиняє зменшення концентрації лейциту, що призводить до невідповідності коефіцієнтів термічного розширення кераміки і металу. В процесі охолодження ця різниця спричиняє збільшення напруги, що призводить до появи тріщин у кераміці
4. Зменшення кількості обпикань спричиняє збільшення концентрації лейциту, що призводить до невідповідності коефіцієнтів термічного розширення кераміки і металу. В процесі охолодження ця різниця спричиняє збільшення напруги, що призводить до появи тріщин у кераміці

#### **52.4.2. "Керамінг" - це:**

1. Техніка виготовлення монохромного каркаса, який потім поверхнево фарбується
2. Процес пресування склокераміки з наступним нагріванням для створення кристалічної структури всередині скляної решітки
3. Механізм утворення усадочних раковин
4. Силіконовий відбитковий матеріал

#### **53.5.2. Техніка "Cerapress" - це:**

1. Метод спікання кераміки
2. Метод пресування кераміки
3. Метод литва кераміки
4. Метод шлікерного литва кераміки з наступною склоінфільтрацією
5. Метод машинного виробництва кераміки (вручну чи за допомогою комп'ютера)

#### **54.5.3. Керамічна маса "IPS Epress" - це:**

1. Польовошпатна кераміка
2. Зміцнена лейцитом кераміка
3. Пресована склокераміка
4. Високоміцна кераміка (на основі алюмінію)
5. Склоінфільтрована алюмінієва кераміка

#### **55.7.1+3+4+6+7. Вкажіть протипоказання до застосування суцільно-керамічних коронок:**

1. Надмірна конусність коронки
2. Патологія тканин пародонту
3. Недостатня кількість місця для товщини кераміки (менше 0,8 мм)
4. Глибокий прикус
5. Ендокринні порушення організму
6. Коротка клінічна коронка зуба
7. Парафункції

### **56.5.2+3+4+5. Основні принципи препарування зубів під суцільно-керамічні коронки:**

1. Висота коронки зуба після препарування має бути не менше 1/2 висоти реставрації
2. Медіальна і дистальна стінки зуба практично паралельні (апроксимальні простори однакової величини)
3. Висота коронки зуба після препарування має бути не менше 2/3 висоти реставрації
4. Закруглені ріжучі краї коронки
5. Ширина уступу з вестибулярної та оральної поверхні має бути 0,8-1 мм, а з медіальної та дистальної поверхні - 0,6-0,8 мм

### **57.5.1+3+4+5. Переваги застосування керамічних вкладок порівняно з іншими видами вкладок:**

1. Кераміка не змінює форму та колір з плином часу
2. Простота і невисока ціна реставрацій
3. Кераміка стійка до стирання і утворення ерозій
4. Кераміка має добру біосумісність з тканинами зуба
5. Коефіцієнт термічного розширення кераміки подібний до коефіцієнта термічного розширення емалі

### **58.5.2+4+5. Вкажіть протипоказання до застосування керамічних вкладок:**

1. Висока активність каріозного процесу
2. Парафункції жувальних м'язів
3. Під'ясенна локалізація порожнини
4. Наявність великих оклюзійних порожнин
5. Недостатня кількість тканин зуба

### **59.5.1+2+4. Основні принципи препарування порожнин для виготовлення керамічних вкладок:**

1. Відпрепарована порожнина повинна мати плавний перехід одних поверхонь в інші
2. Стінки порожнини мають дивергувати до 6°, що полегшує введення вкладки
3. Стінки порожнини мають конвертувати до 6°, що полегшує введення вкладки
4. Порожнина препарується без фальца
5. Порожнина препарується із фальцом

### **60.4.1+3+4. Вкажіть цементу для фіксації суцільнокерамічних коронок і вкладок:**

1. Склоіономерні
2. Цинк-фосфатні



3. Полімермодифіковані склоіономерні
4. Полімерні (мікронаповнені, макронаповнені і гібридні)

**61.5.4+5. Вкажіть серед нижчеперерахованих цементів склоіономерні:**

1. Bisco C&B Luting Composite (Bisco)
2. Vitremer Luting (3M)
3. Fuji Duet (GC)
4. Fuji I (GC)
5. Ketac-Cem (3M-ESPE)

**62.5.1. Вкажіть серед нижчеперерахованих цементів полімерні:**

1. Bisco C&B Luting Composite (Bisco)
2. Vitremer Luting (3M)
3. Fuji Duet (GC)
4. Fuji I (GC)
5. Ketac-Cem (3M-ESPE)

**63.5.2+3. Які із нижчеперерахованих цементів відносяться до полімермодифікованих склоіономерних цементів?**

1. Bisco C&B Luting Composite (Bisco)
2. Vitremer Luting (3M)
3. Fuji Duet (GC)
4. Fuji I (GC)
5. Ketac-Cem (3M-ESPE)

**64.4.1. Визначте рівень формування уступу під час препарування зуба під металокерамічну коронку:**

1. На рівні ясен або з мінімальним під'ясенним зануренням до 0,2-0,3 мм
2. 1-2 мм
3. Виключно на рівні ясен
4. Виключно із під'ясенним зануренням на 1-1,5 мм

**65.4.2. Які види уступів формують в пришийковій частині під час препарування зуба під металокерамічну коронку?**

1. Гострий, розширений, круговий
2. Прямий, скошений, з виїмкою, символ уступу, комбінований
3. Тупий, з пазом, круговий
4. Пологий, з пазом, з ретенційними пунктами

**66.4.4. Під час виготовлення металокерамічної коронки відбитки отримують:**

1. Альгінатними відбитковими масами
2. Гіпсом
3. Термопластичними полімерами
4. Силіконовими та поліефірними відбитковими масами

#### **67.5.1+2+4. Вкажіть можливі причини усадки керамічної маси:**

1. Недостатнє ущільнення (конденсація) частинок керамічної маси
2. Випаровування рідини, що застосовувалася для приготування фарфорової суміші
3. Неоднаковий коефіцієнт термічного розширення металу і керамічної маси
4. Вигорання органічних додатків (декстрин, цукор, крохмаль, анілінові барвники)
5. Використання керамічних мас, які втратили терміни реалізації

#### **68.5.4. Штучні коронки показано застосовувати при дефекті оклюзійної поверхні коронкової частини зуба та індексі ІРОПЗ за В.Ю. Меліквичем, який дорівнює:**

1. ІРОПЗ більше 0,2 (20% руйнування)
2. ІРОПЗ більше 0,3 (30% руйнування)
3. ІРОПЗ більше 0,4 (40% руйнування)
4. ІРОПЗ більше 0,6 (60% руйнування)
5. ІРОПЗ більше 0,9 (90% руйнування)

#### **69.5.1. Які із наведених конструкцій відносяться до мікропротезів?**

1. Вкладки, вініри, напівкоронки
2. Штучні коронки
3. Мостоподібні протези
4. Дентальні імплантати
5. Адгезивні мостоподібні протези

#### **70.5.3. Переваги вкладок порівняно зі штучними коронками:**

1. Більша естетичність
2. Менш складна технологія виготовлення
3. Максимальне збереження тканин зубів
4. Міцніші, добре відновлюють міжзубний контактний пункт
5. Відсутність алергічних реакцій

#### **71.5.4+5. Переваги вкладок порівняно з пломбами:**

1. Відсутність алергічних реакцій
2. Менш складна технологія виготовлення
3. Максимальне збереження тканин зубів
4. Кращий контроль крайової адаптації, форми оклюзійної та апроксимальних поверхонь, формується оптимальний міжзубний контактний пункт
5. Кращі фізико-механічні властивості (щільність, зносостійкість, поглинання води)

#### **72.4.3. Особливість протезування коронками зубів із повним дефектом коронкової частини та збереженими коренями:**

1. Особливості на етапах протезування відсутні
2. Корені таких зубів мають бути видалені, оскільки не підлягають протезуванню
3. Необхідно попередньо відновити куксу коронкової частини опорних зубів штифтовими конструкціями
4. Необхідно провести протезування на імплантатах

#### **73.5.4. Штифтові конструкції показано застосовувати при дефекті оклюзійної поверхні коронкової частини зуба та індексі ІРОПЗ за В.Ю. Мелікевичем, який дорівнює:**

1. ІРОПЗ більше 0,2 (20% руйнування)
2. ІРОПЗ більше 0,3 (30% руйнування)
3. ІРОПЗ більше 0,6 (60% руйнування)
4. ІРОПЗ більше 0,8 (80% руйнування)
5. ІРОПЗ більше 0,9 (90% руйнування)

#### **74.5.3. Якій штифтово-куксовій конструкції віддають перевагу при наступному протезуванні металокерамічною коронкою з каркасом із золотовмісного сплаву:**

1. Скловолоконному штифту та куксі із композиту
2. Стандартному анкерному титановому штифту та куксі із композиту
3. Суцільнолитій металевій штифтово-куксовій вкладці із золотовмісного сплаву
4. Суцільнокерамічній штифтово-куксовій конструкції, отриманій методом литтєвого пресування
5. Суцільнолитій штифтово-куксовій вкладці із кобальто-хромового сплаву

#### **75.5.5. Якій штифтово-куксовій конструкції віддають перевагу при наступному протезуванні металокерамічною коронкою з каркасом із титанового сплаву:**

1. Скловолоконному штифту та куксі із композиту
2. Стандартному анкерному мідному штифту із позолотою та куксі із композиту
3. Суцільнолитій металевій штифтово-куксовій вкладці із золотовмісного сплаву
4. Суцільнокерамічній штифтово-куксовій конструкції, отриманій методом литтєвого пресування
5. Суцільнолитій штифтово-куксовій вкладці із титанового сплаву

**76.4.3. Назвіть масові частки компонентів скловолоконних штифтів:**

1. Волокна - 10%, наповнювач - 90%
2. Волокна - 5%, наповнювач - 95%
3. Волокна - 75%, наповнювач - 25%
4. Волокна - 25%, наповнювач - 75%

**77.4.2. Які значення модуля Юнга (модуля еластичності) мають скловолоконні штифти?**

1. 3-5 ГПа
2. 18-25 ГПа
3. 80-100 ГПа
4. 200-220 ГПа

**78.4.2. Склокераміка для пресування методикою литва (E.max) - це:**

1. Карбід кальцію
2. Дісилікат літію
3. Діоксид титану
4. Дісилікат кальцію

**79.4.1+3+4. Вкажіть методики виготовлення безметалевих ортопедичних конструкцій:**

1. CAD/CAM фрезерування
2. Штампування кераміки
3. Пресування методикою литва склокераміки
4. Рефракторна технологія на вогнетривких моделях

**80.5.3. Вкажіть групи цементів, що застосовуються для фіксації скловолоконних штифтів:**

1. Полікарбоксилатні
2. Склоіономерні
3. Композитні
4. Фосфатні
5. Силікатні

**81.4.1+3. За допомогою якого обладнання можливе отримання цифрового відбитку для виготовлення ортопедичних конструкцій із застосуванням CAD/CAM-систем?**

1. Оптичний сканер
2. Комп'ютерний томограф
3. Лазерний сканер
4. Ортопантомограф з цефалостатом

#### **82.4.2. CAD-модуль у складі CAD/CAM-системи - це:**

1. Фрезерувальний пристрій для виготовлення готової ортопедичної конструкції за віртуальною 3D-моделлю
2. Обладнання та програмне забезпечення для проектування та цифрового моделювання майбутньої конструкції
3. Пристрій для пресування кераміки способом литва
4. Вогнетривка модель для нанесення керамічної маси

#### **83.4.3. CAM-модуль у складі CAD/CAM-системи - це:**

1. Обладнання та програмне забезпечення для проектування та цифрового моделювання майбутньої конструкції
2. Пристрій для пресування кераміки способом литва
3. Фрезерувальний пристрій для виготовлення готової ортопедичної конструкції за віртуальною 3D-моделлю
4. Камера для полімеризації конструкцій з ортопедичного композиту

#### **84.4.1+4. Які маси застосовуються для отримання робочих відбитків при виготовленні безметалевих конструкцій?**

1. А-силіконові
2. Гіпс
3. Тіоколові
4. Поліефірні

#### **85.4.2. Який коефіцієнт теплового розширення облицювальних керамічних мас для каркасів з діоксиду цирконію?**

1. 7 (x10-6/K-1)
2. 9 (x10-6/K-1)
3. 14 (x10-6/K-1)
4. 21 (x10-6/K-1)

#### **86.5.1+2+3+4. Адгезивна методика фіксації безметалевих конструкцій передбачає:**

1. Травлення поверхні ортопедичної конструкції
2. Травлення твердих тканин зуба
3. Використання силанів та адгезивних систем
4. Фіксація на композитний цемент
5. Фіксація на силікофосфатний цемент

#### **87.5.1+3+4+5. Які конструкції можуть бути зафіксовані на постійний цемент за адгезивною методикою?**

1. Польовошпатні рефракторні безкаркасні
2. З каркасом на основі з діоксиду цирконію
3. З прес-кераміки
4. З каркасом на основі оксиду алюмінію
5. З ортопедичного композиту

**88.5.5. Яким чином можна вплинути на поверхню каркасу з діоксиду цирконію з метою посилення цементної ретенції при застосуванні адгезивної методики фіксації?**

1. Протравити 37% ортофосфорною кислотою
2. Протравити 10% плавиковою кислотою
3. Протравити 30% лимонною кислотою
4. Протравити 4% фтористоводневою кислотою
5. Жодним з перерахованих методів

**89.5.1+2. Яким цементом надають перевагу для постійної фіксації конструкцій на каркасі з діоксиду цирконію?**

1. Склоіономерним
2. Композитним
3. Цинкооксидевгенольним
4. Цинкфосфатним
5. Кальційсаліцилатним

### **Ортопедичне лікування дефектів зубних рядів незнімними конструкціями зубних протезів**

**1.5.4. При виготовленні суцільнолитих металопластмасових мостоподібних протезів механічна ретенція пластмасового облицювання ("Сінма-М") до каркаса досягається за рахунок використання:**

1. Лаку "ЕДА"
2. Якісного полірування каркаса
3. Обробки в піскоструминному апараті
4. Ретенційних кульок
5. Лаку "Коналор"

**2.6.1+4+5. Тимчасову фіксацію незнімних мостоподібних протезів проводять за допомогою:**

1. Цинкооксидгваяколової пасти (Дентол)
2. Карбоденту
3. Вісфат-цементу
4. Цинкооксидевгенолової пасти (Репін)
5. Водного дентину
6. Цементу "Уніфас"

**3.5.4. Перед фіксацією мостоподібного протеза опорні зуби необхідно обробити:**

1. Спиртом
2. Спиртом, ефіром

3. Перекисом водню, спиртом
4. Перекисом водню, спиртом, висушити теплим повітрям
5. Перекисом водню, спиртом, ефіром

#### **4.4.1. Класифікація мостоподібних протезів за способом з'єднання проміжної частини з опорними елементами:**

1. Штаповано-паяні, безспаєчні, суцільнолітні
2. Штаповані, суцільнолітні, телескопічна та балочна системи фіксації
3. Кламерна фіксація, суцільнолітні
4. Адгезивні конструкції

#### **5.3.1. Види незнімних протезів, які застосовують для заміщення малих включених дефектів зубних рядів:**

1. Незнімні мостоподібні протези, незнімні конструкції з опорою на імплантатах
2. Бюгельні протези, незнімні консольні протези
3. Імплантати, вініри

#### **6.5.3. Які зуби показані до використання в якості опори мостоподібних протезів?**

1. Інтактні зуби
2. Зуби, уражені карієсом, у яких збережена коронкова частина
3. Зуби, що межують з дефектом зубного ряду (інтактні зуби зі здоровим пародонтом, зуби, ліковані з приводу карієсу, або їх корені з оптимально проведеним ендодонтичним лікуванням, зуби із відсутньою періапикальною патологією)
4. Тільки інтактні зуби та зуби-антагоністи

#### **7.4.4. Клінічні етапи виготовлення суцільнолітного мостоподібного протеза:**

1. Обстеження пацієнта, вибір конструкції протеза, препарування опорних зубів, отримання відбитків, визначення кольору протеза, припасування каркаса протеза в порожнині рота, припасування та фіксація готового протеза в порожнині рота
2. Обстеження пацієнта, препарування опорних зубів, перевірка конструкції протеза, фіксація на опорних зубах
3. Обстеження пацієнта, знеболювання, отримання анатомічного відбитка, визначення та фіксація центральної оклюзії, припасування опорних елементів, фіксація протеза
4. Обстеження пацієнта, вибір конструкції протеза, препарування опорних зубів, отримання відбитків, припасування каркаса протеза в порожнині рота, припасування та фіксація готового протеза в порожнині рота

**8.3.1. Оптимальне співвідношення проміжної частини мостоподібного протеза стосовно альвеолярного відростка з точки зору можливості проведення гігієнічних процедур:**

1. Промивне, дотичне
2. Співвідношення не має принципового значення
3. Сідлоподібне

**9.5.4+5. Коли край штучної металокерамічної коронки можливо ввести в ясенну борозну при виготовленні мостоподібних протезів?**

1. При інтактній поверхні коронки зуба
2. При конвергенції та дивергенції опорних зубів
3. При наявності порожнини зуба III класу за Блеком
4. Наявність пломби в пришийковій ділянці
5. Високі естетичні вимоги

**10.4.4. Особливості препарування зубів під литі коронки мостоподібних протезів:**

1. Препарування зуба за Stegeman
2. Надання коронці зуба форми циліндра
3. Надання коронці округлої форми
4. Препарування з уступом і конвергенцією стінок стосовно осі зуба не більше  $10^\circ$

**11.4.3. Різновиди комбінованих коронок на суцільнолитій основі:**

1. Монолітні жакет-коронки, металокерамічні коронки
2. Порцелянові коронки
3. Коронки за Мате, Міллером, Вежинським
4. Коронки за Белкіним, Прусом, Бородюком, Сverdловим, Казаряном

**12.4.2. Методи штучної ретракції ясен, що застосовуються в клініці ортопедичної стоматології при виготовленні металокерамічних мостоподібних протезів:**

1. Деструкція маргінального краю пародонту розчином спирту
2. Механічний, хімічний, механіко-хімічний (комбінований)
3. Електрохірургічний, гінгівотомія, медикаментозний
4. Хірургічний з попередньою премедикацією

**13.4.1+2+3. Призначення ретракції ясен під час виготовлення протезів:**

1. Для профілактики травмування маргінального краю ясен під час препарування
2. Для забезпечення відображення на відбитку субгінгівальної частини препарованого зуба
3. Для покращення остеоінтеграції
4. Для рецесії ясен з метою подовження клінічної коронки зуба



#### 14.4.1. Особливості препарування зубів під пластмасові мостоподібні протези:

1. Препарування зуба проводиться з "уступом", конвергенція стінок стосовно осі зуба не більше  $10^\circ$
2. Коронці зуба, що препарується, надають усіченої до ріжучого краю або жувальної поверхні форми
3. Препарування зуба за Stegeman
4. Препарування зуба без "уступу"

#### 15.4.4. Визначте конструкцію опорних елементів незнімних мостоподібних протезів:

1. Багатоланцюгові кламери, кіпмайдери, штифтові конструкції
2. Коронки, комбіновані кламери, штифтові конструкції
3. Штучні коронки, опорно-утримувальні кламери, вкладки
4. Коронки, напівкоронки, штифтові конструкції, вкладки, накладки

#### 16.5.1. Металева основа мостоподібного протеза має назву:

1. Каркас
2. Тіло
3. Проміжна частина
4. Фасетка
5. Гірлянда

#### 17.4.4. Визначте тип моделі щелепи:



1. Діагностична лабораторна модель
2. Допоміжна модель
3. Вогнетривка модель
4. Розбірна комбінована робоча модель

#### 18.5.5. Відсутні 24 та 25 зуби, прикус ортогнатичний, коронки 23 та 26 зубів високі, з вираженими екваторами, плануються до препарування під інфільтраційним знеболюванням. Якими відбитковими матеріалами доцільно отримати відбиток для подальшого виготовлення робочої моделі для виготовлення металокерамічного мостоподібного протеза?

1. Термопластичними
2. Гіпсом
3. Альгінатними
4. Цинкоксидевгеноловими
5. Силіконовими

### **19.5.2. При виготовленні яких видів мостоподібних протезів необхідне виготовлення розбірних моделей?**

1. Безспаєчних із керамічним чи композиційним облицюванням
2. Суцільнолитих із керамічним, композиційним і пластмасовим облицюванням
3. Штамповано-паяних, металокерамічних, адгезивних
4. Провізорних конструкцій
5. Пластмасових

### **20.5.4. При виготовленні металокерамічного мостоподібного протеза зубний техник після спікання виявив у керамічному облицюванні повздовжні тріщини. Яка найбільш імовірна причина розтріскування керамічного облицювання?**

1. Відсутність вакууму при випалюванні
2. Повільне нагрівання каркаса при спіканні
3. Погане з'єднання опакового шару з каркасом протеза
4. Невідповідність коефіцієнта термічного розширення сплаву і фарфорової маси
5. Відсутність окисної плівки на металевому каркасі

### **21.4.4. Опорними елементами незнімного мостоподібного протеза можуть бути:**

1. Вкладки, пломби
2. Тільки штучні коронки з пластмаси та фарфору для всіх груп зубів
3. Опорно-утримуючі кламери, штучні коронки, штифтові зуби
4. Штифтові зуби, штучні коронки, вкладки, напівкоронки

### **22.6.1+2+3+4+5. Переваги суцільнолитих мостоподібних протезів порівняно зі штамповано-паяними:**

1. Однорідність матеріалу каркаса забезпечує відсутність гальванічних струмів між елементами конструкції
2. Надійне збереження оклюзійних співвідношень; відсутність місць спаювання забезпечує більшу міцність та корозійну стійкість конструкції
3. Можливість потовщення каркаса у разі потреби збільшення жорсткості конструкції
4. Менша кількість клініко-лабораторних етапів виготовлення
5. Висока точність та оптимальне крайове прилягання литих опорних елементів (коронки, напівкоронки, вкладки та ін.)
6. Можливість виготовлення протезів безпрепарувальним методом

**23.5.3. Під час перевірки якості препарування опорних зубів суцільно-литого мостоподібного протеза в паралелометрі штифт аналізатора має контактувати з робочою моделлю:**

1. По рівню екватора
2. На відстані 2 мм вище рівня ясен
3. На рівні ясенного краю
4. По рівню оклюзійної поверхні бокових зубів
5. По рівню ріжучого краю передніх зубів

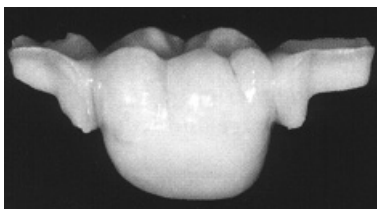
**24.4.1+3. Одномоментне виготовлення мостоподібних протезів з адгезивною системою фіксації відбувається за допомогою таких систем:**

1. Ribbond, Connect
2. IPS Empress
3. Glass-Spean, Fiber Splint
4. Duceram-LFC

**25.4.3. В якому віці можливо проводити препарування інтактних зубів для виготовлення коронок?**

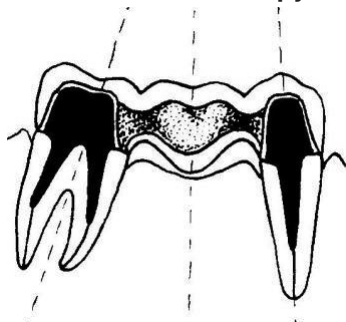
1. 14 - 16 років
2. 16 - 19 років
3. 19 - 20 років і старше
4. В період змінного прикусу

**26.5.1. Визначте конструкцію протеза:**



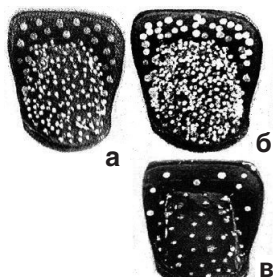
1. Мостоподібний протез з опорними елементами у вигляді вкладок
2. Адгезивний мостоподібний протез
3. Ретейнер
4. Мостоподібний протез з опорними елементами у вигляді штифтових конструкцій
5. Мостоподібний протез з опорними елементами у вигляді штучних коронок

**27.5.1. Визначте конструкцію протеза:**



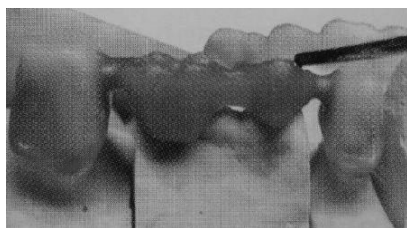
1. Комбінований мостоподібний протез з опорою на штифтові кореневі куксові вкладки
2. Адгезивний мостоподібний протез
3. Ретейнер
4. Мостоподібний протез з опорними елементами у вигляді штифтових зубів
5. Мостоподібний протез з опорними елементами у вигляді штучних коронок

**28.4.1. Визначте оптимальну щільність ретенційних елементів каркаса металопластмасової конструкції:**



1. а
2. б
3. а, б, в
4. б, в

**29.4.2. За восковою репродукцією визначте тип майбутнього мостоподібного протеза:**



1. Суцільнолитий каркас металопластмасового протеза
2. Суцільнолитий каркас металокерамічного протеза
3. Каркас штамповано-паяного мостоподібного протеза
4. Мостоподібний протез з опорними елементами у вигляді штифтових конструкцій

**30.4.1. За типом каркаса визначте тип майбутнього мостоподібного протеза:**

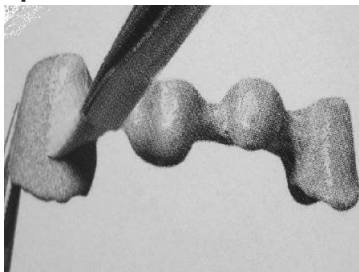


1. Суцільнолитий каркас металопластмасового протеза
2. Суцільнолитий каркас металокерамічного протеза
3. Каркас штамповано-паяного мостоподібного протеза
4. Мостоподібний протез з опорними елементами у вигляді штифтових конструкцій

**31.3.1. Теорії з'єднання керамічного облицювання з металеву основою зубних протезів за Е.Н. Жулевым (2005):**

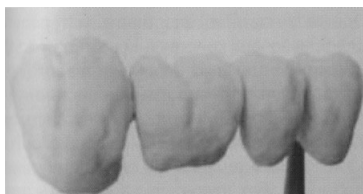
1. Хімічне з'єднання, механічне утримання, сили стискання, сили Ван-дер-Ваальса
2. Адгезія, когезія, спікання, силонізація каркаса
3. Нанесення ретенційних елементів на каркас мостоподібного протеза

### 32.4.1. Визначте лабораторний етап виготовлення мостоподібного протеза:



1. Нанесення опакового шару на каркас металокерамічного мостоподібного протеза
2. Нанесення дентинного шару на каркас металокерамічного мостоподібного протеза
3. Нанесення оксидного шару на каркас металокерамічного мостоподібного протеза
4. Глазурування

### 33.4.4. Визначте лабораторний етап виготовлення мостоподібного протеза:



1. Нанесення опакового шару на каркас металокерамічного мостоподібного протеза
2. Глазурування металокерамічного мостоподібного протеза
3. Моделювання воскової репродукції металопластмасового мостоподібного протеза
4. Нанесення дентинного та емалевого шарів на каркас металокерамічного мостоподібного протеза

### 34.4.4. Технологія виготовлення ортопедичних конрукцій за системою CAD/CAM передбачає:

1. CAD - Computer Aided Design - виготовлення конструкції під управлінням комп'ютера, CAM - Computer Aided Manufacturing - комп'ютерне конструювання
2. Литво за виплавляємими моделями
3. Виготовлення металокерамічного мостоподібного протеза
4. Збір інформації (камера, сканер), CAD - Computer Aided Design - комп'ютерне конструювання, CAM - Computer Aided Manufacturing - виготовлення конструкції комп'ютера

### 35.4.3. Незнімні мостоподібні протези у разі виготовлення за клінічними показаннями відновлюють жувальну ефективність:

1. До 30%
2. До 50%
3. До 100%
4. Залежно від типу замкового кріплення від 40 до 80%

**36.3.3. Незнімні мостоподібні протези за способом передачі жувального тиску відносяться до:**

1. Нефізіологічних
2. Комбінованих
3. Фізіологічних

**37.3.3. Незнімний мостоподібний протез складається з:**

1. Опорних елементів
2. Опорних елементів, проміжної частини і базису
3. Опорних елементів і проміжної частини

**38.4.4. При виготовленні консольного незнімного мостоподібного протеза з опорою на один зуб негативним є:**

1. Необхідність депульпування опорного зуба
2. Препарування великої кількості опорних зубів
3. Незадовільні естетичні якості
4. Наявність обертального моменту в ділянці опорного зуба

**39.5.1+2+3+4. Показання для девіталізації опорних зубів у разі виготовлення мостоподібних протезів:**

1. Зубощелепні деформації зі значним вертикальним та горизонтальним зміщенням зубів у бік дефекту, ортопедичне лікування яких потребує препарування значного шару твердих тканин зубів
2. Аномалії положення окремих зубів та груп зубів
3. Патологічне стирання твердих тканин зубів III ступеня, що потребує відновлення анатомічної форми зубів із застосуванням штифтових конструкцій
4. Патологія твердих тканин зубів, пульпи, періодонту і пародонту, лікування якої передбачає девіталізацію зубів
5. Будь-яка патологія твердих тканин зубів або пародонту

**40.4.1+3+4. Протипоказаннями для використання мостоподібних протезів є:**

1. Великої протяжності дефекти зубних рядів, обмежені зубами з різною функціональною орієнтованістю
2. Аномалії положення окремих зубів та груп зубів
3. Дефекти, обмежені дистально зубом з патологічною рухомістю
4. Дефекти, обмежені зубами з низькими клінічними коронками

**41.4.1. Тіло мостоподібного протеза має з'єднувати опорні зуби по лінії, максимально наближеній до:**

1. Прямої
2. Косої
3. Залежно від клінічних умов
4. Параболи

**42.3.1. У разі збільшення довжини клінічної коронки зуба і зменшення її внутрішньоальвеолярної частини кореня рухомість зубів і можливість їх відхилення під впливом горизонтальних сил:**

1. Збільшується
2. Зменшується
3. Залишається без змін

**43.5.1+2+3+4. Вкажіть недоліки цинк-фосфатних цементів:**

1. Мають подразнюючий вплив на пульпу зуба через низький рН і екзотермічну реакцію при твердінні
2. Не мають антибактеріальних властивостей
3. Не мають адгезивних властивостей
4. Протягом перших 24 годин після затвердіння мають високий ступінь розчинності в середовищі порожнини рота
5. Мають високу вартість

**44.4.4. Для фіксації протезів у складних клінічних випадках (низька висота коронкової частини зуба) переважно застосовують:**

1. Цинк-фосфатні цементи
2. Полікарбоксилатні цементи
3. Склоіономерні цементи
4. Полімерні (гібридні) цементи

**45.4.1+2. Механізм з'єднання полімерних цементів із тканинами опорних зубів і конструкційними матеріалами відбувається за рахунок:**

1. Мікромеханічної адгезії
2. Хімічної адгезії
3. Фізичної адгезії
4. Біологічної адгезії

**46.3.1+2. Під час виготовлення мостоподібного протеза величина кута збіжності відпрепарованих опорних зубів залежить від:**

1. Кількості опорних зубів
2. Висоти клінічних коронок опорних зубів
3. Ширини уступу опорних зубів

**47.7.1+2+3+4+5. Протипоказання до застосування адгезивних мостоподібних протезів:**

1. Порушення структури твердих тканин зуба
2. Дефекти зубних рядів величиною більш ніж два зуби
3. Патологічне стирання зубів
4. Аномальний прикус, що перешкоджає розміщенню деталей протеза без порушення оклюзії

5. Парафункції жувальних м'язів
6. Цукровий діабет
7. Протипоказання відсутні

**46.3.1. Міцність кріплення вкладок у якості опорних елементів мосто-подібного протеза забезпечується формуванням:**

1. Досить широкої і глибокої порожнини з розширенням на контактній поверхні, оберненій до тіла протеза
2. Досить широкої і глибокої порожнини із звуженням на контактній поверхні, оберненій до тіла протеза
3. Величина порожнин, у яких розташовані вкладки, не має значення

**47.4.1+3+4. Вимогам біологічної індіферентності відповідають наступні стоматологічні матеріали:**

1. Сучасні сплави благородних металів
2. Припої
3. Кобальто-хромові сплави
4. Кераміка

**Патологічне стирання зубів, його ускладнення та методи ортопедичного лікування**

**1.6.1+2+3+4+5. Вкажіть етіологічні чинники розвитку патологічного стирання твердих тканин зубів?**

1. Гіперфункція жувальних м'язів, оклюзійне перевантаження зубів
2. Спадкові чинники (синдром Стенсона-Капдепона)
3. Вроджені чинники (внаслідок порушення амело- та дентиногенезу при хворобах матері та дитини)
4. Набуті чинники (внаслідок нейродистрофічних процесів, розладів ендокринного апарату, порушення обміну речовин різної етіології)
5. Хімічна деструкція або механічна абразія твердих тканин зубів
6. Генералізований пародонтит

**2.4.1. Наведіть класифікацію патологічного стирання твердих тканин зубів за А.Л. Грозовським:**

1. Горизонтальна, вертикальна, змішана
2. Локалізована, генералізована
3. Фізіологічна, патологічна, перехідна
4. Горизонтальна, вертикальна, змішана, локалізована, генералізована



**3.4.3. Наведіть класифікацію патологічного стирання твердих тканин зубів залежно від компенсаторно-приспосувальної реакції жувального апарату (В.Н. Трезубов, А.С. Щербаков, Л.М. Мишнев (2001)):**

1. Локалізована, генералізована
2. Фізіологічна, патологічна, перехідна
3. Компенсована, субкомпенсована, декомпенсована
4. Горизонтальна, вертикальна, змішана

**4.3.2. Охарактеризуйте вертикальну форму патологічного стирання твердих тканин зубів при ортогнатичному прикусі:**

1. Стирання вестибулярних поверхонь верхніх передніх зубів і язикових поверхонь нижніх передніх зубів
2. Стирання піднебінних поверхонь верхніх передніх зубів і вестибулярних поверхонь нижніх передніх зубів
3. Стирання жувальних і різальних поверхонь зубів з утворенням гладеньких горизонтальних площин

**5.4.4. Визначте види конструкцій незнімних зубних протезів при ортопедичному лікуванні патологічного стирання твердих тканин зубів:**

1. Пластмасові коронки, мостоподібні протези, фасетки, штамповані коронки
2. Відновні коронки за Белкіним, безметалеві мостоподібні протези
3. Адгезивні мостоподібні протези
4. Суцільнолітні, металокерамічні коронки та мостоподібні протези

**6.4.2. Які можливі помилки ортопедичного лікування патологічного стирання твердих тканин зубів із різким зниженням висоти прикусу?**

1. Поступова нормалізація по вертикалі знімною капою із пластмаси.
2. Зубне протезування без репозиції нижньої щелепи на тимчасових конструкціях та попередньої перебудови рефлекторної діяльності жувальних м'язів
3. Поступова нормалізація прикусу по вертикалі на тимчасових ортопедичних конструкціях
4. Одномоментне підняття висоти прикусу на 2-3 мм

**7.4.3. Дайте визначення фізіологічного стирання зубів:**

1. Це процес, що супроводжується патологічними змінами в зубних та навкол зубних тканинах, порушенням функції жувальних м'язів і скронево-нижньощелепного суглоба
2. Це процес патологічного стирання твердих тканин зубів зі зниженням висоти прикусу
3. Це процес фізіологічного стирання твердих тканин зубів в межах вікових фізіологічних змін організму, що сприяє профілактиці функціонального перевантаження зубів, оптимальній артикуляції
4. Це процес стирання зубів під дією ендогенних та екзогенних чинників

#### **8.4.1. Дайте визначення патологічного (підвищеного) стирання зубів:**

1. Це патологічний процес, що характеризується прогресуючою втратою твердих тканин зубів, морфологічними, естетичними та функціональними порушеннями зубо-щелепної системи
2. Це процес фізіологічного стирання твердих тканин зубів в межах вікових фізіологічних змін організму, що сприяє профілактиці функціонального перевантаження зубів, оптимальній артикуляції
3. Це процес формування вторинної травматичної оклюзії під дією ендогенних та екзогенних чинників
4. Це процес стирання зубів під дією ендогенних та екзогенних чинників

#### **9.6.1+2+4+5+6. Які фактори сприяють розвитку патологічного (підвищеного) стирання зубів?**

1. Біологічна неповноцінність твердих тканин зубів, обумовлена порушенням обміну речовин в організмі, нейродистрофічними і ендокринними захворюваннями
2. Функціональне перевантаження зубів внаслідок часткової втрати зубів
3. Зниження витривалості тканин пародонта
4. Гіперфункції жувальних м'язів
5. Професійні шкідливості
6. Неприятливі умови зовнішнього середовища

#### **10.4.1. Охарактеризуйте клініку горизонтальної генералізованої форми патологічного стирання зубів:**

1. Стирання жувальної поверхні і ріжучого краю зубів з утворенням на оклюзійній поверхні гладких горизонтальних площин, різної форми комірок, фасеток
2. Стирання жувальної поверхні зубів із утворенням компенсаційних сагітальних і трансверзальних кривих
3. Стирання всієї жувальної чи різальної поверхні зубів із клінічними ознаками пародонтиту
4. Стирання піднебінних поверхонь верхніх передніх зубів і вестибулярних поверхонь нижніх передніх зубів

#### **11.4.1. Які форми патологічного (підвищеного) стирання можуть викликати дисфункцію скронево-нижньощелепних суглобів?**

1. Генералізоване декомпенсоване патологічне стирання твердих тканин зубів, втрата жувальної групи зубів із дистальним і латеральним зміщенням нижньої щелепи, порушення нейромускулярного комплексу
2. Горизонтальне компенсоване патологічне стирання твердих тканин зубів, захворювання тканин пародонту, ускладнені частковою втратою зубів
3. Локалізовані горизонтальні та вертикальні форми патологічного (підвищеного) стирання твердих тканин зубів, не ускладнені зниженням висоти прикусу
4. Змішана компенсована форма патологічного стирання I ступеня

**12.3.2. Наведіть основні принципи лікування патологічного (підвищеного) стирання зубів:**

1. Лікування захворювань тканин пародонту, гіперестезії твердих тканин зубів, відновлення анатомічної форми зубів, нормалізація прикусу
2. Ремінералізуюча терапія, відновлення анатомічної форми зубів, відновлення висоти прикусу на раціональних конструкціях зубних протезів із нормалізацією функціональної оклюзії
3. Усунення травматичної оклюзії, шинування, підвищення висоти прикусу за допомогою зубоаясенних кап

**13.5.3+4+5. Клінічна картина патологічного стирання твердих тканин зубів залежить від:**

1. Рівня кількості калікреїну в крові
2. Гігієнічного стану порожнини рота
3. Типу прикусу, величини та топографії дефектів зубних рядів
4. Ступеня вираженості патологічного процесу
5. Наявності супутніх ускладнень

**14.4.1+2+4. Які розрізняють види стирання твердих тканин зубів?**

1. Фізіологічне
2. Патологічне (підвищене)
3. Звичайне
4. Недостатнє (затримане)

**15.3.2. Як змінюється співвідношення Ca/P в емалі при її демінералізації?**

1. Збільшується
2. Зменшується
3. Не змінюється

**16.4.1+2. Вкажіть етіологічні фактори, що сприяють розвитку патологічного стирання твердих тканин зубів:**

1. Екзогенні
2. Ендогенні
3. Морфологічні
4. Фізіологічні

**17.4.1+2+4. Назвіть стадії розвитку патологічного стирання за М.Г. Бушаном:**

1. Фізіологічна - у межах емалі
2. Перехідна - у межах емалі і частково дентину
3. Гранична - на межі дентину і цементу
4. Патологічна - у межах дентину

**18.4.1+2+3. Вкажіть ступені розвитку патологічного стирання за М.Г. Бушаном:**

1. I - до 1/3 висоти коронки
2. II - від 1/3 до 2/3 висоти коронки
3. III - від 2/3 висоти коронки до ясен
4. IV - від 2/3 висоти коронки до ясен із утворенням пародонтального карману

**19.3.3. При патологічному стиранні твердих тканин зубів електростимуляційна будливість пульпи та чутливість пародонту до механічного навантаження:**

1. Підвищується
2. Залишається без змін
3. Знижується

**20.4.1+2+3. Визначте етіологічні фактори патологічного стирання твердих тканин зубів за А.С. Щербаковим:**

1. Функціональна недостатність твердих тканин зубів, обумовлена їх морфологічною неповноцінністю
2. Функціональне перевантаження зубів при частковій втраті зубів, параданціях (бруксизмі), гіпертонусі жувальних м'язів центрального генезу
3. Професійні шкідливості (кислотні та лужні некрози)
4. Застосування адгезивних конструкцій зубних протезів

**21.4.2. Клінічні форми патологічного стирання твердих тканин зубів залежать від:**

1. Форми зубних рядів
2. Типу прикусу
3. Анатомічної форми зубів
4. Типу зубного протеза

**22.4.1. Ступінь ураження коронки при патологічному стиранні твердих тканин зубів I ступеня (за М.Г. Бушаном) складає:**

1. До 1/3 висоти коронки
2. Від 2/3 висоти коронки і більше
3. Від 1/3 до 2/3 висоти коронки
4. Від 1/3 до 1/2 висоти коронки

**23.4.3. Ступінь ураження коронки при патологічному стиранні твердих тканин зубів II ступеня (за М.Г. Бушаном) складає:**

1. До 1/3 висоти коронки
2. Від 2/3 висоти коронки і більше
3. Від 1/3 до 2/3 висоти коронки
4. Від 1/3 до 1/2 висоти коронки

**24.4.2. Ступінь ураження коронки при патологічному стиранні твердих тканин зубів III ступеня (за М.Г. Бушаном) складає:**

1. До 1/3 висоти коронки
2. Від 2/3 висоти коронки і більше
3. Від 1/3 до 2/3 висоти коронки
4. Від 1/3 до 1/2 висоти коронки

**25.5.2. Форма патологічного стирання твердих тканин зубів, при якій уражена оральна та (або) вестибулярна поверхня зубів, називається:**

1. Змішана
2. Вертикальна
3. Горизонтальна
4. Компенсована
5. Декомпенсована

**26.5.3. Форма патологічного стирання твердих тканин зубів, при якій уражена жувальна поверхня та ріжучий край зубів, називається:**

1. Змішана
2. Вертикальна
3. Горизонтальна
4. Компенсована
5. Декомпенсована

**27.5.1. Форма патологічного стирання твердих тканин зубів, при якій уражена оклюзійна поверхня жувальних зубів і оральна та (або) вестибулярна поверхня різців та ікл, називається:**

1. Змішана
2. Вертикальна
3. Горизонтальна
4. Компенсована
5. Декомпенсована

**28.5.4. Форма патологічного стирання твердих тканин зубів, при якій не спостерігається зниження нижньої третини обличчя, називається:**

1. Змішана
2. Вертикальна
3. Горизонтальна
4. Компенсована
5. Декомпенсована

**29.5.5. Форма патологічного стирання твердих тканин зубів, при якій спостерігається зниження нижньої третини обличчя, називається:**

1. Змішана
2. Вертикальна

3. Горизонтальна
4. Компенсована
5. Декомпенсована

**30.4.2. Відсутність зниження нижньої третини обличчя при компенсованій формі патологічного стирання твердих тканин зубів обумовлена:**

1. Атрофією альвеолярного відростка
2. Гіпертрофією альвеолярного відростка
3. Зміною взаємовідношень скронево-нижньощелепних суглобів
4. Характером оклюзії

**31.4.1. При всіх формах патологічного стирання твердих тканин зубів показані незнімні конструкції:**

1. Суцільнолітні
2. Штамповані
3. Пластмасові
4. Суцільнокерамічні

**32.3.1. При патологічному стиранні твердих тканин зубів пульпова камера, порівняно з нормою:**

1. Зменшується
2. Збільшується
3. Не змінюється

**33.5.1. Ускладнення патологічного стирання твердих тканин зубів:**

1. Оклюзійно-артикуляційний дисфункціональний синдром
2. Карієс
3. Стоматит
4. Гінгівіт
5. Флюороз

**34.4.1. З втратою емалі ріжучих країв зубів та жувальних горбків патологічне стирання твердих тканин зубів:**

1. Збільшується
2. Переходить в стадію ремісії
3. Зменшується
4. Не змінюється

**35.3.1. В ендемічних зонах із підвищеним вмістом фтору у питній воді стирання зубів:**

1. Зростає
2. Знижується
3. Залишається без змін

### **36.4.1+2. Основні елементи, що входять до мінеральної фази емалі:**

1. Кальцій
2. Фосфор
3. Хлор
4. Водень

### **37.3.1. З віком твердість емалі зубів:**

1. Збільшується
2. Зменшується
3. Залишається без змін

## **Ортопедичні методи лікування захворювань скронево-нижньощелепного суглоба**

### **1.5.2. Артрит - це:**

1. Дегенеративний процес у скронево-нижньощелепному суглобі
2. Запальний процес у скронево-нижньощелепному суглобі
3. Стійке зміщення суглобової головки за межі її фізіологічної рухомості
4. Відсутність контакту суглобових поверхонь
5. Частковий контакт суглобових поверхонь, але у невідповідних місцях, суглобова головка розташовується біля верхівки або дещо заходить за верхівку суглобового горбка

### **2.5.1. Артроз - це:**

1. Дегенеративний процес у скронево-нижньощелепному суглобі
2. Запальний процес у скронево-нижньощелепному суглобі
3. Стійке зміщення суглобової головки за межі її фізіологічної рухомості
4. Відсутність контакту суглобових поверхонь
5. Частковий контакт суглобових поверхонь, але у невідповідних місцях, суглобова головка розташовується біля верхівки або дещо заходить за верхівку суглобового горбка

### **3.5.3. Вивих скронево-нижньощелепного суглоба - це:**

1. Дегенеративний процес у скронево-нижньощелепному суглобі
2. Запальний процес у скронево-нижньощелепному суглобі
3. Стійке зміщення суглобової головки за межі її фізіологічної рухомості
4. Відсутність контакту суглобових поверхонь
5. Частковий контакт суглобових поверхонь, але у невідповідних місцях, суглобова головка розташовується біля верхівки або дещо заходить за верхівку суглобового горбка

#### **4.5.3. Підвивих скронево-нижньощелепного суглоба - це:**

1. Дегенеративний процес у скронево-нижньощелепному суглобі
2. Запальний або дистрофічний процес у скронево-нижньощелепному суглобі
3. Стійке зміщення суглобової головки за межі її фізіологічної рухомості з частковим контактом суглобових поверхонь, але у невідповідних місцях, суглобова головка розташовується біля верхівки або дещо заходить за верхівку суглобового горбка
4. Стійке зміщення суглобової головки за межі її фізіологічної рухомості з відсутністю контакту суглобових поверхонь

#### **5.1+4+6+8. Основні причини виникнення артритів скронево-нижньощелепних суглобів:**

1. Поширення на суглоб запальних процесів із прилеглих тканин
2. Постійна хронічна травма у разі аномалій прикусу
3. Порушення оклюзійних співвідношень, помилки під час ортопедичного лікування
4. Остеомієліти, флегмони
5. Гіпертонус жувальних м'язів
6. Паротити, дитячі інфекції
7. Гормональні зміни
8. Травма суглоба

#### **6.8.2+3+5+7. Основні причини виникнення артрозів скронево-нижньощелепних суглобів:**

1. Поширення на суглоб запальних процесів із прилеглих тканин
2. Постійна хронічна травма у разі аномалій прикусу
3. Порушення оклюзійних співвідношень, помилки під час ортопедичного лікування
4. Остеомієліти, флегмони
5. Гіпертонус жувальних м'язів
6. Паротити, дитячі інфекції
7. Гормональні зміни
8. Травма суглоба

#### **7.6.1+2+3+5+6. Вивихи скронево-нижньощелепного суглоба бувають:**

1. Вроджені
2. Травматичні
3. Звичні
4. Інфекційні
5. Хронічні
6. Патологічні



### **8.5.3. Рентгенологічна картина при хронічних артритах СНЩС характеризується:**

1. Розширенням суглобової щілини
2. Звуженням суглобової щілини
3. Нечіткими контурами головок нижньої щелепи
4. Деформацією кісткових елементів суглоба
5. Пародонтальними карманами

### **9.5.4. Рентгенологічна картина при артрозах СНЩС характеризується:**

1. Розширенням суглобової щілини
2. Звуженням суглобової щілини
3. Відсутністю суглобової щілини
4. Зміною форми кісткових елементів суглоба
5. Ущільненням кортикального шару головки нижньої щелепи

### **10.5.3+5. Характерні клінічні ознаки гострого артриту:**

1. Постійний біль у суглобі у стані спокою
2. Періодичні болі у суглобі
3. Болі у суглобі, що посилюються при рухах нижньої щелепи
4. Відкривання рота до 4,5 - 5,0 см
5. Відкривання рота до 0,5 - 1,0 см

### **11.5.2. Згідно класифікації функціональних порушень та захворювань скронево-нижньощелепного суглоба за Ю.А. Петросовим (1996 р.), звичні вивихи в суглобі відносять до:**

1. Артритів
2. Дисфункціональних станів суглоба
3. Артрозів
4. Поєднаних форм
5. Новоутворень та диспластичних пухлиноподібних процесів

### **12.5.3. Згідно класифікації функціональних порушень та захворювань скронево-нижньощелепного суглоба за Ю.А. Петросовим (1996 р.), анкілози відносять до:**

1. Артритів
2. Дисфункціональних станів суглоба
3. Артрозів
4. Поєднаних форм
5. Новоутворень та диспластичних пухлиноподібних процесів

**13.6.1+3+5. Згідно класифікації функціональних порушень та захворювань скронево-нижньощелепного суглоба за Ю.А. Петросовим (1996 р.), розрізняють такі дисфункційні стани суглоба:**

1. Нейром'язовий дисфункційний синдром
2. Міогенний остеоартроз
3. Оклюзійно-артикуляційний синдром
4. Обмінний артроз
5. Звичні вивихи в суглобі
6. Фіброзні та кісткові анкілози

**14.6.1+3+4+5+6. Згідно класифікації функціональних порушень та захворювань скронево-нижньощелепного суглоба за Ю.А. Петросовим (1996 р.), розрізняють такі види артритів:**

1. Гострі інфекційні (специфічні, неспецифічні)
2. Фіброзні та кісткові
3. Гострі травматичні
4. Хронічні ревматичні
5. Хронічні ревматоїдні
6. Інфекційно-алергічні

**15.6.2+3+4+5+6. Згідно класифікації функціональних порушень та захворювань скронево-нижньощелепного суглоба за Ю.А. Петросовим (1996 р.), розрізняють такі види артрозів:**

1. Гострі інфекційні (специфічні, неспецифічні)
2. Анкілози (фіброзні та кісткові)
3. Післяінфекційні (неоартрози)
4. Післятравматичні (деформівні) остеоартрози
5. Міогенні остеоартрози
6. Обмінні артрози

**16.7.1+2+3+4+6+7. Симптоми, що об'єднані в поняття "синдром Костена" при дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба:**

1. Біль, хрускіт, шум та клацання у суглобі
2. Біль у вусі та заушній ділянці, закладеність і шум у вухах
3. Головний біль
4. Запаморочення
5. Гальваноз
6. Сухість у ротовій порожнині, печія у горлі, носі та язиці
7. Посмикування і тризм жувальних м'язів

**17.6.1+3+4+5. Клінічні прояви повного вивиху скронево-нижньощелепного суглоба:**

1. Напіввідкритий рот
2. Відкриття рота вільне

3. Зміщення нижньої щелепи вперед та вниз
4. Напруженість жувальних м'язів
5. Больові відчуття в ділянці вуха
6. Клацання в суглобі та болючість

**18.6.2+6. Які клінічні прояви характерні для підвивиху скронево-нижньощелепного суглоба:**

1. Напіввідкритий рот
2. Відкривання рота вільне
3. Зміщення нижньої щелепи вперед та вниз
4. Напруженість жувальних м'язів
5. Больові відчуття в ділянці вуха
6. Клацання в суглобі та болючість

**19.5.1. Першим етапом надання ортопедичної допомоги хворим у разі парафункції жувальних м'язів є:**

1. Виготовлення оклюзійних кап на зубний ряд нижньої щелепи із швидкотвердіючої пластмаси
2. Виготовлення оклюзійних кап на зубний ряд верхньої щелепи із швидкотвердіючої пластмаси
3. Пришліфівка передчасних контактів та створення ковзної оклюзії
4. Іонофорез 5% розчину саліцилати натрію у ділянку скронево-нижньощелепного суглоба, діадинамічні та флюктурувальні струми
5. Малі дози транквілізаторів

**20.4.2. Зникнення болю під час користування капою при парафункції жувальних м'язів відбувається:**

1. Через 3-4 дні
2. Через 5-7 днів
3. Через 7-14 днів
4. Через 3-4 тижні

**21.4.4. Значне зменшення парафункцій жувальних м'язів після початку користування капою відбувається:**

1. Через 3-4 дні
2. Через 5-7 днів
3. Через 7-14 днів
4. Через 3-4 тижні

**22.5.1+2+3+4. Оклюзійні капи використовують у наступних випадках:**

1. Для диференційної діагностики порушень, пов'язаних із патологією оклюзії та патологічними проявами іншої етіології
2. Як допоміжний засіб для релаксації жувальних м'язів
3. Для відновлення синхронних рухів дисків та головок СНЩС

4. Для зменшення явищ парафункції
5. Для лікування захворювань пародонту

#### **23.4.3. Напрямок зміщення головок СНЩС при втраті жувальних зубів:**

1. Вниз до вершини суглобового горбка
2. Вперед від суглобового горбка
3. Дистально та вглиб суглобової впадини
4. Як правило, не змінюють свого положення

#### **24.4.2+4. Больовий синдром, пов'язаний із м'язово-суглобовими дисфункціями, відрізняється від болю при невралгії трійчастого нерва за такими ознаками:**

1. Біль у вигляді періодично виникаючих нападів
2. Біль не має характеру періодично виникаючих нападів
3. Біль посилюється при торканні до обличчя
4. Біль не посилюється при торканні до обличчя

#### **25.4.1+3. Артроз відрізняється від м'язово-суглобової дисфункції за такими ознаками:**

1. Пальпація жувальних м'язів безболісна
2. Пальпація жувальних м'язів болісна
3. Визначаються рентгенологічні деструктивні зміни в суглобі
4. Рентгенологічні зміни в суглобі відсутні

#### **26.4.2+4. Обмеження відкривання рота спостерігається при наступних захворюваннях СНЩС:**

1. М'язово-суглобових дисфункціях
2. Артритях
3. Артрозах
4. Анкілозах

#### **27.4.3. Вибіркове пришліфовування зубів за наявності супраконтактів проводиться:**

1. За одне відвідування пацієнта
2. Впродовж двох відвідувань пацієнта
3. Впродовж трьох-чотирьох відвідувань через тиждень
4. Один раз на півроку

#### **28.4.2. Крепітація в скронево-нижньощелепному суглобі, як правило, свідчить про наявність:**

1. Артрити
2. Артрозу
3. Анкілозу
4. Вивиху суглобового диска

**29.4.3. Швидке виникнення обмеження відкривання рота після травми свідчить про наявність:**

1. Вивиху суглобового диска
2. Вивиху нижньої щелепи
3. Травматичного артрити
4. Спазму жувальної мускулатури

**30.4.2. Чим обумовлені зигзагоподібні рухи нижньої щелепи при відкриванні рота?**

1. Різною висотою суглобових горбків
2. Дискоординованою функцією жувальних м'язів
3. Асиметрією обличчя
4. Порушенням мозкового кровообігу

**31.6.1+2+5+6. Причини розвитку синдрому больової дисфункції СНЩС:**

1. Порушення функціональної оклюзії
2. Стреси, захворювання ЦНС
3. Запальні процеси ЩЛО
4. Уповільнене прорізування зубів
5. Ендокринопатії
6. Віддалені наслідки травм ЩЛО

**32.5.1+2. Ортопедичне лікування звичних вивихів нижньої щелепи проводиться:**

1. Апаратом Петросова
2. Шиною Ядрової
3. Шиною Васильєва
4. Шинами Тігерштедта
5. Апаратом Френзеля

**33.4.1. Принципи лікування дисфункцій скронево-нижньощелепного суглоба:**

1. Виявлення та пришліфовка супраконтактів, міогімнастика, оклюзійні капи для розслаблення жувальних м'язів, за показаннями раціональне протезування із нормалізацією висоти прикусу та міжоклюзійних співвідношень
2. Обмеження рухів в суглобі, міогімнастика, апарат Петросової, шина Ядрової
3. Виключно хірургічним шляхом
4. Лікування, в першу чергу, проводиться у лікаря-невролога, психоневролога, нормалізація функціональної оклюзії, попередження та усунення пошкоджень зубощелепного апарату (патологічне стирання зубів, зниження висоти прикусу) надлишковою активністю жувальних м'язів раціональними конструкціями протезів, оклюзійних кап

#### **34.4.4. Принципи лікування бруксизму:**

1. Виявлення та пришліфовка супраконтактів, міогімнастика, оклюзійні капи для розслаблення жувальних м'язів, за показаннями раціональне протезування із нормалізацією висоти прикусу та міжоклюзійних співвідношень
2. Обмеження рухів в суглобі, міогімнастика, апарат Петросової, шина Ядрової
3. Виключно хірургічним шляхом
4. Лікування, в першу чергу, проводиться у лікаря-невролога, психоневролога, нормалізація функціональної оклюзії, попередження та усунення пошкоджень зубощелепного апарату (патологічне стирання зубів, зниження висоти прикусу) надлишковою активністю жувальних м'язів раціональними конструкціями протезів, оклюзійних кап

#### **35.4.2. Бруксизм - це:**

1. Денна парафункція жувальних м'язів
2. Нічна парафункція жувальних м'язів
3. Погана звичка
4. Симптом алкогольного отруєння пацієнта

#### **36.4.2. Патогенетичне лікування бруксизма здійснює:**

1. Стоматолог-ортопед
2. Невролог, психоневролог
3. Стоматолог-терапевт
4. Кардіолог

#### **37.4.3. Оцінку співвідношень кісткових елементів СНЩС проводять за допомогою:**

1. Електроміографії
2. Мастикаціографії
3. Рентгенографії за Шюллером
4. Магнітно-резонансної томографії

#### **38.4.4. Оцінку стану м'яких тканин елементів СНЩС проводять за допомогою:**

1. Електроміографії
2. Комп'ютерної томографії
3. Рентгенографії за Шюллером
4. Магнітно-резонансної томографії

#### **39.4.1+2+4. В основі розвитку оклюзійно-артикуляційного синдрому лежать:**

1. Порушення функціональної оклюзії
2. Порушення нейром'язової регуляції

3. Порушення внутрішньосуглобових співвідношень
4. Порушення функціонального стану жувальних м'язів

**40.4.4. Для якого захворювання в більшому ступені характерний біль у СНЩС?**

1. Гострого артриту СНЩС
2. Хронічного артриту СНЩС
3. Артрозу СНЩС
4. Больової дисфункції СНЩС

**41.4.2. Різкий біль в суглобі найбільш характерний для:**

1. Больової дисфункції СНЩС
2. Гострого артриту СНЩС
3. Хронічного артриту СНЩС
4. Артрозу СНЩС

**42.4.2. Максимальне обмеження відкривання рота спостерігається при:**

1. Больовій дисфункції СНЩС
2. Гострому артриті СНЩС
3. Хронічному артриті СНЩС
4. Артрозі СНЩС

**43.4.2. Щиглики в СНЩС є симптомом:**

1. Гострого артриту СНЩС
2. Дисфункції СНЩС
3. Хронічного артриту СНЩС
4. Артрозу СНЩС

**44.4.3. Хрускіт в скронево-нижньощелепному суглобі найбільш виражений при:**

1. Гострому артриті СНЩС
2. Хронічному артриті СНЩС
3. Артрозі СНЩС
4. Больовій дисфункції СНЩС

**45.4.3. Отологічні симптоми найчастіше спостерігаються при:**

1. Гострому артриті СНЩС
2. Хронічному артриті СНЩС
3. Больовій дисфункції СНЩС
4. Артрозі СНЩС

**46.4.3. Відчуття болю при пальпації, скутості в жувальних м'язах найбільш виражені при:**

1. Гострому артриті СНЩС
2. Хронічному артриті СНЩС;
3. Больовій дисфункції СНЩС
4. Артрозі СНЩС

**47.4.2. Скутість в СНЩС наприкінці дня найбільш виражена при:**

1. Гострому артриті СНЩС
2. Хронічному артриті СНЩС
3. Больовій дисфункції СНЩС
4. Артрозі СНЩС

**48.4.3. Скутість в СНЩС зранку найбільш виражена при:**

1. Гострому артриті СНЩС
2. Больовій дисфункції СНЩС
3. Артрозі СНЩС
4. Хронічному артриті СНЩС

**49.4.2. При відкриванні рота нижня щелепа рухається S-подібно при:**

1. Гострому артриті СНЩС
2. Больовій дисфункції СНЩС
3. Артрозі СНЩС
4. Хронічному артриті СНЩС

**50.4.1. При якому захворюванні біль в СНЩС різко посилюється при будь-яких рухах нижньої щелепи?**

1. Гострому артриті СНЩС
2. Больовій дисфункції СНЩС
3. Артрозі СНЩС
4. Хронічному артриті СНЩС

**51.4.1. Припухлість, почервоніння шкіри попереду козелка вуха спостерігається при:**

1. Гострому артриті СНЩС
2. Больовій дисфункції СНЩС
3. Артрозі СНЩС
4. Хронічному артриті СНЩС

**52.4.2. Наявність болісних, спазмованих ділянок в жувальних м'язах виявляється при:**

1. Гострому артриті СНЩС
2. Больовій дисфункції СНЩС



3. Артрозі СНЩС
4. Хронічному артриті СНЩС

**53.4.1+4. Кісткові структури СНЩС суглобів при рентгенологічному обстеженні не змінені при:**

1. Гострому артриті СНЩС
2. Хронічному артриті СНЩС
3. Артрозі СНЩС
4. Больовій дисфункції СНЩС

**54.4.1+4. При яких захворюваннях відсутні рентгенологічні зміни кісткових структур СНЩС?**

1. Больовій дисфункції СНЩС
2. Хронічному артриті СНЩС
3. Артрозі СНЩС
4. Гострому артриті СНЩС

**55.4.3. Склероз або деструкція кортикальної пластинки СНЩС та суглобового горбика, наявність екзофітів на суглобових поверхнях спостерігається при:**

1. Больовій дисфункції СНЩС
2. Хронічному артриті СНЩС
3. Артрозі СНЩС
4. Гострому артриті СНЩС

**56.3.3. Що зішлифовують для нормалізації оклюзії у пацієнтів з больовим синдромом дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів?**

1. Вершини піднебінних верхніх та щічних нижніх горбків молярів
2. Верхні щічні та нижні язикові горбки молярів
3. Скати горбків, поглиблюються фісури, згладжуються гострі краї

**57.5.5. Тривалість користування лікувальною капою для пацієнтів з больовим синдромом дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів становить:**

1. 1-2 тижні
2. До 1 місяці
3. 1-2 місяці
4. 2-3 місяця
5. 4-12 місяців

**58.5.5. Скільки часу впродовж дня необхідно носити капу для лікування больової дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів?**

1. 1-2 години на день
2. Зранку та ввечері по 2 години

3. До 6-7 годин на добу
4. До 12 годин на добу
5. Цілодобово

**59.4.4. Через який термін лікування капою пацієнту із больовою дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба необхідно виготовити постійні конструкції зубних протезів?**

1. Через 1-2 місяці
2. Через 2-4 місяці
3. Через півроку
4. Через рік

### **Ортопедичне лікування часткових дефектів зубних рядів частковими знімними протезами**

**1.5.2. Часткові знімні пластинкові протези відновлюють жувальну ефективність на:**

1. 20%
2. 50%
3. 70%
4. 90%
5. 100%

**2.3.3. З метою прискорення адаптації до знімного протеза після його введення в порожнину рота пацієнту рекомендується:**

1. Не знімати протез протягом тижня
2. Користуватися протезом протягом дня і знімати на ніч
3. Користуватися протезом протягом дня і, за можливості, не знімати на ніч протягом перших 2-3 тижнів

**3.4.3. Перша фаза адаптації пацієнта до знімного протеза за В.Ю. Курляндським:**

1. Повного гальмування
2. Часткового гальмування
3. Подразнення
4. Прискорення

**4.4.2. Друга фаза адаптації пацієнта до знімного протеза за В.Ю. Курляндським:**

1. Повного гальмування
2. Часткового гальмування
3. Подразнення
4. Прискорення

#### **5.4.1. Третя фаза адаптації пацієнта до знімного протеза за В.Ю. Курляндським:**

1. Повного гальмування
2. Часткового гальмування
3. Подразнення
4. Прискорення

#### **6.5.3. Бюгельний протез - це:**

1. Суцільнолитий мостоподібний протез, що спирається на зуби, які обмежують дефект зубного ряду
2. Частковий знімний суцільнолитий протез, що спирається на слизову оболонку протезного ложа
3. Частковий знімний протез із металевою дугою, який утримується на опорних зубах опорно-утримуючими кламерами, замковими кріпленнями, телескопічними коронками, балочними, рейковими системами, які дозволяють передавати жувальний тиск на опорні зуби та слизову оболонку протезного ложа
4. Знімний мостоподібний протез, що спирається на слизову оболонку протезного ложа і зуби
5. Повний знімний пластинковий протез на беззубу щелепу

#### **7.5.2. Шлях передачі функціонального навантаження бюгельним протезом при кінцевому дефекті:**

1. На тканини пародонту через слизову оболонку
2. На зуби, тканини пародонту, слизову оболонку, альвеолярний відросток
3. На альвеолярний відросток, ясна
4. На тканини пародонту, зуби
5. Тверде піднебіння, слизову оболонку, контрфорси

#### **8.4.2. Розподіл функціонального навантаження між зубами і слизовою оболонкою в бюгельному протезі залежить від:**

1. Розмірів сидлоподібної частини
2. Типу з'єднання механічного кріплення з каркасом протеза
3. Кількості кламерів
4. Конструкції бюгельного протеза

#### **9.4.4. Вкажіть основні конструктивні елементи бюгельних протезів:**

1. Базис із штучними зубами, металева дуга
2. Пластинковий базис із зубами, утримувальні кламери
3. Опорні коронки, проміжна частина
4. Базис із штучними зубами, дуга, механічні кріплення, додаткові елементи

### **10.4.3. Показання до заміщення дефектів зубних рядів бюгельними протезами:**

1. Включені дефекти зубних рядів, рухомість зубів II ступеня
2. Генералізоване патологічне стирання зубів III ступеня, змішана форма, бруксизм
3. Дефекти зубних рядів - кінцеві, включені дефекти зубних рядів за відсутності більш ніж трьох зубів в одному дефекті
4. Наявні поодинокі зуби на щелепах або повна втрата зубів

### **11.4.2. Фактори, які обов'язково необхідно враховувати при плануванні конструкції бюгельного протеза:**

1. Загальносоматичний стан організму, вік, стать пацієнта, шкідливі звички
2. Кількість та стан збережених зубів не менше 6, стан слизової оболонки, ступінь атрофії та форму беззубого альвеолярного відростка, оклюзійні співвідношення
3. Кількість та стан збережених зубів не менше 3, стан слизової оболонки, ступінь атрофії та форму беззубого альвеолярного відростка, оклюзійні співвідношення
4. Терміни прорізування постійних зубів, терміни останнього видалення зубів, причини видалення зубів

### **12.5.3. Найбільш ефективною є наступна система кріплення протеза:**

1. Точкова
2. Лінійна
3. Площинна
4. Діагональна
5. Поперечна

### **13.5.4. Вкажіть фактори, які забезпечують фіксацію та стабілізацію бюгельних протезів:**

1. Елементи анатомічної ретенції, використання внутрішньокісткових імплантатів, пластика альвеолярного гребеня
2. Адгезія, елементи непрямої фіксації
3. Механічне кріплення
4. Механічне кріплення, елементи непрямої фіксації, елементи анатомічної ретенції
5. Адгезія, елементи анатомічної ретенції, функціональна присмоктувальність

### **14.4.1. Показання до використання балкової системи кріплення знімних протезів:**

1. Включені дефекти зубних рядів за наявності рухомих опорних зубів з високими клінічними коронками

2. Шинування рухомих зубів при захворюваннях тканин пародонту, травматичних вивихах, підвивихах зубів
3. Кінцеві дефекти зубних рядів із рухомими зубами, які медіально обмежують дефект
4. Включені дефекти зубних рядів за наявності рухомих опорних зубів з низькими клінічними коронками

#### **15.4.3. Вкажіть конструктивні елементи балкової системи фіксації бюгельного протеза:**

1. Опорні коронки із нерухомо встановленою патрицею, фрезерованими уступами та вертикальним пазом, у знімному протезі - матриця, в яку входить патриця, опорне плече із циліндричним стрижнем, який входить у вертикальний паз
2. Опорні коронки із вираженим екватором, у знімному протезі - опорно-утримувальні кламери
3. Опорні коронки, з'єднані балкою; в знімному протезі - металевий паз із силіконовою матрицею, яка повторює форму балки
4. Кнопкова патриця, зацементована в корінь зуба разом із куксовою штифтовою вкладкою, в знімному протезі - матриця в базисі знімного протеза

#### **16.4.1. Конструктивні елементи замкової системи фіксації бюгельного протеза:**

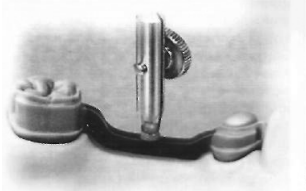
1. Опорні коронки із нерухомо встановленою патрицею, фрезерованими уступами та вертикальним пазом, у знімному протезі - матриця, в яку входить патриця, опорне плече із циліндричним стрижнем, який входить у вертикальний паз
2. Опорні коронки із вираженим екватором, у знімному протезі - опорно-утримувальні кламери
3. Опорні коронки з вираженим екватором, у знімному протезі - кламери системи Нея
4. Кнопкова патриця, зацементована в корінь зуба разом із куксовою штифтовою вкладкою, в знімному протезі - матриця в базисі знімного протеза

#### **17.4.4. Конструктивні елементи замкової системи фіксації повного пластинкового протеза, який перекриває залишені корені зубів:**

1. Опорні коронки із нерухомо встановленою патрицею, фрезерованими уступами та вертикальним пазом, у знімному протезі - матриця, в яку входить патриця, опорне плече із циліндричним стрижнем, який входить у вертикальний паз
2. Опорні коронки із вираженим екватором, у знімному протезі - опорно-утримувальні кламери

3. Опорні коронки, з'єднані балкою, в знімному протезі - металевий паз із силіконовою матрицею, яка повторює форму балки
4. Кнопкова матриця, зацементована в корінь зуба разом із куковою штифтовою вкладкою, у знімному протезі - матриця із силіконовою втулкою в базисі знімного пластинкового протеза

**18.4.3. Вкажіть тип механічного кріплення бюгельного протеза, зображеного на малюнку:**



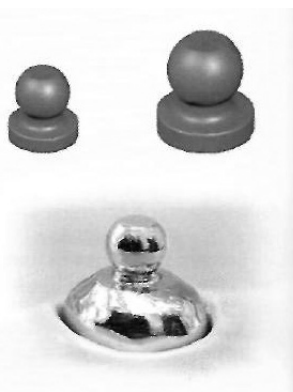
1. Кламерна система фіксації
2. Замкова система фіксації
3. Балкова система фіксації
4. Система фіксації на телескопічних коронках

**19.4.2. Вкажіть тип механічного кріплення бюгельного протеза, зображеного на малюнку:**



1. Кламерна система фіксації
2. Замкова система фіксації
3. Балкова система фіксації
4. Система фіксації на телескопічних коронках

**20.4.1. Вкажіть показання до застосування замкового кнопкового внутрішньокореневого кріплення, зображеного на малюнку:**



1. Як додатковий фіксуючий елемент при протезуванні повними знімними протезами, які перекривають збережені корені зубів
2. Як фіксуючий елемент при протезуванні частковими пластинковими та бюгельними протезами
3. Як додатковий фіксуючий елемент при протезуванні на імплантатах
4. Як додатковий фіксуючий елемент при протезуванні бюгельними протезами з опорно-утримувальними кламерами

**21.4.1. Показання до застосування бюгельних протезів із замковим кріпленням:**

1. Включені та кінцеві дефекти зубних рядів, високі естетичні вимоги
2. Повна відсутність зубів, високі естетичні вимоги

3. Поодинокі збережені зуби на щелепах, високі естетичні вимоги
4. Включені та кінцеві дефекти зубних рядів, захворювання тканин пародонту опорних зубів, їх рухомість II-III ступенів

**22.4.3. Фактори, від яких залежить ступінь занурення базису бюгельного протеза в слизову оболонку протезного ложа при кінцевих дефектах зубного ряду:**

1. Ступінь атрофії альвеолярного відростка, ступінь податливості слизової оболонки протезного ложа
2. Ступінь атрофії альвеолярного відростка, форма його вестибулярного ската, рухомість опорних зубів
3. Ступінь податливості слизової оболонки протезного ложа, тип з'єднання фіксуємого елемента із базисом протеза, довжина кінцевого сидла
4. Індивідуальні клінічні особливості тканин протезного ложа, висота клінічних коронок опорних зубів, ступінь рухомості опорних зубів

**23.4.3. Заходи, яких необхідно взяти для попередження функціонального перевантаження опорних зубів при протезуванні бюгельними протезами із замковим кріпленням у разі кінцевих дефектів зубних рядів:**

1. Не застосовувати бюгельний протез, а застосувати частковий знімний пластинковий протез із утримувальними кламерами
2. Шинування усіх рухомих зубів, зменшення площі базису протеза, збільшення розмірів оклюзійної поверхні штучних зубів та їх кількості
3. Шинування опорних зубів, збільшення площі базису протеза, зменшення розмірів оклюзійної поверхні штучних зубів та їх кількості
4. Атачмен встановлювати на опорних зубах по центру альвеолярного гребеня, орієнтуючи його відповідно до шляху введення протеза, враховуючи міжоклюзійні співвідношення

**24.4.4. Опишіть правильне положення атачмена на опорному зубі:**

1. На рівні оклюзійної поверхні опорного зуба та ближче до язикової поверхні відповідно до шляху введення протеза, з відступом від маргінальних ясен
2. По центру альвеолярного гребеня, відповідно до шляху введення протеза, впритул до маргінальних ясен
3. Ближче до вестибулярного ската альвеолярного гребеня, відповідно до шляху введення протеза, впритул до маргінальних ясен
4. По центру альвеолярного гребеня, відповідно до шляху введення протеза, з відступом не менше ніж 0,5 мм від маргінальних ясен, які мають бути вільними для гігієнічних процедур

**25.4.1. На якому рівні відносно маргінальних ясен повинні формуватися фрезеровані поверхні, опори матриць та патриць на опорних штучних коронках?**

1. Не менше ніж на 0,5 мм вище маргінальних ясен
2. На 0,2 мм вище маргінальних ясен
3. Упритул до маргінальних ясен
4. Якомога вище від маргінальних ясен, на рівні оклюзійної поверхні опорної коронки

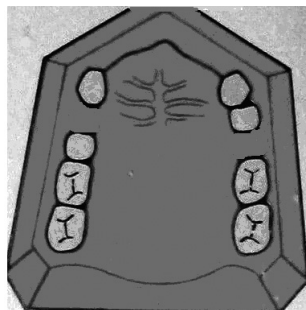
**26.4.4. Вкажіть призначення дуги бюгельного протеза:**

1. Дуга з'єднує сидла із штучними зубами
2. Це елемент фіксації бюгельного протеза
3. Це опорний та стабілізуючий елемент бюгельного протеза
4. Дуга з'єднує деталі бюгельного протеза в єдиний каркас, розподіляє жувальний тиск, перерозподіляє навантаження та зменшує напруги при трансверзальних рухах базису протеза

**27.4.2. Найбільш типове розміщення дуги на верхній щелепі:**

1. На межі між передньою та задньою третинами піднебіння на відстані 15 мм від фронтальних зубів
2. На межі між середньою та задньою третинами піднебіння, на 10-12 мм попереду лінії "А"
3. В межах м'якого піднебіння
4. На межі між передньою та середньою третинами піднебіння

**28.4.3. Вкажіть розташування дуги бюгельного протеза у разі вираженого торуса в клінічній ситуації, зображеній на малюнку:**



1. Заднє положення дуги
2. Між середньою та задньою третинами піднебіння, на 10-12 мм попереду лінії "А"
3. Переднє положення дуги
4. Між передньою та середньою третинами піднебіння

**29.4.1. Вкажіть розташування дуги бюгельного протеза при втраті бічних зубів та плоскому піднебінні:**

1. Заднє положення дуги
2. Середнє положення
3. Переднє положення дуги
4. На межі між передньою та середньою третинами піднебіння



**30.4.4. Оптимальна ширина дуги бюгельного протеза на верхній щелепі:**

1. 10-15 мм
2. 1-5 мм
3. 15-20 мм
4. 5-10 мм

**31.4.1. Оптимальна відстань від слизової оболонки до дуги бюгельного протеза на верхній щелепі:**

1. 0,7-1,0 мм
2. 1,2-1,5 мм
3. 0,3-0,5 мм
4. 1,5-2,0 мм

**32.4.2. Дуга бюгельного протеза на верхній щелепі набуває властивостей металевого базису у випадку, якщо вона:**

1. Є елементом повного знімного протеза
2. Широка та тонка, лежить безпосередньо на слизовій оболонці
3. Відстоїть від слизової оболонки на 1,5-2,0 мм
4. В ділянці альвеолярного відростка має ширину 10-15 мм, а в ділянці середньопіднебінного шва - 20- 25 мм, сідловидні частини каркаса відстоять від слизової оболонки на 1,0-2,0 мм

**33.4.3. Товщина литого хромо-кобальтового базису знімного протеза становить:**

1. 2 мм
2. Не перевищує 1,5 мм
3. Не перевищує 0,9 мм
4. 3 мм

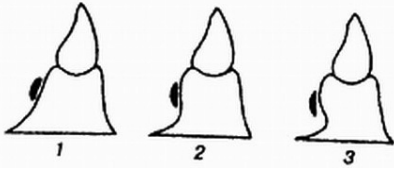
**34.4.1. Розміри дуги бюгельного протеза на нижній щелепі:**

1. Товщина - 2-3 мм, ширина - 3-5 мм
2. Товщина - 3,5-4,5 мм, ширина - 4,5-6,5 мм
3. Товщина - 1,5 мм, ширина - 1-2 мм
4. Товщина - 0,5-1,0 мм, ширина - 2-3 мм

**35.4.1 Відстань між слизовою оболонкою та дугою бюгельного протеза при пологій формі альвеолярного відростка нижньої щелепи становить:**

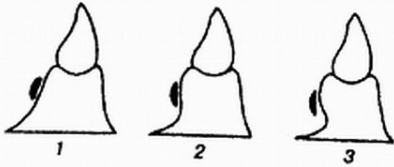
1. Дорівнює величині податливості слизової, але не більше 1,5 мм
2. 1-1,5 мм
3. 0,5 мм
4. На рівні найбільшого виступу - 0,5 мм

**36.4.3. Відстань між слизовою оболонкою та дугою бюгельного протеза при відвісній формі альвеолярного відростка нижньої щелепи становить:**



1. Дорівнює величині податливості слизової, але не більше 1,5 мм
2. 1-1,5 мм
3. 0,5 мм
4. На рівні найбільшого виступу - 0,5 мм

**37.4.4. Відстань між слизовою оболонкою та дугою бюгельного протеза при підритій формі альвеолярного відростка нижньої щелепи становить:**



1. Дорівнює величині податливості слизової, але не більше 1,5 мм
2. 1-1,5 мм
3. 0,5 мм
4. На рівні найбільшого виступу - 0,5 мм

**38.4.2. Фіксація бюгельного протеза забезпечується:**

1. Функціональною присмоктуюваністю
2. Механічними пристосуваннями - кламерами, замковими та балочними кріпленнями, телескопічними коронками та анатомічною ретенцією
3. Адгезією
4. Магнітними фіксаторами

**39.4.3. "Кламерна лінія" - це:**

1. Виражений екватор коронки зуба
2. Лінія найбільшої випуклості коронки зуба, яка визначається паралело-метрією
3. Лінія, що з'єднує опорні зуби, на яких розміщуються кламери і навколо якої можливе обертання протеза
4. Уявна лінія вібрації на межі твердого і м'якого піднебіння при вимовлянні фонем "А"

**40.4.1. Найдоцільнішим розташуванням кламерної лінії на верхній щелепі у разі лінійної фіксації є:**

1. Діагональне
2. Трансверзальне
3. Парасагітальне
4. По дузі

**41.4.1. Фіксація знімного протеза називається точковою:**

1. У разі використання одного зуба в якості опори
2. У разі використання двох зубів в якості опори

3. У разі використання трьох і більше зубів в якості опори, що розташовані в різних ділянках щелепи
4. За наявності всіх зубів на щелепах

#### **42.4.2. Фіксація знімного протеза називається лінійною у випадку:**

1. У разі використання одного зуба в якості опори
2. У разі використання двох зубів в якості опори
3. У разі використання трьох і більше зубів в якості опори, що розташовані в різних ділянках щелепи
4. За наявності всіх зубів на щелепах

#### **43.4.3. Фіксація знімного протеза називається площинною:**

1. У разі використання одного зуба в якості опори
2. У разі використання двох зубів в якості опори
3. У разі використання трьох і більше зубів в якості опори, що розташовані в різних ділянках щелепи
4. За наявності всіх зубів на щелепах

#### **44.4.2. Визначення опорно-утримувального кламера в бюгельному протезі:**

1. Елемент бюгельного протеза, який містить штучні зуби
2. Механічне пристосування для кріплення протеза на опорних зубах
3. Жорсткий елемент протеза, який охоплює коронку зуба
4. Механічне пристосування для з'єднання конструктивних елементів в єдиний каркас

#### **45.4.3. Опорно-утримувальні кламери в бюгельному протезі забезпечують:**

1. Передачу тиску по осі зуба, раціональне навантаження слизової оболонки протезного ложа
2. Перевантаження та розхитування опорного зуба
3. Утримання протеза на щелепі та розподіл навантаження між опорними зубами і слизовою оболонкою
4. Шинування зубів при переломах щелеп

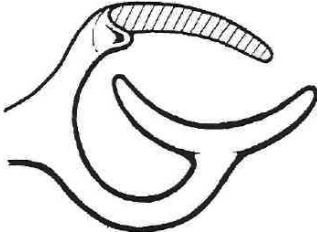
#### **46.4.4. Основні елементи опорно-утримувального кламера:**

1. Опорна коронка з патрицею, матриця - в знімному протезі
2. Опорні коронки, з'єднані балкою, в знімному протезі - металевий паз із силіконовою втулкою
3. Внутрішньокореневий кульковий атакмен, в знімному протезі - металева матриця із силіконовою втулкою
4. Плечі, оклюзійна накладка, тіло, відросток

#### 47.5.1. Вкажіть типи кламерів, які включає система Neu:

1. Кламери Аккера, Роуча, комбінований, зворотної задньої дії і кільцевий
2. Кламери Бонвіля і Джексона
3. Кламери Роуча, Боніхарта
4. Кламери Кенеді, Балтерса, Рейхельмана
5. Багатоланковий кламер, кламер Березовського

#### 48.5.3. Дайте назву кламера системи Neu, зображеного на малюнку:



1. Neu 1 Аккера
2. Neu 2 Роуча
3. Neu 3 комбінований
4. Neu 4 зворотної задньої дії
5. Neu 5 кільцевий

#### 49.5.2. Охарактеризуйте кламер Neu 1 Аккера:

1. Зворотної задньої дії, одноплечовий з оклюзійною накладкою
2. Двоплечовий з оклюзійною накладкою
3. Розщеплений - два Т-подібних плеча, оклюзійна накладка
4. Комбінований - жорстке плече від №1, пружне плече від №2, оклюзійна накладка
5. Кільцевий, одноплечовий, дві оклюзійні накладки (медіальна та дистальна)

#### 50.5.3. Охарактеризуйте кламер Neu 2 Роуча:

1. Зворотної задньої дії, одноплечовий з оклюзійною накладкою
2. Двоплечовий з оклюзійною накладкою
3. Розщеплений - два Т-подібних плеча, оклюзійна накладка
4. Комбінований - жорстке плече від №1, пружне плече від №2, оклюзійна накладка
5. Кільцевий, одноплечовий, дві оклюзійні накладки (медіальна та дистальна)

#### 51.5.5. Охарактеризуйте кламер Neu 3:

1. Зворотної задньої дії, одноплечовий з оклюзійною накладкою
2. Двоплечовий з оклюзійною накладкою
3. Розщеплений - два Т-подібних плеча, оклюзійна накладка
4. Кільцевий, одноплечовий, дві оклюзійні накладки (медіальна та дистальна)
5. Комбінований - жорстке плече від №1, пружне плече від №2, оклюзійна накладка

#### 52.5.1. Охарактеризуйте кламер Ney 4:

1. Зворотної задньої дії, одноплечовий з оклюзійною накладкою
2. Двоплечовий з оклюзійною накладкою
3. Розщеплений - два Т-подібних плеча, оклюзійна накладка
4. Кільцевий, одноплечовий, дві оклюзійні накладки (медіальна та дистальна)
5. Комбінований - жорстке плече від №1, пружне плече від №2, оклюзійна накладка

#### 53.5.4. Охарактеризуйте кламер Ney 5:

1. Зворотної задньої дії, одноплечовий з оклюзійною накладкою
2. Двоплечовий з оклюзійною накладкою
3. Розщеплений - два Т-подібних плеча, оклюзійна накладка
4. Кільцевий, одноплечовий, дві оклюзійні накладки (медіальна та дистальна)
5. Комбінований - жорстке плече від Ney 1, пружне плече від Ney 2, оклюзійна накладка

#### 54.5.5. Дайте визначення кламера системи Ney, зображеного на малюнку:



1. Ney 1 Аккера
2. Ney 2 Роуча
3. Ney 3 комбінований
4. Ney 4 зворотної задньої дії
5. Ney 5 кільцевий

#### 55.5.2. Дайте визначення кламера системи Ney, зображеного на малюнку:



1. Ney 1 Аккера
2. Ney 2 Роуча, розщеплений
3. Ney 3 комбінований
4. Ney 4 зворотної задньої дії
5. Ney 5 кільцевий

#### 56.5.4. Дайте визначення кламера системи Ney, зображеного на малюнку:



1. Ney 1 Аккера
2. Ney 2 Роуча, розщеплений
3. Ney 3 комбінований
4. Ney 4 зворотної задньої дії
5. Ney 5 кільцевий

**57.5.1. Дайте визначення кламера системи Neу, зображеного на малюнку:**



1. Neу 1 Аккера
2. Neу 2 Роуча, розщеплений
3. Neу 3 комбінований
4. Neу 4 зворотної задньої дії
5. Neу 5 кільцевий

**58.4.1. Від чого залежать ретенційні властивості кламера?**

1. Від пружності плеча кламера, кривизни бокових поверхонь зуба, глибини ретенційної зони, в якій розташовується ретенційна частина кламера
2. Від висоти коронки зуба, нахилу зуба, міжоклюзійних співвідношень
3. Від типу кламера, нахилу опорного зуба, характеру проходження межової лінії
4. Від величини вертикально направленої сили, яка скидає протез під час розжовування в'язкої їжі

**59.4.2. Пружність плеча кламера залежить від:**

1. Кривизни бокових поверхонь зуба, глибини ретенційної зони, в якій розташовується ретенційна частина кламера
2. Хімічного складу сплаву металу, з якого виготовлений кламер, від довжини, товщини та форми плеча
3. Типу кламера, нахилу опорного зуба, характеру проходження межової лінії
4. Способу з'єднання кламера із базисом

**60.3.1. Способи з'єднання кламера з протезом:**

1. Жорстке, напівжорстке, лабільне
2. Стабільне з'єднання
3. Пружне з'єднання

**61.5.1+2+3+4. Якими факторами визначається вибір способу з'єднання кламера з протезом?**

1. Кількістю і стійкістю опорних зубів
2. Величиною і топографією дефектів зубних рядів
3. Ступенем податливості слизової оболонки
4. Функціональним співвідношенням зубних рядів
5. Гігієнічним доглядом за ротовою порожниною

**62.5.1. Дайте визначення кламера, зображеного на малюнку, який використовують при однобічних кінцевих дефектах зубних рядів і розташовують у безперервній ділянці зубного ряду між молярами?**



1. Кламер Бонвіля
2. Кламер Аккера
3. Кламер опорно-утримувальний
4. Кламер Боніхарта
5. Кламер Кеннеді

**63.4.3. Який із кламерів є багатоланковим?**

1. Кламер Аккера
2. Кламер Джексона
3. Кламер Кеннеді
4. Кламер Роуча, Боніхарта

**64.4.1. Замкове кріплення складається з:**

1. Патриці і матриці
2. Утримувального і стабілізуючого плечей
3. Оклюзійної накладки і оклюзійного ложа
4. Телескопічних коронок

**65.4.4. Які кламери є опорно-утримувальними?**

1. Денто-альвеолярний кламер
2. Гнутий петлеподібний кламер
3. Кламер Кемені, стрічковий
4. Кламери системи Neу

**66.4.3. Який кламер застосовується при стиранні коронкової частини зуба для підвищення прикусу?**

1. Кламер Роуча
2. Кламер Ельбрехта
3. Кламер Шпренга
4. Кламер Аккера

**67.5.5. Кламер, що дозволяє використовувати мінімальні ретенційні зони на опорному зубі:**

1. Утримувальний кламер
2. Кламер Аккера
3. Кламер Балтерса
4. Кламер задньої дії
5. Кламер Роуча, Боніхарта, Балтерса

#### **68.4.1. Вимоги до кламерів в бюгельних протезах:**

1. Фіксують протез, розподіляють жувальний тиск між опорними зубами і слизовою оболонкою, передають жувальний тиск по осі опорного зуба
2. Забезпечують функціональну присмоктувальність протеза, відповідають естетичним та функціональним вимогам
3. Передають жувальний тиск на слизову оболонку порожнини рота, відповідають естетичним вимогам
4. Забезпечують надійне шинування рухомих зубів, забезпечують естетику

#### **69.3.2. З'єднання кламера з протезом, що є найбільш ефективним при необмежених у дистальному напрямку дефектах зубних рядів, податливій слизовій оболонці та незначній рухомості опорних зубів:**

1. Напівлабільне
2. Шарнірне (лабільне)
3. Жорстке

#### **70.4.2. Співвідношення бюгельної дуги із зубами, що залишилися на нижній щелепі:**

1. Дуга лежить на шийках зубів
2. Дуга розташована нижче шийок зубів на 1-1,5 мм
3. Дуга розташована на слизовій нижче шийок зубів на 1-1,5 мм
4. Дуга розташована вище шийок зубів

#### **71.4.4. Призначення непрямих фіксаторів (кіпмайдерів):**

1. Розподіляють жувальний тиск між слизовою оболонкою та зубом
2. Забезпечують фіксацію бюгельного протеза
3. Забезпечують шинування опорних зубів
4. Запобігають перекиданню бюгельного протеза

#### **72.4.1. Базис бюгельного протеза - це:**

1. Елемент бюгельного протеза, який містить штучні зуби
2. Механічне пристосування для кріплення бюгельного протеза на опорних зубах
3. Конструктивний елемент, який запобігає перекиданню бюгельного протеза
4. Механічне пристосування для з'єднання конструктивних елементів в єдиний каркас

#### **73.4.3. Яким має бути вертикальний розмір балки при протезуванні бюгельним протезом із балковою фіксацією?**

1. Не менше 5 мм
2. 1/3 висоти клінічних коронок опорних зубів
3. 1/2 висоти клінічних коронок опорних зубів
4. Дорівнювати висоті клінічних коронок опорних зубів



#### **74.4.4. Призначення паралелометрії:**

1. Визначення шляху виведення бюгельного протеза, екватора зуба, зони розташування опорних та стабілізуючих частин плечей кламерів
2. Визначення місця встановлення патриці замкового кріплення на опорній коронці
3. Визначення положення балки відносно слизової оболонки в ділянці дефекту
4. Визначення шляху введення бюгельного протеза, межової лінії, зони розташування ретенційних частин кламера

#### **75.4.3. В основі будови паралелометра лежить:**

1. Принцип паралельності повздовжньої осі зуба і вертикального стрижня паралелометра
2. Принцип рівності сторін трикутника - 10 см, який утворюється при сполученні центрів суглобових головок скронево-нижньощелепних суглобів і точки між центральними різцями нижньої щелепи
3. Принцип паралельності перпендикулярів, опущених на площину
4. Принцип перетину повздовжніх осей нахилених зубів

#### **76.3.3. Які з наведених апаратів відповідають характеристиці паралелометра?**

1. Апарат складається з двох бранш, з'єднаних посередині віссю. Одні кінці бранш закінчуються щічками подібно до вуздечок роторозширювача, між другими кінцями знаходиться кистьовий силовометр
2. Апарат складається з верхньої та нижньої рами. До верхньої рами кріпиться штифт - фіксатор висоти, на якому розташований мезінгер - показник середньої лінії. На нижній рамі є 2 суглобових з'єднання, рухома різцева площина і показники розташування оклюзійної площини
3. Апарат складається з основи, на яку кріпиться стійка, навколо якої обертається кронштейн з рухомими пристроями, пристосованими для закріплення в них знімних інструментів

#### **77.3.3. Межова лінія - це:**

1. Лінія, що проходить по найбільш виступаючим точкам анатомічної форми зуба і виявляється при паралелометрії
2. Екватор зуба, який ділить зуб на 2 частини - опорну і ретенційну
3. Лінія найбільшої випуклості зубів, яка виявляється при паралелометрії і ділить зуб на 2 частини - опорну і утримувальну

#### **78.3.2. Найбільш точно виявити екваторну лінію можливо:**

1. На гіпсовій моделі воском, мольдіном чи пластиліном заповнюють відвісний простір між шийкою зуба, яснами і найбільшою випуклістю коронки зуба

2. Виявлення найбільшої випуклості (екваторної лінії) коронки зуба виконують паралелометром
3. Олівцем креслять найбільшу випуклість коронки зуба

#### **79.4.2+3. Проходження межової лінії залежить від:**

1. Положення кронштейна паралелометра
2. Нахилу зуба
3. Анатомічної будови коронки зуба
4. Глибини утримувальної зони зуба

#### **80.4.4. Вкажіть діаметр вимірювальних дисків калібрів в паралелометрі?**

1. 0,25; 0,35; 0,45 мм
2. 0,4; 0,5; 0,6 мм
3. 0,7; 0,75; 0,85 мм
4. 0,25; 0,5; 0,75 мм

#### **81.4.4. "Калібр" у паралелометрі - це:**

1. Пристосування для визначення опорної та утримувальної зон коронки зуба
2. Пристосування для оцінки форми коронкової частини опорних зубів, їх нахилу, нанесення межової лінії
3. Грифель, який закріплюється в кронштейні паралелометра і окреслює межову лінію залежно від нахилу зуба
4. Пристосування для вимірювання піднутріння утримувальної зони і визначення глибини залягання ретенційної частини плеча кламера

#### **82.5.3. Положення межової лінії, при якому застосовують кламер Ney 1 Аккера:**

1. Низьке проходження межової лінії на двох з трьох поверхонь зуба
2. Високе проходження межової лінії на всіх поверхнях
3. Середнє проходження межової лінії або низьке її проходження в ділянці дефекту та високе - з протилежного боку
4. Низьке проходження межової лінії на двох з трьох поверхонь поодиноко розташованих молярів
5. Проходження межової лінії на одній поверхні зуба - високе, на протилежній - діагональне

#### **83.4.3. Глибина ретенційної зони для кламера Ney 1 Аккера:**

1. 0,5 мм
2. 0,75 мм
3. 0,25 мм
4. 0,25 мм, 0,75 мм

#### **84.5.2. Положення межової лінії, при якому застосовують кламер Роуча, Боніхарта:**

1. Низьке проходження межової лінії на двох з трьох поверхонь зуба
2. Високе проходження межової лінії на всіх поверхнях зуба
3. Середнє проходження межової лінії або низьке її проходження в ділянці дефекту та високе - з протилежного боку
4. Низьке проходження межової лінії на двох з трьох поверхонь поодиноко розташованих молярів
5. Проходження межової лінії на одній поверхні зуба - високе, на протилежній - діагональне

#### **85.4.2. Глибина ретенційної зони для кламера Neu 2, Роуча, Боніхарта:**

1. 0,5 мм
2. 0,75 мм
3. 0,25 мм
4. 0,25 мм, 0,75 мм

#### **86.5.5. Положення межової лінії, при якому застосовують комбінований кламер Neu 3:**

1. Низьке проходження межової лінії на двох з трьох поверхонь зуба
2. Високе проходження межової лінії на всіх поверхнях зуба
3. Середнє проходження межової лінії або низьке її проходження в ділянці дефекту та високе - з протилежного боку
4. Низьке проходження межової лінії на двох з трьох поверхонь поодиноко розташованих молярів
5. Проходження межової лінії на одній поверхні зуба - високе, на протилежній - діагональне

#### **87.4.4. Глибина ретенційної зони для кламера Neu 3:**

1. 0,5 мм
2. 0,75 мм
3. 0,25 мм
4. 0,25 мм, 0,75 мм

#### **88.5.1. Положення межової лінії, при якому застосовують кламер задньої дії Neu 4:**

1. Низьке проходження межової лінії на двох з трьох поверхонь зуба
2. Високе проходження межової лінії на всіх поверхнях зуба
3. Середнє проходження межової лінії або низьке її проходження в ділянці дефекту та високе - з протилежного боку
4. Низьке проходження межової лінії на двох з трьох поверхонь поодиноко розташованих молярів
5. Проходження межової лінії на одній поверхні зуба - високе, на протилежній - діагональне

**89.4.1. Глибина ретенційної зони для кламера задньої дії Neu 4:**

1. 0,5 мм
2. 0,75 мм
3. 0,25 мм
4. 0,25 мм, 0,75 мм

**90.5.4. Вкажіть положення межової лінії, при якому застосовують кільцевий кламер Neu 5:**

1. Низьке проходження межової лінії на двох з трьох поверхонь зуба
2. Високе проходження межової лінії на всіх поверхнях зуба
3. Середнє проходження межової лінії або низьке її проходження в ділянці дефекту та високе - з протилежного боку
4. Низьке проходження межової лінії на двох з трьох поверхонь поодиноко розташованих молярів
5. Проходження межової лінії на одній поверхні зуба - високе, на протилежній - діагональне

**91.4.3. Вкажіть глибину ретенційної зони для кільцевого кламера Neu 5:**

1. 0,5 мм
2. 0,75 мм
3. 0,25 мм
4. 0,25 мм, 0,75 мм

**92.4.2. Які відбиткові матеріали використовують для отримання відбитків для виготовлення бюгельних протезів?**

1. Гіпс
2. Силіконові відбиткові матеріали
3. Термопластичні відбиткові матеріали
4. Реверсивні гідроколоїдні маси на основі агар-агару

**93.3.2. Найдосконалішою є наступна технологія виготовлення каркаса бюгельного протеза:**

1. Виготовлення паяного каркаса
2. Виготовлення суцільнолитого каркаса на вогнетривкій моделі
3. Виготовлення суцільнолитого каркаса зі зніманням воскової репродукції з моделі

**94.4.1. Вкажіть, якої товщини мають бути підкладки із бюгельного воску під дугу?**

1. На нижню щелепу - 0,5-1,5 мм, на верхню щелепу - 0,3-0,5 мм
2. На нижню щелепу - 1,5-2,5 мм, на верхню щелепу - 0,5-1,5 мм
3. На нижню щелепу - 2,5-3,5 мм, на верхню щелепу - 1,5-2,5 мм
4. На нижню щелепу - 1,5-3,5 мм, на верхню щелепу - 2,0-2,5 мм

**95.4.2. Якої товщини мають бути підкладки із бюгельного воску під базисні сітки?**

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

**96.4.3. Визначте, завдяки чому каркас бюгельного протеза, відлитий на вогнетривкій моделі, є точним і не потребує подальших корекцій?**

1. Вогнетривка модель під час нагрівання дає усадку приблизно на коефіцієнт усадки сплаву
2. Вогнетривка модель під час нагрівання не дає усадки
3. Вогнетривка модель під час нагрівання розширюється приблизно на коефіцієнт усадки сплаву
4. Вогнетривка модель під час нагрівання має коефіцієнт розширення, який у 2 рази перевищує коефіцієнт розширення сплаву

**97.4.4. Що таке "Формодент"?**

1. Це А-силіконовий відбитковий матеріал для отримання подвійних високоточних відбитків
2. Це вид воску, який використовують для моделювання воскових репродукцій каркасів суцільнолитих незнімних протезів
3. Це мікронаповнений фотополімерний композит для реставрації передніх зубів
4. Це спеціальна матриця для отримання воскових репродукцій частин каркаса бюгельного протеза

**98.4.4. В чому полягає підготовка моделі до дублювання?**

1. Вивчення моделі в паралелометрі; визначення кількості опорних зубів; шляху введення протеза; окреслення межової лінії та типу кламерної фіксації
2. Загіпсовка моделей щелеп в артикулятор та вивчення оклюзійних співвідношень зубних рядів в центральній, бокових та передній оклюзіях
3. Виготовлення розбірної гіпсової моделі, покриття опорних зубів лаком, залишаючи вільною від нього пришийкову частину
4. Усунення ретенційних пунктів на зубах за допомогою воску до рівня межової лінії; підкладки укладаються під дугу та сідла протеза з урахуванням ступеня податливості слизової оболонки протезного ложа

**99.4.1. Для дублювання гіпсових моделей використовують наступні маси:**

1. Реверсивні гідроколоїдні, поліхлорвінілові, силіконові, на основі поліефірної гуми
2. Фотополімерні композити, хімічні композити, компомери

3. Силікофосфатні, силікатні, склоіономерні цементи
4. Вогнетривкі маси "Силамін", "Кристосил", "Бюгеліт", "Сіоліт"

**100.4.3. Маси, які використовують для отримання вогнетривкої моделі:**

1. Фотополімерні композити, хімічні композити, компомери
2. Реверсивні гідроколоїдні, поліхлорвінілові, силіконові, на основі поліефірної гуми
3. Вогнетривкі маси "Силамін", "Кристосил", "Бюгеліт", "Сіоліт"
4. Силікофосфатні, силікатні, склоіономерні цементи

**101.4.2. Яку усадку дають сплави, що застосовуються при литві бюгельних каркасів?**

1. 2%
2. Від 2 до 3%
3. 5%
4. 10%

**102.4.1. "Прибуток" - це:**

1. Штучний резервуар із рідким металом, з якого він надходить у відливку
2. Ливник
3. Назва деталі каркаса бюгельного протеза
4. Усадочна раковина

**103.3.2. Якої величини має бути "прибуток"?**

1. Дорівнює деталі відливки
2. В 3-4 рази більше моделі, що відливається
3. Менше деталі відливки

**104.4.4. Апарати, що використовують для плавлення сплавів і литва на вогнетривких моделях:**

1. Бензиновий пальник
2. Апарат "Самсон", апарат "Дентатрон"
3. Ацетиленова горілка
4. Високочастотна піч із центробіжною машиною

**105.4.1. В якому апараті проводять очистку відливок?**

1. У піскоструминному апараті
2. В електрошлаковій установці
3. В апараті "ЕЛОЗ"
4. В апараті "Дентатрон"

**106.4.3. Який із сплавів, що використовується для відливки деталей каркаса бюгельного протеза, має найбільшу усадку?**

1. КХС
2. Віталіум
3. Нержавіюча сталь 31-95
4. ЛК-4

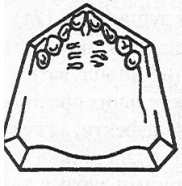
**107.4.1. На якій відстані від моделі, що відливається, має розташовуватися "прибуток"?**

1. На 1,5 - 2 мм
2. На 5 мм
3. На 10 мм
4. На 4 мм

**108.4.3. Як зробити вогнетривку модель щільною та збільшити її термічне розширення?**

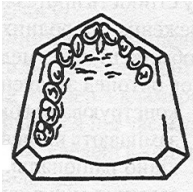
1. Змастити модель тонким шаром вазеліну
2. Висушити модель на повітрі 15-20 хв, а потім у сушильній шафі при температурі 180-200°C протягом 30 хв
3. Модель повинна тверднути в умовах вакууму
4. Занурити висушену модель на 1 хв у віск, нагрітий до температури 150°C

**109.4.1. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:**



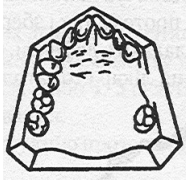
1. Перший клас
2. Другий клас
3. Третій клас
4. Четвертий клас

**110.5.2. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:**



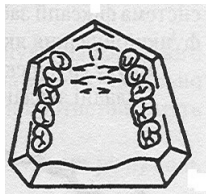
1. Перший клас
2. Другий клас
3. Третій клас
4. Четвертий клас
5. Другий клас, перший підклас

111.4.3. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:



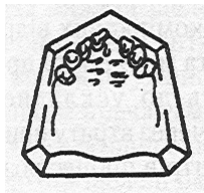
1. Перший клас
2. Другий клас
3. Третій клас
4. Четвертий клас

112.4.4. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:



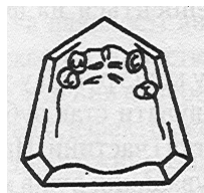
1. Перший клас
2. Другий клас
3. Третій клас
4. Четвертий клас

113.5.2. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:



1. Перший клас
2. Перший клас, перший підклас
3. Перший клас, другий підклас
4. Перший клас, третій підклас
5. Перший клас, четвертий підклас

114.5.3. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:



1. Перший клас
2. Перший клас, перший підклас
3. Перший клас, другий підклас
4. Перший клас, третій підклас
5. Перший клас, четвертий підклас

115.5.4. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:



1. Перший клас
2. Перший клас, перший підклас
3. Перший клас, другий підклас
4. Перший клас, третій підклас
5. Перший клас, четвертий підклас

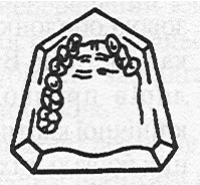


**116.5.5. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:**



1. Перший клас
2. Перший клас, перший підклас
3. Перший клас, другий підклас
4. Перший клас, третій підклас
5. Перший клас, четвертий підклас

**117.5.2. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:**



1. Другий клас
2. Другий клас, перший підклас
3. Другий клас, другий підклас
4. Другий клас, третій підклас
5. Другий клас, четвертий підклас

**118.5.3. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:**



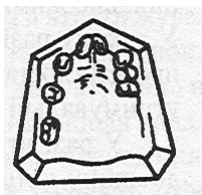
1. Третій клас, другий підклас
2. Другий клас, перший підклас
3. Другий клас, другий підклас
4. Другий клас, третій підклас
5. Другий клас, четвертий підклас

**119.5.4. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:**



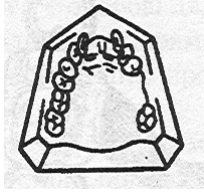
1. Третій клас
2. Другий клас, перший підклас
3. Другий клас, другий підклас
4. Другий клас, третій підклас
5. Третій клас, третій підклас

**120.5.5. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:**



1. Другий клас
2. Другий клас, перший підклас
3. Другий клас, другий підклас
4. Другий клас, третій підклас
5. Другий клас, четвертий підклас

**121.5.2. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:**



1. Третій клас
2. Третій клас, перший підклас
3. Третій клас, другий підклас
4. Третій клас, третій підклас
5. Третій клас, четвертий підклас

**122.5.3. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:**



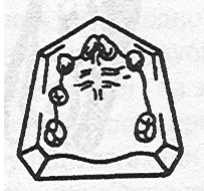
1. Третій клас
2. Третій клас, перший підклас
3. Третій клас, другий підклас
4. Третій клас, третій підклас
5. Третій клас, четвертий підклас

**123.5.4. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:**



1. Третій клас
2. Третій клас, перший підклас
3. Третій клас, другий підклас
4. Третій клас, третій підклас
5. Третій клас, четвертий підклас

**124.5.5. Який дефект зубного ряду за класифікацією Кеннеді представлений на даному малюнку:**



1. Третій клас
2. Третій клас, перший підклас
3. Третій клас, другий підклас
4. Третій клас, третій підклас
5. Третій клас, четвертий підклас

**125.5.4. Основний фактор фіксації часткових знімних протезів:**

1. Прилипання
2. Анатомічна ретенція
3. Крайовий замикаючий клапан
4. Механічні пристосування - кламери, пелоти, відростки протеза
5. Камери Рауера

#### **126.4.1. Що називається плечем кламера?**

1. Пружна частина, що охоплює коронку зуба
2. Його нерухома частина, що розташована над поясом опорного зуба, на його контактній поверхні
3. Частина кламера, необхідна для фіксації його у протезі, що розташована уздовж беззубого альвеолярного відростка під штучними зубами
4. Оклюзійна накладка

#### **127.4.2. Що називається тілом кламера?**

1. Пружна частина, що охоплює коронку зуба
2. Його нерухома частина, що розташована над поясом опорного зуба, на його контактній поверхні
3. Частина кламера, необхідна для фіксації його у протезі, що розташована уздовж беззубого альвеолярного відростка під штучними зубами
4. Оклюзійна накладка

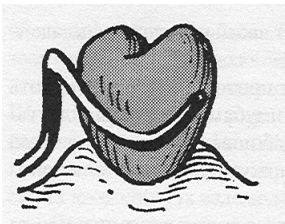
#### **128.4.3. Що називається відростком кламера?**

1. Пружна частина, що охоплює коронку зуба
2. Його нерухома частина, що розташована над поясом опорного зуба, на його контактній поверхні
3. Частина кламера, необхідна для фіксації його у протезі, що розташована уздовж беззубого альвеолярного відростка під штучними зубами
4. Оклюзійна накладка

#### **129.7.1+2+3+5+6. До утримувальних відносяться такі кламери:**

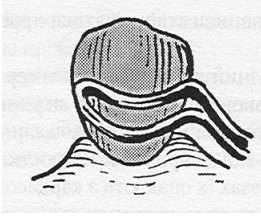
1. Дротяний одноплечовий кламер
2. Дротяний петлеподібний кламер
3. Дротяний двоплечовий кламер
4. Кламер Бонвіля
5. Дентоальвеолярний кламер
6. Ясенний кламер
7. Кламер Роуча

#### **130.7.1. На даному малюнку зображений:**



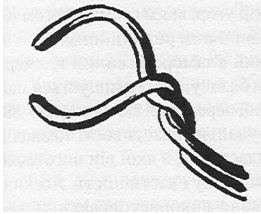
1. Дротяний одноплечовий кламер
2. Дротяний петлеподібний кламер
3. Дротяний двоплечовий кламер
4. Неперервний кламер
5. Дентоальвеолярний кламер
6. Апроксимальний кламер
7. Ясенний кламер

**131.7.2. На даному малюнку зображений:**



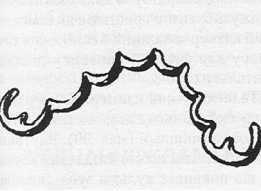
1. Дротяний одноплечовий кламер
2. Дротяний петлеподібний кламер
3. Дротяний двоплечовий кламер
4. Неперервний кламер
5. Дентоальвеолярний кламер
6. Апроксимальний кламер
7. Ясенний кламер

**132.7.3. На даному малюнку зображений:**



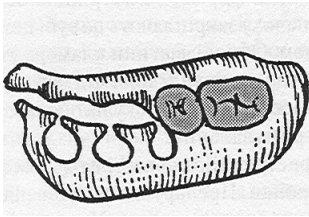
1. Дротяний одноплечовий кламер
2. Дротяний петлеподібний кламер
3. Дротяний двоплечовий кламер
4. Неперервний кламер
5. Дентоальвеолярний кламер
6. Ясенний кламер
7. Апроксимальний кламер

**133.7.4. На даному малюнку зображений:**



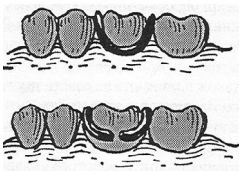
1. Дротяний одноплечовий кламер
2. Дротяний петлеподібний кламер
3. Дротяний двоплечовий кламер
4. Неперервний кламер
5. Дентоальвеолярний кламер
6. Апроксимальний кламер
7. Ясенний кламер

**134.7.5. На даному малюнку зображений:**



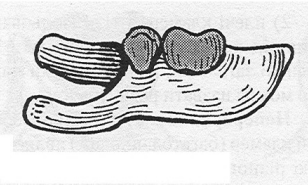
1. Дротяний одноплечовий кламер
2. Дротяний петлеподібний кламер
3. Дротяний двоплечовий кламер
4. Неперервний кламер
5. Дентоальвеолярний кламер
6. Апроксимальний кламер
7. Ясенний кламер

**135.7.7. На даному малюнку зображений:**



1. Дротяний одноплечовий кламер
2. Дротяний петлеподібний кламер
3. Дротяний двоплечовий кламер
4. Неперервний кламер
5. Дентоальвеолярний кламер
6. Ясенний кламер
7. Апроксимальний кламер

### 136.7.6. На даному малюнку зображений:



1. Дротяний одноплечовий кламер
2. Дротяний петлеподібний кламер
3. Дротяний двоплечовий кламер
4. Неперервний кламер
5. Дентоальвеолярний кламер
6. Ясенний кламер
7. Апроксимальний кламер

### 137.4.3. Кількість груп дефектів зубних рядів залежно від складності визначення центральної оклюзії і висоти прикусу (за А.І. Бетельманом):

1. Дві
2. Три
3. Чотири
4. П'ять

### 138.4.2. Перша група дефектів зубних рядів за А.І. Бетельманом - це:

1. Дефекти зубних рядів, в яких є антагоністи (фіксована висота прикусу), але розміщені вони так, що співставити моделі у положенні центральної оклюзії без шаблонів із прикусними валиками неможливо
2. Дефекти зубних рядів, у яких збереглися антагоністи (фіксована висота прикусу), і розміщені вони так, що можна співставити моделі у положенні центральної оклюзії, орієнтуючись за її характерними ознаками, без застосування шаблонів із прикусними валиками
3. Щелепи, на яких є зуби, але розміщені вони так, що немає жодної пари зубів антагоністів (нефіксована висота прикусу)
4. Беззубі щелепи

### 139.4.1. Друга група дефектів зубних рядів за А.І. Бетельманом - це:

1. Дефекти зубних рядів, в яких є антагоністи (фіксована висота прикусу), але розміщені вони так, що співставити моделі у положенні центральної оклюзії без шаблонів із прикусними валиками неможливо
2. Дефекти зубних рядів, у яких збереглися антагоністи (фіксована висота прикусу), і розміщені вони так, що можна співставити моделі у положенні центральної оклюзії, орієнтуючись за її характерними ознаками, без застосування шаблонів із прикусними валиками
3. Щелепи, на яких є зуби, але розміщені вони так, що немає жодної пари зубів антагоністів (нефіксована висота прикусу)
4. Беззубі щелепи

### 140.4.3. Третя група дефектів зубних рядів за А.І. Бетельманом - це:

1. Дефекти зубних рядів, в яких є антагоністи (фіксована висота прикусу), але розміщені вони так, що співставити моделі у положенні центральної оклюзії без шаблонів із прикусними валиками неможливо

2. Дефекти зубних рядів, у яких збереглися антагоністи (фіксована висота прикусу), і розміщені вони так, що можна співставити моделі у положенні центральної оклюзії, орієнтуючись за її характерними ознаками, без застосування шаблонів із прикусними валиками
3. Щелепи, на яких є зуби, але розміщені вони так, що немає жодної пари зубів антагоністів (нефіксована висота прикусу)
4. Беззубі щелепи

#### **141.4.4. До четвертої групи дефектів зубних рядів за А.І. Бетельманом відносять:**

1. Дефекти зубних рядів, в яких є антагоністи (фіксована висота прикусу), але розміщені вони так, що співставити моделі у положенні центральної оклюзії без шаблонів із прикусними валиками неможливо
2. Дефекти зубних рядів, у яких збереглися антагоністи (фіксована висота прикусу), і розміщені вони так, що можна співставити моделі у положенні центральної оклюзії, орієнтуючись за її характерними ознаками, без застосування шаблонів із прикусними валиками
3. Щелепи, на яких є зуби, але розміщені вони так, що немає жодної пари зубів антагоністів (нефіксована висота прикусу)
4. Беззубі щелепи

#### **142.5.1+2+4. Методи проведення паралелометрії:**

1. Довільний метод
2. Метод визначення середнього нахилу довгих осей опорних зубів за Новаком
3. Метод Шротта
4. Метод вибору
5. Метод Бетельмана

#### **143.4.3+4. Найбільш раціональні конструкції протезів для заміщення кінцевих дефектів зубних рядів:**

1. Консольні протези із збільшенням точки опори
2. Мостоподібні знімні і консольні протези
3. Бюгельні протези
4. Пластинчаті протези

#### **144.1+2. Часткова втрата зубів - це:**

1. Патологічний стан, який виникає після втрати одного або декількох зубів
2. Порушення безперервності зубного ряду, пов'язане з появою дефектів зубної дуги
3. Аномалії розвитку зубів

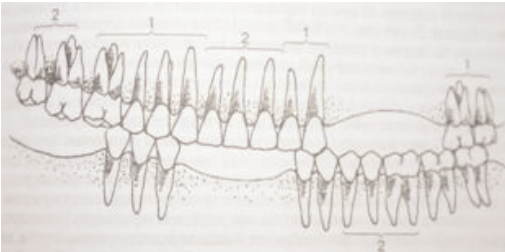
**145.5.1+2+3+5. Назвіть основні чинники виникнення часткової втрати зубів:**

1. Карієс і його ускладнення
2. Захворювання тканин пародонту
3. Видалення зубів, зумовлене руйнуванням зуба (відколювання, розколювання коронки або кореня зуба)
4. Видалення коренів зубів, які можна вилікувати, встановити штифт та використовувати як опору
5. Травми зубів, оперативні втручання на щелепах з приводу хронічних процесів та новоутворень

**146.5.1+2+3+4. Назвіть головні симптоми часткової втрати зубів:**

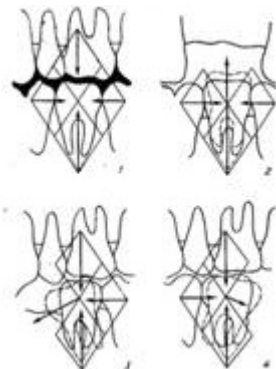
1. Поява двох груп зубів (функціональної та нефункціональної)
2. Функціональне перенавантаження окремих груп зубів
3. Деформації зубних рядів, підвищене стирання твердих тканин зубів
4. Порушення функції жування, мовлення, естетичних норм, скронево-нижньощелепного суглоба, жувальних м'язів
5. Флюороз зубів

**147.3.1. На даному малюнку зображено:**



1. Розподіл зубного ряду на функціональні та нефункціональні групи зубів
2. Механізм вторинного переміщення зубів за Поповим-Годоном
3. Підвищене стирання твердих тканин зубів внаслідок дії надмірного навантаження

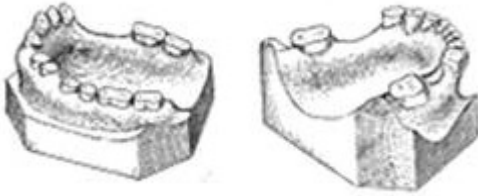
**148.3.2. На даному малюнку зображено:**



1. Розподіл зубного ряду на функціональні та нефункціональні групи зубів
2. Механізм вторинного переміщення зубів за Поповим-Годоном
3. Підвищене стирання твердих тканин зубів внаслідок дії надмірного навантаження



149.3.3. На даному малюнку зображено:



1. Розподіл зубного ряду на функціональні та нефункціональні групи зубів
2. Механізм вторинного переміщення зубів за Поповим-Годоном
3. Підвищене стирання твердих тканин зубів внаслідок дії надмірного навантаження

150.4.2. Який тип беззубої ділянки коміркового гребеня при кінцевих дефектах зубного ряду, за Ельбрехтом, зображений на малюнку?



1. Перший тип
2. Другий тип
3. Третій тип
4. Четвертий тип

151.4.3. Який тип беззубої ділянки коміркового гребеня при кінцевих дефектах зубного ряду, за Ельбрехтом, зображений на малюнку?



1. Перший тип
2. Другий тип
3. Третій тип
4. Четвертий тип

152.4.4. Який тип беззубої ділянки коміркового гребеня при кінцевих дефектах зубного ряду, за Ельбрехтом, зображений на малюнку?



1. Перший тип
2. Другий тип
3. Третій тип
4. Четвертий тип

153.4.1. Який тип беззубої ділянки коміркового гребеня при кінцевих дефектах зубного ряду, за Ельбрехтом, зображений на малюнку?



1. Перший тип
2. Другий тип
3. Третій тип
4. Четвертий тип



**154.4.1. Дайте визначення поняття "дефект зубного ряду":**

1. Відсутність у зубному ряду щелепи від 1 до 13 зубів
2. Відсутність у зубному ряду щелепи від 4 до 9 зубів
3. Відсутність у зубному ряду щелепи від 1 до 3 зубів
4. Відсутність у зубному ряду щелепи від 10 до 13 зубів

**155.4.1+2+3. Дайте характеристику дефектам зубних рядів:**

1. Малі - за відсутності 1-3 зубів, середні - за відсутності 4-9 зубів, великі - за відсутності 10-13 зубів
2. Включені, дистально необмежені
3. Утворюються як на верхній, так і на нижній щелепі
4. Локалізовані та генералізовані

**156.4.1+2+3. Назвіть показання до заміщення дефектів зубних рядів частковими знімними пластинковими протезами:**

1. Наявність у зубному ряду середніх або великих включених дефектів
2. Кінцеві дефекти зубних рядів
3. Наявні поодинокі зуби на щелепах
4. Повна втрата зубів

**157.3.3. Назвіть конструктивні елементи часткових знімних пластинкових протезів:**

1. Базис із штучними зубами, дуга, механічні кріплення, додаткові елементи
2. Опорні коронки, проміжна частина
3. Пластинковий базис із штучними зубами, механізми фіксації протеза (різноманітні кламери, телескопічні коронки)

**158.4.1+2+3. Часткові знімні пластинкові протези розрізняють за:**

1. Призначенням
2. Термінами виготовлення
3. Матеріалом
4. Конструкцією

**159.3.1. Конструкція часткового знімного пластинкового протеза визначається особливостями клінічної картини та залежить від:**

1. Виду, топографії та величини дефектів, стану коронок та пародонту збережених зубів, їх положення, виду прикусу, ступеня атрофії та форми беззубого коміркового гребеня
2. Загальносоматичного стану організму, віку, статі пацієнта, шкідливих звичок
3. Термінів прорізання постійних зубів, термінів останнього видалення зубів, причини видалення зубів

**160.5.1+2+3+4. Назвіть клінічні етапи виготовлення часткового знімного пластинкового протеза:**

1. Обстеження пацієнта, вибір конструкції протеза, отримання відбитків
2. Визначення центральної оклюзії, нанесення орієнтовних ліній, вибір кольору, матеріалу, форми зубів
3. Перевірка воскової конструкції протеза в порожнині рота
4. Корекція. Накладання протеза у порожнину рота
5. Загіпсування моделей в оклюдатор, виготовлення кламерів, конструювання штучних зубних рядів. Попереднє моделювання

**161.4.1+2+3. Назвіть лабораторні етапи виготовлення часткового знімного пластинкового протеза з базисом із акрилової пластмаси:**

1. Відливання моделей, нанесення основних і допоміжних ліній, виготовлення воскового базису з оклюзійними валиками
2. Загіпсування моделей в оклюдатор, виготовлення кламерів, конструювання штучних зубних рядів. Попереднє моделювання
3. Остаточне моделювання воскової композиції протеза, гіпсування в кювету, заміна воску на пластмасу, обробка, шліфування, полірування протеза
4. Визначення центральної оклюзії, нанесення орієнтовних ліній, вибір кольору, матеріалу, форми зубів

**162.5.1+2+3+4. Назвіть лабораторні етапи виготовлення знімного зубного протеза з кламерною фіксацією, повністю виготовленого з термопластичного матеріалу:**

1. Відливка майстер-моделі із супергіпсу, обстежування моделі у паралелограмі, дублювання майстер-моделі
2. Нанесення меж протеза на робочій моделі, виготовлення воскової репродукції базису протеза, постановка штучних зубів, моделювання кламерів
3. Гіпсування моделі в кювету, створення ливникової системи
4. Підготовка картриджа з термопластичним матеріалом, процес інжекції, розкриття кювети, зрізання ливників, обробка протеза
5. Глазурування

**163.6.1+3+6. Назвіть відносні протипоказання до виготовлення базисів знімних зубних протезів з термопластичних матеріалів:**

1. Парафункції жувальних м'язів, аномалії прикусу з глибоким різцевим перекриттям, дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба
2. Заміщення малих включених дефектів зубних рядів
3. Генералізоване патологічне стирання зубів III ступеня, змішана форма, бруксизм
4. Дефекти зубних рядів: кінцеві, включені
5. Наявні поодинокі зуби на щелепах
6. Повна втрата зубів

#### **164.4.1+2+3. Показання до застосування металевого базису часткового знімного протеза:**

1. Втрата тільки центральних чи бічних різців, множинні включені малі дефекти зубних рядів
2. Глибокий прикус, ускладнений зниженням міжкоміркової висоти
3. Звуження щелеп, неодноразові поломки пластмасових базисів
4. Повна втрата зубів

#### **165.4.3. Механізм явища "синерезис" та його вплив на якість моделі - це:**

1. Випарування мономеру всередині формувальної маси, що полімеризується
2. Зчеплення між двома зведеними у контакт поверхнями
3. Після відливання моделі альгінатна маса не припиняє своєї усадки і видавлює із себе альгінову кислоту і воду, які пошкоджують поверхню моделі і роблять її крихкою
4. Збільшення еластичності матеріалу

#### **166.4.1+2+4. Величина базису часткового знімного пластинкового протеза залежить від:**

1. Кількості зубів, що збереглися, ступеня атрофії та типу беззубих ділянок коміркових відростка і частини
2. Вираженості склепіння твердого піднебіння, характеру податливості слизової оболонки, наявності торуса на піднебінні
3. Кількості кламерів, матеріалу
4. Оклюзійних співвідношень

#### **167.4.1+2+3. Визначте межі часткового знімного пластинкового протеза на верхній щелепі:**

1. На щічній і губній поверхнях беззубого коміркового відростка, у місцях найбільшої опуклості, паралельно до перехідної складки, з відступом від неї 1-2 мм та огинанням вуздечки верхньої губи, щічних тяжів, зі здійсненням ізоляції торуса
2. Фронтальні зуби протез вкриває на 1/3 висоти коронки (крім випадків з глибоким різцевим перекриттям). Бічні зуби протез вкриває на 2/3 висоти коронки зуба
3. У випадку дефектів I та II класу за Кеннеді протез повністю перекриває верхньощелепний комірковий горбок, за наявності 37, 47 зубів - лише наполовину. Дистальна межа визначається залежно від клінічної ситуації
4. Усі природні зуби протез вкриває на 2/3 висоти коронки зуба

**168.4.1+2+4. Визначте межі часткового знімного пластинкового протеза на нижній щелепі:**

1. На щічній і губній поверхні беззубих коміркових частин у місцях найбільшої випуклості, паралельно до перехідної складки, з відступом від неї 1-2 мм та огинанням вуздечки нижньої губи, щічних тяжів
2. Усі природні зуби протез вкриває на 2/3 висоти коронки зуба
3. Фронтальні зуби протез вкриває на 1/3 висоти коронки (крім випадків з глибоким різцевим перекриттям). Бічні зуби протез вкриває на 2/3 висоти коронки зуба
4. Оральна межа проходить уздовж перехідної складки (внутрішньої косої лінії), з відступом 1-2 мм та огинанням вуздечки язика, по нижньому краю екзостозів, зі здійсненням ізоляції. Нижньощелепний слизовий горбок вкривається базисом протеза незалежно від клінічної ситуації

**169.4.1+2+4. За способом кріплення штучних зубів у базисі протеза їх розділяють на:**

1. Крампонні
2. Діаторічні, трубчасті
3. Фарфорові
4. Зуби, які не мають спеціального кріплення

**170.4.1+2+4. Назвіть методи фіксації часткових знімних пластинкових протезів:**

1. Біомеханічний метод (анатомічна ретенція)
2. Механічний (кламери, пелоти, відростки протеза)
3. Біофізичний
4. Явища адгезії та когезії

**171.4.1+3+4. Пказаннями для встановлення штучних зубів "на при-точці" є:**

1. Високий неатрофований гребінь
2. Конструювання зубних рядів з фарфоровими штучними зубами
3. Коротка вуздечка верхньої губи
4. Прогнатія

**172.5.1+2+3+4. Які переваги утримувальних кламерів, виготовлених з термопластичних матеріалів, порівняно з металевими?**

1. Естетичність, точність прилягання
2. Забезпечення кращої фіксації часткових знімних протезів за рахунок еластичності
3. Не пошкоджують емалі та дентину опорних зубів
4. Виключають токсичний вплив сплавів металів на організм
5. Можливість активувати

## **Ортопедичне лікування повної втрати зубів знімними протезами**

**1.5.2. Згідно середньостатистичних даних, повна відсутність зубів у віці старше 60 років зустрічається в наступній кількості пацієнтів:**

1. 15%
2. 25%
3. 60%
4. 40%
5. 50%

**2.4.2. Згідно середньостатистичних даних, не користуються знімними протезами за повної відсутності зубів така кількість пацієнтів:**

1. 5%
2. 15%
3. 40%
4. 60%

**3.5.3. Яку кількість типів слизової оболонки запропонував Супле в своїй класифікації?**

1. Два
2. Три
3. Чотири
4. П'ять
5. Шість

**4.4.2. Тонка атрофована слизова оболонка із малою податливістю віднесена Супле:**

1. До першого типу
2. До другого типу
3. До третього типу
4. До четвертого типу

**5.4.3. Розрихлена, податлива слизова оболонка віднесена Супле:**

1. До першого типу
2. До другого типу
3. До третього типу
4. До четвертого типу

**6.4.4. Слизова оболонка, яка покриває продольними згорстками альвеолярний відросток нижньої щелепи після її сильної атрофії, віднесена Супле:**

1. До першого типу
2. До другого типу
3. До третього типу
4. До четвертого типу

**7.3.2. Тривалість фази часткового гальмування (за В.Ю. Курляндським) під час адаптації пацієнтів до зубних протезів триває:**

1. З першого по третій день після накладання протеза
2. З третього по п'ятий день після накладання протеза
3. З п'ятого по п'ятнадцятий день після накладання протеза

**8.4.3. Анатомічний метод постановки штучних зубів в повних знімних протезах за М.Є. Васильєвим полягає в постановці зубів:**

1. В артикуляторі "Гнатомат"
2. По сферичній поверхні
3. По склу
4. По індивідуально притертих поверхнях оклюзійних валиків

**9.4.2. Вкажіть переваги методики внутрішньоротового формування оклюзійних валиків за методом Катца-Гельфанда:**

1. Точний запис сагітального суглобового шляху
2. Індивідуальне оформлення оклюзійних валиків
3. Точний запис різцевого сагітального шляху
4. Можливість точного визначення центрального положення нижньої щелепи

**10.5.1+2+3+4. Успішна адаптація пацієнта до повних знімних протезів залежить від:**

1. Якості протезів
2. Особливості психіки пацієнта
3. Реактивності організму
4. Психологічної підготовки пацієнта до протезування
5. Професії пацієнта

**11.8.1+2+4+5+6. Поняття "п'ятірка Ганау" включає в себе:**

1. Нахил суглобового шляху
2. Різцеве перекриття
3. Висоту зубів
4. Сагітальні і трансверзальні криві
5. Нахил протетичної площини

6. Висоту жувальних горбків
7. Форму зубів
8. Колір зубів

**12.6.1+3+4+6. За класифікацією Б.К. Боянова розрізняють такі методи фіксації повних знімних протезів:**

1. Фізичні
2. Хімічні
3. Біофізичні
4. Механічні
5. Біологічні
6. Біомеханічні

**13.5.3. Метод фіксації повних знімних протезів за П.Фошаром (за допомогою пластинкових золотих пружин) згідно з класифікацією фіксації повних знімних протезів за Б.К. Бояновим відносять:**

1. До біомеханічних методів фіксації
2. До фізичних методів фіксації
3. До механічних методів фіксації
4. До біологічних методів фіксації
5. До біофізичних методів фіксації

**14.4.1. В чому полягає біомеханічний метод фіксації повних знімних протезів?**

1. У використанні анатомічних утворень для їх фіксації
2. У фіксації протезів за допомогою пластинкових золотих пружин
3. У створенні різниці атмосферного тиску між протезом і слизовою оболонкою твердого піднебіння
4. У використанні розрідженого простору на всій площі під базисом протеза

**15.4.4. В чому полягає біофізичний метод фіксації повних знімних протезів?**

1. У використанні анатомічних утворень для їх фіксації
2. У фіксації протезів за допомогою камер Біркфельда
3. У створенні різниці атмосферного тиску між протезом і слизовою оболонкою твердого піднебіння
4. У використанні розрідженого простору на всій площі під базисом протеза шляхом створення крайового замикаючого клапана

**16.4.3. В основі біофізичного методу фіксації повних знімних протезів лежить явище:**

1. Капілярність
2. Адгезія
3. Функціональна присмоктваність
4. Змочування

#### **17.5.3+4. До біомеханічних методів фіксації повних знімних протезів відносяться:**

1. Збільшення ваги протезів
2. Використання магнітів
3. Анатомічна ретенція
4. Кріплення протезів за допомогою внутрішньокісткових імплантатів
5. Присмоктувальні камери Payne

#### **18.7.1+2+6+7. До фізичних методів фіксації повних знімних протезів відносяться:**

1. Збільшення ваги протезів
2. Використання магнітів, що кріпляться у верхньому і нижньому протезах
3. Анатомічна ретенція
4. Кріплення протезів за допомогою внутрішньокісткових імплантатів
6. Явище адгезії
7. Присмоктувальні камери Біркфельда

#### **19.5.5. До біофізичних методів фіксації повних знімних протезів відносяться:**

1. Явище адгезії
1. Збільшення ваги протезів
2. Використання магнітів
3. Анатомічна ретенція
4. Кріплення протезів за допомогою внутрішньокісткових імплантатів
5. Функціональна присмоктувальність шляхом створення крайового замикаючого клапана

#### **20.4.4. Особливості конструювання повних знімних протезів при незначній старечій прогенії:**

1. Виготовлення знімних протезів із розширеними границями
2. Створення глибокого перекриття між штучними зубами у фронтальній ділянці
3. Потовщення базису повного знімного протеза на верхній щелепі
4. Конструювання штучних зубних рядів з помірним зменшенням зубного ряду на нижній щелепі і помірним розширенням на верхній щелепі

#### **21.5.5. Коли ортопедичне лікування знімними протезами вважають закінченим?**

1. В день введення протезів у порожнину рота
2. На етапі часткового гальмування ЦНС
3. Після ліквідації травми слизової оболонки порожнини рота знімним протезом
4. Після корекції протезів
5. Після адаптації до протезів



#### **22.4.4. Коли штучні зуби на верхній щелепі ставлять на приточці при повній втраті зубів?**

1. При різко вираженій атрофії альвеолярного відростка верхньої щелепи у фронтальному відділі
2. При лабільній, розвиненій верхній губі
3. При добре збереженому альвеолярному відростку у передньому відділі
4. При різко вираженому альвеолярному відростку у фронтальній ділянці верхньої щелепи

#### **23.4.4. Як усунути порушення вимови зубних звуків при користуванні знімними протезами на верхній щелепі?**

1. Виготовити новий протез
2. Потовщити базис протеза за фронтальними зубами
3. Змінити нахил фронтальних зубів
4. Провести корекцію базису протеза і штучних зубів із контролем звуків, вимова яких порушена

#### **24.4.3. В чому полягає причина порушення чіткої вимови зубних звуків при користуванні знімними протезами на верхній щелепі?**

1. Тонкі штучні зуби
2. Стоншення базису протеза за фронтальними зубами
3. Потовщення базису протеза за фронтальними зубами
4. Звуження зубної дуги

#### **25.4.4. Назвіть причину порушення вимови глухих звуків (к, х, г) при користуванні знімними протезами:**

1. Тонкий базис протеза середньої і дистальної третини твердого піднебіння
2. Потовщення базису протеза за фронтальними зубами нижньої щелепи
3. Нахил фронтальних зубів орально
4. Потовщення базису протеза верхньої щелепи в середній і дистальній третині твердого піднебіння

#### **26.4.4. Які анатомо-фізіологічні утворення верхньої щелепи враховуються при виготовленні протезів при повній втраті зубів?**

1. Тверде і м'яке піднебіння
2. Альвеолярні відростки, ретромолярний трикутник
3. Горби, склепіння твердого піднебіння, м'які тканини дна порожнини рота
4. Альвеолярний відросток, горби, склепіння твердого піднебіння, форма скату альвеолярного відростка зі сторони присінку порожнини рота

**27.4.4. Визначте локалізацію активно-рухомої слизової оболонки, яку враховують при повному знімному протезуванні:**

1. На твердому піднебінні
2. На альвеолярних відростках, губах і щоках
3. На поперечних піднебінних згортках, губах
4. В ділянці м'якого піднебіння, щік, губ, дна порожнини рота

**28.4.3. Які анатомічні утворення нижньої щелепи слід враховувати при виготовленні протезів за повної втрати зубів?**

1. Альвеолярні відростки, торус
2. Склепіння твердого піднебіння
3. Мандібулярний горбок, альвеолярний відросток, внутрішня та зовнішня косі лінії, форма схилю альвеолярного відростка зі сторони присінку порожнини рота
4. Вираженість поперечних піднебінних згорток

**29.3.3. Методика отримання функціонального відбитка за наявності альвеолярного відростка, вкритого рухомими тяжами слизової оболонки протезного ложа:**

1. Компресійний - силіконовим, тіоколовим матеріалами
2. З диференційним тиском різноманітними матеріалами
3. Розвантажуючий або з диференційним тиском із використанням рідких відбиткових матеріалів

**30.5.1+3+4+5. Опишіть спеціальну хірургічну підготовку беззубих щелеп до протезування:**

1. Операція з виправлення форми альвеолярного відростка
2. Кюретаж пародонтальних карманів
3. Імплантація
4. Усунення тяжів і рубців
5. Поглиблення присінку порожнини рота

**31.6.2+3+4+6. Який із фізичних способів фіксації протезів може бути використаний у наш час?**

1. Анатомічна ретенція
2. Збільшення ваги протеза
3. Присмоктувальні камери Біркфельда
4. Адгезія
5. Крайовий замикаючий клапан
6. Застосування магнітів у складі протеза

**32.4.3. Зазначте випадки застосування пелота Кемені:**

1. При протезуванні зубів металевими коронками
2. При лікуванні і протезуванні патологічного стирання

3. Для фіксації протезів на нижній щелепі при незначній атрофії
4. При лікуванні зубів

**33.4.1. Визначте методику отримання функціонального відбитка при атрофічній, тонкій слизовій оболонці протезного ложа:**

1. Розвантажувальний
2. Навантажувальний з цинкооксидевгенольним матеріалом
3. Компресійним рідким відбитковим матеріалом
4. З диференційованим навантаженням

**34.4.3. Методика отримання відбитків при рихлій, податливій слизовій оболонці:**

1. Декомпресійним рідким відбитковим матеріалом
2. Розвантажувальний
3. Компресійний з цинкооксидевгенольним матеріалом
4. З диференційованим навантаженням

**35.5.2+4+5. Конструювання штучних зубних рядів проводять:**

1. За прикусними валиками
2. За склом
3. В паралелометрі
4. За індивідуально сформованими сферичними оклюзійними поверхнями
5. За середньоанатомічною сферичною поверхнею

**36.3.2. Визначте фактори, що забезпечують фіксацію та стабілізацію повних знімних протезів:**

1. Якісний відбитковий матеріал, правильна методика отримання відбитка, границі протеза
2. Елементи анатомічної ретенції, адгезія, функціональна присмоктуваність, правильна постановка зубів, артикуляційна корекція протезів
3. Дотримання режиму полімеризації, паковка пластмаси, горбки, альвеолярні відростки

**37.4.4. Методи визначення міжальвеолярної висоти при повній втраті зубів:**

1. Анатомічний, фізіологічний
2. Функціональний, антропометричний
3. Анатомічний, функціональний
4. Анатомо-фізіологічний

**38.4.1. Перерахуйте всі можливі помилки визначення співвідношення зубних рядів у горизонтальній площині:**

1. Дистальна, передня, бокова
2. Правостороння, лівостороння

3. Відсутність контакту в ділянці фронтальних зубів
4. Відсутність змикання бокових зубів

**39.4.3. Чим можна пояснити контакт між боковими зубами і його відсутність між фронтальними зубами на етапі перевірки конструкції повних знімних протезів:**

1. Деформація робочої моделі
2. Помилка техніка під час постановки зубів
3. Фіксація передньої оклюзії
4. Відсутність контакту між прикусними валиками в бокових ділянках

**40.5.2. Які анатомо-фізіологічні елементи слизової оболонки враховуються при виготовленні повного знімного протезу на нижній щелепі?**

1. Поперечні складки твердого піднебіння
2. Вузечки губ, язика, щічно-ясенні складки і крило-щелепні складки
3. Слизова, що покриває зуби, щоки
4. Слизова, що покриває м'які тканини дна порожнини рота
5. Торус на нижній щелепі

**41.5.3. В якому стані покривається базисом протеза мандибулярний бугорок?**

1. Підатливий, лабільний
2. Твердий і щільний
3. Незалежно від стану
4. Сильно виражений
5. Не виражений

**42.4.2. За допомогою якого матеріалу отримують функціональний відбиток при атрофічній слизовій?**

1. Еластичного
2. Такого, що вводиться у рідкому стані /гіпс, репін/
3. Силіконового
4. Тіоколового

**43.5.3. Призначення розвантажувального відбитка:**

1. Прозняти слизову оболонку
2. Отримати функціональний відбиток під навантаженням
3. Прозняти слизову оболонку без тиску
4. Прозняти з різним навантаженням в різних ділянках
5. Отримати максимальний рельєф слизової оболонки

#### **44.5.3. Показання до застосування компресійного функціонального відбитка:**

1. При атрофічній слизовій
2. При комбінованій слизовій оболонці
3. При рихлій слизовій оболонці
4. При гострому альвеолярному відростку
5. При вираженій атрофії альвеолярного відростка

#### **45.4.2. Чим запезпечується отримання розвантажувального відбитка?**

1. Отриманням відбитка без тиску будь-якою ложкою
2. Рідким відбитковим матеріалом, отворами в індивідуальній ложці
3. Отримання відбитка силіконовим відбитковим матеріалом
4. Отримання відбитка термопластичним відбитковим матеріалом

#### **46.4.2. Дайте визначення попередніх відбитків за Є.І. Гавриловим:**

1. Відбитки без тиску по тканині протезного поля
2. Відбитки, що отримуються будь-якими відбитковими матеріалами стандартними жорсткими ложками для беззубих щелеп
3. Відбитки з диференційним навантаженням індивідуальними ложками
4. Відбитки без урахування функціонального стану тканин порожнини рота

#### **47.5.2. Дайте визначення заключних відбитків за Є.І. Гавриловим:**

1. Відбитки, за якими відливають робочі моделі
2. Відбитки, що відображають стан тканин протезного поля під час функції
3. Відбитки, що отримують останніми
4. Відбитки, що отримують стандартними ложками
5. Відбитки, за якими відливають діагностичні моделі

#### **48.4.3. Призначення попередніх відбитків за Є.І. Гавриловим:**

1. Для отримання робочих моделей
2. Для забезпечення стійкості протезів
3. Для отримання діагностичних моделей, вивчення рельєфу альвеолярних відростків і щелеп, забезпечення ефективності протезування, виготовлення індивідуальних ложок
4. Для виготовлення індивідуальних ложок

#### **49.5.2. Вкажіть місця необхідної ізоляції під час отримання відбитків з диференційованим навантаженням:**

1. Дистальна третина твердого піднебіння
2. В ділянці торуca, кісткових виступів і екзостозів на ділянках рухомої слизової оболонки, при значній атрофії щелеп у місцях виходу судин та нервів
3. В ділянці поперечних складок
4. В ділянці горбків
5. В місцях найбільшої податливості слизової оболонки

**50.4.1+2+3. Яка форма схилю м'якого піднебіння дозволяє визначити дистальну границю протеза і забезпечити стійкість знімного протеза?**

1. Полога форма скату м'якого піднебіння, що вібрує і визначається при вимові звуку "А"
2. Середня форма пологості м'якого піднебіння, що вібрує і визначається при вимові звуку "А"
3. Крута форма скату м'якого піднебіння, що опускається при вимові звуку "А"
4. Форма схилю м'якого піднебіння не має значення

**51.4.3. Чим пояснюється податливість слизової оболонки в ділянці альвеолярних відростків?**

1. Зміщенням слизової оболонки в вестибулооральному напрямку
2. Зміщенням слизової оболонки у мезіодистальному напрямку
3. Зміщенням у вертикальному напрямку, обумовленим наявністю в субепітеліальній сполучній основі еластичних волокон
4. Зміщенням слизової оболонки при рухах губ, щік

**52.4.1. Чим пояснюється рухомість слизової оболонки по верхівці альвеолярного відростка?**

1. Рухомість слизової оболонки пояснюється розвитком рихлої сполучної тканини в підслизовому шарі, що сприяє зміщенню у вестибуло-оральному напрямку
2. Зміщенням слизової оболонки під час руху язика
3. Зміщенням слизової оболонки при рухах губ, щік
4. Зміщенням слизової оболонки при рухах язика, щік

**53.5.1+2+3+5. Етапи отримання диференційованого відбитка при рухомому альвеолярному відростку:**

1. На попередній моделі ізолюють фольгою рухомий фрагмент і роблять отвори в індивідуальній ложці в ділянці рухомого відростка. Відбиток отримують рідкою масою
2. Корекція індивідуальної ложки під контролем проб Гербста
3. Отримують функціональний відбиток термопластичною масою в ділянці клапанної зони
4. Отримують функціональний відбиток силіконовою масою в ділянці клапанної зони
5. Створення в ложці широкого отвору для оголення рухомого сегмента, нанесення гіпсу чи репіна

**54.4.2. Як усунути зафіксовану передню оклюзію під час перевірки конструкції протезів?**

1. Зняти верхній зубний ряд, перефіксувати центральну оклюзію
2. Зняти штучні зуби нижньої щелепи, якщо верхні влаштовують, фіксувати центральну оклюзію з наступною перевіркою конструкції протезів

3. Нижні фронтальні зуби нахилити вперед
4. Верхні фронтальні зуби нахилити орально до контакту з нижніми

### 55.5.1+2+3+4. Причини балансування повного знімного протеза:

1. Не до кінця скорегований базис
2. Відсутність ізоляції торуса, серединного піднебінного шва
3. Деформація моделі під час її відливання
4. Деформація протеза під час виведення з кювети, під час обробки
5. Порушення режиму полімеризації пластмаси

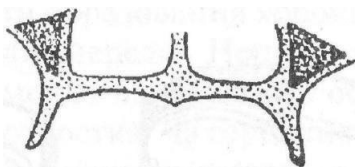
### 56.5.1. Що є орієнтиром глибини перекриття у фронтальній ділянці при постановці штучних зубів?

1. Ступінь атрофії альвеолярних відростків
2. Перекриття у старих протезах
3. Збереження альвеолярних відростків, горбків
4. Вираженість склепіння твердого піднебіння
5. Наявність щілини фізіологічного спокою

### 57.5.3. Які горбки штучних зубів доцільно оберігати під час корекції оклюзійної поверхні?

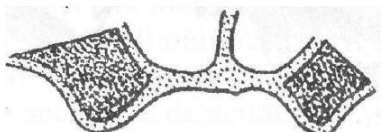
1. Ріжучий край нижніх фронтальних зубів
2. Піднебінну поверхню верхніх фронтальних зубів
3. Піднебінні бугри молярів, премолярів верхньої щелепи, щічні бугри зубів-антагоністів нижньої щелепи
4. Скат між бугром і центральною фісурою
5. Ріжучі краї верхніх і нижніх фронтальних зубів

### 58.4.1. Який тип беззубої щелепи за Шредером зображений на малюнку?



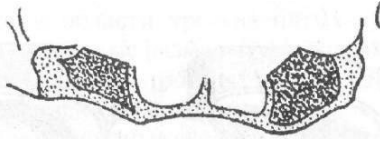
1. Перший тип
2. Другий тип
3. Третій тип
4. Четвертий тип

### 59.4.2. Який тип беззубої щелепи за Шредером зображений на малюнку?



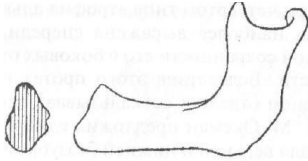
1. Перший тип
2. Другий тип
3. Третій тип
4. Четвертий тип

60.4.3. Який тип беззубої щелепи за Шредером зображений на малюнку?



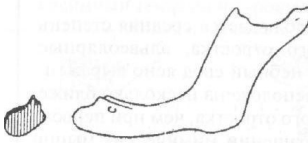
1. Перший тип
2. Другий тип
3. Третій тип
4. Четвертий тип

61.4.1. Який тип беззубої нижньої щелепи за Келлером зображений на малюнку?



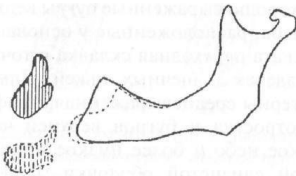
1. Перший тип
2. Другий тип
3. Третій тип
4. Четвертий тип

62.4.2. Який тип беззубої нижньої щелепи за Келлером зображений на малюнку?



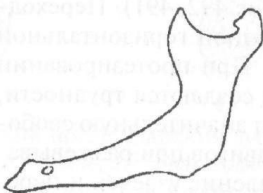
1. Перший тип
2. Другий тип
3. Третій тип
4. Четвертий тип

63.4.3. Який тип беззубої нижньої щелепи за Келлером зображений на малюнку?



1. Перший тип
2. Другий тип
3. Третій тип
4. Четвертий тип

64.4.4. Який тип беззубої нижньої щелепи за Келлером зображений на малюнку?



1. Перший тип
2. Другий тип
3. Третій тип
4. Четвертий тип



**65.5.1+2+5. Згідно з класифікацією відбитків за Є.І. Гавриловим (1985) за ступенем відтиснення слизової оболонки розрізняють такі відбитки:**

1. Отримані під тиском
2. Комбіновані
3. Отримані за допомогою функціональних проб
4. Отримані за допомогою жувальних рухів
5. Отримані за умови мінімального тиску

**66.5.2. Що просять зробити пацієнта під час проведення першої проби за Гербстом при припасуванні індивідуальної ложки на нижню беззубу щелепу?**

1. Провести язиком по червоній крайці нижньої губи
2. Широко відкрити рот і здійснити акт ковтання
3. Висунути язик в напрямку до кінчика носа
4. Скласти губи трубочкою
5. Доторкнутися кінчиком язика до щоки за умови напівзакритого рота

**67.5.1. Що просять зробити пацієнта під час проведення другої проби за Гербстом при припасуванні індивідуальної ложки на нижню беззубу щелепу?**

1. Провести язиком по червоній крайці нижньої губи
2. Широко відкрити рот і здійснити акт ковтання
3. Висунути язик в напрямку до кінчика носа
4. Скласти губи трубочкою
5. Доторкнутися кінчиком язика до щоки за умови напівзакритого рота

**68.5.5. Що просять зробити пацієнта під час проведення третьої проби за Гербстом при припасуванні індивідуальної ложки на нижню беззубу щелепу?**

1. Провести язиком по червоній крайці нижньої губи
2. Широко відкрити рот і здійснити акт ковтання
3. Висунути язик в напрямку до кінчика носа
4. Скласти губи трубочкою
5. Доторкнутися кінчиком язика до щоки за умови напівзакритого рота

**69.5.3. Що просять зробити пацієнта під час проведення четвертої проби за Гербстом при припасуванні індивідуальної ложки на нижню беззубу щелепу?**

1. Провести язиком по червоній крайці нижньої губи
2. Широко відкрити рот і здійснити акт ковтання
3. Висунути язик в напрямку до кінчика носа
4. Скласти губи трубочкою
5. Доторкнутися кінчиком язика до щоки за умови напівзакритого рота

#### **70.5.4. Що просять зробити пацієнта під час проведення п'ятої проби за Гербстом при припасуванні індивідуальної ложки на нижню беззубу щелепу?**

1. Провести язиком по червоній окрайці нижньої губи
2. Широко відкрити рот і здійснити акт ковтання
3. Висунути язик в напрямку до кінчика носа
4. Скласти губи трубочкою
5. Доторкнутися кінчиком язика до щоки за умови напівзакритого рота

#### **71.5.2. Які дії лікаря, якщо під час проведення першої проби за Гербстом індивідуальна ложка на нижню беззубу щелепу зміщується під час ковтання?**

1. Ложку вкорочують по краю, який проходить уздовж щелепно-під'язикової лінії
2. Вкорочують край ложки від місця позаду слизового горбка до щелепно-під'язикової лінії
3. Вкороченню підлягає ділянка ложки, що розміщена біля вуздечки язика
4. Ділянка, яку необхідно вкоротити, знаходиться на відстані 1 см від середньої лінії на під'язиковому краю ложки
5. Ложку потрібно вкоротити по зовнішньому краю між іклами

#### **72.5.1. Які дії лікаря, якщо під час проведення другої проби за Гербстом індивідуальна ложка на нижню беззубу щелепу піднімається?**

1. Ложку вкорочують по краю, який проходить уздовж щелепно-під'язикової лінії
2. Вкорочують край ложки від місця позаду слизового горбка до щелепно-під'язикової лінії
3. Вкороченню підлягає ділянка ложки, що розміщена біля вуздечки язика
4. Ділянка, яку необхідно вкоротити, знаходиться на відстані 1 см від середньої лінії на під'язиковому краю ложки
5. Ложку потрібно вкоротити по зовнішньому краю між іклами

#### **73.5.4. Які дії лікаря, якщо під час проведення третьої проби за Гербстом індивідуальна ложка на нижню беззубу щелепу зміщується?**

1. Ложку вкорочують по краю, який проходить уздовж щелепно-під'язикової лінії
2. Вкорочують край ложки від місця позаду слизового горбка до щелепно-під'язикової лінії
3. Вкороченню підлягає ділянка ложки, що розміщена біля вуздечки язика
4. Ділянка, яку необхідно вкоротити, знаходиться на відстані 1 см від середньої лінії на під'язиковому краю ложки
5. Ложку потрібно вкоротити по зовнішньому краю між іклами

**74.5.3. Які дії лікаря, якщо під час проведення четвертої проби за Гербстом індивідуальна ложка на нижню беззубу щелепу піднімається?**

1. Ложку вкорочують по краю, який проходить уздовж щелепно-під'язикової лінії
2. Вкорочують край ложки від місця позаду слизового горбка до щелепно-під'язикової лінії
3. Вкороченню підлягає ділянка ложки, що розміщена біля вуздечки язика
4. Ділянка, яку необхідно вкоротити, знаходиться на відстані 1 см від середньої лінії на під'язиковому краю ложки
5. Ложку потрібно вкоротити по зовнішньому краю між іклами

**75.5.5. Які дії лікаря, якщо під час проведення п'ятої проби за Гербстом індивідуальна ложка на нижню беззубу щелепу піднімається?**

1. Ложку вкорочують по краю, який проходить уздовж щелепно-під'язикової лінії
2. Вкорочують край ложки від місця позаду слизового горбка до щелепно-під'язикової лінії
3. Вкороченню підлягає ділянка ложки, що розміщена біля вуздечки язика
4. Ділянка, яку необхідно вкоротити, знаходиться на відстані 1 см від середньої лінії на під'язиковому краю ложки
5. Ложку потрібно вкоротити по зовнішньому краю між іклами

**76.5.2. Що пропонують пацієнту зробити при проведенні першої проби за Гербстом під час припасування індивідуальної ложки на верхню беззубу щелепу?**

1. Витягнути губи в трубочку
2. Широко відкрити рот
3. Засмоктати щоки
4. Висунути язик в напрямку до кінчика носа
5. Доторкнутися кінчиком язика до щоки за умови напівзакритого рота

**77.5.3. Що пропонують пацієнту зробити при проведенні другої проби за Гербстом під час припасування індивідуальної ложки на верхню беззубу щелепу?**

1. Витягнути губи в трубочку
2. Широко відкрити рот
3. Засмоктати щоки
4. Висунути язик в напрямку до кінчика носа
5. Доторкнутися кінчиком язика до щоки за умови напівзакритого рота

**78.5.1. Що пропонують пацієнту зробити при проведенні третьої проби за Гербстом під час припасування індивідуальної ложки на верхню беззубу щелепу?**

1. Витягнути губи в трубочку
2. Широко відкрити рот
3. Засмоктати щоки
4. Висунути язик в напрямку до кінчика носа
5. Доторкнутися кінчиком язика до щоки за умов напівзакритого рота

**79.5.2. Де вкорочують індивідуальну ложку на верхню беззубу щелепу при проведенні першої проби за Гербстом?**

1. Уздовж щелепно-під'язикової лінії
2. По краю, який контактує з верхньощелепними горбами та місцем уявного розміщення молярів
3. У фронтальному відділі
4. В ділянці щічних складок
5. На відстані 1 см від середньої лінії на під'язиковому краю ложки

**80.5.4. Де вкорочують індивідуальну ложку на верхню беззубу щелепу при проведенні другої проби за Гербстом?**

1. Уздовж щелепно-під'язикової лінії
2. По краю, який контактує з верхньощелепними горбами та місцем уявного розміщення молярів
3. У фронтальному відділі
4. В ділянці щічних складок
5. На відстані 1 см від середньої лінії на під'язиковому краю ложки

**81.5.3. Де вкорочують індивідуальну ложку на верхню беззубу щелепу при проведенні третьої проби за Гербстом?**

1. Уздовж щелепно-під'язикової лінії
2. По краю, який контактує з верхньощелепними горбами та місцем уявного розміщення молярів
3. У фронтальному відділі
4. В ділянці щічних складок
5. На відстані 1 см від середньої лінії на під'язиковому краю ложки

**82.5.3. В чому полягає методика об'ємного моделювання за П.Т. Танрикулієвим при виготовленні повних знімних протезів?**

1. Використовують "Ортокор" для окантування індивідуальних ложок
2. Використовують відбитки для виготовлення індивідуальних ложок без тиску
3. Наносять на готовий нижній протез тонкий шар силіконової маси і вводять у ротову порожнину, а потім гіпсують протез зворотним способом, базис забирають і формують новий

4. Наносять на готовий нижній протез тонкий шар альгінатної маси і вводять у ротову порожнину, а потім гіпсують протез зворотним способом, базис забирають і формують новий
5. Використовують компресійні відбитки для виготовлення індивідуальних ложок

#### **83.4.1. Дайте визначення оклюдатора:**

1. Це апарат, що дозволяє відтворити рухи нижньої щелепи у вертикальному напрямку
2. Це апарат, що дозволяє відтворити певною мірою горизонтальні (передньо-задні та бічні) рухи нижньої щелепи
3. Це апарат, що дозволяє відтворити певною мірою горизонтальні рухи верхньої щелепи
4. Це апарат, що дозволяє відтворити рухи верхньої щелепи у вертикальному напрямку

### **Ортопедичне лікування захворювань тканин пародонту**

#### **1.4.4. Яка частота захворювань тканин пародонту в осіб старше 40 років в Україні?**

1. 20%
2. 50%
3. 70%
4. Майже 100%

#### **2.3.3. З якою частотою серед усіх захворювань тканин пародонту діагностують генералізований пародонтит?**

1. У 20%
2. У 70%
3. У 90-95%

#### **3.3.3. З якою частотою серед усіх захворювань тканин пародонту діагностують пародонтоз?**

1. У 20%
2. У 50%
3. У 4-5%

#### **4.5.1+2+3+4. Пародонт - це комплекс анатомічних утворень, який включає в себе:**

1. Ясна
2. Кісткову тканину альвеоли
3. Періодонт
4. Цемент кореня зуба
5. Ектодермальний епітелій

**5.4.3. Згідно класифікації захворювань пародонту за М.Ф. Данилевським (1994 р.) гінгівіти відносять до:**

1. Дистрофічно-запальних захворювань пародонту
2. Прогресуючих ідіопатичних захворювань пародонту
3. Запальних захворювань пародонту
4. Продуктивних процесів у пародонті

**6.4.3. Згідно з класифікацією захворювань пародонту за М.Ф. Данилевським (1994 р.) папіліти відносять до:**

1. Дистрофічно-запальних захворювань пародонту
2. Прогресуючих ідіопатичних захворювань пародонту
3. Запальних захворювань пародонту
4. Продуктивних процесів у пародонті

**7.4.3. Згідно з класифікацією захворювань пародонту за М.Ф. Данилевським (1994 р.) локалізований пародонтит відносять до:**

1. Дистрофічно-запальних захворювань пародонту
2. Прогресуючих ідіопатичних захворювань пародонту
3. Запальних захворювань пародонту
4. Продуктивних процесів у пародонті

**8.4.1. Згідно з класифікацією захворювань пародонту за М.Ф. Данилевським (1994 р.) генералізований пародонтит відносять до:**

1. Дистрофічно-запальних захворювань пародонту
2. Прогресуючих ідіопатичних захворювань пародонту
3. Запальних захворювань пародонту
4. Продуктивних процесів у пародонті

**9.4.1. Згідно з класифікацією захворювань пародонту за М.Ф. Данилевським (1994 р.) пародонтоз відносять до:**

1. Дистрофічно-запальних захворювань пародонту
2. Прогресуючих ідіопатичних захворювань пародонту
3. Запальних захворювань пародонту
4. Продуктивних процесів у пародонті

**10.4.4. Згідно з класифікацією захворювань пародонту за М.Ф. Данилевським (1994 р.) пародонтоми відносять до:**

1. Дистрофічно-запальних захворювань пародонту
2. Прогресуючих ідіопатичних захворювань пародонту
3. Запальних захворювань пародонту
4. Продуктивних процесів у пародонті

**11.6.2+3+4. Перебіг генералізованого пародонтиту може бути:**

1. Гострий
2. Хронічний
3. Загострений
4. В стадії стабілізації
5. Компенсований
6. Декомпенсований

**12.6.2. Перебіг пародонтозу може бути:**

1. Гострий
2. Хронічний
3. Загострений
4. В стадії стабілізації
5. Компенсований
6. Декомпенсований

**13.6.1+2. Перебіг локалізованого пародонтиту може бути:**

1. Гострий
2. Хронічний
3. Загострений
4. В стадії стабілізації
5. Компенсований
6. Декомпенсований

**14.4.1+2+3. За механізмом розвитку розрізняють такі види травматичної оклюзії:**

1. Первинну
2. Вторинну
3. Комбіновану
4. Третинну

**15.4.1+2. Характерними особливостями первинної травматичної оклюзії є:**

1. Обмеженість зони ураження зубного ряду
2. Розвивається на фоні інтактного пародонту
3. Пародонт збережений у всіх зубах зубного ряду
4. Ураження тканин пародонту на одній із щелеп

**16.4.1+2. Характерними особливостями вторинної травматичної оклюзії є:**

1. Розвивається на фоні патологічних змін в тканинах пародонту
2. Спостерігається дифузне ураження тканин пародонту
3. Пародонт збережений у всіх зубах зубного ряду
4. Ураження тканин пародонту на одній із щелеп

### 17.4.3. Методи лікування вторинної травматичної оклюзії:

1. Терапевтичне лікування
2. Терапевтичне і ортопедичне лікування
3. Комплексне лікування (терапевтичне, ортопедичне, хірургічне, фізіотерапевтичне)
4. Хірургічне лікування

### 18.5.1+4. Можливі ускладнення під час проведення вибіркового пришліфування зубів при патології пародонту:

1. Гіперестезія
2. Карієс
3. Періодонтит
4. Зниження оклюзійної висоти
5. Періостит

### 19.4.2. Арматур-адгезивні системи на основі органічної матриці (поліетилену), які використовують для довготривалого тимчасового шинкування зубів:

1. Fiber Splint та Ribbond
2. Connect та Ribbond
3. Glas Span
4. Glas Span та Fiber Splint

### 20.4.1. На даному зображенні представлена:



1. Тимчасова лігатурна шина з покриттям із швидкотвердіючої пластмаси
2. Пластмасова капа
3. Арматурна шина
4. Шина Мамлока

### 21.4.3. На даному зображенні представлена:



1. Тимчасова лігатурна шина з покриттям із швидкотвердіючої пластмаси
2. Пластмасова капа
3. Арматурна шина
4. Шина Мамлока

### 22.3.2. Які недоліки арматурних шин?

1. Погано стабілізують зуби у горизонтальній площині
2. Вони не в змозі ліквідувати вертикальний компонент жувального тиску
3. Недостатньо естетичні



#### **23.4.3. Сагітальна стабілізація за Курляндським - це:**

1. Об'єднання в єдиний блок групи фронтальних рухомих зубів
2. Об'єднання в єдиний блок групи передніх і бокових зубів
3. Об'єднання в єдиний блок групи бокових зубів
4. Об'єднання в єдиний блок усіх зубів зубного ряду

#### **24.4.1. Фронтальна стабілізація за Курляндським - це:**

1. Об'єднання в єдиний блок групи передніх рухомих зубів
2. Об'єднання в єдиний блок групи передніх і бокових зубів
3. Об'єднання в єдиний блок групи бокових зубів
4. Об'єднання в єдиний блок усіх зубів зубного ряду

#### **25.4.2. Фронтально-сагітальна стабілізація за Курляндським - це:**

1. Об'єднання в єдиний блок групи фронтальних рухомих зубів
2. Об'єднання в єдиний блок групи передніх і бокових зубів
3. Об'єднання в єдиний блок групи бокових зубів
4. Об'єднання в єдиний блок усіх зубів зубного ряду

#### **26.4.4. Стабілізація по дузі за Курляндським - це:**

1. Об'єднання в єдиний блок групи фронтальних рухомих зубів
2. Об'єднання в єдиний блок групи передніх і бокових зубів
3. Об'єднання в єдиний блок групи бокових зубів
4. Об'єднання в єдиний блок усіх зубів зубного ряду

#### **27.5.3. Яка з наведених стабілізацій дозволяє найбільшою мірою використати резервні сили пародонту?**

1. Фронтальна стабілізація
2. Фронтально-сагітальна стабілізація
3. Стабілізація по дузі
4. Парасагітальна стабілізація
5. Сагітальна стабілізація

#### **28.4.3. Методика вибіркового пришліфування зубів за С.Н.Schuyler передбачає усунення передчасних контактів:**

1. В центральній оклюзії
2. В передній і боковій оклюзії
3. В центральній, передній і боковій (правій і лівій) оклюзії
4. Тільки при боковій оклюзії

#### **29.4.1. Методика вибіркового пришліфування зубів за В.А.Jankelson передбачає усунення передчасних контактів:**

1. В центральній оклюзії
2. В передній і боковій оклюзії
3. В центральній, передній і боковій (правій і лівій) оклюзії
4. Тільки при боковій оклюзії

### **30.4.2. Які передчасні контакти відносяться за класифікацією В.А. Jankelson до I класу?**

1. Передчасні контакти на оральних скатах піднебінних горбків верхніх молярів і премолярів
2. Передчасні контакти на вестибулярних скатах щічних горбків нижніх молярів і премолярів та вестибулярній поверхні передніх зубів нижньої щелепи
3. Передчасні контакти на вестибулярних скатах піднебінних горбків верхніх молярів і премолярів
4. Передчасні контакти на оральних скатах піднебінних горбків молярів і премолярів нижньої щелепи

### **31.4.1. Які передчасні контакти відносяться за класифікацією В.А. Jankelson до II класу?**

1. Передчасні контакти на оральних скатах піднебінних горбків верхніх молярів і премолярів
2. Передчасні контакти на вестибулярних скатах щічних горбків нижніх молярів і премолярів і вестибулярній поверхні передніх зубів нижньої щелепи
3. Передчасні контакти на вестибулярних скатах піднебінних горбків верхніх молярів і премолярів
4. Передчасні контакти на оральних скатах піднебінних горбків молярів і премолярів нижньої щелепи

### **32.4.3. Які передчасні контакти відносяться за класифікацією В.А. Jankelson до III класу?**

1. Передчасні контакти на оральних скатах піднебінних горбків верхніх молярів і премолярів
2. Передчасні контакти на вестибулярних скатах щічних горбків нижніх молярів і премолярів і вестибулярній поверхні передніх зубів нижньої щелепи
3. Передчасні контакти на вестибулярних скатах піднебінних горбків верхніх молярів і премолярів
4. Передчасні контакти на оральних скатах піднебінних горбків молярів і премолярів нижньої щелепи

### **33.4.3. З яких передчасних контактів починають проведення вибіркового пришліфування зубів?**

1. Передчасних контактів III класу за класифікацією В.А. Jankelson
2. Передчасних контактів IV класу за класифікацією В.А. Jankelson
3. Передчасних контактів I і II класів за класифікацією В.А. Jankelson
4. Передчасних контактів II і III класів за класифікацією В.А. Jankelson

**34.4.2+3. Перевага застосування тимчасових капових шин із пластмаси під час шинування рухомих зубів:**

1. Простота виготовлення
2. Запобігання перевантаженню зубів як від вертикальних, так і від горизонтальних сил жувального тиску
3. Можливість проведення хірургічних, терапевтичних і фізіотерапевтичних методів лікування
4. Покращення фонетики

**35.4.2. При патології тканин пародонту, атрофії кісткової тканини в межах 1/2 довжини стінки лунки і рухомості зубів I ступеня шинуванням треба зняти в основному:**

1. Вертикальний компонент жувального тиску
2. Горизонтальний компонент жувального тиску
3. Вертикальний і горизонтальний компоненти жувального тиску
4. В даному випадку шинування недоцільне

**36.4.3. При патології тканин пародонту, атрофії кісткової тканини від 1/2 до 2/3 довжини стінки лунки навіть за відсутності рухомості зубів шинуванням треба зняти в основному:**

1. Вертикальний компонент жувального тиску
2. Горизонтальний компонент жувального тиску
3. Вертикальний і горизонтальний компоненти жувального тиску
4. В даному випадку зуби потребують термінового видалення

**37.4.2. При ортопедичному лікуванні захворювань тканин пародонту шина Мамлока використовується:**

1. При генералізованому пародонтиті
2. При локалізованому пародонтиті в ділянці передніх зубів верхньої і нижньої щелеп
3. При пародонтозі
4. Застосування шини доцільне при всіх патологіях тканин пародонту

**38.4.3. Яким незнімним конструкціям слід надавати перевагу під час шинування рухомих зубів:**

1. Штамповано-паяним конструкціям зубних протезів
2. Металополімерним конструкціям зубних протезів
3. Суцільнолитим конструкціям зубних протезів та суцільнолитим конструкціям з керамічним облицюванням
4. Тип шинуючої конструкції не має принципового значення

**39.5.1+2+3+4. Перевага суцільнолитих конструкцій перед штамповано-паяними під час шинування рухомих зубів полягає у:**

1. Відливці цілком із одного металу, що забезпечує більшу міцність протеза
2. Відсутність припою виключає небезпеку корозії
3. Відсутність припою виключає небезпеку явищ гальванозу
4. Пришийкова частина литих коронок точніше прилягає до шийок зубів, завдяки чому максимально знижується травматизація ясен краєм коронки
5. У процесі препарування зубів під суцільнолиті конструкції зубних протезів зішліфовується тонший шар твердих тканин зуба

**40.5.1+2+3+4. Причинами виникнення первинної травматичної оклюзії можуть бути:**

1. Підвищення прикусу на пломбах, вкладках, коронках і мостоподібних протезах, неправильне конструювання протезів чи вибір кількості опорних зубів, нераціональне конструювання і розташування кламерів
2. Форсоване чи нераціональне ортодонтичне лікування
3. Зубощелепні деформації
4. Патологічне стирання твердих тканин зубів та парафункції
5. Поганий гігієнічний догляд за ротовою порожниною

**41.4.2. При патології тканин пародонту патологічне стирання твердих тканин зубів спостерігається при:**

1. Вторинній травматичній оклюзії
2. Первинній травматичній оклюзії
3. Комбінованій травматичній оклюзії
4. Взагалі не спостерігається

**42.4.1. При патології тканин пародонту затримка стирання бугрів зубів спостерігається при:**

1. Вторинній травматичній оклюзії
2. Первинній травматичній оклюзії
3. Комбінованій травматичній оклюзії
4. Спостерігається завжди

**43.5.1+2+3+4. Вкажіть переваги застосування суцільнолитих шинуючих конструкцій із керамічним покриттям перед застосуванням суцільнолитих конструкцій із полімерним покриттям при патології тканин пародонту?**

1. Протези із керамічним покриттям мають кращу тканинну сумісність, вони індіферентні до тканин порожнини рота і організму в цілому
2. Вони не набрякають у вологому середовищі, не тиснуть на ясна
3. На глазураній поверхні керамічного протеза не утворюється зубна бляшка, що має велике значення для профілактики захворювань пародонту

4. Вони більш естетичні і використовуються протягом довшого часу
5. Вони більш дешеві у виготовленні порівняно із конструкціями з полімерним покриттям

#### **44.4.1. Показання до видалення зубів при ортопедичному лікуванні патології тканин пародонту:**

1. Різка атрофія кісткової тканини (більше 3/4 довжини стінки лунки), різке розширення періодонтальної щілини, рухомості зубів III ступеня, часте абсцедування
2. Атрофія кісткової тканини (більше 1/2 довжини стінки лунки), розширення періодонтальної щілини, рухомості зубів II-III ступеня, абсцедування
3. Атрофія кісткової тканини (більше 1/2 довжини стінки лунки), розширення періодонтальної щілини, рухомості зубів I-II ступенів
4. Вертикальна резорбція кісткової тканини

#### **45.4.3. Які з наведених конструкцій можуть бути використані для шинування фронтальної групи зубів при патології тканин пародонту?**

1. Шина Шеренга
2. Шина Ван-Тіля
3. Кільцева шина, ковпачкова шина, шина з напівкоронки, шина з панцирних накладок, шина Мамлюка
4. Шина Ельбрехта

#### **46.4.2+3. Виразково-некротичний гінгівіт може бути першим симптомом при:**

1. Патології шлунково-кишкового тракту
2. Отруєннях солями важких металів
3. Захворюванні органів кровотворення, судинній патології
4. Захворюванні нирок

#### **47.4.1. За наявності генералізованого пародонтиту недопустиме конструювання бюгельного протеза без:**

1. Багатоланцюгового орального кламера з вестибулярними відростками чи оклюзійними накладками
2. Кламера Шпренга
3. Багатоланцюгового орального кламера без вестибулярних відростків
4. Багатоланцюгового орального кламера без оклюзійних накладок

#### **48.5.2+3+4. Показання для депульпування зубів, що входять до незнімної шини, при патології тканин пародонту:**

1. Наявність каріозного ураження коронки зуба
2. Наявність ясенного карману
3. Атрофія в межах 1/2 довжини стінки лунки та більше

4. Наявність кісткового карману
5. Такі зуби в будь-якому разі потребують депульпування

#### **49.4.1. Рентгенологічні зміни, що характерні для початкового ступеня хронічного генералізованого пародонтиту:**

1. Порушення цілісності компактної пластинки верхівок альвеолярних перегородок
2. Значна резорбція верхівок перегородок
3. Вертикальна резорбція альвеолярної кістки
4. Горизонтальна резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/3 довжини кореня зуба

#### **50.4.1+2. Рентгенологічні зміни, що характерні для хронічного генералізованого пародонтиту I ступеня:**

1. Горизонтальна резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/3 довжини кореня зуба
2. Остеопороз альвеолярної кістки виражений незначно
3. Горизонтальна резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/2 довжини кореня зуба
4. Вертикальна резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/2 довжини кореня зуба

#### **51.4.1+3. Рентгенологічні зміни, що характерні для хронічного генералізованого пародонтиту II ступеня:**

1. Горизонтальна резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/2 довжини кореня зуба
2. Горизонтальна резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/3 довжини кореня зуба
3. Помірний остеопороз
4. Горизонтальна резорбція міжальвеолярних перегородок більше 2/3 довжини кореня зуба чи повне їх розсмоктування

#### **52.4.1. Рентгенологічні зміни, що характерні для хронічного генералізованого пародонтиту III ступеня:**

1. Горизонтальна резорбція міжальвеолярних перегородок більше 2/3 довжини кореня зуба чи повне їх розсмоктування
2. Горизонтальна резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/3 довжини кореня зуба
3. Горизонтальна резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/2 довжини кореня зуба
4. Вертикальна резорбція міжальвеолярних перегородок

**53.4.1. Якої глибини пародонтальні кармани характерні для хронічного генералізованого пародонтиту I ступеня?**

1. Пародонтальні кармани глибиною 2-3 мм з помірним серозно-гнійним ексудатом
2. Пародонтальні кармани глибиною 3-4 мм з серозним, гнійним чи серозно-гнійним ексудатом
3. Пародонтальні кармани глибиною 6-8 мм з серозним, гнійним чи серозно-гнійним ексудатом
4. Пародонтальні кармани відсутні

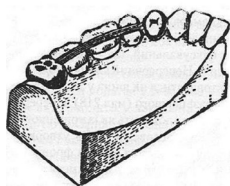
**54.4.2. Якої глибини пародонтальні кармани характерні для хронічного генералізованого пародонтиту II ступеня?**

1. Пародонтальні кармани глибиною 2-3 мм з помірним серозно-гнійним ексудатом
2. Пародонтальні кармани глибиною 3-4 мм з серозним, гнійним чи серозно-гнійним ексудатом
3. Пародонтальні кармани глибиною 6-8 мм з серозним, гнійним чи серозно-гнійним ексудатом
4. Пародонтальні кармани відсутні

**55.4.3. Якої глибини пародонтальні кармани характерні для хронічного генералізованого пародонтиту III ступеня?**

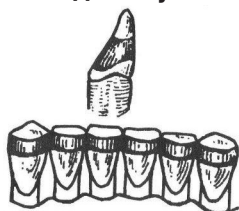
1. Пародонтальні кармани глибиною 2-3 мм з помірним серозно-гнійним ексудатом
2. Пародонтальні кармани глибиною 3-4 мм з серозним, гнійним чи серозно-гнійним ексудатом
3. Пародонтальні кармани глибиною 6-8 мм з серозним, гнійним чи серозно-гнійним ексудатом
4. Пародонтальні кармани відсутні

**56.5.2. На даному малюнку представлена:**



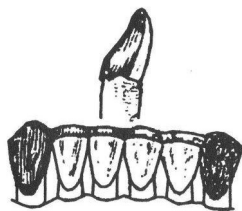
1. Екваторна шина
2. Вкладкова шина
3. Кільцева шина
4. Ковпачкова шина
5. Шина Мамлока

**57.5.3. На даному малюнку представлена:**



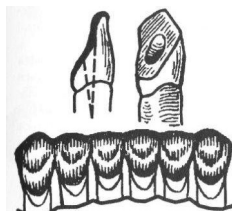
1. Екваторна шина
2. Вкладкова шина
3. Кільцева шина
4. Ковпачкова шина
5. Шина Мамлока

**58.5.4. На даному малюнку представлена:**



1. Екваторна шина
2. Вкладкова шина
3. Кільцева шина
4. Ковпачкова шина
5. Шина Мамлока

**59.5.5. На даному малюнку представлена:**



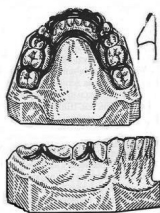
1. Екваторна шина
2. Вкладкова шина
3. Кільцева шина
4. Ковпачкова шина
5. Шина Мамлока

**60.5.1. На даному малюнку представлена:**



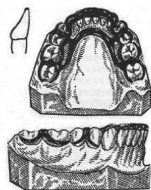
1. Екваторна шина
2. Вкладкова шина
3. Кільцева шина
4. Ковпачкова шина
5. Шина Мамлока

**61.5.1. На даному малюнку представлена:**



1. Знімна шина Шпренга
2. Знімна шина Ван-Тіля
3. Знімна шина Ельбрехта
4. Шина Ванкевич
5. Шина Вебера

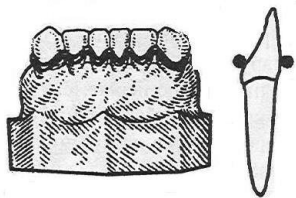
**62.5.3. На даному малюнку представлена:**



1. Шина Ванкевич
2. Знімна шина Шпренга
3. Знімна шина Ван-Тіля
4. Шина Вебера
5. Знімна шина Ельбрехта



### 63.5.5. На даному малюнку представлена:



1. Шина Ванкевич
2. Знімна шина Шпренга
3. Знімна шина Ван-Тіля
4. Шина Вебера
5. Знімна шина Ельбрехта

### 64.3.1. Навантаження у шинувальному блоці насамперед сприймається зубами, які мають:

1. Меншу патологічну рухомість
2. Більшу патологічну рухомість
3. Сприймається однаково усіма зубами

## Щелепно-лицева ортопедія

### 1.5.1+2+3+4. Розділ щелепно-лицевої ортопедії вивчає:

1. Ортопедичне лікування переломів щелеп та їх наслідків
2. Протезування уроджених та набутих дефектів обличчя та щелеп
3. Виправлення деформацій зубощелепної системи ортопедичними методами
4. Ортопедичні заходи у разі відновлювальної хірургії обличчя та щелеп
5. Аномалії розвитку зубів, щелеп та інших органів

### 2.5.1. Повний перелом кістки характеризується:

1. Порушенням цілісності ушкодженої кістки
2. Вдавленням
3. Субперіостальною гематомою
4. Тріщиною кістки
5. Неушкодженими шкірними покривами та неушкодженою слизовою оболонкою

### 3.5.3+4. Закритий перелом кістки характеризується:

1. Відсутністю больових відчуттів
2. Порушенням цілісності шкірних покривів та слизової оболонки
3. Неушкодженими шкірними покривами
4. Неушкодженою слизовою оболонкою
5. Значною кровоточивістю

#### **4.4.1+3. Вкажіть чинники, які призводять до зміщення уламків при переломах?**

1. Скорочення м'язів, прикріплених до уламків
2. Збільшення відстані між пунктами прикріплення м'язів у результаті перелому кістки
3. Безпосередня дія травмуючого чинника на кістку чи уламок і травма м'яза гострими уламками кістки, що призводить до його гіпертонусу
4. Травма м'яза гострими уламками кістки, що призводить до його гіпотонусу

#### **5.5.3. Середні терміни фіксації шин для консолідації уламків при поодинокому переломі нижньої щелепи становлять:**

1. 10 днів
2. 15 днів
3. 20 днів
4. 25 днів
5. Місяць і більше

#### **6.6.1+2+3+4+5. Переломи нижньої щелепи згідно з класифікацією Б.Д. Кабакова, В.М. Лук'яненка та П.З. Аржанцева за локалізацією бувають:**

1. Переломи альвеолярної частини
2. Переломи підборідного відділу тіла щелепи
3. Переломи бічного відділу тіла щелепи
4. Переломи кута щелепи
5. Переломи гілки щелепи (власне гілки, основи або шийки вінцевого відростка, вінцевого відростка)
6. Переломи виличної дуги

#### **7.7.1+2+3+4+5+7. Переломи нижньої щелепи згідно з класифікацією Б.Д. Кабакова, В.М. Лук'яненка та П.З. Аржанцева за характером можуть бути:**

1. Поодинокі однобічні
2. Поодинокі двобічні
3. Численні однобічні
4. Подвійні однобічні
5. Численні двобічні
6. Відлом вилицевого відростка
7. Подвійні двобічні

### **8.5.3. Які уламки утворює двобічний ментальний перелом?**

1. Два бічних уламки
2. Один бічний уламок
3. Два бічних та один середній уламок
4. Один бічний і середній уламок
5. Середній уламок

### **9.5.1. Фіксувальними апаратами, які використовують у щелепно-лицевій ортопедії, називають:**

1. Апарати, які утримують уламки щелеп у правильному положенні і забезпечують їх нерухомість
2. Апарати, які слугують для опори пластичного матеріалу під час операцій з приводу пластики м'яких тканин обличчя
3. Апарати, які утримують уламки щелеп у правильному положенні, не перешкоджаючи їх рухомості
4. Апарати, які застосовують для заміщення дефектів щелеп та відновлення їх форми і функції
5. Апарати, за допомогою яких уламки розміщують у правильному положенні

### **10.5.2. Формувальними апаратами, які використовують у щелепно-лицевій ортопедії, називають:**

1. Апарати, які утримують уламки щелеп у правильному положенні і забезпечують їх нерухомість
2. Апарати, які слугують опорою для опори пластичного матеріалу під час операцій з приводу пластики м'яких тканин обличчя
3. Апарати, які утримують уламки щелеп у правильному положенні, не перешкоджаючи їх рухомості
4. Апарати, які застосовують для заміщення дефектів щелеп та відновлення їх форми і функції
5. Апарати, за допомогою яких уламки розміщують у правильному положенні

### **11.5.4. Заміщувальними апаратами, які використовують у щелепно-лицевій ортопедії, називають:**

1. Апарати, які утримують уламки щелеп у правильному положенні і забезпечують їх нерухомість
2. Апарати, які слугують для опори пластичного матеріалу під час операцій з приводу пластики м'яких тканин обличчя
3. Апарати, які утримують уламки щелеп у правильному положенні, не перешкоджаючи їх рухомості
4. Апарати, які застосовують для заміщення дефектів щелеп та відновлення їх форми і функції
5. Апарати, за допомогою яких уламки розміщують у правильному положенні

### **12.5.5. Репонувальними апаратами, які використовують у щелепно-лицевій ортопедії, називають:**

1. Апарати, які утримують уламки щелеп у правильному положенні і забезпечують їх нерухомість
2. Апарати, які слугують для опори пластичного матеріалу під час операцій з приводу пластики м'яких тканин обличчя
3. Апарати, які утримують уламки щелеп у правильному положенні, не перешкоджаючи їх рухомості
4. Апарати, які застосовують для заміщення дефектів щелеп та відновлення їх форми і функції
5. Апарати, за допомогою яких уламки розміщують у правильному положенні

### **13.4.1. Згідно з класифікацією Б.Д. Кабакова, В.М. Лук'яненка та П.З. Аржанцева розрізняють такі переломи верхньої щелепи:**

1. Альвеолярного відростка (Лефор I), тіла щелепи без носових та виличних кісток (Лефор II), тіла щелепи з носовими кістками (Лефор III)
2. Переломи виличної кістки з ушкодженням стінок гайморової пазухи або без її ушкодження
3. Переломи носових кісток
4. Поєднанні ушкодження кісток обличчя

### **14.5.1+2+3+4. Які причини утворення несправжнього суглоба:**

1. Несвоєчасне виправлення уламків, їх недостатня імібілізація або передчасне зняття шини
2. Значні розриви м'яких тканин та проникнення їх між уламками кісток
3. Переломи щелеп з дефектом кісткової тканини понад 2 мм
4. Відшарування окістя щелепи на значній площині та довготривалі травматичні остеомієліти щелепи
5. Переломи щелеп без дефектів кісткової тканини

### **15.5.1+2. Які є показання до застосування шини Вебера:**

1. Достатня кількість зубів на уламках обох щелеп
2. Наявність на уламках щелеп зубів із високими клінічними коронками
3. Наявність на уламках щелеп зубів із низькими клінічними коронками
4. При переломах обох беззубих щелеп
5. При переломі нижньої беззубої щелепи

### **16.5.2+5. При лікуванні переломів беззубих щелеп використовують:**

1. Шину Вебера
2. Шину Лімберга
3. Гладку шину Тігерштедта
4. Шину Померанцевої-Урбанської
5. Шину Порта - Гунінга

**17.5.1+2+3+4. Які зуби, що знаходяться в щілині перелому щелепи, підлягають видаленню?**

1. Зуби з переломом кореня, повний вивих зуба
2. Зуби із периапікальними хронічними процесами
3. Зуби із патологією тканин пародонту II-III ступенів
4. Зуби, які не піддаються консервативному лікуванню і підтримують запальний процес
5. Усі зуби

**18.5.1+2+3. За допомогою чого проводять тимчасову (транспортну) імобілізацію фрагментів нижньої щелепи?**

1. Кругової бинтової тім'яно-підборідкової пов'язки
2. Стандартної транспортної пов'язки
3. М'якої підборідкової праці за Померанцевою-Урбанською
4. Шини Вебера
5. Шини Тігерштедта

**19.4.3. За допомогою чого здійснюється постійна імобілізація уламків нижньої щелепи?**

1. М'якої підборідкової праці за Померанцевою-Урбанською
2. Міжщелепного з'язування зубів дротом
3. Шини Тігерштедта, шини Васильєва, шини Вебера, шини Порта, шини Ванкевич
4. М'якої підборідкової праці за Померанцевою-Урбанською

**20.4.2. Середня лінія при поодинокому переломі нижньої щелепи в ділянці її кута зміщується в бік:**

1. Не зміщується
2. Зміщується в бік перелому
3. Зміщується в бік, протилежний перелому
4. Може зміститися в будь-який бік

**21.4.4. Як зміщуються уламки при поодинокому переломі нижньої щелепи в ділянці кута щелепи?**

1. Великий уламок зміщується донизу і в бік перелому, а малий - догори і назвні
2. Великий уламок зміщується доверху і в бік перелому, а малий - донизу і всередину
3. Великий уламок зміщується вниз і назвні, а малий - доверху і всередину
4. Великий уламок зміщується донизу і в бік перелому, а малий - доверху і всередину

### **22.3.3. Шина Ванкевич - це:**

1. Шина, яка застосовується при переломах беззубих щелеп і складається із базисних пластинок на альвеолярний відросток верхньої і нижньої щелеп, які закріплюються в єдиний блок з отвором для прийому їжі у передньому відділі шини
2. Пластмасова шина, що охоплює зуби, щільно прилягає до ясенного краю і спирається на альвеолярний відросток щелепи, використовується за наявності достатньої кількості зубів з високими клінічними коронами на уламках обох щелеп
3. Шина, що фіксується на зубах верхньої щелепи, а бічні крила-пелоти опущені донизу, використовується при переломах беззубої нижньої щелепи

### **23.3.1. Шина Гунінга-Порта - це:**

1. Шина, яка застосовується при переломах беззубих щелеп і складається із базисних пластинок на альвеолярний відросток верхньої і нижньої щелеп, які закріплюються в єдиний блок з отвором для прийому їжі у передньому відділі шини
2. Пластмасова шина, що охоплює зуби, щільно прилягає до ясенного краю і спирається на альвеолярний відросток щелепи, використовується за наявності достатньої кількості зубів з високими клінічними коронами на уламках обох щелеп
3. Шина, що фіксується на зубах верхньої щелепи, а бічні крила-пелоти опущені донизу, використовується при переломах беззубої нижньої щелепи

### **24.4.1. Вкажіть характерні ознаки контрактури щелеп:**

1. Обмеженість або неможливість відкриття рота внаслідок патологічних змін м'яких тканин, функціонально пов'язаних зі скронево-нижньощелепним суглобом
2. Звуження ротового отвору внаслідок різних причин
3. Переломи зі значним зміщенням уламків
4. Відсутність консолидації у місці перелому протягом подвійного або потрійного терміну, необхідного в середньому для його зрощення

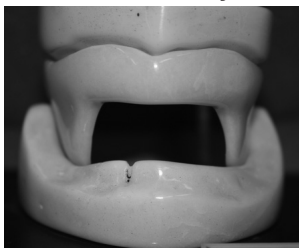
### **25.4.4. Вкажіть характерні ознаки несправжнього суглоба:**

1. Обмеженість або неможливість відкриття рота внаслідок патологічних змін м'яких тканин, функціонально пов'язаних зі скронево-нижньощелепним суглобом
2. Звуження ротового отвору внаслідок різних причин
3. Переломи зі значним зміщенням уламків
4. Відсутність консолидації у місці перелому протягом подвійного або потрійного терміну, необхідного в середньому для його зрощення

#### 26.4.2. Вкажіть характерні ознаки мікростомії:

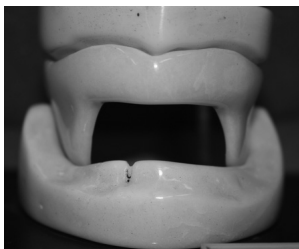
1. Обмеженість або неможливість відкривання рота внаслідок патологічних змін м'яких тканин, функціонально пов'язаних зі скронево-нижньощелепним суглобом
2. Звуження ротового отвору внаслідок різних причин
3. Переломи зі значним зміщенням уламків
4. Відсутність консолидації у місці перелому протягом подвійного або потрійного терміну, необхідного в середньому для його зрощення

#### 27.5.1. На даному малюнку показана:



1. Шина Ванкевич
2. Шина Шпренга
3. Шина Ван-Тіля
4. Шина Вебера
5. Шина Гунінга-Порта

#### 28.5.1. При переломах беззубої нижньої щелепи використовують:



1. Шину Ванкевич
2. Шину Шпренга
3. Шину Ван-Тіля
4. Шину Вебера
5. Шину Гунінга-Порта

#### 29.5.4. При переломах, коли на уламках обох щелеп є в достатній кількості зуби з високими клінічними коронкам, використовують:

1. Шину Ванкевич
2. Шину Шпренга
3. Шину Ван-Тіля
4. Шину Вебера
5. Шину Гунінга-Порта

#### 30.4.3. За В.Ю. Курляндським, до першої групи дефектів піднебіння при пошкодженнях верхньої щелепи відносять:

1. Дефект м'якого піднебіння чи твердого і м'якого піднебіння
2. Дефекти твердого піднебіння за наявності опорних зубів на одній половині верхньої щелепи
3. Дефекти твердого піднебіння за наявності опорних зубів на обох половинах верхньої щелепи
4. Дефекти твердого піднебіння за відсутності зубів на верхній щелепі

**31.4.2. За В.Ю. Курляндським, до другої групи дефектів піднебіння при ушкодженнях верхньої щелепи відносять:**

1. Дефект м'якого піднебіння чи твердого і м'якого піднебіння
2. Дефекти твердого піднебіння за наявності опорних зубів на одній половині верхньої щелепи
3. Дефекти твердого піднебіння за наявності опорних зубів на обох половинах верхньої щелепи
4. Дефекти твердого піднебіння за відсутності зубів на верхній щелепі

**32.4.4. За В.Ю. Курляндським, до третьої групи дефектів піднебіння при ушкодженнях верхньої щелепи відносять:**

1. Дефект м'якого піднебіння чи твердого і м'якого піднебіння
2. Дефекти твердого піднебіння за наявності опорних зубів на одній половині верхньої щелепи
3. Дефекти твердого піднебіння за наявності опорних зубів на обох половинах верхньої щелепи
4. Дефекти твердого піднебіння за відсутності зубів на верхній щелепі

**33.4.1. За В.Ю. Курляндським, до четвертої групи дефектів піднебіння при ушкодженнях верхньої щелепи відносять:**

1. Дефект м'якого піднебіння чи твердого і м'якого піднебіння
2. Дефекти твердого піднебіння за наявності опорних зубів на одній половині верхньої щелепи
3. Дефекти твердого піднебіння за наявності опорних зубів на обох половинах верхньої щелепи
4. Дефекти твердого піднебіння при відсутності зубів на верхній щелепі

**34.4.4. За рахунок зрощення піднебінних відростків формування піднебіння відбувається:**

1. На 1 тижні внутрішньоутробного розвитку
2. На 6-7 тижні внутрішньоутробного розвитку
3. На 6-7 місяці внутрішньоутробного розвитку
4. Наприкінці 10 тижня розвитку

**35.5.1+2+3+5. Яка мета ортопедичного лікування пацієнтів із набутими дефектами піднебіння?**

1. Роз'єднання порожнини рота та порожнини носа
2. Відновлення функцій дихання, жування, ковтання
3. Підтримка м'яких тканин, що втратили кісткову основу
4. Відновлення цілісності зубного ряду
5. Відновлення артикуляції



**36.5.2+4. Ортопедичні апарати, які застосовуються для лікування пацієнтів із дефектом піднебіння, розподіляють на:**

1. Незнімні
2. Роз'єднувальні пластинки
3. Позаротові
4. Обтуратори
5. Внутрішньоротові

**37.3.1. Локалізація протезів-обтураторів для лікування дефектів піднебіння:**

1. Вони повинні щільно входити в дефект піднебіння
2. Вони не повинні входити в дефект піднебіння
3. Вони мають частково входити в дефект піднебіння

**38.3.2. Локалізація роз'єднувальних пластинок при лікуванні дефектів піднебіння:**

1. Вони повинні щільно входити у дефект піднебіння
2. Вони не повинні входити в дефект піднебіння
3. Вони мають частково входити в дефект піднебіння

**39.3.2. При дефектах піднебіння першої групи за В.Ю. Курляндським застосовують:**

1. Плаваючий обтуратор Кеза
2. Роз'єднувальну знімну пластинку із кламерною фіксацією
3. Металокерамічний мостоподібний протез

**40.3.1. При дефектах м'якого піднебіння застосовують:**

1. Плаваючий обтуратор Кеза
2. Роз'єднувальну знімну пластинку із кламерною фіксацією
3. Металокерамічний мостоподібний протез

**41.4.1+3. Вкажіть функціональні проби, які проводять для перевірки якості роз'єднання порожнини рота від порожнини носа протезом-обтуратором?**

1. Ковтання води
2. Клацання язиком
3. Надування щік
4. Доторкання язиком до піднебіння

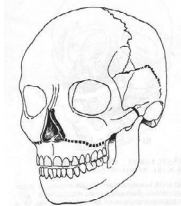
**42.3.3. Роз'єднуюча знімна пластинка у пацієнтів із середнім дефектом твердого піднебіння повинна:**

1. Щільно входити в дефект
2. Щільно прилягати до країв дефекта
3. Мати внутрішній клапан на 1-2 мм назовні від краю дефекта

**43.4.3. При отриманні відбитка верхньої щелепи з дефектом піднебіння завчасно проводять:**

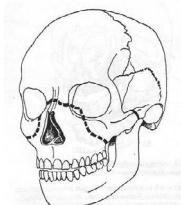
1. Функціональну пробу із надуванням щік
2. Електроодонтодіагностику
3. Тампонаду дефекта марлевою серветкою
4. Мастикаціографію

**44.4.2. На даному малюнку зображений:**



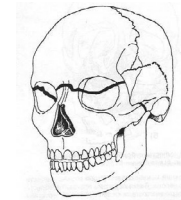
1. Перелом Лефора третього типу
2. Перелом Лефора першого типу
3. Перелом Лефора другого типу
4. Перелом Васмунда

**45.4.3. На даному малюнку зображений:**



1. Перелом Лефора третього типу
2. Перелом Лефора першого типу
3. Перелом Лефора другого типу
4. Перелом Васмунда

**46.4.1. На даному малюнку зображений:**



1. Перелом Лефора третього типу
2. Перелом Лефора першого типу
3. Перелом Лефора другого типу
4. Перелом Васмунда

**47.4.1. Основними завданнями на догоспітальному етапі надання медичної допомоги пацієнтам із множинними травмами щелепно-лицевої ділянки є:**

1. Боротьба з порушеннями дихання та болем, тимчасова іммобілізація уламків, протишокові заходи
2. Відновлення анатомічної цілісності та повноцінної функції щелепних кісток шляхом репозиції уламків та їх іммобілізації до загоєння перелому
3. Проведення фізіотерапії та лікувальної гімнастики
4. Первинна обробка рани, репозиція та іммобілізація уламків, боротьба з інфекцією, кісткова пластика та пластика м'яких тканин, заходи з профілактики контрактур

#### **48.4.2. Транспортну імобілізацію уламків щелеп із достатньою кількістю зубів, які утримують оклюзійну висоту, здійснюють:**

1. На етапі спеціалізованої допомоги з використанням жорсткої підборідної пращі із головною пов'язкою
2. До надання пацієнту спеціалізованої допомоги з використанням жорсткої підборідної пращі із головною пов'язкою
3. До надання хворому спеціалізованої допомоги з використанням шини Ванкевич або шини Гунінга-Порта
4. На етапі спеціалізованої допомоги шляхом накладання гладкої шини-скоби за Тігерштедтом

#### **49.4.3. При переломах беззубих щелеп в якості транспортної шини можуть бути використані:**

1. Шина Ванкевич або шина Гунінга-Порта
2. Гладка шина-скоба, шина з гачками, шина з гачками та похилою площиною за Тігерштедтом
3. Знімні протези пацієнтів, якщо атрофія альвеолярних відростків помірна, а оклюзія штучних зубів задовільна, з обов'язковим накладанням підборідної пращі
4. Жорстка підборідна праща з головною шапочкою строком на 2-3 дні

#### **50.4.1. Основними симптомами перелому верхньої щелепи із зміщенням є:**

1. Порушення змикання передніх зубів у вигляді відкритого прикусу, подовження нижньої або середньої третини обличчя, рухомість уламка, кровотеча з носа
2. Порушення змикання зубів-антагоністів на одній стороні, неможливість пережовування їжі на іншій, кровотеча з порожнини рота
3. Відсутність оклюзійних порушень, рухомість уламка, кровотеча з носа та вух
4. Змикання зубів по типу мезіального прикусу, втрата свідомості, кровотеча з вух та носа, судоми

#### **51.5.4. При розташуванні лінії перелому збоку від серединної лінії тіла нижньої щелепи зміщення уламків є наступним:**

1. Значного зміщення уламків не відбувається
2. Відмічається провисання меншого з уламків, більший зміщується донизу та в бік ушкодження
3. Уламки розвертаються досередини, що призводить до їх розходження в по нижньому краю підборідного відділу тіла нижньої щелепи
4. Менший з уламків зміщується догори, досередини та повернутий по осі таким чином, що зуби на ньому торкаються зубів-антагоністів тільки щічними горбками; більший уламок зміщується донизу та в бік ушкодження

5. Більший з уламків зміщується догори, досередини та повернутий по осі таким чином, що торкається зубів-антагоністів тільки щічними горбками; менший уламок зміщується донизу та в бік ушкодження

#### **52.4.4. При переломі нижньої щелепи по серединній лінії:**

1. Більший з уламків зміщується догори, досередини та повернутий по осі таким чином, що торкається зубів-антагоністів тільки щічними горбками; менший уламок зміщується донизу та в бік ушкодження
2. Відмічається провисання меншого з уламків, більший зміщується донизу та в бік ушкодження
3. Менший з уламків зміщується догори, досередини та повернутий по осі таким чином, що зуби на ньому торкаються зубів-антагоністів тільки щічними горбками; більший уламок зміщується донизу та в бік ушкодження
4. Значного зміщення уламків не відбувається, однак уламки розвертаються досередини, що призводить до їх розходження по нижньому краю підборідного відділу тіла нижньої щелепи

#### **53.5.3. При лінійних переломах в ділянці кута та гілки нижньої щелепи:**

1. Більший з уламків зміщується догори, досередини та повернутий по осі таким чином, що торкається зубів-антагоністів тільки щічними горбками; менший уламок зміщується донизу та в бік ушкодження
2. Відмічається провисання меншого з уламків, більший зміщується донизу та в бік ушкодження
3. Значного зміщення уламків не відбувається, оскільки цьому протидіє жувальний м'яз
4. Менший з уламків зміщується догори, досередини та повернутий по осі таким чином, що зуби на ньому торкаються зубів-антагоністів тільки щічними горбками; більший уламок зміщується донизу та в бік ушкодження
5. Значного зміщення уламків не відбувається, однак уламки розвертаються досередини, що призводить до їх розходження по нижньому краю підборідного відділу тіла нижньої щелепи

#### **54.5.1. При подвійних переломах в бокових відділах тіла нижньої щелепи спостерігається:**

1. Відвисання переднього відділу середнього уламка. Зміщення його дистально не спостерігається
2. Значного зміщення уламків не відбувається, однак уламки розвертаються досередини, що призводить до їх розходження по нижньому краю підборідного відділу тіла нижньої щелепи
3. Більший з уламків зміщується догори, досередини та повернутий по осі таким чином, що торкається зубів-антагоністів тільки щічними горбками; менший уламок зміщується донизу та в бік ушкодження

4. Зміщення середнього уламка дистально та вниз, а задніх уламків - вперед та досередини
5. Значного зміщення уламків не відбувається, однак уламки розвертаються досередини, що призводить до їх розходження по нижньому краю підборідного відділу тіла нижньої щелепи

**55.5.4. При подвійних переломах шийок суглобових відростків нижньої щелепи спостерігається порушення оклюзійних співвідношень, а саме:**

1. Порушення змикання передніх зубів у вигляді відкритого прикусу, подовження нижньої або середньої третини обличчя
2. Порушення змикання зубів-антагоністів на одній стороні, неможливість пережовування їжі на іншій
3. Контакт зубів меншого з уламків, який зміщується догори, досередини та повернутий по осі, із зубами-антагоністами тільки щічними горбками; більший уламок зміщується донизу та в бік ушкодження
4. Симптом "відкритого прикусу", контакт лише молярів-антагоністів в результаті зміщення гілок нижньої щелепи догори, а уламків суглобових відростків - допереду та досередини
5. Оклюзійних порушень не спостерігається

**56.4.1. Однощелепні дротяні шини використовуються при:**

1. Переломах в межах зубного ряду, за наявності зубів на щелепі, незначному зміщенні уламків
2. Переломах за межами зубного ряду або значному зміщенні уламків
3. Переломах за межами зубного ряду або значному зміщенні уламків при глибокому прикусі з прямовисним або ретрузійним положенням передніх зубів
4. Переломах в межах зубного ряду, за наявності зубів на щелепі, незначному зміщенні уламків при глибокому прикусі з прямовисним або ретрузійним положенням передніх зубів

**57.5.1+2+3. При переломах щелеп за межами зубного ряду із зміщенням уламків застосовують:**

1. Шини із зачепними петлями для міжщелепного витягання
2. Стандартну смужкову шину для міжщелепної фіксації за Васильєвим
3. Алюмінієву дротяну шину із зачепними гачками для міжщелепної фіксації за Тігерштедтом
4. Шину Ванкевич
5. Шину Степанова

### 58.5.2. На малюнку зображено:



1. Міжщелепне лігатурне зв'язування зубів-антагоністів для тимчасової іммобілізації щелеп бронзово-алюмінієвим або сталевим дротом за Гейкіним
2. Стандартна смужкова шина за Васильєвим із нержавіючої сталі, яку можна використовувати як однощелепну гладку шину-скобу, так і для міжщелепного витягання
3. Шина Тігерштедта з алюмінієвого дроту 1,8-2,0 мм, яку можна використовувати

як однощелепну гладку шину-скобу, так і для міжщелепного витягання, вигнувши зачепні гачки

4. Міжщелепне лігатурне зв'язування зубів-антагоністів для тимчасової іммобілізації щелеп бронзово-алюмінієвим або сталевим дротом за Айві
5. Міжщелепне лігатурне зв'язування зубів-антагоністів для тимчасової іммобілізації щелеп бронзово-алюмінієвим або сталевим дротом за Вільга

### 59.5.4. На малюнку зображено:



1. Назубо-щелепна шина для іммобілізації уламків на верхній щелепі
2. Зубоясенна шина Вебера з похилою площиною на нижню щелепу для лікування переломів нижньої щелепи за межами зубного ряду
3. Знімна зубоясенна шина Ванкевич на верхню щелепу з двома площинами для закріплення беззубих уламків нижньої щелепи, а також утри-

### **мання кісткової пластики нижньої щелепи**

4. Знімна зубоясенна шина Степанова на верхню щелепу з двома площинами для іммобілізації беззубих уламків нижньої щелепи, а також утримання кісткових трансплантатів при проведенні кісткової пластики нижньої щелепи
5. Дротяна шина із ковзаючим шарніром Померанцевої-Урбанської для лікування переломів нижньої щелепи за межами зубного ряду

### 60.5.1. На малюнку зображено:



1. Зубоясенна шина Вебера з похилою площиною на нижню щелепу для лікування переломів нижньої щелепи за межами зубного ряду
2. Назубо-щелепна шина для іммобілізації уламків на верхній щелепі
3. Знімна зубоясенна шина Ванкевич на верхню щелепу з двома площинами для закріплення беззубих уламків нижньої щелепи, а також утримання кісткових трансплантатів при проведенні кісткової пластики нижньої щелепи
4. Знімна зубоясенна шина Степанова на верхню щелепу з двома площинами для іммобілізації беззубих уламків нижньої щелепи, а також утримання кісткових трансплантатів при проведенні кісткової пластики нижньої щелепи
5. Дротяна шина із ковзаючим шарніром Померанцевої-Урбанської для лікування переломів нижньої щелепи за межами зубного ряду

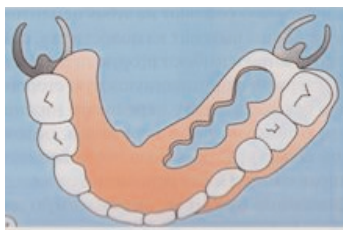
### 61.5.1. На малюнку зображені протези для заміщення дефектів зубних рядів нижньої щелепи:



1. Із хибним суглобом
2. При мікростомії
3. При переломах, що неправильно зрослися
4. При контрактурі нижньої щелепи
5. Після резекції нижньої щелепи

### 62.5.2. На малюнку зображений протез для лікування:

1. Мікростомії
2. Переломів, що неправильно зрослися
3. Контрактури нижньої щелепи
4. Після резекції нижньої щелепи
5. Перелому нижньої щелепи із неправильною консолідацією уламків та повністю збереженим зубним рядом





### 63.5.3. На малюнку зображено:



1. Міжщелепне лігатурне зв'язування зубів-антагоністів для тимчасової іммобілізації щелеп бронзово-алюмінієвим або сталієм дротом за Гейкіним
2. Стандартна смужкова шина за Васильєвим із нержавіючої сталі, яку можна використовувати як однощелепну гладку шину-скобу, так і для міжщелепного витяжіння
3. Шина Тігерштедта із алюмінієвого дроту 1,8-2,0 мм, із гнутими зачепними гачками для міжщелепного витяжіння
4. Міжщелепне лігатурне зв'язування зубів-антагоністів для тимчасової іммобілізації щелеп бронзово-алюмінієвим або сталієм дротом за Айві
5. Міжщелепне лігатурне зв'язування зубів-антагоністів для тимчасової іммобілізації щелеп бронзово-алюмінієвим або сталієм дротом за Вільга

### 64.4.4. Епітетика - це:

1. Розділ стоматології, який вивчає особливості оклюзійних взаємовідношень в нормі та при зубо-щелепних деформаціях
2. Розділ ортопедичної стоматології, який вивчає матеріалознавство, технології зубних протезів та апаратів
3. Розділ ортопедичної стоматології, який вивчає профілактику, діагностику та ортопедичне лікування пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, які виникли після травми, поранень або оперативних втручань
4. Сфера медицини, яка займається створенням лицевих екзопротезів для пацієнтів з вадами зовнішніх органів, як вроджених, так і набутих - через травми, хірургічні втручання тощо

### 65.4.1+3. Сучасні лицеві екзопротези (епітези) виготовляють із:

1. Твердої та м'якої акрилової пластмаси та фіксують до прилеглих тканин за допомогою окулярів
2. Золотих та срібних сплавів, скла
3. Спеціалізованого високоякісного А-силікону, акрилатів гарячої полімеризації, допоміжних матеріалів та фіксують до прилеглих тканин внутрішньокістковими імплантатами
4. Воску, глини, слонової кістки, шкарлупи кокосового горіха



#### 66.4.1. Пацієнту із повною втратою носа проведено:



1. Епітез носа із фіксацією екзопротеза внутрішньокістковими гвинтовими та пластинчастими імплантатами
2. Пластику носа із використанням алотрансплантата
3. Пластику носа із фіксацією за допомогою окулярів
4. Епітез носа із фіксацією екзопротеза субперіостальними імплантатами



#### 67.3.1. Для реабілітації пацієнта із субтотальною резекцією верхньої щелепи для заміщення дефекту застосовано:



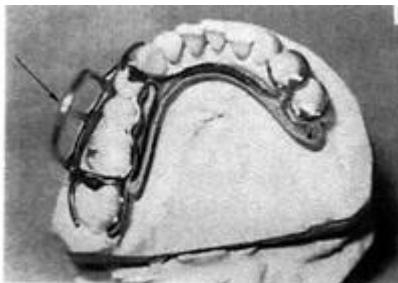
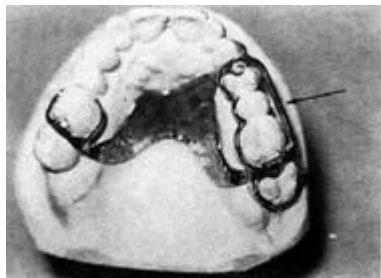
1. Повний резекційний протез-обтуратор, який складається із обтураційної та полегшеної альвеолярної частини, відокремлює порожнину носа від ротової порожнини, покращує функціональні та естетичні якості
2. Повний протез-обтуратор за Рябовим, який відокремлює порожнину носа від ротової порожнини, покращує функціональні та естетичні якості
3. Повний протез-обтуратор за Келлі-Варесом, який відокремлює порожнину носа від ротової порожнини, покращує функціональні та естетичні якості

**68.4.1. При реабілітації пацієнта після часткової правосторонньої мандибулектомії для забезпечення функціональних рухів щелепи та оклюзійного контакту на інтактній стороні зубного ряду показано:**



1. Суцільнолітій знімні кламерні конструкції на обидві щелепи: на верхню - із направляючою поверхнею, на нижню - із щічною пластинкою для забезпечення опори та стабілізації зміщеного фрагмента нижньої щелепи
2. Частковий знімний пластинковий протез на нижню щелепу із подвійним зубним рядом
3. Частковий знімний пластинковий протез на нижню щелепу

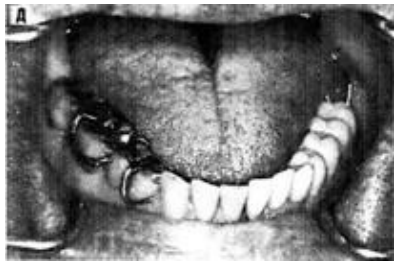
4. Розбірний частковий знімний пластинковий протез на нижню щелепу



**69.4.4. При реабілітації пацієнта після часткової маргінальної мандибулектомії із збереженням нормальних рухів нижньої щелепи рекомендовано:**

1. Протез-обтуратор за Келлі-Варесом
2. Розбірний частковий знімний пластинковий протез на нижню щелепу та опорно-утримувальними кламерами на достатній кількості опорних зубів
3. Частковий знімний протез на нижню щелепу із подвійним зубним рядом та опорно-утримувальними кламерами на достатній кількості опорних зубів

4. Частковий знімний протез на нижню щелепу традиційної конструкції із функціонально-оформленими межами об'ємного базису та розгалуженою системою опорно-стабілізуючих механічних кріплень на достатній кількості опорних зубів



### Особливості виготовлення зубних протезів із опорою на імпланти

- 1.5.2. Вкажіть допустиму відстань від імплантату до каналу нижньої щелепи і нижнього альвеолярного нерва:

1. 0,7 мм
2. 2 мм
3. 0,8 мм
4. 0,5 мм
5. 0,45 мм

- 2.5.1. Вкажіть допустиму відстань від дистальної поверхні імплантату до підборідного отвору:

1. 5 мм
2. 2 мм
3. 1 мм
4. 2,5 мм
5. 1,45 мм

**3.5.2. Вкажіть допустиму відстань від імплантату до дна гайморової пазухи:**

1. 2,7 мм
2. 0-2 мм
3. 3,8 мм
4. 2,5 мм
5. 4,45 мм

**4.5.5. Вкажіть допустиму відстань від імплантату до дна носа:**

1. 0,7 мм
2. 1 мм
3. 0,8 мм
4. 0,5 мм
5. 0-2 мм

**5.5.1. Вкажіть допустиму відстань від імплантату до різцевого каналу:**

1. 2 мм
2. 1 мм
3. 0,8 мм
4. 0,5 мм
5. 0,45 мм

**6.4.2. На малюнку зображений:**



1. Субперіостальний імплантат
2. Внутрішньокістковий гвинтовий імплантат спіральної форми SPI
3. Пластинчастий імплантат
4. Трансмандибулярний імплантат

**7.4.3. На малюнку зображений:**



1. Субперіостальний імплантат
2. Пластинчастий імплантат
3. Внутрішньокістковий гвинтовий імплантат циліндричної форми ATID
4. Трансмандибулярний імплантат

**8.5.1. Під терміном "стандартне функціональне протезування на денціальних імплантатах" слід розуміти:**

1. Протезування у повноцінному оклюзійному контакті з зубами-антагоністами, що проводиться через 3 місяці на нижній та через 6 місяців на верхній щелепі з моменту встановлення денціальних імплантатів

2. Безпосередню фіксацію зубного протеза під час імплантації (в операційній)
3. Фіксацію незнімного протеза на тимчасовий цемент
4. Спосіб протезування, при якому процеси перебудови кісткової тканини та слизової оболонки проходять при жувальному навантаженні
5. Протезування, що проводиться через 1-2 тижні після імплантації

#### **9.5.3+5. Раннє функціональне протезування на дентальних імплантатах передбачає:**

1. Протезування, що проводиться через 4-6 місяців після імплантації
2. Безпосередню фіксацію зубного протеза під час імплантації (в операційній)
3. Спосіб протезування, при якому процеси перебудови кісткової тканини та слизової оболонки навколо дентальних імплантатів проходять при жувальному навантаженні
4. Спосіб протезування, при якому процеси перебудови кісткової тканини та слизової оболонки проходять при жувальному навантаженні.
5. Протезування у повноцінному оклюзійному контакті з зубами-антагоністами, що проводиться через 48 годин, але не пізніше ніж через 3 місяці з моменту встановлення імплантатів

#### **10.5.2. Безпосереднє нефункціональне протезування на дентальних імплантатах передбачає:**

1. Протезування, що проводиться через 4-6 місяців після імплантації
2. Безпосередню фіксацію зубного протеза під час імплантації (в операційній або не пізніше 48 годин після операції) без оклюзійних контактів з антагоністами та без апроксимальних контактів
3. Фіксацію незнімного протеза на тимчасовий цемент
4. Фіксацію формувача ясен під час імплантації (в операційній або не пізніше 48 годин після операції)
5. Протезування, що проводиться через 3-4 тижні після імплантації

#### **11.5.2. Місцеві протипоказання до застосування ортопедичного лікування з використанням дентальних імплантатів:**

1. Захворювання серцево-судинної системи, крові, печінки, нервово-психічні, інфекційні, алергічні захворювання, новоутворення, імунопатологічні стани, гормональні порушення
2. Захворювання слизової оболонки порожнини рота, остеомієліт щелепних кісток, захворювання скронево-нижньощелепних суглобів, невралгічні захворювання, виражені аномалії прикусу, макрогლოსія, парафункції, стан після хіміо- та радіотерапії щелепно-лицевої ділянки
3. Безпосереднє видалення зуба
4. Кінцевий дефект зубного ряду
5. Значна кількість включених дефектів зубних рядів

### **12.5.1. Загальні протипоказання до застосування ортопедичного лікування з використанням дентальних імплантатів:**

1. Захворювання серцево-судинної системи, крові, печінки, нервово-психічні, інфекційні, алергічні захворювання, новоутворення, імунопатологічні стани, гормональні порушення
2. Захворювання слизової оболонки порожнини рота, остеомієліт щелепних кісток, захворювання скронево-нижньощелепних суглобів, невралгічні захворювання, виражені аномалії прикусу, макрогловія, парафункції, стан після хіміо- та радіотерапії щелепно-лицевої ділянки
3. Бруксизм
4. Значна кількість включених дефектів зубних рядів
5. Безпосереднє видалення зуба

### **13.8.1+3+5+7+8. Показання для застосування ортопедичного лікування з використанням дентальних імплантатів:**

1. Кінцеві дефекти зубних рядів
2. Бруксизм
3. Наявність поодинокі розташованих зубів
4. Цукровий діабет
5. Значна кількість включених дефектів зубних рядів
6. Дефекти коронкових частин зубів
7. Наявність значних за протяжністю включених дефектів зубних рядів
8. Повна відсутність зубів на щелепах

### **14.5.1+2+5. Абсолютні протипоказання до застосування ортопедичного лікування з використанням дентальних імплантатів:**

1. Захворювання сполучної тканини
2. Захворювання крові
3. Кінцевий дефект зубного ряду
4. Дефекти коронкових частин зубів
5. Наявність кардіостимулятора

### **15.8.1+3+5+8. Відносні протипоказання до застосування ортопедичного лікування з використанням дентальних імплантатів:**

1. Патологічний прикус
2. Захворювання сполучної тканини
3. Патологія тканини пародонту
4. Безпосереднє видалення зуба
5. Незадовільний стан гігієни ротової порожнини
6. Значна кількість включених дефектів зубних рядів
7. Захворювання крові
8. Передракові захворювання

### **16.6.1+3+4+5+6. Планування ортопедичного лікування з використанням дентальних імплантатів обов'язково передбачає:**

1. Обстеження у загального лікаря-терапевта з отриманням висновку про відсутність протипоказань
2. Визначення рН ротової рідини
3. Аналіз діагностичних моделей в артикуляторі
4. Обстеження у лікаря-пародонтолога з отриманням висновку про відсутність протипоказань
5. Воскове моделювання репродукцій майбутніх конструкцій зубних протезів, індексний перенос цих репродукцій в рентгеноконтрастні конструкції скан-протезів, або виготовлення акрилових кап-позиціонерів з циліндричними каналами по центру змодельованих штучних зубів діаметром 2,0-2,05 мм, з подальшим їх наповненням рентген-контрастною речовиною
6. Рентгенологічні дослідження: конусно-променева комп'ютерна томографія планування зубного протезування і розташування в кістці альвеолярного відростка дентальних імплантатів з використанням комп'ютерних програм, затвердження типу конструкції зубного протеза, положення імплантатів на консилиумі ортопеда-стоматолога, хірурга-стоматолога, зубного техника, письмове затвердження плану лікування пацієнтом, з подальшим виготовленням навігаційних хірургічних шаблонів з титановими направляючими втулками для повного протоколу свердлення та встановлення імплантатів через шаблон або акрилових кап-позиціонерів для пілотного свердлення

### **17.6.1+3+5+6. Властивості сплаву титану Grade 6 (Ti-6Al-4V ELI), який використовується для виготовлення сучасних конструкцій дентальних імплантатів:**

1. Біоінертність
2. Біоактивність
3. Утворення захисної оксидної плівки (пасивація поверхні)
4. Високий вміст золота
5. Відсутність канцерогенних властивостей
6. Висока корозійна стійкість

### **18.5.2. Безпосереднє протезування на дентальних імплантатах з функціональним навантаженням передбачає:**

1. Протезування, що проводиться через 4-6 місяців після імплантації
2. Безпосередня фіксація зубного протеза під час імплантації (в операційній або не пізніше 48 годин після операції) в оклюзійному контакті з антагоністами та з апроксимальними контактами
3. Фіксація незнімного протеза на тимчасовий цемент



4. Фіксація формувача ясен під час імплантації (в операційній або не пізніше 48 годин після операції)
5. Протезування, що проводиться через 3-4 тижні після імплантації

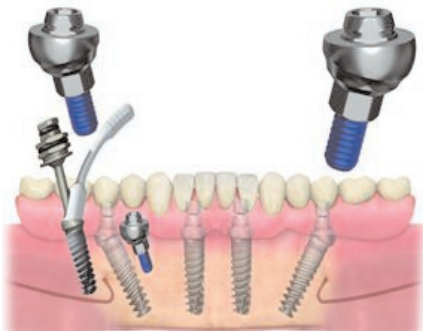
**19.5.2. Відстрочене протезування на дентальних імплантатах з функціональним пізнім навантаженням передбачає:**

1. Протезування, що проводиться через 2-4 місяці після імплантації
2. Протезування у повноцінному оклюзійному контакті з антагоністами, що проводиться у строк понад 3 місяці на нижній та понад 6 місяців на верхній щелепі з моменту встановлення дентальних імплантатів
3. Фіксація незнімного протеза на тимчасовий цемент
4. Протезування у повноцінному оклюзійному контакті з антагоністами, що проводиться у строк через 3 місяці на нижній та 6 місяців на верхній щелепі з моменту встановлення дентальних імплантатів
5. Протезування, що проводиться через 3-4 тижні після імплантації

**20.5.1. Планування виготовлення умовно-знімної конструкції мосто-подібного протеза з консольним витягінням до 10 мм в ділянці перших молярів з опорою на дентальні імплантати на верхній беззубій щелепі можливе за наступних умов:**

1. Мінімум 6 гвинтових імплантатів та за наявності першого, другого або третього типу кісткової тканини за Мішем
2. Мінімум 6 гвинтових імплантатів та за наявності четвертого типу кісткової тканини за Мішем
3. Мінімум 4 гвинтових імплантатів та за наявності четвертого типу кісткової тканини за Мішем
4. Мінімум 2 лезоподібних імплантати та за наявності четвертого типу кісткової тканини за Мішем
5. Мінімум 6 ендодонто-ендоосальних імплантатів та за наявності першого, другого або третього типу кісткової тканини за Мішем

**21.6.6. Який протетичний елемент для протезування на дентальних імплантатах зображено на малюнку:**



1. Прямий подовжений абатмент
2. Кутовий абатмент
3. Абатмент з кулькоподібним аттачментом для покривного повного знімного протезування
4. Абатмент з Альфа Лок аттачментом для покривного повного знімного протезування
5. Абатмент TSA для виготовлення знімних конструкцій зубних протезів

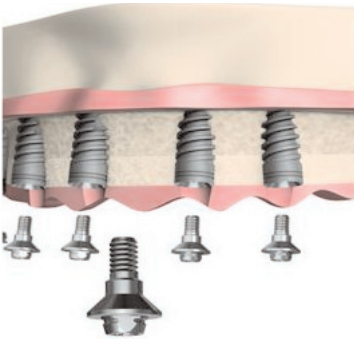


- Альфа юниверс мульті юніт абатменти для виготовлення конструкцій зубних протезів з опорою на дентальні імплантати, розташовані під кутом  $17^\circ$  та  $30^\circ$

### 22.5.2. Ендоосальна імплантація - це:

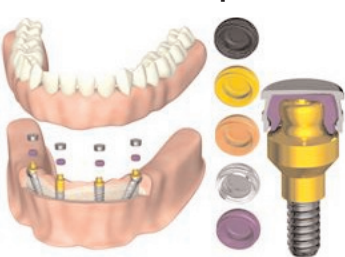
- Суцільнолитий штифт з різними елементами фіксації після його введення у кісткову тканину через канал кореня зуба
- Введення коренеподібного дентального імплантату безпосередньо у кісткову тканину альвеолярного відростка, при цьому наріжна геометрія імплантату може бути різною - у вигляді спіралі, циліндра, конуса
- Введення індивідуально виготовленої конструкції імплантату під слизово-окісний клапоть
- Введення магнітів під слизову оболонку навпроти відповідно розташованих магнітів в базисі знімного протеза
- Введення металевих імплантатів кнопкового типу в слизову оболонку на альвеолярному відростку

### 23.6.5. Який протетичний елемент для протезування на дентальних імплантатах зображено на малюнку:



- Прямий подовжений абатмент
- Кутовий абатмент
- Абатмент з кулькоподібним аттачментом для покривного повного знімного протезування
- Абатмент з Альфа Лок аттачментом для покривного повного знімного протезування
- Абатмент ТСТ для виготовлення умовно-знімних конструкцій зубних протезів з гвинтовою фіксацією
- Альфа юниверс мульті юніт абатмент для виготовлення конструкцій зубних протезів з опорою на дентальні імплантати, розташовані під кутом  $17^\circ$  та  $30^\circ$

### 24.6.4. Який протетичний елемент для протезування на дентальних імплантатах зображено на малюнку:



- Прямий подовжений абатмент
- Кутовий абатмент
- Абатмент з кулькоподібним аттачментом для покривного повного знімного протезування
- Абатмент з Альфа Лок аттачментом для покривного повного знімного протезування

- Абатмент ТСТ для виготовлення умовно-знімних конструкцій зубних протезів з гвинтовою фіксацією
- Альфа юниверс мульті юніт абатмент для виготовлення конструкцій зубних протезів з опорою на дентальні імплантати, розташовані під кутом  $17^\circ$  та  $30^\circ$

### 25.5.1. На малюнку зображено:



- Прилад для визначення коефіцієнта стабільності дентального імплантату та його остеоінтеграції
- Гнатодинамометр
- Електроміограф
- Прилад для функціональної оклюзіографії
- Прилад для вимірювання гальванічного струму в порожнині рота

### 26.5.2+4+5. Із яких конструктивних частин складаються імплантати:

- Внутрішньопульпарної частини
- З шийки імплантату
- Штифтової частини
- З головки або абатмента
- З кореневої частини

### 27.5.5. Методика безпосередньої імплантації передбачає:

- Протезування, що проводиться через 4-6 місяців після імплантації
- Безпосередня фіксація зубного протеза під час імплантації (в операційній)
- Фіксація незнімного протеза на тимчасовий цемент
- Протезування, що проводиться через 1-2 тижні після імплантації
- Проведення дентальної імплантації безпосередньо з видаленням зуба одразу в його лунку або у строк до 7 днів після видалення

### 28.5.4. В чому полягає одноетапна імплантація?

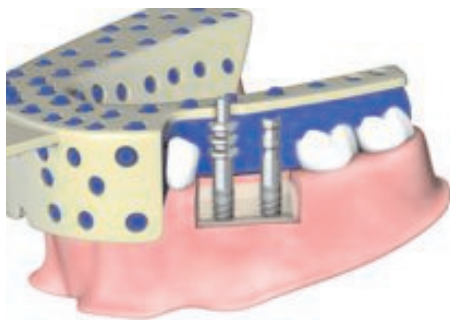
- Розташування в кістковому ложі кореневої частини імплантату за умови його ізоляції від ротової порожнини
- Спочатку розташовують в кістковому ложі кореневу частину імплантату за умови його ізоляції від ротової порожнини, а після її остеоінтеграції проводять з'єднання кореневої і коронкової частин імплантатів (абатментів) за допомогою гвинта

3. Кореневу частину імплантату розташовують у кістковому ложі, його головка не виступає у ротову порожнину, а залишається під слизовою оболонкою
4. Кореневу частину імплантату розташовують у кістковому ложі, а його головка (або абатмент, формувач ясен) виступає у ротову порожнину
5. З'єднання кореневої і коронкової частин імплантатів (абатментів) за допомогою гвинта

### 29.5.2. В чому полягає методика двоетапної імплантації?

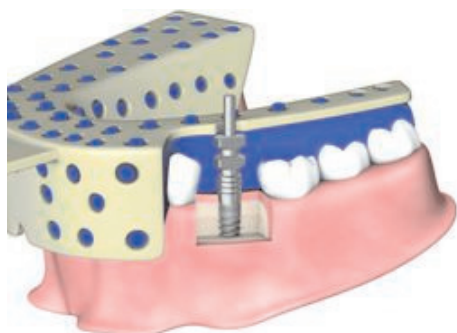
1. Кореневу частину імплантату розташовують у кістковому ложі, а його головка виступає у ротову порожнину
2. Спочатку розташовують в кістковому ложі кореневу частину дентального імплантату, встановлюють заглушку та ушивають рану наглухо, за умови ізоляції імплантату від ротової порожнини слизовою оболонкою та окістям, а після періоду остеоінтеграції проводять другий хірургічний етап з розкриття імплантату із встановленням формувача ясен та подальшим встановленням абатменту і зубного протеза
3. Кореневу частину імплантату розташовують у кістковому ложі, а його головка не виступає у ротову порожнину, а залишається під слизовою оболонкою
4. Розташування в кістковому ложі кореневої частини імплантату за умови його ізоляції від ротової порожнини
5. З'єднання кореневої і коронкової частин імплантатів (абатментів) за допомогою гвинта

### 30.5.3. Вкажіть техніку зняття відбитків з опорних зубів та дентальних імплантатів, яку було використано в ситуації, представленій на даному малюнку:



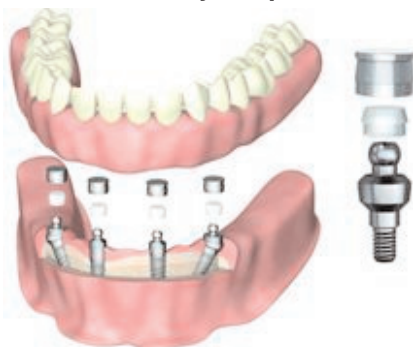
1. Техніку закритої ложки
2. Техніку відкритої ложки
3. Комбіновану техніку відкритої і закритої ложки, одноетапний, двошаровий силіконовий відбиток
4. Техніку закритої ложки, альгінатний двошаровий відбиток
5. Комбіновану техніку, цинкокси-девенгольним матеріалом

**31.5.2. Яку техніку зняття відбитків з опорних зубів та дентальних імплантатів було використано в ситуації, представлений на даному малюнку:**



1. Техніку закритої ложки
2. Техніку відкритої ложки, одноступінчастий двошаровий відбиток
3. Комбіновану техніку відкритої і закритої ложки
4. Техніку закритої ложки, альгінатний двошаровий відбиток
5. Комбіновану техніку, цинкооксид-дегенольним матеріалом

**32.5.1. На малюнку зображено:**



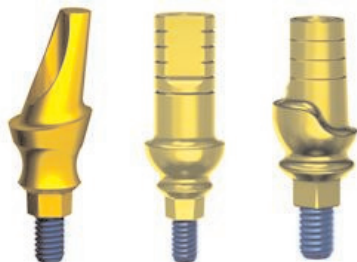
1. Абатмент з кулькоподібним аттачментом для повного знімного покривного протеза
2. Пластинчатий імплантат
3. Лабораторний аналог імплантату
4. Формувач ясен
5. Абатмент для виготовлення коронки

**33.5.4. При заміщенні включених дефектів зубних рядів коронками на імплантатах для попередження перенавантаження слід виготовляти протез, оклюзійна поверхня якого має такий зазор з антагоністами:**

1. 3 мкм
2. 20 мкм
3. 50 мкм
4. 80-100 мкм
5. 180-210 мкм

**34.5.4. На малюнку зображено:**

1. Абатмент для перекриваючого протеза
2. Формувач ясен
3. Аналог імплантату
4. Абатмент для фіксації коронки за допомогою цементу
5. Абатмент для фіксації коронки за допомогою гвинта



### 35.5.2. На малюнку зображено:

1. Абатмент для виготовлення коронки
2. Аналог імплантату
3. Формувач ясен
4. Пластинчастий імплантат
5. Абатмент для перекриваючого протеза

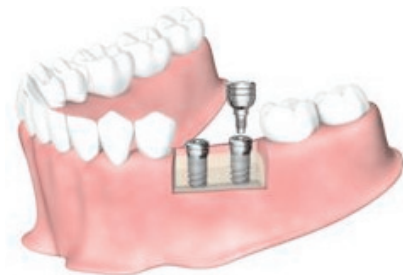


### 36.5.5. На малюнку зображено:

1. Аналог імплантату
2. Пластинчастий імплантат
3. Абатмент для перекриваючого протеза
4. Абатмент для виготовлення коронки
5. Динамометричний ключ



### 37.5.4. На малюнку зображено:



1. Абатмент для перекриваючого протезу
2. Пластинчастий імплантат
3. Аналог імплантату
4. Формувач ясен
5. Абатмент для виготовлення коронки

### 38.5.2. Для адекватної остеointegraції необхідна товщина кісткової тканини навколо дентального імплантату має дорівнювати або перевищувати:

1. 0,7 мм
2. 1,5-2,0 мм
3. 0,8 мм
4. 0,5-0,9 мм
5. 0,45 мм

### 39.5.4. Для адекватної остеointegraції необхідна мінімальна відстань між платформами дентальних імплантатів має бути не менше ніж:

1. 1,1 мм
2. 1 мм
3. 0,9 мм
4. 3,0 мм
5. 1,2 мм

**40.4.1. Для вирішення проблеми тимчасового протезування (на період остеоінтеграції внутрішньокісткової частини двоетапного імплантату) при повній втраті зубів більш раціональним є:**

1. Встановлення допоміжних тимчасових імплантатів для виготовлення тимчасових знімних або незнімних протезів
2. Виготовлення знімних протезів до операції імплантації
3. Зняття відбитків для виготовлення знімних протезів відразу після операції імплантації
4. Зняття відбитків для виготовлення знімних протезів під час операції імплантації

**41.5.1. Максимально швидке протезування знімними протезами з опорою на тимчасові імплантати можливе:**

1. Через добу після імплантації або в операційній
2. Через дві доби після імплантації
3. Через 2-3 доби після імплантації
4. Через 8-10 діб після зняття швів
5. Через 2-3 місяці після імплантації

**42.5.1+2+3+5. При виборі кількості імплантатів при зубному протезуванні вирішальну роль відіграють такі фактори:**

1. Топографія дефекту зубного ряду і його величина
2. Спосіб протезування
3. Об'єм кісткової тканини в місті імплантації
4. Можливість застосування техніки зняття відбитка методом відкритої ложки
5. Архітектоніка кісткової тканини в місті імплантації та первинна фіксація імплантатів

**43.5.1+4. Фактори, що впливають на терміни виключення імплантату з функції (при методиці двоетапної імплантації):**

1. Тип архітектоніки кісткової тканини
2. Довжина імплантату
3. Термін зняття післяопераційних швів
4. Первинна фіксація імплантатів
5. Топографія кінцевих дефектів зубних рядів

**44.4.1. У чому полягає принцип імплантаційної ізотопії?**

1. Кількість встановлених імплантатів (X) повинна дорівнювати кількості відсутніх коренів зубів (N) мінус один:  $X = N - 1$
2. Кількість встановлених імплантатів залежить тільки від ступеня атрофії альвеолярного відростка

3. Кількість встановлених імплантатів обернено пропорційна об'єму кісткової тканини в місці імплантації
4. Кількість встановлених імплантатів залежить від топографії кінцевих дефектів зубних рядів

#### **45.5.1. В яких випадках можливе навантаження на імплантат безпосередньо після операції (при одноетапній методиці імплантації)?**

1. Якщо об'єм внутрішньокісткової частини імплантату дорівнює або перевищує 12 мм та імплантат був встановлений бікортикально, а також при I та II типах архітекtonіки кісткової тканини
2. Якщо об'єм внутрішньокісткової частини імплантату дорівнює або перевищує 10 мм та імплантат був встановлений бікортикально, а також при III та IV типах архітекtonіки кісткової тканини
3. Якщо об'єм внутрішньокісткової частини імплантату менше ніж 12 мм та імплантат був встановлений міжкортикально, а також при III та IV типах архітекtonіки кісткової тканини
4. Якщо об'єм внутрішньокісткової частини імплантату дорівнює або перевищує 7 мм та імплантат був встановлений міжкортикально. За умов регресивної трансформації кістки
5. Якщо об'єм внутрішньокісткової частини імплантату дорівнює або перевищує 6 мм та імплантат був встановлений бікортикально, а також при I та II типах архітекtonіки кісткової тканини

#### **46.5.2+3+4+5. За типом фіксації конструкцій на імплантатах зубні протези поділяють на:**

1. Знімні пластинкові протези з фіксацією на адгезивний гель
2. Умовно-знімні зубні протези (фіксація за допомогою гвинтів)
3. Комбіновані (фіксація на опорних зубах за допомогою цементу, на імплантатах - за допомогою гвинтів)
4. Балочні супраконструкції (для фіксації повних знімних покривних зубних протезів за допомогою замкового кріплення)
5. Мостоподібні незнімні протези (фіксація за допомогою цементу)

#### **47.5.3. Комбінована фіксація протезів на імплантатах - це:**

1. Фіксація за допомогою цементу
2. Фіксація за допомогою гвинтів
3. Фіксація на опорних зубах за допомогою цементу, на імплантатах - за допомогою гвинтів
4. Фіксація повних знімних зубних протезів за допомогою замкового кріплення
5. Фіксація на адгезивний гель

**48.5.2. При відновленні цілісності зубного ряду по перші моляри включно за повної відсутності зубів за допомогою незнімної конструкції зубного протеза з опорою на імплантати слід застосувати:**

1. 12 циліндричних імплантатів, розташованих в ділянці різців, ікл
2. 6 гвинтових імплантатів, розташованих в ділянці різців, ікл та перших молярів
3. 3 лезоподібних імплантати, розташованих в ділянці різців, ікл
4. 2 дискових імплантати за G. Scortecci
5. 5 циліндричних імплантатів, розташованих в ділянці молярів

**49.5.3. При відновленні зубного ряду по другі моляри включно за повної відсутності зубів за допомогою незнімної конструкції зубного протеза з опорою на імплантати слід застосувати:**

1. 12 циліндричних імплантатів, розташованих в ділянці різців, ікл
2. 3 лезоподібних імплантати, розташованих в ділянці різців, ікл
3. 8 гвинтових імплантатів, розташованих в ділянці різців, ікл, других пре-молярів, а також других молярів
4. 2 дискових імплантати за G. Scortecci
5. 5 циліндричних імплантатів, розташованих в ділянці молярів

**50.5.3. При відновленні зубного ряду по другі моляри включно за повної відсутності зубів за допомогою умовно-знімної конструкції зубного протеза з опорою на імплантати слід застосувати:**

1. 3 лезоподібних імплантати, розташованих в ділянці різців, ікл
2. 2 дискових імплантата за G. Scortecci
3. 8 гвинтових імплантантів, розташованих в ділянці різців, ікл, других пре-молярів, а також других молярів
4. 12 циліндричних імплантатів, розташованих в ділянці різців, ікл
5. 5 циліндричних імплантатів, розташованих в ділянці молярів

**51.5.1. При відновленні зубного ряду по перші моляри включно за повної відсутності зубів за допомогою умовно-знімної конструкції зубного протеза з опорою на імплантати слід застосувати:**

1. 6 гвинтових імплантатів, розташованих в ділянці різців, ікл та перших молярів
2. 12 циліндричних імплантатів, розташованих в ділянці різців, ікл
3. 3 лезоподібних імплантати, розташованих в ділянці різців, ікл
4. 2 дискових імплантати за G. Scortecci
5. 5 циліндричних імплантатів, розташованих в ділянці молярів



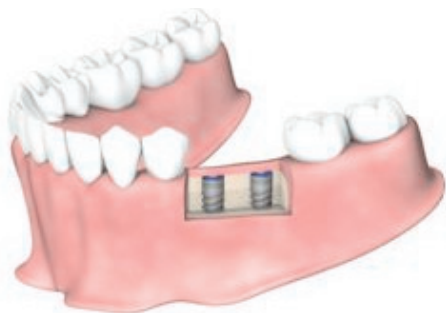
**52.5.1. Під час виготовлення умовно-знімної конструкції протеза з консольними частинами в ділянках перших молярів з опорою на імплантати на нижній беззубій щелепі слід застосувати:**

1. Мінімум 4 гвинтових імплантати
2. Мінімум 2 гвинтових імплантати
3. Мінімум 3 гвинтових імплантати
4. Мінімум 2 лезоподібних імплантати
5. Мінімум 5 ендодонто-ендоосальних імплантатів

**53.5.4. Для адекватної остеоінтеграції необхідна мінімальна відстань між дентальним імплантатом та коренем зуба має бути не менше ніж:**

1. 1,1 мм
2. 1 мм
3. 0,9 мм
4. 1,5 мм
5. 1,2 мм

**54.5.2. Який тип дентальної імплантації зображено на малюнку:**



1. Субперіостальну імплантацію
2. Ендоосальну імплантацію
3. Ендодонто-ендоосальну імплантацію
4. Субмукозну імплантацію
5. Інсерт-імплантацію

## Ситуаційні задачі

**1.5.1. Пацієнт 18 років скаржиться на біль та клацання в СНЩС справа під час відкривання рота. Із анамнеза: 4 роки потому отримав удар в нижню щелепу зліва, від якого певний час відмічав біль в навколотовушно-жувальних ділянках справа та зліва. Об'єктивно: біль при пальпації дистальної поверхні правого СНЩС через зовнішній слуховий прохід, відхилення нижньої щелепи під час відкривання рота вправо на 1,5 см, асиметрія обличчя внаслідок відхилення підборіддя вправо. Зубні ряди інтактні, в центральній оклюзії рівномірні множинні оклюзійні контакти, зміщення серединної міжрізцевої лінії вправо на 0,5 мм. Який найбільш імовірний діагноз?**

1. Больова м'язово-суглобова дисфункція
2. Гострий артрит правого скронево-нижньощелепного суглоба
3. Вивих нижньої щелепи
4. Перелом виросткових відростків нижньої щелепи
5. Деформівний остеоартроз

**2.5.4. Пацієнтка 45 років звернулась із скаргою на клацання у скронево-нижньощелепних суглобах на початку відкривання та в кінці закривання рота. Об'єктивно: нижня третина обличчя вкорочена, глибокий травмуючий прикус, двобічні кінцеві дефекти зубних рядів нижньої та верхньої щелеп, медіально обмежені першими премолярами. Пальпація дистальної поверхні СНЩС через зовнішній слуховий прохід болісна. Яка імовірна причина зумовила дане ускладнення?**

1. Бруксизм
2. Вживання твердої їжі
3. Вік пацієнтки
4. Втрата бокових опорних зубів та зниження висоти прикусу
5. Патологія прикусу

**3.4.3. Пацієнтка 38 років звернулась із скаргами на біль в СНЩС зліва, клацання в суглобі справа, асиметрію обличчя внаслідок зміщення підборіддя вправо. Об'єктивно: прикус ортогнатичний з глибоким різцевим перекриттям, зміщення нижньої щелепи вправо на ширину нижнього різця. В ділянках бокових зубів нижньої щелепи наявні мостоподібні протези справа і зліва. На томограмі СНЩС - в положенні звичної оклюзії зліва звуження задньосуглобової щілини, права суглобова головка деформована та сплюснена. Тактика лікаря щодо плану лікування:**

1. Виготовлення зубо-ясенної шини Ванкевич на верхню щелепу
2. Виготовлення наясенної шини Лімберга

3. Виготовлення репозиційної шини для переміщення нижньої щелепи вліво, виготовлення нових мостоподібних протезів у правильному положенні нижньої щелепи.
4. Міогімнастика

**4.4.1. У пацієнта 18 років, студента, скарги на стискання зубів в нічний час, особливо під час складання іспитів, біль в навколотовушно-жувальній ділянці справа та зліва. Об'єктивно: стирання зубів I-II ступеня, на язичку - відбитки зубів, больова чутливість при пальпації жувальних м'язів. На ЕМГ- активність жувальних м'язів у фізіологічному спокої та при максимальному стисканні зубів. Поставте діагноз.**

1. Парафункція жувальних м'язів
2. Міозит жувальних м'язів
3. Міогенний остеоартроз
4. Нейром'язовий синдром

**5.5.2+3+4. Пацієнт 40 років із дисфункцією СНЩС звернувся за допомогою до лікаря-стоматолога. Які причини виникнення стоматоневрологічних симптомів?**

1. Карієс та його ускладнення
2. Зниження висоти прикусу
3. Порушення функціональної оклюзії
4. Супраконтакти на окремих зубах
5. Захворювання тканин пародонту

**6.5.3. У клініку звернувся пацієнт К., 45 років, зі скаргами на поширений біль в ділянці правого скронево-нижньощелепного суглоба з іррадіацією у вухо, сильний головний біль, слабкість, підвищення температури до 38°C. Біль посилюється при найменшому намаганні відкрити рот. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок набряку в ділянці правого скронево-нижньощелепного суглоба, шкіра в цій ділянці гіперемована, пальпація суглоба спричиняє різкий біль. Відкривання рота обмежене - 10-15 мм. Який правильний діагноз?**

1. Парафункція жувальних м'язів
2. Деформівний артроз лівого скронево-нижньощелепного суглоба
3. Гострий артрит правого скронево-нижньощелепного суглоба
4. Перелом нижньої щелепи
5. Міогенний остеоартроз

**7.5.2. Пацієнт К., 28 років, звернувся в клініку із скаргами на відколи керамічного облицювання в ділянці ріжучого краю металокерамічних коронок на 24, 25 зубах. Об'єктивно: в центральній оклюзії - рівномірний оклюзійний контакт зубів, в лівій боковій оклюзії - контакт ріжучого краю штучних коронок на 24, 25 зубах, відсутність контакту ікл внаслідок стирання їх ріжучого краю. Яка тактика лікаря щодо усунення та подальшого запобігання виникненню даного ускладнення?**

1. Замінити металокерамічні коронки на 24, 25 зубах на пластмасові
2. Відновити контакт іклів в боковій оклюзії шляхом реставрації ріжучого краю ікла композитом або штучною короною, заміна коронок на 24, 25 зубах із перевіркою оклюзійних співвідношень в артикуляторі
3. Замінити коронки на 24, 25 зубах
4. Замінити металокерамічні коронки на 24, 25 зубах на металеві
5. Дезоклюзійна шина на ніч

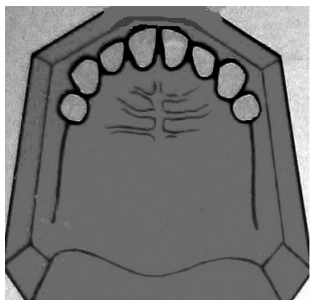
**8.5.2. Пацієнтка Р., 35 років, звернулась в клініку із скаргами на відколи керамічного облицювання мостоподібного протеза з опорою на 45, 47 зуби. Об'єктивно: в центральній оклюзії - деформація оклюзійної кривої в ділянці 46, 47 зубів. Блокування висунення нижньої щелепи вперед 47, 46 штучними зубами. Найімовірнішою причиною відколів керамічного облицювання з коронок є:**

1. Незадовільна якість литва
2. Супраконтакти на 46, 47 зубах, які блокують артикуляційні рухи нижньої щелепи
3. Парафункції жувальних м'язів
4. Металокерамічний протез виготовлено з порушенням технології
5. Порушення правил препарування опорних зубів під мостоподібний протез

**9.4.3. Пацієнт Н., 43 роки, під час користування бюгельним протезом почав скаржитись на біль слизової оболонки протезного ложа в ділянці проходження дуги протеза. Об'єктивно: відмічається надмірне занурення дуги бюгельного протеза в слизову оболонку протезного ложа з утворенням декубітальної виразки, слизова гіперемована, набрякла. Які порушення технології виготовлення бюгельного протеза призвели до таких наслідків?**

1. Відсутність опорних елементів в каркасі бюгельного протеза, зменшення площі базиса та потовщення дуги
2. Деформація воскової репродукції каркаса бюгельного протеза під час знімання її з моделі, значна усадка литва
3. Моделювання базису протеза без попереднього нанесення прошарку бюгельного воску на моделі в ділянках проходження дуги та базисних сіток
4. Неправильна постановка штучних зубів із значним підвищенням висоти прикусу

**10.4.4. Пацієнт К., 40 років, звернувся з приводу протезування зубів. Об'єктивно: на верхній щелепі - двобічні дистально необмежені дефекти зубного ряду. Зуби інтактні, стійкі, коронки високі. Яка конструкція протеза найбільш раціональна в даному випадку?**

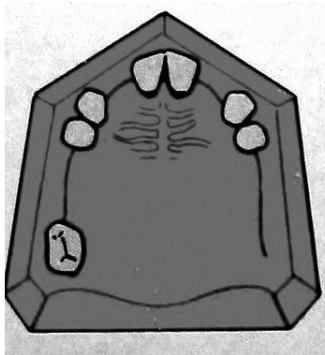


1. Консольні протези із збільшенням кількості опорних зубів
2. Мостоподібні протези
3. Часткові знімні пластинкові протези з утримувальними кламерами
4. Бюгельні протези із опорно-утримувальними кламерами

**11.5.5. Пацієнт М., 50 років, звернувся з приводу протезування зубів. Об'єктивно: двобічні дистально необмежені дефекти зубного ряду на нижній щелепі (I клас за Кеннеді), збережені 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35 зуби інтактні, коронки високі, зуби мають рухомість I ступеня. Яку конструкцію зубного протеза краще застосувати:**

1. Пластинковий протез з утримувальними кламерами
2. Знімний мостоподібний протез
3. Імедіат-протез
4. Пластинковий протез з дентоальвеолярними кламерами
5. Бюгельний протез із шинуючими елементами

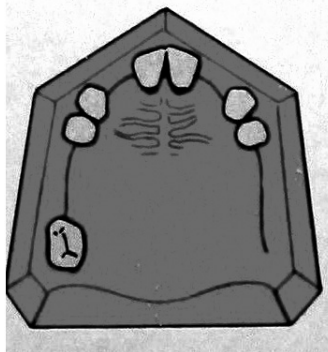
**12.5.1. Пацієнтка С., 32 роки, звернулася зі скаргами на відсутність зубів, естетичний та артикуляційний дефекти. Об'єктивно: відсутні 16, 15, 12, 22, 25, 26, 27 зуби. Рухомість 11, 21 зубів I-II ступеня, 14, 13, 23, 24 зуби - з каріозними порожнинами, стійкі, коронки високі. Яка конструкція протеза найраціональніша в естетичному та функціональному відношеннях:**



1. Шинування рухомих зубів мостоподібним протезом з опорою на 14, 13, 11, 21, 23, 24 зуби, штучна одиночна коронка на 17 зуб, бюгельний протез
2. Шинування рухомих зубів мостоподібним протезом з опорою на 17, 14, 13, 11, 21, 23, 24 із консоллю в ділянці 25 зуба
3. Частковий знімний пластинковий протез із кламерною фіксацією на 17, 14, 24 зубах
4. Бюгельний протез із опорно-утримувальними кламерами на 17, 14, 24 зубах
5. Частковий знімний пластинковий протез із дентоальвеолярними кламерами або пелотами у фронтальних відділах

дентоальвеолярними кламерами або пелотами у фронтальних відділах

**13.5.2. Пацієнтка А., 36 років, звернулася з метою протезування. Об'єктивно: відсутні 18, 17, 16, 15, 21, 25, 26, 27, 28, 38, 48 зуби; прикус ортогнатичний, слизова оболонка без видимих патологічних змін. Зуби, що залишилися, інтактні, високі, з добре вираженим екватором. 14, 21, 22 зуби змінили колір після ендодонтичного лікування. Пацієнтка ставить високі естетичні вимоги. Яка рекомендована ортопедична конструкція?**



1. Імедіат-протез
2. Мостоподібний металокерамічний протез з опорою на 14, 13, 12, 11, 22, 23, 24 зуби, бюгельний протез на замкових кріпленнях
3. Частковий знімний пластинковий протез із камерною фіксацією на 14, 24 зубах
4. Бюгельний протез із опорно-утримувальними кламерами на 14, 24 зубах
5. Бюгельний протез із гнутими кламерами на 14, 24 зубах

**14.5.3. Пацієнт 42 років скаржиться на металевий присмак, відчуття кислого при вживанні їжі, печію язика, порушення слиновиділення, головний біль, роздратованість, які з'явилися через 2 місяці після протезування металевими мостоподібними протезами. Об'єктивно: в ротовій порожнині металеві мостоподібні протези з опорою на 45, 47, 35, 37 зуби та коронки зі сплавів золота на 15, 16, 17 зуби. Бічні поверхні язика гіперемовані, спостерігається незначний набряк. Який метод обстеження найбільш інформативний для встановлення діагнозу?**

1. Визначення РН слини
2. Проба за Кулаженком
3. Вимірювання величини потенціалів металевих включень
4. Визначення мікроелементів слини
5. Загальний аналіз крові

**15.5.3. В клініку ортопедичної стоматології звернувся пацієнт зі скаргами на багаторазове розцементування металокерамічного мостоподібного протеза з опорою на 23, 25, 26 зуби. Опорні зуби депульповані та відпрепаровані за формою відтятого конуса зі значною конвергенцією стінок та з круговими уступами в ділянці шийок. Жувальна поверхня опорних зубів має вигляд рівної площини. Мостоподібний протез був зацементований фосфатним цементом. Назвіть причину розцементування протеза:**

1. Використання фосфатного цементу
2. Використання для опори 23 зуба
3. Надмірне препарування зубів зі значною конвергенцією стінок зуба

4. Наявність кругових уступів
5. Наявність прямого прикусу

**16.5.2. Під час припасування суцільнолитого каркасу мостоподібного протеза в клініці лікар-ортопед виявив дефекти литва в металевому каркасі у вигляді пористості та недоливу металу в найбільш потовщеній частині коронок і фасеток. Каркас відливався із КХС, ливники використовувались з воску "Восколіт-2". Який діаметр ливників потрібно використовувати для якісного відливання металевого каркаса?**

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

**17.5.1. До лікаря-ортопеда на прийом звернулася пацієнтка К, 32 років, зі скаргами на відсутність 24, 25 зубів та естетичний дефект. Об'єктивно: клінічні коронки 23, 26 зубів оптимальної висоти, стійкі, зміни в періапикальних тканинах на рентгенограмі відсутні. Лікарем було прийнято рішення щодо виготовлення металокерамічного мостоподібного протеза з опорою на 23, 26 зуби. Назвіть типи відбитків, отримання яких доцільно для виготовлення зазначеної конструкції?**

1. Двошаровий робочий відбиток з верхньої щелепи, анатомічний допоміжний відбиток з нижньої щелепи
2. Анатомічний робочий та допоміжний відбиток з обох щелеп
3. Робочі відбитки з верхньої та нижньої щелеп
4. Повний робочий відбиток з верхньої щелепи, частковий відбиток з нижньої щелепи
5. Часткові відбитки з обох щелеп

**18.5.5. Пацієнт В., 50 років, скаржиться на порушення пережовування їжі, косметичний дефект, біль від термічних та хімічних подразників, клацання у правому СНЩС. Об'єктивно: прикус прямий. Відсутні премоляри та перші моляри на верхній та на нижній щелепах. Решта зубів на верхній та нижній щелепах мають паталогічне стирання до половини довжини коронки. Міжальвеолярна висота знижена до 10 мм. Всі зуби стійкі. Яке ортопедичне лікування доцільне в даному випадку?**

1. Виготовлення часткових знімних протезів із металевим базисом
2. Виготовлення безспаячних мостоподібних протезів
3. Виготовлення суцільнолитих мостоподібних протезів із одночасним підвищенням висоти прикусу
4. Виготовлення бюгельних протезів
5. Виготовлення суцільнолитих мостоподібних протезів після відновлення оклюзійної висоти тимчасовими лікувально-діагностичними протезами

**19.5.5. Пацієнтці 25 років виготовлений металокерамічний мостоподібний протез для нижньої щелепи з опорою на 34 та 37 зуби. Під час його припасування виявлено недолік. Вкажіть, який саме:**

1. Промивна форма проміжної частини
2. Відсутність піднутріль
3. Наявність контактів із антагоністами
4. Наявність апроксимальних контактів з поряд розташованими зубами
5. Наявність щільного прилягання проміжної частини сідлоподібної форми до слизової оболонки альвеолярного відростка

**20.5.2. Пацієнтці 45 років для заміщення дефекту зубного ряду нижньої щелепи виготовляється мостоподібний протез із опорою на 37, 33 зуби. Що з нижчевказаного дозволить знизити жувальний тиск на опорні зуби?**

1. Зменшення кількості штучних зубів
2. Зменшення ширини штучних зубів
3. Зменшення висоти горбків штучних зубів
4. Збільшення кількості штучних зубів
5. Збільшення ширини штучних зубів

**21.5.4. В клініку ортопедичної стоматології звернулася пацієнтка зі скаргами на гострий біль в 23 зубі, який посилюється ввечері та вночі. Об'єктивно: консольний металокерамічний мостоподібний протез із опорою на 23 зуб та штучним 22 зубом. Препарування вітального 23 зуба здійснювалося під інфільтраційною анестезією. Протез виготовлений із дотриманням усіх вимог. Які помилки лікаря могли призвести до такого ускладнення?**

1. Формування кругового уступу в ділянці шийки зуба
2. Цементування мостоподібного протеза на фосфат-цементі
3. Відсутність медіальної опори у мостоподібному протезі
4. Препарування зуба без охолодження, значна глибина препарування, відсутність провізорних коронок
5. Обробка зуба у вигляді відтятого конуса

**22.5.5. Пацієнтка Б. скаржить на зміну кольору і форми штучних зубів у фронтальній ділянці нижньої щелепи. Об'єктивно: пластмасове облицювання суцільнолитого металопластмасового мостоподібного протеза змінене в кольорі, на опорних 33, 43 штучних коронках просвічує металева основа. Опорні зуби стійкі, перкусія безболісна. На верхній щелепі мостоподібний металокерамічний протез із опорою на 13, 23 зуби. Прикус ортогнатичний. Протезами користується 7,5 років. У чому полягає перевага металокерамічних протезів порівняно з металопластмасовими?**

1. Більша естетика, нижча міцність
2. Більше стирання, нижча кольоростійкість



3. Більше стирання, більша кольоростійкість
4. Нижче стирання, нижча кольоростійкість
5. Нижче стирання, більша кольоростійкість

**23.5.2+4. Пацієнтка О., 24 роки, скаржиться на відсутність 15 зуба, естетичний дефект. Об'єктивно: 14, 16 зуби - стійкі, інтактні, клінічні коронки високі, з добре вираженим екватором, на рентгенограмі патологічні зміни в периапікальних тканинах відсутні. Які конструкції зубних протезів, на Ваш погляд, раціонально запропонувати хворій?**

1. Пластмасовий мостоподібний протез
2. Адгезивний мостоподібний протез
3. Металопластмасовий мостоподібний протез
4. Металокерамічну коронку з опорою на імплантат
5. Металокерамічний мостоподібний протез

**24.5.3. Пацієнт К., 67 років, звернувся зі скаргами на відсутність 35, 36 зубів. Об'єктивно: зуби, що обмежують дефект, змінили колір, нерухомі, запалення ясен відсутнє. На рентгенограмі резорбція альвеолярного відростка в межах 1/3 висоти міжзубних перетинок. Яку конструкцію доцільно запропонувати в даному випадку?**

1. Шину Ельбрехта
2. Шину Шпренга
3. Суцільнолитий мостоподібний протез із опорою на 33, 34 и 37 зуби
4. Частковий знімний пластинковий протез
5. Шину Ван-Тіля

**25.5.2. Пацієнтка Р., 45 років, втратила 12, 11, 21, 22 зуби внаслідок травми. Планується виготовити металокерамічний мостоподібний протез. Опорні зуби інтактні. Яку форму проміжної частини Ви запропонуєте?**

1. Висячу з облицюванням губної поверхні
2. Дотичну
3. Сідловидну суцільнометалеву
4. Сідловидну з облицюванням видимих поверхонь
5. Висячу при низьких клінічних коронках

**26.5.5. Пацієнтка О., 45 років, скаржиться на печію в порожнині рота, неспокій, поганий сон. Об'єктивно: наявні мостоподібні протези з нітрид-титановим покриттям. Який найбільш імовірний діагноз?**

1. Гастрит
2. Стomatит
3. Глосит
4. Гінгівіт
5. Гальваноз

**27.5.5. Пацієнт Н., 40 років, скаржиться на чутливість від термічних і хімічних подразників в зубах верхньої та нижньої щелеп. Об'єктивно: коронки зубів верхньої та нижньої щелеп стерті до 1/3 висоти, зуби стійкі, дефект зубних рядів верхньої та нижньої щелеп 4 класу за Кеннеді. З анамнезу - страждає бруксизмом. Яке найбільш доцільне лікування?**

1. Депульпування всіх зубів і протезування штифтовими конструкціями
2. Протезування пластмасовими коронками
3. Медикаментозне і фізіотерапевтичне лікування
4. Медикаментозне лікування і протезування штампованими коронками
5. Виготовлення суцільнолитих мостоподібних протезів із керамічним облицюванням

**28.5.2. Пацієнт В. звернувся зі скаргами на неприємний запах із порожнини рота, біль в бічній ділянці нижньої щелепи зліва. Об'єктивно: на нижній щелепі є паяний мостоподібний протез з опорою на 35, 37 зуби. Проміжна частина мостоподібного протеза щільно контактує зі слизовою оболонкою. Слизова оболонка в цій ділянці гіперемована, набрякла. Яка причина ускладнень?**

1. Короткий край коронки
2. Виготовлення сідлоподібної проміжної частини паяного мостоподібного протеза
3. Довгий край коронки
4. Відсутність екватора
5. Промивна форма мостоподібного протеза

**29.5.4. Пацієнт Н., 52 роки, скаржиться на рухомість металокерамічного мостоподібного протеза з опорою на 33, 37 зуби. Користується протезом 9 місяців. Об'єктивно: на рентгенограмі відмічається розширення періодонтальної щілини та атрофія альвеолярного відростка в ділянці 33 зуба на 2/3 і 37 зуба на 1/2 довжини кореня, пародонтальні кармани, гінгівіт. Яка причина викликала патологічну рухомість опорних зубів?**

1. Депульпування опорних зубів
2. Моделювання гірлянди в пришийковій ділянці
3. Масивне зішліфування твердих тканин
4. Функціональне перевантаження опорних зубів на фоні захворювання тканин пародонту
5. Травмування кругової зв'язки краями коронок

**30.5.3. Пацієнт Н., 34 роки, після отримання анатомічного відбитка для виготовлення мостоподібного протеза з опорою на 46-48 зуби не зміг зімкнути щелепи. Рот відкритий, щелепа зміщена вперед, жувальні м'язи напружені, відмічається біль в ділянці СНЩС. Поставте діагноз:**

1. Підвивих лівої суглобової головки
2. Підвивих правої суглобової головки

3. Вивих суглобових головок СНЩС
4. Підвивих обох суглобових головок
5. Прикус завищений на мостоподібному протезі

**31.5.4. Пацієнтка 27 років скаржиться на ускладнене жування внаслідок відсутності 44, 45, 46 зубів. Об'єктивно: 43, 47 стійкі, інтактні. 14, 15 - у стані інфраоклюзії на 2/3 висоти коронок. Відмічається зменшення відстані між оклюзійною поверхнею 14, 15 і альвеолярним гребенем відсутніх зубів нижньої щелепи. Який діагноз найбільш вірогідний у даному випадку?**

1. Дефект зубного ряду нижньої щелепи III класу за Кеннеді
2. Генералізоване та патологічне стирання зубів верхньої щелепи
3. Часткова вторинна адентія, ускладнена травматичним синдромом
4. Дефект зубного ряду нижньої щелепи III класу за Кеннеді, ускладнений зубощелепною деформацією
5. Часткова вторинна адентія, знижений прикус

**32.5.1. Пацієнт, 20 років, скаржиться на відсутність зуба на верхній щелепі справа, естетичний дефект. Об'єктивно: відсутність 12 зуба, сусідні зуби інтактні, стійкі з добре вираженою анатомічною формою, високою коронковою частиною. Прикус прямий. Під час опитування з'ясовано, що у пацієнта вроджена вада серця. Який конструкції протеза слід надати перевагу в даному випадку?**

1. Адгезивний мостоподібний протез
2. Пластмасовий мостоподібний протез
3. Металокерамічний мостоподібний протез з опорою на 14, 13 зуби
4. Металопластмасовий мостоподібний протез
5. Штамповано-паяний мостоподібний протез

**33.5.5. Пацієнт К., 35 років, скаржиться на біль в ділянці нижньої щелепи зліва, неможливість прийому їжі. Об'єктивно: дефект зубного ряду замінено мостоподібним протезом, слизова оболонка в ділянці проміжної частини протеза гіперемована, набрякла, різко болюча. Яка помилка була допущена при виготовленні протеза?**

1. Протез підвищує прикус
2. Не враховано стан опорних зубів
3. Неправильний підбір матеріалу для протеза
4. Не враховано співвідношення із зубами-антагоністами
5. Виготовлення проміжної частини мостоподібного протеза без промивного простору

**34.5.1. Пацієнтка Н., 33 роки, скаржиться на металевий присмак, відчуття кислоти, зміну смаку, печію язика та гіпосалівацію. Об'єктивно: на верхній щелепі металевий штамповано-паяний мостоподібний протез з опорою на 14, 16 зуби. В 36, 37, 47 зубах - амальгамові пломби. Визначте діагноз:**

1. Гальваноз
2. Кандидоз
3. Захворювання слинних залоз
4. Цукровий діабет
5. Глосодинія

**35.5.5. Пацієнтка 42 років скаржиться на зміну зовнішнього вигляду через відсутність зубів у передній ділянці верхньої щелепи, порушення відкушування їжі. Пацієнтці рекомендовано виготовити суцільнолитий мостоподібний протез. Який матеріал використовують для виготовлення каркаса суцільнолитого мостоподібного протеза?**

1. Легкоплавкий сплав
2. Срібнопаладієвий сплав
3. Сплав золота
4. Нержавіючу сталь IX18H9T
5. КХС

**36.5.5. Пацієнт П., 28 років, скаржиться на затруднене переживання їжі в зв'язку з відсутністю зубів на верхній щелепі. Об'єктивно: відсутні 14, 16 зуби. Визначається деформація зубної дуги верхньої щелепи внаслідок супраоклюзії 44, 46 на 1/3 висоти коронок зубів. Який діагноз найбільш вірогідний?**

1. Часткова вторинна адентія ускладнена вторинним травматичним синдромом
2. Дефект зубного ряду верхньої щелепи III класу за Кеннеді
3. Часткова вторинна адентія, знижений прикус
4. Генералізоване патологічне стирання зубів нижньої щелепи
5. Дефект зубного ряду верхньої щелепи III класу за Кеннеді, ускладнений деформацією зубного ряду

**37.5.5. Пацієнту К. проводиться препарування зубів під незнімний мостоподібний металокерамічний протез. Яка оптимальна конвергенція бічних поверхонь кукси опорного зуба (в градусах)?**

1. 15-20°
2. 10-12°
3. 0-3°
4. Більше 13°
5. 6-8°

**38.5.2. На етапі припасування каркаса металокерамічного протеза лікар виявив дефект відливки металу в зоні шийки одного з опорних зубів. Об'єктивно: каркас без гірлянди в пришийковій зоні, товщина каркаса на жувальній поверхні опорних зубів - 0,4 мм, в пришийковій зоні - 0,22 мм. Яка причина дефекту литва?**

1. Надмірна товщина металевих ковпачків
2. Занадто тонке моделювання стінок ковпачків
3. Обробка каркасу в піскоструминному апараті
4. Розрив вогнетривкої сорочки при відливанні каркаса
5. Недбайливе моделювання воскової репродукції каркаса

**39.5.4. До лікаря ортопеда-стоматолога звернулася пацієнтка С., 25 років, зі скаргами на часткову втрату зубів, естетичний дискомфорт. 16, 15 та 35, 36 зуби видалені 2 роки тому внаслідок ускладнень каріозного процесу. Запропонуйте хворій раціональні види протезів:**

1. Пластмасові мостоподібні протези
2. Бюгельні протези
3. Часткові знімні пластинкові протези
4. Незнімні металокерамічні мостоподібні протези
5. Штамповано-паяні мостоподібні протези

**40.5.5. Пацієнтка С., 44 років, скаржиться на печію в ротовій порожнині. Об'єктивно: обличчя симетричне, підщелепові лімфовузли не збільшені, рух нижньої щелепи необмежений, слизова оболонка ясен гіперемована. Дефекти зубних рядів заміщені мостоподібним протезом із золотого сплаву з опорою на 23, 27, 28 зуби і протезом із хромокобальтового сплаву з опорою на 43, 47 зуби. Який найбільш вірогідний діагноз?**

1. Гінгіво-некротичний стоматит Венсана
2. Виникнення електрорушійної сили
3. Загострення хронічного пародонтиту
4. Алергічна реакція
5. Гальваноз

**41.5.5. Пацієнтці К., 38 років, виготовлено суцільнолітві мостоподібні протези. Яка оптимальна товщина фіксуєчого матеріалу між куксою зуба та внутрішньою частиною коронки:**

1. 90 мкм і більше
2. 80-100 мкм
3. 5-10 мкм
4. 100-200 мкм
5. 20-50 мкм

**42.5.4. Пацієнт К., 18 років, скаржиться на руйнування коронки 22 зуба внаслідок травми. Об'єктивно: повний травматичний злам коронкової частини 22 зуба, рухомість кореня 22 зуба III ступеня. Яка тактика лікаря-стоматолога?**

1. Виготовлення штифтового зуба (за Річмондом)
2. Виготовлення часткового знімного пластинкового протеза
3. Виготовлення кільцевої шини
4. Екстракція 22 зуба, виготовлення мостоподібного протеза чи імедіат-протеза із наступною імплантацією
5. Реставрація 22 зуба фотополімерним композитним матеріалом світлового твердіння

**43.5.3. У пацієнта К., 30 років, через 6 днів після протезування мостоподібним протезом з'явились ниючі болі в ділянці опорного 45 зуба, що посилюються від термічних подразників. Об'єктивно: 45 та 48 зуби є опорами суцільнолитого мостоподібного протеза, що відповідає усім клінічним вимогам. Яка помилка допущена лікарем при виготовленні протеза?**

1. Травмування маргінального пародонту
2. Завищення висоти прикусу на 45 зубі
3. Неадекватне препарування опорних зубів
4. Функціональне перевантаження опорного зуба
5. Неправильний вибір конструкції протеза

**44.4.3. Пацієнт Я., 67 років, звернувся в клініку стоматології з метою протезування. Об'єктивно: дефект зубного ряду нижньої щелепи III класу за Кеннеді, 35 і 36 зуби відсутні, 37 зуб має значний нахил в бік дефекту. Яку конструкцію протеза доцільно запропонувати пацієнту?**

1. Ортодонтичний апарат з активатором для надання правильного положення 37 зубу
2. Частковий знімний пластинковий протез із кламерною фіксацією на 47 зуб
3. Мостоподібний протез із опорою на 34 та 37 зуби з екваторною коронкою на 37 зуб
4. Видалити 37 зуб і виготовити консольний протез з опорою на 34 зуб

**45.5.5. На етапі припасування металокерамічного протеза лікар звернув увагу на наявність дрібних бульбашок в керамічному облицюванні. Яка помилка техніка призвела до цих змін?**

1. Недостатня обробка каркаса в піскоструминному апараті
2. Нанесення дентинного шару кераміки на опаковий шар

3. Відсутність хімічної обробки каркаса
4. Спікання керамічного протеза у вакуумній печі
5. Недостатнє ущільнення керамічної маси під час нанесення на металеву основу

**46.5.2. Пацієнтка 30 років скаржить на відсутність зубів нижньої щелепи. Об'єктивно: дефект зубного ряду нижньої щелепи, обмежений 33 та 37 зубами. 37 зуб має рухомість II ступеня. Яке протипоказання до застосування незнімного мостоподібного протеза в даному випадку?**

1. Локалізація дефекту зубного ряду
2. Рухомість 37 зуба
3. Топографія дефекту зубного ряду
4. Вік хворої
5. Величина дефекту зубного ряду

**47.5.5. Пацієнтка С., 52 роки, звернулась в клініку зі скаргами на рухомість нижніх фронтальних зубів, а також відсутність 41 зуба. Об'єктивно: рухомість 43, 42, 31, 32, 33 зубів I-II ступеня. Який тип шинування і раціонального протезування слід застосувати в цьому випадку?**

1. Виготовити мостоподібний протез із порцеляни з опорою на 42, 31 зуби
2. Виготовити мостоподібний протез на штампованих металевих коронках на 42, 31 зуби
3. Виготовити частковий знімний пластиночний протез
4. Виготовити пластмасовий мостоподібний протез з опорою на 42, 31 зуби
5. Виготовити шинуючий металокерамічний мостоподібний протез з фіксацією на 44, 43, 42, 31, 32, 33, 34 зуби

**48.5.3. Пацієнт У., 26 років, звернувся зі скаргами на відсутність 41, 42, і 31 зубів і рухомість 32 зуба, що виникла після спортивної травми 10 днів тому. Об'єктивно: на R-грамі в ділянці зубів, що залишились, резорбція альвеолярного відростка в межах 1/3 висоти міжзубних перегородок, коронки зубів цілі, кореневі канали зубів, що обмежують дефект, запломбовані до верхівок. Яка конструкція в даному випадку є найбільш раціональною?**

1. Шина Ван-Тіля
2. Бюгельний протез
3. Суцільнолитий мостоподібний протез із облицюванням
4. Частковий знімний пластинковий протез
5. Шина Шпренга

**49.5.2. На етапі припасування суцільнолитого каркаса мостоподібного протеза лікар-ортопед виявив дефекти литва в металевому каркасі у вигляді пористості та недоливу металу в найбільш стовщеній частині коронок і фасеток. Каркас відливався із сплаву КХС, литники моделювалися з воску "Восколіт-2". З'ясовано, що зубний технік невірно підібрав діаметр литників та живлювачів. Який діаметр живлювачів потрібно використовувати для якісного відливання металевого каркаса?**

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

**50.5.5. Пацієнту К., 22 роки, після видалення 36 зуба рекомендовано проведення раціонального протезування. Які можливі варіанти зміщення зубів при відмові від протезування?**

1. Нахил не буде спостерігатися ні в одного з зубів, що обмежують дефект
2. Поворот 37 зуба навколо осі
3. Нахил 35 зуба в бік дефекту
4. Нахил 47, 35 зубів в бік дефекту
5. Зміщення 35 та 37 зубів в бік дефекту

**51.5.1. На етапі припасування металокерамічного протеза з опорою на 13, 21, 23 зуби відбулося розтріскування керамічного облицювання в ділянці 12, 11 зубів. Яка можлива причина?**

1. Невідповідність коефіцієнтів термічного розширення металу каркаса та керамічної маси
2. Моделювання каркаса з тонкими стінками
3. Неправильна загіпсовка моделей в оклюдатор
4. Відливання каркаса з безоксидного металу
5. Утворення оксидної плівки на поверхні каркаса

**52.5.1. Пацієнт А., 42 роки, з'явився в клініку ортопедичної стоматології через 1 місяць після протезування штамповано-паяними мостоподібними протезами зі скаргами на металевий присмак в порожнині рота, відчуття кислоти, зміну смаку, сухість, головні болі. Захворювань ЖКТ немає. Який можливий діагноз у даного пацієнта?**

1. Гальваноз
2. Гальванізм
3. Токсичний стоматит
4. Алергічний стоматит
5. Глосалгія



**53.5.2. На етапі припасування каркаса металокерамічного протеза з опорою на 16, 14, 13 зуби лікар помітив нещільне прилягання протеза до зубів, а в ділянці шийок краї ковпачків перекидали уступи та спиралися на ясна. Яка причина невідповідності каркаса до тканин протезного ложа?**

1. Моделювання ковпачків методом занурення
2. Надмірне нанесення компенсаційного лаку на куксу зуба в ділянці шийки зуба
3. Відливання розбірної моделі із супергіпсу
4. Відливання каркаса на вогнетривкій моделі
5. Використання ретракційної нитки на етапі зняття відбитків

**54.5.5. У пацієнта Х., 47 років, відразу після фіксації мостоподібного протеза виявлено роз'єднання прикусу поза мостоподібним протезом. Яка тактика лікаря у даному випадку?**

1. Провести пришліфування зубів-антагоністів навпроти мостоподібного протеза
2. Розрізати опорні коронки і зняти мостоподібний протез
3. Провести корекцію мостоподібного протеза
4. Залишити все як є
5. Терміново збити мостоподібний протез за допомогою апарата Коппа і повторити його фіксацію, за неможливості - розрізати опорні коронки, зняти і переробити мостоподібний протез

**55.5.4. У пацієнта Л., 38 років, свіжий ментальний перелом нижньої щелепи без видимих зміщень уламків. Який ортопедичний апарат показаний у даному випадку?**

1. Направний
2. Замісний
3. Формувальний
4. Фіксувальний
5. Вправний

**56.5.4. У пацієнта Г., 51 рік, дефект твердого піднебіння розміром 2х3 см у ділянці піднебінного шва. Зубні ряди інтактні. Яку конструкцію obturatora краще застосувати у даному випадку?**

1. Obturator за Померанцевою-Урбанською
2. Плаваючий obturator
3. Obturator за Іл'їною-Маркосян
4. Піднебінну пластинку
5. Пластинковий протез із частиною, що obturue

**57.5.4. Під час боксування спортсмен К., 23 роки, отримав удар у фронтальну ділянку верхньої щелепи, внаслідок якого були вибиті два центральні різці. Лунки їх заповнені кров'яними згустками, стінки збережені, при пальпації слабо болісні. Який метод лікування буде найкращим у даному випадку?**

1. Ушивання лунок кетгутом
2. Імплантація зубів
3. Трансплантація зубів
4. Термінова реплантація зубів
5. Резекція верхівок коренів 11 і 21 зубів

**58.4.1. Пацієнту І., 34 роки, внаслідок отриманої травми на виробництві у процесі виконання ним трудових обов'язків було пошкоджено 4 фронтальних зуби на верхній щелепі, які було за показаннями видалено. Чи забезпечується потерпілий правом безоплатного зубного протезування?**

1. Забезпечується зубним протезуванням з відшкодуванням витрат із фонду соціального страхування (за винятком протезування з дорогоцінних металів)
2. Не забезпечується
3. Забезпечується зубним протезуванням (за винятком протезування з дорогоцінних металів та металокерамічних і металопластмасових протезів)
4. Забезпечується зубним протезуванням (за винятком протезування з дорогоцінних металів та прирівняних до них по ціні тільки по досягненню пенсійного віку)

**59.5.5. У пацієнта М., 60 років, повна відсутність зубів на нижній щелепі, значна атрофія альвеолярного відростка. Що можливо зробити, щоб покращити умови фіксації протеза?**

1. Розширити зубний ряд
2. Збільшити висоту зубів
3. Звузити зубний ряд
4. Зменшити границі протеза
5. Встановити мінімум 2 міні-імпланти з атачменами кулькового типу та виготовити повний знімний протез покривного типу

**60.5.4. Пацієнт Г., 64 роки, звернувся зі скаргами на повну відсутність зубів на верхній щелепі. Об'єктивно: на верхній щелепі в місці розташування втрачених верхніх центральних різців визначається тяж шириною 1,2 см, який ускладнює протезування. Яка Ваша тактика?**

1. Перекриття тяжу протезом
2. Проведення аугментації альвеолярного відростка
3. Підсадка силіконового імплантату

4. Видалення тяжа хірургічним методом
5. Не перекривати тяж протезом

**61.5.3+4. Пацієнт С., 29 років, скаржиться на незадовільний вигляд фронтальних зубів. Об'єктивно: коронки 12, 11, 21, 22, 23 - зруйновані понад 2/3 каріозним процесом. Прикус ортогнатичний. На рентгенограмі: канали коренів зубів заплombовані до верхівки, патологічні зміни в періапикальних тканинах відсутні. Назвіть найбільш раціональні конструкції в даному випадку:**

1. Комбіновані коронки
2. Відновлення коронкової частини фотополімерними матеріалами
3. Куксові суцільнолітні штифтові вкладки та металокерамічні коронки
4. Куксові штифтові вкладки з оксиду цирконію та керамічні коронки
5. Імдіат-протези на штифтах

**62.5.3. Пацієнту 35 років встановили титановий імплантат в ділянку 15 зуба. Через який проміжок часу можливе навантаження імплантату при умові його успішної остеоінтеграції?**

1. Через 1-2 місяці
2. Через 3-4 місяці
3. Через 4-6 місяців
4. Через 3-5 місяців
5. Через 6-8 місяців

**63.4.3. Пацієнту 28 років було проведено видалення 34 зуба за показаннями і на його місце встановлено титановий імплантат. Головка імплантату ушита. Якою методикою скористався лікар?**

1. Одномоментною
2. Двомоментною
3. Безпосередньої імплантації
4. Відтерміновану

**64.5.2. Пацієнт К., 40 років, звернувся у клініку зі скаргами на естетичний дискомфорт та утруднене жування на верхній щелепі зліва. Об'єктивно: відсутній 23 зуб, 22, 24-інтактні. Дані РГ-дослідження показали, що зміни кісткової тканини незначні, в межах вікових. Яке лікування ви запропонуєте пацієнту?**

1. Керамічний мостоподібний протез з опорою на 22 та 24 зуби
2. Встановлення титанового імплантату із наступним його покриттям керамічною коронкою
3. Частковий знімний протез
4. Консольний мостоподібний протез з опорою на 24 зуб
5. Металокерамічний протез із опорою на 22 та 24 зуби

**65.4.3. Пацієнтка М., 28 років, звернулась в клініку з проханням замінити дефект зубного ряду на верхній щелепі у фронтальному відділі, що виник після травми. Об'єктивно: на верхній щелепі дефект зубного ряду в ділянці 22, 21, 11, 12 зубів, антагоністи дефекту (на нижній щелепі) інтактні, зубощелепних деформацій не виявлено. Дефіцит кісткової пропозиції за шириною внаслідок вірного дефекту вестибулярної поверхні альвеолярного відростка в ділянці потенційної імплантації. Чи показане ортопедичне лікування за допомогою протезування на імплантатах?**

1. Не показане
2. Показане за одноетапною методикою
3. Показане за двоетапною методикою, але після аугментації вестибулярної поверхні альвеолярного відростка верхньої щелепи або у комбінації з направленою кістковою регенерацією з використанням кістково-пластичних матеріалів та ізолюючих колагенових мембран, що резорбуються
4. Показане виготовлення мостоподібних протезів з опорою на субмукозні імплантати

**66.4.3. Пацієнту К., 33 роки, встановлено дентальні імплантати за двоетапною методикою на верхній щелепі в ділянці 26, 27. На момент встановлення хірургом прикладено зусилля в 20 Н/см, за даними приладу ISQ Osstell визначений коефіцієнт стабільності імплантатів не перевищував 60 од. Через який час потрібно призначити пацієнтові розкриття імплантатів та встановлення формувачів ясен?**

1. Через 3 місяці
2. Через 2-6 місяців
3. Через 7-8 місяців
4. Через 4 місяці

**67.4.1. Пацієнту П., 40 років, встановлено дентальні імплантати за двоетапною методикою на нижній щелепі в ділянці 36, 37 зубів. На момент встановлення хірургом прикладено зусилля в 45 Н/см, за даними приладу ISQ Osstell визначений коефіцієнт стабільності імплантатів перевищував 75 од. Через який час потрібно призначити пацієнтові розкриття імплантатів та встановлення формувачів ясен?**

1. Через 3 місяці
2. Через 5 місяців
3. Через 7-8 місяців
4. Через 4 місяці

**68.4.3. Пацієнту С., 39 років, встановлено дентальні імпланти за двоетапною методикою на верхній щелепі в ділянці 24, 25 зубів. На момент встановлення хірургом прикладено зусилля в 40 Н/см, за даними приладу ISQ Osstell визначений коефіцієнт стабільності імплантів перевищував 68 од. Через який час потрібно призначити пацієнтові розкриття імплантів та встановлення формувачів ясен?**

1. Через 3 місяці
2. Через 3,5-4 місяці
3. Через 6 місяців
4. Через 2 місяці

**69.5.1+2. Пацієнту 35 років планується встановити імпланти в ділянці відсутніх 25, 26, 27 зубів. На що в першу чергу має звернути увагу лікар, вивчаючи КТ пацієнта?**

1. На топографію верхньощелепної пазухи зліва
2. На структуру, об'єм і щільність кісткової тканини в ділянці майбутньої імплантації
3. На наявність запальних процесів верхньої щелепи
4. На топографію різцевого каналу
5. На об'єм кісткової тканини верхньої щелепи

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Біда В.І., Клочан С.М. Заміщення дефектів зубних рядів сучасними конструкціями знімних протезів. - Львів, 2009. - 152 с.
2. Біда В.І. Патологічне стирання твердих тканин зубів та основні принципи його лікування // Навчально-методичний посібник. - Київ, 2002. - 93 с.
3. Біда В., Павленко М., Біда О. Мостоподібні конструкції зубних протезів. - Львів: Галдент, 2007. - 83 с.
4. Біда В. І., Струк В. І., Забуга Ю. І. Патологічне стирання твердих тканин зубів та основні принципи його лікування / монографія - Чернівці "Букрек". 2015. - 70с.
5. Васильев М.А., Беда В.И., Гурин П.А. Физиологический отклик на состояние поверхности металлических дентальных имплантатов. - Львів, 2010. - 115 с.
6. Гожая Л.Д. Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии. - М.: Медицина, 1988. - 109 с.
7. Гросс М.Д., Метьюс Дж.Д. Нормализация окклюзии.- М.: Медицина, 1986. - 286 с.
8. Гумецький Р.А., Завадка О.Є., Рожко М.М., Січкоріз Л.М. Психологічна і медикаментозна підготовка пацієнтів у стоматологічній практиці. - Львів, 2000. - 233 с.
9. Державне управління реформуванням охорони здоров'я. Розвиток державного регулювання стоматологічної служби в Україні (під ред. проф. В.І Біди ). - Київ: Синопис, 2011.- 115 с .
10. Жулев Е.Н. Несъемные протезы. Теория, клиника и лабораторная техника. - Н. Новгород, 1995. - 365 с.
11. Жулев Е.Н. Частичные съемные протезы. Теория, клиника и лабораторная техника. - Н. Новгород: Из-во НГМА, 2000. - 425 с.
12. Кононенко Ю.Г., Рожко Н.М., Рузин Г.П. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии.- Киев: Книга плюс, 2001. - 320 с.
13. Нідзельський М.Я. Механізми адаптації до зубних протезів. - Полтава, 2003.- 115 с.
14. Особливості функції мовлення у стоматології (монографія) (за ред. О.В. Павленка). - Галдент, 2014. - 106 с.
15. Павленко О.В., Біда В.І., Дорошенко О.М. Профілактика та медикаментозна корекція тканин протезного ложа і поля в період адаптації до знімних протезів (методичні рекомендації). - Київ: Наукова думка, 2011. - с. 18.
16. Рожко М.М., Михайленко Т.М., Онищенко В.С. Довідник з ортопедичної стоматології. - Київ: Книга плюс, 2004. - 291 с.
17. Рожко М.М., Неспрядько В.П. Ортопедична стоматологія.- К.: Книга плюс, 2003.- 486 с.

18. Стоматологія (підручник за ред. проф. М.М. Рожка). - Київ, ВСВ "Медицина", 2013. - 872с.
19. Тестові завдання з ортопедичної стоматології (під ред. проф. Біди В.І., доц. Дорошенко О.М.). - Київ, 2017. - 270 с.
20. Шварц А.Д. Биомеханика и окклюзия зубов. - М.: Медицина, 1994. - 203 с.
21. Щербаков А.А., Гаврилов Е.И., Трезубов В.Н., Жулев Е.Н. Ортопедическая стоматология. - С.-Петербург, 1999. - 512 с.

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

В.І. Біда, О.М. Дорошенко, П.В. Леоненко, С.М. Клочан, В.І. Радько,  
О.М. Овчаренко, П.О. Гурин, О.А. Омеляненко,  
І.І. Паливода, Р.Г. Оснач

# ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ З ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Навчальний посібник

Формат 60x90/16.  
Ум. друк. арк. 15,69.  
Тираж 3000 прим.  
Зам. № 18-045.

Видавець і виготовлювач "Видавництво "Фенікс"  
Віддруковано на власному обладнанні  
Св-во суб'єкта видавничої справи  
ДК №271 від 07.12.2000 р.  
03067, м. Київ, вул. Шутова, 13Б  
[www.kniga.kiev.ua](http://www.kniga.kiev.ua)