АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ»

Утверждаю
Директор АНО ДПО «ИРПК»
_____ *И.А. Юношева*
«11» января 2021 г.

ПРОГРАММА С ЦИКЛОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ) «СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ»

Тверь, 2021

proftraining.com

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием является учебно-методическим нормативным документом, регламентирующим содержание, организационно-методические формы и трудоемкость обучения.

Актуальность программы дополнительного профессионального образования по специальности «Стоматология ортопедическая» обусловлена необходимостью совершенствования и углубления профессиональных знаний и умений зубных техников и повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации.

Цель дополнительной профессиональной образовательной программы.

Получение теоретических знаний, совершенствование практических умений и навыков, полученных в процессе обучения, формирование профессиональных компетенций медицинской сестры, необходимых в решении реальных профессиональных задач.

Планируемые результаты обучения. В результате обучения планируется повышение, как общекультурных компетенций, так и профессиональных компетенций.

Структура дополнительной профессиональной образовательной программы по специальности «Стоматология ортопедическая» состоит из требований к результатам освоения программы, требований к итоговой аттестации, учебно-тематического плана, календарного учебного графика, содержания программы, условий обеспечения реализации программы: учебно-методического, материально-технического. В структуру дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации среднего медицинского персонала включен перечень основной и дополнительной литературы, законодательных и нормативно-правовых документов.

В программу повышения квалификации включены отдельные циклы повышения квалификации в соответствии с перечнем циклов повышения квалификации для специалистов со средним медицинским образованием по специальности «Стоматология ортопедическая»

Заказчик самостоятельно выбирает цикл повышения квалификации.

В содержании дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации **«Стоматология ортопедическая»** предусмотрены необходимые знания и практические умения.

proftraning.com

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения
1.1. Введение
1.2. Общая характеристика образовательной программы профессионального обучения.
1.2.1. Цель ОП
1.2.1.1. Задачи ОП
1.2.2. Трудоемкость обучения
1.2.3. Требования к слушателям
1.2.4. Форма обучения и форма организации образовательной деятельности.
1.2.5. Документ, выдаваемый по окончанию обучения.
2. Характеристика профессиональной деятельности программы
2.1. Виды профессиональной деятельности
2.2. Требования к результатам освоения программы
3. Содержание программы
3.1. Учебный план
3.2. Учебно-тематический план
3.3. Содержание разделов учебной программы
4.Условия реализации программы
4.1. Материально-технические условия реализации программы
4.2. Учебно-методическое обеспечение программы
4.3. Кадровое обеспечение реализации программы
5. Формы аттестации, оценочные материалы и иные компоненты
5.1. Форма промежуточной аттестации и требования к ней
5.2. Форма итоговой аттестации и требования к ней
5.3. Промежуточная аттестация
5.4. Итоговая аттестация
6. Авторы образовательной программы
7.Список литературы и источников
8. Календарный учебный график
9. Дневник практической подготовки

profitraining.com

1. Общие положения

1.1. Введение

Образовательная программа (ОП) профессиональной подготовки по специальности «Стоматология ортопедическая» разработана АНО ДПО «Институт развития профессиональных компетенций» с учетом получения новой компетенции необходимой для профессиональной деятельности, обеспечение соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды. Программа актуализируется по мере необходимости.

1.2. Общая характеристика программы профессионального обучения.

1.2.1. Цель ОП – повышение квалификации, углубление теоретических знаний, совершенствование имеющихся компетенций, необходимых для осуществления деятельности по оказанию медицинской помощи.

1.2.2. Задача ОП: совершенствование профессиональных знаний по оказанию стоматолого-ортопедической помощи населению, включая укрепление здоровья, профилактику заболеваний, и профессионального медицинского ухода для сохранения и поддержания здоровья, улучшения качества жизни пациентов.

1.2.3. Срок освоения ОП: 144 часа за весь период обучения и включает все виды работы слушателя и время, отводимое на контроль качества освоения программы повышения квалификации.

1.2.3. Требования к слушателям лица, имеющие среднее профессиональное образование по специальности «Стоматология ортопедическая»

1.2.4. Форма обучения и форма организации образовательной деятельности: Обучение проводится по очной, очно-заочной, заочной, сетевой форме. Обучение по настоящей программе может осуществляться также частично или полностью в форме стажировки. Порядок стажировки устанавливается договором на обучение. Промежуточная аттестация проводится в виде зачета в рамках часов, отведенных на изучение учебных дисциплин.

При реализации программы в заочной форме с использованием дистанционных образовательных технологий, время, отведенное на лекционные занятия и электронное обучение, используется для самостоятельного изучения учебного материала и практической подготовки, и определяется индивидуальным учебным планом или расписанием.

В случае реализации программы в очной,очно-заочной форме, время, отведенное на электронное обучение, используется для практических занятий, определяется индивидуальным учебным планом или расписанием.

Практические занятия могут проводиться по месту работы слушателя.

1.2.4.1. Режим занятий

При любой форме обучения учебная нагрузка устанавливается не более 40 часов в неделю, включая все виды аудиторной и внеаудиторной учебной работы слушателя.

1.2.5. Документ, выдаваемый по окончании обучения: при успешном освоении настоящей образовательной программы и положительной итоговой аттестации, слушатели получают удостоверение о повышении квалификации и допускаются к сдаче сертификационного экзамена.

2. Характеристика профессиональной деятельности освоивших программу профессионального обучения по специальности «Стоматология ортопедическая»,

2.1.Виды профессиональной деятельности: в результате прохождения обучения слушатели получают необходимые знания, компетенции и навыки в организации деятельности, связанной с созданием благоприятных и комфортных условий пребывания пациента в медицинской организации.

Слушатель должен обладать следующими **знаниями и умениями**:

protraining.com

Знать:

–законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения;
– основы лечебно-диагностического процесса, профилактики заболеваний, пропаганды здорового образа жизни;
–основные принципы организации стоматологической помощи в РФ;
–задачи ортопедической стоматологии, ее место в медицине;
–анатомо-физиологические элементы челюстно-лицевой области в норме и при патологических состояниях, взаимосвязи функциональных систем организма;
–биомеханику жевания, возрастные изменения челюстно-лицевой области, особенности воздействия на нее внешней и внутренней среды;
–организацию производства в зуботехнической лаборатории;
–сведения об основных стоматологических заболеваниях;
–теоретические основ ортодонтического лечения;
–клинические основы ортодонтического лечения;
–правила чтения схем, формул и зарисовок полости, рта;
–характеристики основных и вспомогательных материалов, применяемых в зубопротезной технике;
–ассортимент маркировки, основные свойства применяемые материалы и полуфабрикаты;
–назначение и правила использования аппаратов, инструментария и приспособлений, используемых в зуботехнической лаборатории;
–основные клинические этапы и технологию изготовления зубных (съемных, несъемных, бюгельных, челюстно-лицевых) протезов, ортодонтических аппаратов;
–основных принципов плавки и литья сплавов металлов;
–принципы точного литья металлических конструкций протезов;
–назначения и требования к каждому элементу и узлу в протезах, включая промежуточные этапы их изготовления;
–основы конструкции современной зуботехнической аппаратуры для обжига фарфора, муфельных печей, литейной аппаратуры, ультразвуковых устройств для светоотверждения и др.;
–технологию применения фарфора и металлокерамики в зубопротезной технике;
–причины, приводящие к браку и способы его выявления, устранения, предупреждения;
–правила эксплуатации медицинского инструментария и оборудования;
–правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических организаций;
–основы функционирования страховой медицины и добровольного медицинского страхования;
–основы эпидемиологии;
–основы валеологии и санологии;
–основы медицины катастроф;
–правила ведения учетно-отчетной документации структурного подразделения, основныt виды медицинской документации;
–медицинскую этику и деонтологию, психологию профессионального общения.

Уметь:

–самостоятельно изготавливать различные виды искусственных коронок; простые конструкции штифтовых зубов; конструкции мостовидных протезов; съемные пластиночные протезы; бюгельные протезы; ортодонтические и челюстно-лицевые конструкции в соответствии с программами;
–изготавливать индивидуальные ложки, восковые базисы с окклюзивными валиками и для постановки искусственных зубов;
–фиксировать в приборах определенное врачом положение центральной окклюзии;

proftraning.com

–создавать из воска все элементы, узлы и детали зубочелюстных протезов, ортодонтических аппаратов;
–закреплять в воске металлические элементы протезов и аппаратов и расставлять искусственные зубы на базисах с учетом существующих правил;
–заменять восковую композицию на пластмассу или металлический сплав;
–работать с керамикой;
–работать с зуботехнической аппаратурой, основанной на применении ультразвука, инфракрасного излучения, лазера и др.
–штамповать нержавеющую сталь и другие сплавы;
–проводить паяние, сплавку, обжиг, отбеливание, отделку и полировку деталей и целых протезов и аппаратов;
–оценивать слепки (оттиски) и получать по ним рабочие модели из различных материалов;
–оформлять заявки на получение зуботехнических материалов с учетом их маркировки и ассортимента;
–списывать расходные материалы в установленном порядке;
–осуществлять получение, хранение и использование лекарственных средств, стоматологических материалов, инструментов.
–осуществлять сбор и утилизацию медицинских отходов;
–осуществлять мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции;
–проводить мероприятия по санитарно-гигиеническому воспитанию и образованию обслуживаемого населения, консультировать по вопросам формирования здорового образа жизни.

Навыки:

–получение рабочих моделей из различных материалов;
–изготовление индивидуальных ложек и восковых базисов;
–изготовление элементов, узлов, деталей из воска; закрепление в воске металлических элементов и расстановка искусственных зубов на базисах;
–замена восковой композиции;
–работа с керамикой;
–штамповка;
–паяние, сплавка, отжиг, отбеливание, отделка и полировка;
–конструирование и изготовление протезов;
–изготовление искусственных коронок;
–изготовление конструкций штифтовых зубов;
–выполнение требований лечебно-охранительного режима;
–обучение пациентов/членов их семей;
–заполнение учетно-отчетной документации;
–оказание первой медицинской помощи при неотложных состояниях;
–выполнение простых медицинских услуг, манипуляций и процедур:
1)непрямой массаж сердца;
2)искусственное дыхание;
3)остановка кровотечения из поверхностно-расположенных сосудов;
4)промывание желудка и кишечника;
5)выполнение всех видов инъекций

protrening.com

3.Содержание программы

3.1 УЧЕБНЫЙ ПЛАН

ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ «ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»

Утверждаю

Директор АНО ДПО «ИРПК»

Юношева *И.А.Юношева*

«11» января 2021 г.

Категория слушателей: лица, имеющие среднее профессиональное образование по специальности «Стоматология ортопедическая»

Срок обучения: 144 часа.

Форма обучения: очная, очно-заочная, заочная, сетевая, стажировка

Язык обучения: русский

№ п/п	Наименование разделов	Всего часов	В том числе		
			лекции	Электронное обучение/самоподготовка	Форма контроля
1	Раздел 1. Система и государственная политика здравоохранения в РФ	6	2	4	Зачет
2	Раздел 2. Организация стоматологической помощи. Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии	8	4	4	Зачет
3	Раздел 3. Анатомо-физиологическое строение жевательного аппарата	20	8	12	Зачет
4	Раздел 4. Этиология, клиника и методы ортопедического лечения дефектов твердых тканей зубов и коронковой части зуба	16	6	10	Зачет
5	Раздел 5. Этиология, клиника и современные методы ортопедического лечения частичной вторичной адентии	18	6	12	Зачет
6	Раздел 6.Методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных с	18	6	12	Зачет

proftrening.com

№ п/п	Наименование разделов	Всего часов	В том числе		
			лекции	Электронное обучение/самоподготовка	Форма контроля
	повышенным стиранием зубов				
7	Раздел 7. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика и ортопедические методы лечения заболеваний пародонта	16	6	10	Зачет
8	Раздел 8. Имплантология	12	4	8	Зачет
9	Раздел 9. Гнатология и функциональная диагностика ВНЧС	14	6	8	Зачет
10	Раздел 10. Челюстно-лицевая ортопедия	12	4	8	Зачет
11	Консультирование	2			
12	Итоговая аттестация	2			Экзамен
13	Итого	***144***	***52***	***88***	

proftrening.com

3.2 УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
«СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ»

Утверждаю
Директор АНО ДПО «ИРПК»
Юношева *И.А.Юношева*
«11» января 2021 г.

№ п/п	Наименование разделов и тем	Всего часов	В том числе		
			лекции	Электронное обучение/самоподготовка	Форма контроля
1	**Раздел 1. Система и государственная политика здравоохранения в РФ**	**6**	**2**	**4**	**Зачет**
	1.1. Приоритеты концепции развития здравоохранения Российской Федерации	3	1	2	
	1.2. Охрана труда. Техника безопасности.	3	1	2	
2	**Раздел 2. Организация стоматологической помощи. Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии.**	**8**	**4**	**4**	**Зачет**
	2.1 Обоснование, формулирование диагноза, составление плана ортопедического лечения	**3**	**2**	**1**	
	2.2 Ведение основной медицинской документации, вопросы этики и деонтологии	**3**	**1**	**2**	
	2.3 Профилактика внутрибольничной инфекции.	**2**	**1**	**1**	
3	**Раздел 3. Анатомо-физиологическое строение жевательного аппарата**	**20**	**8**	**12**	**Зачет**
	3.1 Зубочелюстная система как единый анатомический комплекс	**5**	**2**	**3**	
	3.2 Артикуляция, окклюзия и ее виды	**5**	**2**	**3**	
	3.3 Прикус и его разновидности (физиологические, аномалийные и патологические)	**5**	**2**	**3**	
	3.4 Характеристика соотношений зубных рядов физиологических видов прикуса при	**5**	**2**	**3**	

profiteling.co

№ п/п	Наименование разделов и тем	Всего часов	В том числе		
			лекции	Электронное обучение/самоподготовка	Форма контроля
	движении нижней челюсти				
4	**Раздел 4. Этиология, клиника и методы ортопедического лечения дефектов твердых тканей зубов и коронковой части зуба**	**16**	**6**	**10**	**Зачет**
	4.1 Патология твердых тканей зубов кариозного и некариозного происхождения. Классификация МКБ-10	**3**	**1**	**2**	
	4.2 Проблема боли и методы обезболивания	**3**	**1**	**2**	
	4.3 Восстановление коронковой части зуба вкладками	**3**	**1**	**2**	
	4.4 Восстановление коронковой части зуба искусственными коронками	**3**	**1**	**2**	
	4.5 Виниры	**2**	**1**	**1**	
	4.6 Восстановление коронковой части зуба штифтовыми конструкциями	**2**	**1**	**1**	
5	**Раздел 5. Этиология, клиника и современные методы ортопедического лечения частичной вторичной адентии**	**18**	**6**	**12**	**Зачет**
	5.1. Клиника, этиология частичной потери зубов	4	2	2	
	5.2. Восстановление дефектов зубного ряда мостовидными протезами	4	1	3	
	5.3 Ошибки (технические, клинические) и осложнения при ортопедическом лечении несъемными мостовидными протезами, облицованными керамикой или композитом.	4	1	3	
	5.4 Восстановление дефектов зубного ряда съемными пластиночными протезами.	3	1	2	
	5.5 Восстановление дефектов зубного ряда бюгельными протезами.Показания к применению.	3	1	2	
6	**Раздел 6. Методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных с повышенным стиранием зубов**	**18**	**6**	**12**	**Зачет**
	6.1. Патологическая стираемость, этиология, патогенез, классификации	4	2	2	
	6.2 Локализованная форма повышенного стирания	4	1	3	

profitrening.com

№ п/п	Наименование разделов и тем	Всего часов	В том числе		
			лекции	Электронное обучение/самоподготовка	Форма контроля
	6.3. Генерализованная компенсированная форма повышенного стирания	4	1	3	
	6.4. Генерализованная некомпенсированная форма повышенного стирания	3	1	2	
	6.5. Особенности написания истории болезни при различных формах повышенного стирания	3	1	2	
7	**Раздел 7. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика и ортопедические методы лечения заболеваний ортодонта**	**16**	**6**	**10**	**Зачет**
	7.1 Современная классификация пародонтальных заболеваний	**3**	1	2	
	7.2 Планирование и принципы комплексного лечения заболеваний пародонта.	**3**	1	2	
	7.3 Метод избирательного пришлифовывания	**3**	1	2	
	7.4 Временное шинирование на этапах лечения заболеваний пародонта	**3**	1	2	
	7.5 Постоянное шинирование на этапах лечения заболеваний пародонта	**2**	1	1	
	7.6 Непосредственное протезирование при лечении пародонтита и пародонтоза.	**2**	1	1	
	Раздел 8. Имплантология	**12**	**4**	**8**	**Зачет**
	8.1 Ортопедическое лечение адентий с использованием имплантатов.	**4**	2	2	
	8.2 Методы имплантации	**4**	1	3	
	8.3 Ошибки и осложнения.	**4**	1	3	
9	**Раздел 9. Гнатология и функциональная диагностика ВНЧС**	**14**	**6**	**8**	**Зачет**
	9.1 Ортопедическое лечение больных с деформацией зубных рядов, осложненное частичным отсутствием зубов.	**4**	2	2	
	9.2 Ортопедическое лечение больных с аномалиями зубов, зубных рядов, окклюзии	**4**	2	2	
	9.3 Ортопедическое лечение больных с окклюзионными нарушениями	**3**	1	2	

protrening.com

№ п/п	Наименование разделов и тем	Всего часов	В том числе		
			лекции	Электронное обучение/самоподготовка	Форма контроля
	зубных рядов				
	9.4 Ортопедическое лечение больных с патологией ВНЧС, обусловленной мышечно-суставной дисфункцией и (или) окклюзионными нарушениями	**3**	1	2	
10	**Раздел 11. Челюстно-лицевая ортопедия**	**12**	**4**	**8**	**Зачет**
	11.1 Принципы комплексного лечения огнестрельных и неогнестрельных переломов	**12**	**4**	**8**	
11	**Консультирование**	**2**			
12	***Итоговая аттестация***	**2**			***Экзамен***
13	***Итого***	***144***	***70***	***116***	

proftrening.com

3.3. Содержание разделов цикла учебной
ПРОГРАММЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ «ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»,

Раздел 1. Система и государственная политика здравоохранения в РФ. (4 часа)

1.1 Приоритеты концепции развития здравоохранения Российской Федерации. Цели развития здравоохранения РФ. Задачи развития здравоохранения РФ.
1.2. Охрана труда. Техника безопасности.

Раздел 2.Организация стоматологической помощи. Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии. (8 часов)

2.1 Обоснование, формулирование диагноза, составление плана ортопедического лечения. Основные методы обследования. Опрос. Осмотр. Дополнительные методы обследования. На температурные раздражители. Рентгенологический. ЭОД. Лабораторные методы обследования. Цитологический метод. Бактериологический метод. Гистологический метод. Исследование крови, мочи, желудочного сока. Специальные методы.

2.2 Ведение основной медицинской документации, вопросы этики и деонтологии. Этические проблемы в стоматологии.

2.3 Профилактика внутрибольничной инфекции. Дезинфекция. Стерилизация.

Раздел 3. Анатомо-физиологическое строение жевательного аппарата. (20 часов)

3.1 Зубочелюстная система как единый анатомический комплекс. Органы зубочелюстной системы. Функции органов зубочелюстной системы. Мускулатура зубочелюстной системы. Морфо-функциональные характеристики:зубов, зубных рядов, челюстных костей, пародонта, височно- нижнечелюстного сустава

3.2 Артикуляция, окклюзия и ее виды. Центральная окклюзия. Передняя окклюзия. Боковая окклюзия. Признаки окклюзии

3.3 Прикус и его разновидности (физиологические, аномалийные и патологические. Ортогнатический прикус. Прямой прикус. Бипрогнатия. Физиологическая опистогнатия. Глубокий прикус. Открытый прикус. Перекрестный прикус. Прогнатия. Прогения. Трехпунктный контакт Бонвиля

Раздел 4. Этиология, клиника и методы ортопедического лечения дефект твердых тканей зубов и коронковой части зуба. (16 часов)

4.1 Патология твердых тканей зубов кариозного и некариозного происхождения. Классификация МКБ-10. Гипоплазия. Флюороз. Эрозия. Клиновидный дефект. Классификация МКБ-10: Нарушения прорезывания зубов. Ретенированные и импактные зубы. Кариес зубов. Другие болезни твердых тканей зубов.

4.2 Проблема боли и методы обезболивания. Медикаментозные и немедикаментозные методы обезболивания. Психотерапия. Электрообезболивание. Аудиоанальгезия. Местная анестезия. Общая анастезия. Пациенты группы риска. Компоненты местноанестезирующих препаратов.

profitraining.com

Классификации местных анестетиков. Противопоказания и ограничения. Вазоконстрикторы. Критерии выбора препарата. Физический метод обезболивания. Премедикация.

4.3 Восстановление коронковой части зуба вкладками. Показания, противопоказания. Клинико-лабораторные этапы изготовления. Ошибки и осложнения на этапах изготовления.

4.4 Восстановление коронковой части зуба искусственными коронками. Показания, противопоказания.

4.5 Виниры. Керамические виниры. Показания к применению виниров. Положительные и отрицательные свойства виниров. Особенности препарирования.

4.6 Восстановление коронковой части зуба штифтовыми конструкциями. Показания, противопоказания. Ошибки и осложнения на клинико-лабораторных этапах изготовления

Раздел 5. Этиология, клиника и современные методы ортопедического лечения частичной вторичной адентии. (14 часов)

5.1 Клиника, этиология частичной потери зубов. Методы обследования. Формулирование диагноза. Специальные методы подготовки полости рта к протезированию.

5.2 Восстановление дефектов зубного ряда мостовидными протезами. Основные принципы конструирования. Классификация мостовидных протезов. Комбинированные мостовидные протезы.

5.3 Ошибки (технические, клинические) и осложнения при ортопедическом лечении с несъемными мостовидными протезами, облицованными керамикой или композитом. Повышение высоты прикуса. Неправильная оценка клинического состояния опорных зубов. Ошибка в выборе количества зубов. Ошибки, допущенные при моделировании тела мостовидного протеза.

5.4 Восстановление дефектов зубного ряда съемными пластиночными протезами. Частичные съемные
пластиночные протезы. Показания к применению, лабораторные этапы изготовления. Технологические приемы, основные и конструкционные материалы. Критерии оценки качества съемных пластиночных протезов. Возможные ошибки и осложнения на различных этапах изготовления съемных пластиночных протезов. Протезные стоматиты, диф.диагностика. Онкологическая настороженность. Адаптация к протезам. Правила пользования съемными протезами

5.5 Восстановление дефектов зубного ряда бюгельными протезами. Показания к применению. Характеристика конструкционных элементов. Клинико-лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов с литым каркасом. Клинические и технологические приемы изготовления, основные и вспомогательные материалы.

Раздел 6. Методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных с повышенным стиранием зубов. (16 часов)

protraning.com

6.1 Патологическая стираемость, этиология, патогенез, классификации. Принципы патогенетического лечения. Классификация Бракко. Классификация Грозовского. Классификация Курляндского. Классификация Бушана. Классификация Молдаванова. Клинические проявления. Диагностика патологической стираемости зубов. Лечение.

6.2 Локализованная форма повышенного стирания. Методы обследования. Лечение.

6.3 Генерализованная компенсированная форма повышенного стирания. Причины. Лечение.

6.4 *Генерализованная некомпенсированная форма повышенного стирания.* Причины. Лечение.

6.5 Особенности написания истории болезни при различных формах повышенного стирания.

Раздел 7. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика и ортопедические методы лечения заболеваний ортодонта. (16 часов)

7.1 Современная классификация пародонтальных заболеваний. Этиология заболеваний пародонта. Полное клиническое и рентгенологическое обследование пародонтального пациента

7.2 Планирование и принципы комплексного лечения заболеваний пародонта. Правила оформления историй болезней пародонтологического пациента.

7.3 Метод избирательного пришлифовывания. Методика Дженкельсона. Суперконтакты. Классы пришлифовывания.

7.4 Временное шинирование на этапах лечения заболеваний ортодонта. Классификация шин. Требования к шинам. Показания. Противопоказания. Виды временного шинирования.

7.5 Постоянное шинирование на этапах лечения заболеваний пародонта. Несъемные шины. Съемные шины. Сравнительная оценка съемных и несъемных шин. Показания к включению зубов в шину.

7.6 Непосредственное протезирование при лечении пародонтита и пародонтоза. Особенности протезирования. Технология протезирования. Последующий уход.

Раздел 8. Имплантология. (12 часов)

8.1 Ортопедическое лечение адентий с использованием имплантатов. Клинические основы имплантологии. Показания. Требования для успешной установки.Особенности обследования.Конструкции имплантатов.

8.2 Методы имплантации. Непосредственный, отсроченный, одно- и двухэтапный методы.

profitrening.com

8.3 Ошибки и осложнения. Критерии оценки состояния имплантатов. Гигиенические мероприятия. Ранняя дезинтеграция имплантата. Хирургическая травма. Окклюзионная перегрузка. Поздняя дезинтеграция имплантата. Периимплантит.

Раздел 9. Гнатология и функциональная диагностика ВНЧС. (10 часов)

9.1 Ортопедическое лечение больных с деформацией зубных рядов, осложненное частичным отсутствием зубов. Факторы, ведущие к деформации зубных рядов. Классификация деформации. Лечение.

9.2 Ортопедическое лечение больных с аномалиями зубов, зубных рядов, окклюзии.

9.3 Ортопедическое лечение больных с окклюзионными нарушениями зубов.

9.4 Ортопедическое лечение больных с патологией ВНЧС, обусловленной мышечно-суставной дисфункцией и (или) окклюзионными нарушениями

Раздел 10. Патологические изменения в состоянии организма, связанные с наличием зубных протезов. (10 часов) *Гальванизм в полости рта. Аллергический стоматит.Реакции на пластмассовые протезы.*

Раздел 11. Челюстно лицевая ортопедия. (12 часов)

11.1 Принципы комплексного лечения огнестрельных и неогнестрельных переломов. Виды помощи. Цели лечения переломов. Методы обезболивания.Методика лечения при тугоподвижных переломах. Ортопедические методы лечения при микростомии. Ортопедические методы лечения при дефектах твердого и мягкого неба.

proftreting.com

4.1. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

ЦИКЛА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ «СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ» ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»

Утверждаю

Директор АНО ДПО «ИРПК»

Юношева И.А. Юношева

«11» января 2021 г.

Категория слушателей: лица, имеющие среднее профессиональное образование по специальности «Стоматология ортопедическая»

Срок обучения: 144 часа.

Форма обучения: очная, очно-заочная, заочная, сетевая, стажировка

Язык обучения: русский

№ п/п	Наименование разделов	Всего часов	В том числе		
			лекции	Электронное обучение/самоподготовка	Форма контроля
1	Раздел 1. Система и государственная политика здравоохранения в РФ	4	2	2	Зачет
2	Раздел 2. Организационные основы зуботехнического производства	4	2	2	Зачет
3	Раздел 3. Зуботехническое материаловедение	6	1	5	Зачет
4	Раздел 4. Литейное зуботехническое производство	10	4	6	Зачет
5	Раздел 5. Функциональная анатомия зубочелюстной системы	9	6	3	Зачет
6	Раздел 6.Современные технологии в ортопедической стоматологии	83	40	43	Зачет
7	Раздел 7. Неотложная медицинская помощь. Медицина катастроф	12	8	4	Зачет
8	Раздел 8. Инфекционный контроль и инфекционная безопасность	10	5	5	Зачет
9	Консультирование	2			
10	Итоговая аттестация	4			Экзамен
11	Итого	***144***	***66***	***72***	

protraining.com

4.2. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

ЦИКЛА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ «СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ» СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»

Утверждаю
Директор АНО ДПО «ИРПК»
И.А. Юношева _____

«_____»

№ п/п	Наименование разделов и тем	Всего часов	В том числе	
			лекции	Электронное обучение/самоподготовка
1	**Раздел 1. Система и государственная политика здравоохранения в РФ**	**4**	**2**	**2**
	1.1. Приоритеты концепции развития здравоохранения Российской Федерации	2	1	1
	1.2. Охрана труда. Техника безопасности.	2	1	1
2	**Раздел 2. Организационные основы зуботехнического производства**	**4**	**2**	**2**
3	**Раздел 3. Зуботехническое материаловедение**	**6**	**3**	**3**
	3.1 Исторический аспект стоматологического материаловедения как прикладной науки о материалах стоматологического назначения	**2**	**1**	**1**
	3.2 Охрана труда и техника безопасности в зуботехнической лаборатории	**2**	**1**	**1**
	3.3 Классификация стоматологических материалов по назначению. Классификация стоматологических материалов по химической природе	**2**	**1**	**1**
4	**Раздел 4. Литейное зуботехническое производство**	**10**	**4**	**6**
	4.1 Подразделения зуботехнической лаборатории, современное оборудование, оснащение. Организация зуботехнического производства.	**5**	**2**	**3**
	4.2 Материалы для литейного зуботехнического производства	**5**	**2**	**3**
5	**Раздел 5. Функциональная анатомия зубочелюстной системы**	**9**	**6**	**3**
	5.1. Анатомия и физиология зубочелюстной системы. Окклюзия. Полное отсутствие зубов	6	4	2
	5.2. Биомеханика жевательного аппарата	3	2	1
6	**Раздел 6. Современные технологии в ортопедической стоматологии**	**83**	**40**	**43**
	6.1. Современные технологии изготовления несъемных протезов	20	10	10

profitraining.com

№ п/п	Наименование разделов и тем	Всего часов	В том числе	
			лекции	Электронное обучение/самоподготовка
	6.2. Современные технологии изготовления съемных пластиночных протезов	20	10	10
	6.3. Современные технологии изготовения бюгельных протезов	20	10	10
	6.4. Современные технологии изготовления ортодонтических аппаратов. Протезирование в детском возрасте	23	10	13
7	**Раздел 7. Неотложная медицинская помощь. Медицина катастроф**	**12**	**8**	**4**
	7.1 Основы сердечно-легочной реанимации. Первая помощь и особенности проведения реанимационных мероприятий при экстремальных воздействиях. Особенности оказания помощи пострадавшим в коматозном состоянии	**3**	2	1
	7.2 Неотложная помощь при острых отравлениях. Помощь при острых аллергических реакциях	**3**	2	1
	7.3 Первая помощь при кровотечениях, и геморрагическом шоке. Неотложная помощь при травмах и травматическом шоке	**3**	2	1
	7.4 Медицина катастроф	**3**	2	1
8	**Раздел 8. Инфекционный контроль и инфекционная безопасность**	**10**	**5**	**5**
	8.1 Гемоконтактные гепатиты	**2**	1	1
	8.2 ВИЧ-инфекция	**3**	1	2
	8.3 Дезинфекционно -стерилизационный режим в отделении.	**2**	1	1
	8.4 Проведение текущей и генеральной уборки в помещении отделения	**3**	2	1
9	**Консультирование**	**2**		
10	***Итоговая аттестация***	**4**		
11	***Итого***	***144***	***70***	***116***

profitrening.com

4.3. Содержание разделов цикла учебной
ПРОГРАММЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ «СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ» ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»,

Раздел 1. Система и государственная политика здравоохранения в РФ. (4 часа)

1.1 Приоритеты концепции развития здравоохранения Российской Федерации. Цели развития здравоохранения РФ. Задачи развития здравоохранения РФ.
1.2. Охрана труда. Техника безопасности.

Раздел 2. Организационные основы зуботехнического производства (4 часа)

Структура и оснащение зуботехнической лаборатории. Основные производственные помещения. Специальные производственные помещения. Рабочее место зубного техника. Санитарно-гигиенические нормы функционирования зуботехнической лаборатории.

Раздел 3. ***Зуботехническое материаловедение. (6 часов)***

3.1 *Исторический аспект стоматологического материаловедения как прикладной науки о материалах стоматологического назначения* **.**Зубопротезирование в Древности и Средние века. Первые фарфоровые зубы. Протезирование в Царской России. Использование пластика в протезировании.
3.2 *Охрана труда и техника безопасности в зуботехнической лаборатории.* Инструктаж. Техника безопасности при работе с кислотами и щелочами. Меры противопожарной безопасности при работе в зуботехнической лаборатории. Освещенность и вентиляция в зуботехнической лаборатории. Техника безопасности при работе с колющими, режущими и абразивными материалами. Техника безопасности при работе с пластмассами. Техника безопасности при работе с электрооборудованием. Оказание первой помощи пострадавшим.

3.3 *Классификация стоматологических материалов по назначению. Классификация стоматологических материалов по химической природе.* Основные материалы. Клинические материалы. Оттискные и слепочные материалы. Моделировочные материалы. Базисные материалы. Материалы для изготовдения искусственных зубов и вкладок. Формовочные материалы для литья сплавов металлов и паяльные средства. Материалы для отделки, шлифования и полировки протезов. Вспомогательные материалы для изготовления протезов.

Раздел 4. Литейное зуботехническое производство (10 часов)

4.1 *Подразделения зуботехнической лаборатории, современное оборудование, оснащение. Организация зуботехнического производства.* Методы плавления и литья сплавов, применяемые в стоматологии. Заливка. Вакуумное литье. Центробежное литье.

4.2. *Материалы для литейного зуботехнического производства.* Гипсовые формовочные материалы. Фосфатные формовочные материалы. Экспадента. Аурит

Раздел 5. Функциональная анатомия зубочелюстной системы. (9 часов)

proftraining.com

5.1 Анатомия и физиология зубочелюстной системы. Нижняя челюсть. Верхняя челюсть. Альвеолярные отростки 1 верхней и нижней челюстей. Височно-нижнечелюстной сустав. Окклюзия. Полное отсутствие зубов.

5.2 *Биомеханика жевательного аппарата.* Жевание. Глотание. Звукообразование. Дыхание.

Раздел 6. Современные технологии в ортопедической стоматологии. (83 часа)

6.1 *Современные технологии изготовления несъемных протезов.* Виниры. Мостовидные зубные протезы. Несъемные коронки.

6.2. Современные технологии изготовления съемных пластиночных протезов. Полные и частичные съемные конструкции. Недостатки и преимущества съемных пластиночных протезов. Этапы изготовления съемных пластиночных протезов.

6.3 Современные технологии изготовения бюгельных протезов. Кламмерная фиксация. Замковое крепление. Телескопическая коронка. Шинирующий протез. Преимущества бюгельных протезов.

6.4 *Современные технологии изготовления ортодонтических аппаратов. Протезирование в детском возрасте.* Лингвальные брекеты. Элайнеры. Вестибулярные брекеты. Ретенционные аппараты.

Раздел 7. Неотложная медицинская помощь. Медицина катастроф

7.1 *Основы сердечно-легочной реанимации. Первая помощь и особенности проведения реанимационных мероприятий при экстремальных воздействиях. Особенности оказания помощи пострадавшим в коматозном состоянии.* Методы искусственной вентиляции легких. Техника массажа сердца. Порядок действий при оказании первой помощи. Обработка ран. Транспортировка пострадавших.

7.2 *Неотложная помощь при острых отравлениях. Помощь при острых аллергических реакциях.* Признаки и симптомы отравления. Токсические соединения и признаки отравления ими. Отравления ядами. Отравления алкоголем. Отравления кислотами и щелочами. Отравления медикаментами. Пищевыми отравления. Отравления растениями. Анафилактический шок. Отек Квинке. Синдром Стивенсона-Джонсона. Синдром Лайелла.

7.3. Первая помощь при кровотечениях, и геморрагическом шоке. Неотложная помощь при травмах и травматическом шоке. Причины геморрагического шока. Степени кровопотери. Гиповолемический шок

7.4 Медицина катастроф. Служба медицины катастроф. Характеристика чрезвычайных ситуаций мирного времени.Основные мероприятия по ликвидации ЧС.

Раздел 8. Инфекционный контроль и инфекционная безопасность(10 часов)

profrening.com

8.1 Гемоконтактные гепатиты. Гепатит В. Гепатит С.

8.2 ВИЧ-инфекция. Заражение. Диагностика.

8.3 Дезинфекционно -стерилизационный режим в отделении. Профилактическая дезинфекция. Очаговая дезинфекция

8.4. Проведение текущей и генеральной уборки в помещении отделения. Периодичность выполнения влажной уборки. Технология проведения генеральной уборки

proftrening.com

5. Условия реализации программы профессионального обучения по профессии «Ортопедическая стоматология» ,

5.1. Материально-технические условия реализации программы

АНО ДПО «Институт развития профессиональных компетенций» располагает материально-технической базой, обеспечивающей проведение обучения по данной образовательной. Реализуемая программа профессионального обучения обеспечена необходимым комплектом программного обеспечения.

5.2. Учебно-методическое обеспечение программы

Для очного и очно – заочного обучения:

- Оборудованные аудитории;
- Раздаточные материалы в бумажной или на электронных носителях
- Видеоматериалы в форме показа в аудитории;
- Доступ к Справочно-информационной системе «Консультант+»;
- Доступ к Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»;

Для электронного обучения - электронный комплект обучения на сайте www.proftrening.com включающий в себя:

- Электронное учебное пособие;
- Базу основных правовых и нормативно-методических документов по изучаемой образовательной программе;
- Базу дополнительных и справочных материалов (инструкции, формы документации, формы отчетности и т.д.);
- Тесты для прохождения итоговой аттестации (Зачета).

На сайте предусмотрены on-line консультации.

Занятия для самостоятельной подготовки (вне учебного плана)

Работа с источниками. В период обучения каждому слушателю доступны ресурсы электронных материалов, доступ к которой производится по индивидуальному логину и паролю, получаемому слушателем после заключения договора на оказание образовательных услуг.

Off-line консультации. Для осуществления обратной связи с преподавателями обучаемому предоставляется доступ к системам off-line консультаций, позволяющим получить ответ специалиста в отсроченном режиме в виде печатного документа, таблицы, схемы и прочее или же по телефону.

Занятия для самостоятельной подготовки не нормируются по времени и режиму выполнения. Рекомендуются для подготовки к промежуточной и итоговой аттестации.

Характеристика справочно-правовых систем.

Наименование	Характеристики
Справочно-информационная система .Консультант+	Комплекс систем, содержащих законодательные акты федерального и регионального значения, нормативные и нормативно-технические документы, строительные нормы и правила, правила безопасности, руководящие и иные документы, справочную информацию. Удобные средства поиска, ежемесячное обновление.
Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»	Система, содержащая лекции, монографии, учебники и учебные пособия, сборники статей, учебные модули, комментарии специалистов, первоисточники, методические материалы — широкий спектр учебной и научной литературы систематизирован по различным

proftrening.com

	областям знаний.

Перечень учебного и программно-информационного обеспечения.

Наименование	Характеристика
Учебные программы	
Офисные программы	
LibreOffice Writer	Текстовый редактор (процессор)
LibreOffice Calc	Приложение для работы с электронными таблицами
LibreOffice Impress	Приложение для подготовки презентаций. Позволяет создавать материалы профессионального качества, которые могут применяться для личных целей или размещаться в Интернете.
LibreOffice Base	Приложение для подготовки баз данных.
LibreOffice Draw	Программное средство для построения схем и диаграмм различного типа, а также для наглядного представления бизнес-процессов.

Наименование специализированных аудиторий, кабинетов	Вид занятий	Наименование оборудования, программного обеспечения
Конференц-зал	Лекции, экзамен	Мультимедийная установка
Учебный класс	Лекции, самоподготовка, экзамен	Мультимедийная установка, модульный комплекс «Технология научно-методического обеспечения деятельности организации в сфере охраны труда», учебные пособия, тренажер «Максим-II” с комплектом симуляционных элементов, аптечка ПП
Компьютерный класс	Лекции, самоподготовка, экзамен	Персональные компьютеры 5шт., Телевизор Toshiba, DVD-плеер Samsung, электронная библиотека, учебные пособия, обучающая программа «общая практика».
Ресурсы медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, и в других медицинских организациях	Практическая подготовка	

proftrening.com

5.3. Кадровое обеспечение реализации программы

Реализация программы обеспечивается профессорско-преподавательским составом, удовлетворяющим следующим условиям:

- Наличие среднего или высшего медицинского образования, из числа штатных преподавателей и (или) привлеченных на условиях почасовой оплаты труда;
- Наличие ученой степени и (или) значительный опыт практической деятельности в соответствующей сфере из числа штатных преподавателей и (или) привлеченных на условиях почасовой оплаты труда.

Организацию учебного процесса по реализации программы обеспечивает учебно-вспомогательный персонал.

proftrening.com

6.Формы аттестации, оценочные материалы и иные компоненты

6.1. Форма промежуточной аттестации и требования к ней

Промежуточная аттестация по разделам, для которых учебным планом предусмотрена такая форма контроля осуществляется в форме зачета (тестирование). Зачет ставится при количестве верных ответов – не менее 70%.

6.2. Форма итоговой аттестации и требования к ней

Итоговая аттестация слушателей является обязательной и осуществляется после освоения программы в полном объеме. Итоговая аттестация проводится в форме зачета в виде тестирования. Тестовых вопросов не менее 100. Зачет ставится при количестве верных ответов – не менее 70%. Тестовые задания содержат задания по разделам учебного плана.

Итоговая аттестация проводится аттестационной комиссией (АК). Аттестационную комиссию возглавляет директор АНО ДПО «ИРПК» Председатель АК организует и контролирует ее деятельность, обеспечивает единство требований, предъявляемых к слушателям. Состав АК формируется из числа педагогических и научных работников образовательного учреждения, а также лиц, приглашаемых из сторонних организаций, соответствующих профилю осваиваемой слушателям и программы. Председатель и состав АК утверждается директором.

Оценочные средства.

6.3. Промежуточная аттестация «Ортопедическая стоматология»

Раздел 1. Система и государственная политика здравоохранения в РФ

1. Приоритетным направлением развития здравоохранения на современном этапе является:
1) узкоспециализированная медицинская помощь,
2) стационарная медицинская помощь.
3) санаторно-курортная помощь
4) первичная медико-санитарная помощь
5) реабилитация

2. Предметом изучения здравоохранения и общественного здоровья является:
1) здоровье индивидуума
2) здоровье населения и факторы, влияющие на него
3) эпидемиология заболеваний
4) здоровье работающего населения
5) экономика здравоохранения

3. Основными группами показателей общественного здоровья являются:
1) показатели заболеваемости, летальности, инвалидности
2) показатели инвалидности, заболеваемости, физического развития, демографические показатели
3) показатели соотношения, наглядности, инвалидности
4) демографические показатели, физического развития, обеспеченности кадрами

4.Валеология — это:
1) наука об общественном здоровье
2) наука об индивидуальном здоровье

profiteling.com

3) наука о здоровье здоровых и влияние на него образа жизни

5. Методом и средством первичной профилактики является:
1) ранняя диагностика заболеваний
2) вакцинация
3) профилактическая госпитализация
4) постановка на диспансерный учет
5) организация социальной защиты

6. Демографическая политика — совокупность мероприятий, направленных:
1) на повышение рождаемости
2) на снижение рождаемости
3) на стабилизацию рождаемости
4) на оптимизацию естественного прироста населения
5) на снижение смертности

7. в структуре причин смертности в РФ первое ранговое место принадлежит:
1) злокачественным новообразованиям
2) болезням системы кровообращения
3) инфекционным и паразитарным болезням
4) травмам и отравлениям
5) болезням органов дыхания

8. Социально -значимые заболевания – это заболевания, лидирующие в структуре
1) смертности и инвалидности
2) общей и госпитализированной заболеваемости
3) заболеваемости по данным медицинских осмотров
4) госпитализированной и инфекционной заболеваемости

9. В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности наибольший удельный вес занимают:
1) травмы, отравления и несчастные случаи
2) острые респираторные заболевания
3) заболевания сердечно-сосудистой системы
4) заболевания периферической нервной системы

10. Медицинская активность — это деятельность, направленная на:
1) увеличение рождаемости
2) снижение летальности
3) сохранения своего здоровья
4) борьбу с абортами

Раздел 2. Организация стоматологической помощи. Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии

1. Норматив обеспеченности врачебными кадрами стоматологической ортопедической помощи в расчете на 10 000 населения

1. 0,25

profitraning.com

2) 0,5

3) 1,0

4) 1,5

5) 2,0

2. Оптимальная нагрузка врача-ортопеда, выраженная числом посещений пациентов в день, составляет

1) 7,0

2.) 10,0

3) 12,0

4) 14,0

5) 16,0

3. Должность медицинской сестры положена на следующее число врачей-ортопедов:

1) 1,0

2) 1,5

3) 2,0

4) 2,5

5) 3,0

4. Метод субъективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает

1) осмотр

2) пальпацию

3) опрос

proftrening.com

5. Набор инструментов для первичного осмотра пациента в клинике ортопедической стоматологии включает

1) зонд, зеркало

2) зонд, зеркало, пинцет

3) зонд зеркало, пинцет, экскаватор

4) зонд зеркало, пинцет, экскаватор, гладилку

5) зонд зеркало, пинцет, экскаватор, гладилку, шпатель

6. Врач-ортопед по нормативу должен принять в час

1) 0,5 пациента

2) 1,0 пациента

3) 1,5 пациента

4) 2,0 пациента

5) 2,5 пациента

7. Соотношение должностей врач – зубной техник должно быть

1) 0,5 : 1,0

2) 1,0 : 1,0

3) 1,0 : 2,0

4) 1,5 : 2,0

5) 2,0 : 3,0

8. Объективное исследование пациента начинают с

1) опроса

2) осмотра слизистой оболочки

3) заполнения зубной формулы

proftrening.com

4) изучения диагностических моделей

5) внешнего осмотра

Раздел 3. Анатомо-физиологическое строение жевательного аппарата

1. Клиническая шейка зуба соответствует

1) переходу эмали в цемент корня

2) границе над - и поддесневой частей зуба

3) экватору зуба

2. Абсолютная сила жевательных мышц по Веберу при их двухстороннем сокращении равняется

1) 100 кг

2) 195 кг

3) 300 кг

4) 390 кг

3. Вторая степень подвижности зубов по Энтину характеризуется движениями зуба в

1) вестибуло-оральном направлении

2) медио-дистальном направлении

3) вестибуло-оральном и медио-дистальном направлениях

4) вестибуло-оральном и медио-дистальном, включая вертикальное направление

5) во всех направлениях, включая ротацию

4. В основном треугольнике (футляре), кроме сонной артерии, располагаются

proftrening.com

1) поверхностные шейные лимфатические узлы

2) диафрагмальный нерв

3) внутренняя яремная вена

4) диафрагмальный нерв

5. В поднимании нижней челюсти участвует мышца

1) собственно жевательная

2) латеральная крыловидная

3) нижнечелюстная

6. Носовая полость образована

1) крыльными хрящами

2) костями носа

3) перпендикулярной пластинкой решетчатой кости

4) хрящом перегородки носа

7. Носослезный канал состоит из

1) соединения латерального и максилярного отростков

2) соединения медиального носового и максилярного отростков

3) латерального носового отростка

4) медиального носового отростка

5) максилярного отростка

8. Основные методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является

1) клинический

2) рентгенологический

3) биометрический

4) реографический

5) измерение диагностических моделей челюстей

proftrening.com

9. Наибольшую информацию о состоянии периапекальных тканей зубов верхней и нижней челюсти дает следующий метод рентгенологического обследования
1) дентальная рентгенография

2) панорамная рентгенография

3) ортопантомография

4) телерентгенография

5) рентгенокинематография

10. Для выявления возможности прохождения корневых каналов 26 зуба целесообразно использовать следующий метод рентгенодиагностики

1. дентальная рентгенография

2. панорамная рентгенография

3. ортопантомография

4. телерентгенография

5. рентгенокинематография

Раздел 4. Этиология, клиника и методы ортопедического лечения дефектов таердых тканей зубов и коронковой части зуба

1. Препарирование зуба не требуется при изготовлении коронки

1) пластмассовой
2) комбинированной

3) фарфоровой

4) ортодонтической

2. Одонтопародонтограмма дает возможность судить

№ 1. о степени резорбции межзубных перегородок
№ 2. о состоянии слизистой оболочки полости рта

№ 3. о степени подвижности зубов

proftrening.com

3. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие

нижнюю челюсть, находятся в состоянии

1) напряжения

2) относительного физиологического покоя

3) полного расслабления

4. В состоянии относительного физиологического покоя зубные

ряды в норме

1) сомкнуты

2) разобщены на 0,5 – 1 мм

3) разобщены на 2 – 4 мм

4) разобщены на 5 – 7 мм

5. Вкладки могут быть

1) силиконовые

2) гуттаперчевые

3) металлические

6. Ко второму классу по классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку относятся полости

1) располагающиеся на оральной, жевательной

и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а

также оральной стороне передних зубов

2) на жевательной проксимальной поверхностях моляров и премоляров

3) на проксимальных поверхностях передних зубов

4) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

5) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

proftrening.com

7. К третьему классу по классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку относятся полости

1) располагающиеся на оральной, жевательной

и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а

также оральной стороне передних зубов

на проксимальных поверхностях моляров и премоляров

2) на проксимальных поверхностях передних зубов

3) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

8. При препарировании твердых тканей клыков с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

1) на верхушках бугров

2) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности

3) на верхушках бугров и в пришеечной зоне

вестибулярной и оральной поверхности

4) на проксимальных поверхностях

5) на оральной поверхности в области слепой ямки

9. При подготовке полости зуба под вкладку делают фальц
1) на 1/3 толщины эмали

2) на 1/2 толщины эмали

3) на всю толщину эмали

4) в пределах эмали

5) в пределах твердых тканей,

protrening.com

Раздел 5. Этиология, клиника и современные методы ортопедического лечения частичной вторичной адентии.

1. Частичную вторичную адентию, осложненную феноменом Попова – Годона, следует дифференцировать

1) от частичной адентии, осложненной снижением окклюзионной высоты и дистальным смещением нижней челюсти

2) от частичной адентии, осложненной патологической стираемостью твердых тканей зубов и снижением окклюзионной высоты

3) от частичной адентии обеих челюстей, когда не сохранилось ни одной пары зубов антагонистов

2. Профессор Пономарева В.А. выделяет

1) три формы зубочелюстных деформаций

2) две формы зубоальвеолярного удлинения

3) четыре формы зубочелюстных деформаций

3. Наиболее частый этиологический фактор вторичной деформации зубных рядов

1) патологическая стираемость

2) кариес

3) пародонтит

4) адентия

5) лейкоплакии

4. Отношение между экстра - и интраальвеолярной частями зуба остается неизменным

1) при I форме феномена Попова

2) при II форме, 2-я группа феномена Попова

3) при II форме , 1-я группа феномена Попова

4) при III форме феномена Попова

5. Полукоронка может быть опорой только

1) мостовидного протеза

2) бюгельного протеза

3) пластиночного протеза

6. Изготовление пластмассовых мостовидных протезов возможно

1) да

2) да, если отсутствует один зуб

3) да, если отсутствует два зуба

proftrening.com

4) да, если отсутствует три зуба

5) нет

7. При применении литых штифтовых вкладок возможны следующие ошибки и осложнения

1) перфорация стенки корня

2) расхождение швов

3) подвижность корня

8. Следующие протезы целесообразно изготовить при лейкоплакии и красном плоском лишае

1) бюгельные протезы с опорно-удерживающими кламмерами

2) съемные пластиночные протезы с кламмерами по Кемени

3) протезы с опорно-удерживающими кламмерами с последующим нанесением слоя серебра

9. Моделирование тела цельнолитого мостовидного протеза производится

1) перед моделированием опорных коронок

2) на этапе припасовки опорных коронок на модели

3) одновременно с моделированием опорных коронок

4) после этапа припасовки опорных коронок в клинике

Раздел 6. Методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных с повышенным стиранием зубов

1. Укажите признак уменьшенной высоты нижней трети лица

1) сниженный тонус жевательных мышц

2) стираемость бугорков жевательных зубов

3) стираемость режущих краев передних зубов

2. При второй степени стираемости глубина поражения твердых тканей составляет

1) половину величины коронки зуба

2) половину длины корня

proftrening.com

3) 2/3 коронки зуба

3. При прямом виде прикуса преобладает форма патологической стираемости

1) горизонтальная

2) вертикальная

3) смешанная

4) компенсированная

4. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется стертостью небной поверхности верхних резцов, называется

1) компенсированная

2) горизонтальная

3) вертикальная

4) смешанная

5) декомпенсированная

5. Дополнительными методами обследования больных с декомпенсированной формой патологической стираемости твердых тканей зубов является

1) клинический анализ крови

2) аллергологические пробы

3) биохимический анализ крови

4) рентгенологическое исследование зубов и челюстей и ВНЧС

6. При всех формах патологической стираемости показаны

1) штампованные коронки

2) цельнолитые протезы

3) внеротовые лечебные аппараты

7. При 3-й степени патологической стираемости зубов показано применение

1) пломб

2) вкладок

3) культевых коронок

4) штампованных коронок

proftrening.com

8. Для ортодонтического этапа лечения больных с локализованной формой патологической стираемости зубов применяется

1) пластинка с наклонной плоскостью

2) пластмассовая каппа

3) пластинка с накусочной площадкой

4) пластинка с вестибулярной дугой

9. Для дифференциации компенсированной формы патологической стираемости твердых тканей зубов от декомпенсированной формы необходимо

1) изготовить диагностические модели

2) измерить разницу между ВНОЛ при физиологическом покое и в ЦО

3) провести рентгенологическое исследование зубов

4) провести ЭОД

5) провести реопарадонтографию

Раздел 7. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика и ортопедические методы лечения заболеваний пародонта

1. В одонтопародонтограмме В.Ю. Курляндского выносливость пародонта к нагрузке обозначается

1) в процентах (%)

2) в килограммах (кг)

3) в коэффициентах

4) в граммах на квадратный миллиметр (г/мм²)

2. Коэффициенты выносливости пародонта зубов, предложенные В.Ю. Курляндским, получены на основании данных исследований

1) гнатодинамометрии

2) анатомических особенностей строения зубов

3) подвижности зубов

4.) жевательных проб

proftrening.com

3. На функциональное состояние жевательных мышц влияет

1) нарушение микроциркуляции пародонта

2) состояние пульпы сохранившихся зубов

3) положение верхней челюсти

4) нарушение окклюзии

4. При заболеваниях пародонта возможно применение полукоронок в качестве шин

1) да

2) да, если пародонтит легкой и средней степени

3) да, только с предварительным депульпированием зубов

4) нет

5. Применение пластмассовых коронок при пародонтите возможно

1) нет

2) нет, так как усугубится течение

3) да

4) да, если процесс в стадии ремиссии

5) да, если край коронки не подводить под десну

6. Для пародонтита характерно, что явления деструкции костной ткани захватывают

1) тело челюсти

2) лишь альвеолярный отросток челюсти

3) альвеолярный отросток и тело челюсти

7. Выберите метод стабилизации (лечения) развившейся стадии

очагового пародонтита с распространением на всю фронтальную группу зубов

1) фронтальная стабилизация

2) сагиттальная стабилизация

3) парасагиттальная стабилизация

4) фронтосагиттальная стабилизация

proftrening.com

5) стабилизация по дуге

8. Укажите метод ортопедического лечения очагового пародонтита центрального резца верхней челюсти (развившаяся стадия)

1) интердентальная шина В.Н.Копейкина

2) шина Мамлока

3) шина Эльбрехта

4) шина из четырех цельнолитых

5) (металлокерамических, металлоакриловых) коронок

6) экваторные коронки в сочетании со съемной шиной, состоящей из бюгеля и опорно-удерживающих кламмеров

9. При пародонтите избирательная пришлифовка зубов осуществляется

1) для устранения преждевременных контактов

2) для выключения отдельных зубов из окклюзии

3) для подготовки зубов к шинированию

10. При развившейся стадии пародонтита и большой подвижности зубов избирательную пришлифовку лучше проводить после

1) предварительного шинирования

2) удаления корней зубов

3) депульпирования

Раздел. 8. Имплантология

1. При лечении привычных вывихов нижней челюсти в клинике ортопедической стоматологии применяют

1) укрепление связочно-капсулярного аппарата

2) применение ограничителей открывания рта

3) оперативное лечение

4) применение имплантата

proftrening.com

2. Расположение плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке следующее

1) плечи расположены на уровне кортикальной пластинки

2) выше кортикальной пластинки

3) ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм

4) выше кортикальной пластинки на 2-3 мм

5) в зависимости о состояния кости

3. Проходить регулярный контроль больному, получившему лечение с помощью имплантации

1) не требуется

2) в зависимости от желания пациента

3) требуется в течение первого года

4) требуется проводить регулярный контроль

5) требуется в течение первых шести месяцев

4. Субпериостальная имплантация показана

1) если включенный дефект небольшой протяженности с резко выраженной атрофией альвеолярного отростка

2) если концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным

альвеолярным отростком

3) при полном отсутствии зубов на челюсти со значительной атрофией альвеолярного гребня

4) при утрате одного зуба с резкой атрофией альвеолярного гребня

5) при утрате всех фронтальных зубов с хорошо сохранившимся

альвеолярным отростком

5. Изгибать головку титанового имплантата можно

1) на 30°

2) до 10°

3) не более 45°

4) до 15°

5) изгибать нельзя

profitrening.com

6. Аналог имплантата отличается от собственно имплантата по толщине

1) толще на 0.3 мм

2) тоньше на 0.2 мм

3) толщина одинакова

4) толще на 0.2 мм

5) тоньше на 0.5 мм

7. На эндодонто-эндоссальный имплантант наносят цемент перед фиксацией

1) на всю длину

2) на внутрикостную часть

3) на внутрикорневую часть

4) на внутрикорневую часть и 2 мм за верхушку

5) в зависимости от длины имплантата

8. После имплантации швы снимаются

1) через 3 недели

2) через 7-8 дней

3) через 2-3 дня

4) через 10-12 дней

5) через 4-5 дней

9. Целью применения внутрислизистых имплантатов является

1) улучшение фиксации съемных протезов

2) улучшение фиксации мостовидных протезов

3) улучшение устойчивости зубов

4) улучшение эстетики протезирования

5) все вышеперечисленное

10. Стерилизуют имплантаты

1) в автоклаве

2) в суховоздушном стерилизаторе

proftrening.com

3) в автоклаве или в сухожаровом шкафу

4) химическим способом

Раздел 9. Гнатология и функциональная диагностика ВНЧС

1. Ортогнатический прикус постоянных зубов характеризует следующий признак

1) каждый зуб имеет по одному антагонисту

2) смыкание по 2 классу Энгля

3) каждый верхний зуб в центральной окклюзии вступает в контакт с одноименным нижним и позади стоящим.

4) смыкание по 3 классу Энгля

2. Гнатодинамометром измеряют

1) абсолютную силу жевательных мышц

2) выносливость пародонта к нагрузке

3) жевательную эффективность

3. Наиболее важным при анализе телерентгенограммы является

1) анализ соотношения зубных рядов нижней и верхней челюсти

2) анализ гнатической части лицевого скелета (гнатометрия)

3) анализ состояния костной ткани челюстей

4) анализ состояния твердых тканей зубов

4. Гнатические разновидности аномалий прикуса характеризует

1) соотношение зубных дуг

2) топография альвеолярных дуг

3) топография и размеры челюстных костей

4) топография других лицевых костей

5) размер и положение зубов

proftrening.com

5. При протетическом лечении прогнатического прикуса целесообразно изготавливать съемные протезы, так как

1) на них легче поставить передние зубы

2) постановка максимально может быть приближена к положению естественных зубов

3) съемный протез позволяет избежать перегрузки опорных зубов

4) на съемном протезе легче создать опору для нижних передних зубов

5) на съемном протезе легче провести коррекцию прикуса

6. При верхнечелюстной микрогнатии у взрослых целесообразно применить лечение

1) сочетание компактостеотомии с аппаратурным

2) дуги с помощью дуг Энгля

3) с помощью пластинки с винтом

4) повышение прикуса

5) с помощью ретракционной пластинки

7. Метод исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов пародонта, основанный на графической регистрации, изменений полного электрического сопротивления тканей пародонта, называется

1) ортопантографией

2) реопарадонтографией

3) электромиографией

4) фотоплетизмографией

5) гнатодинамометрией

8. Болевая чувствительность слизистой оболочки протезного ложа определяется

1) гнатодинамометром

2) эстезиометром

3) электронно-вакуумным аппаратом

9. Перекрестная постановка искусственных зубов при изготовлении

полных съемных протезов применяется при соотношении челюстей

1) ортогнатическом

2) прогеническом

proftrening.com

3) прогнатическом

4) прямом

Раздел 10. Челюстно-лицевая ортопедия

1. Причины, приводящие к приобретенным дефектам челюстно-лицевой области:

1) огнестрельная травма;

2) спортивная травма;

3) бытовая травма;

4) производственная травма;

5) пародонтит;

6) онкологические заболевания;

7) 2+3+4+5;

8) 1+2+3+4+6.

2. Врожденными дефектами челюстно-лицевой области являются:

1) злокачественные новообразования;

2) расщелины твердого неба;

3) расщелины верхней губы;

4) гемангиома;

5) 2+3;

6) 1+2+3;

7) 2+3+4.

3. Заболевания, приводящие к дефектам челюстно-лицевой области:

1) остеомиелит;

2) пародонтит;

3) туберкулез;

4) сифилис;

5) актиномикоз;

profrening.com

6) пародонтоз;

7) злокачественные новообразования;

8) 1+3+4+5+7;

9) 1+2+3+4+6+7.

4. Основными группами лечебных аппаратов, используемых в челюстно-лицевой ортопедии, являются:

1) фиксирующие;

2) исправляющие;

3) замещающие;

4) формирующие;

5) комбинированные;

6) изолирующие;

7) все перечисленные выше;

8) 1+2+3+4+5;

9) 1 +3+5+6.

5. Зубонаддесневыми шинами являются:

1) шина Тигерштедта;

2) шина Васильева;

3) шина Вебера;

4) шина Ванкевич;

5) шина Порта;

6) 1 +2+4+5;

7) 3+4;

8) все перечисленные выше.

6. Наддесневыми шинами являются:

1) шина Тигерштедта;

2) шина Васильева;

3) шина Вебера;

proftrening.com

4) шина Порта;

5) 1+2+4+3;

6) 1+2+4+5;

7) все перечисленные выше.

7. Репонирующими ортопедическими аппаратами являются:

1) шина Порта;

2) шина Васильева;

3) шина Курляндского;

4) шина Ванкевич;

5) 1+3+4;

6) 3+4;

7) все перечисленные выше.

8. Основными группами неогнестрельных переломов нижней челюсти по В.Ю. Курляндскому являются:

1) переломы тела челюсти в пределах зубного ряда при наличии отломков зубов;

2) переломы тела челюсти при наличии беззубых отломков;

3) переломы за зубным рядом;

4) переломы в области венечных отростков;

5) переломы в области ветвей;

6) 1+4+5;

7) 1+2+3;

8) все перечисленные выше.

Итоговая аттестация.

1) В жевательных пробах С.Е. Гельмана, С.И. Рубинова в качестве тест-системы используют

1. жевательную резинку

2. сухарь

3. драже

4. ядро ореха

proftrening.com

2) Жевательная проба С.Е. Гельмана показывает

1. степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений

2. время, необходимое для совершения 50 жевательных движений

3. степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 с

4. степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса

5. время разжевывания пищи

3) Основные параметры функциональной ценности зуба

1. воспаление десны и цвет зуба

2. цвет и размер зуба

3. атрофия кости и подвижность зуба

4. подвижность зуба и зубные отложения

5. зубные отложения и воспаление десны

4) За степень атрофии лунки зуба принимается размер, полученный при зондировании зубодесневого кармана

1. с медиальной стороны

2. с дистальной стороны

3. с вестибулярной стороны

4. с оральной стороны

5. в месте наибольшей атрофии

5) Иммунитет - это

1. способность иммунной системы вырабатывать антитела

2. способность иммунокомпетентных клеток распознавать чужеродные белки

3. способ (механизм) защиты организма от живых тел и веществ, несущих в себе признаки генетической чужеродной информации

4. способность некоторых клеток уничтожить бактериальные клетки, попадающие из внешней среды

5. фагоцитарная функция клеток организма

proftrening.com

6) Факторы неспецифической защиты – это

1. выработка антител к определенному антигену

2. физиологическое воздействие на бактериальную клетку

3. химическое воздействие на микроорганизм

4. комплексное (физиологическое, химическое) воздействие на микроорганизм

5. фагоцитарная функция специфических клеток

7) Действие неспецифических механизмов защиты в полости рта появляется

1. сразу же в момент попадания белковой субстанции или иного вещества

2. через сутки

3. через 1 – 2 недели

4. необходимо время для синтеза иммуноглобулинов

5. необходимо время для формирования защиты

8) Деформация зубочелюстной системы – это

1. изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами

2. потеря зубов

3. нарушение развития формы и функций зубочелюстной системы

4. изменение в височно-нижнечелюстном суставе

5. открытый прикус

9) Наиболее характерным функциональным нарушением при деформациях зубочелюстной системы являются

1. нарушение жевания, окклюзии и артикуляции

2. нарушение эстетических норм, дыхания и речи

3. нарушение окклюзии, речи и глотания

10) При изучении диагностических моделей важна информация

1. соотношение оральных бугров моляров и премоляров верхней и нижней челюсти

2. характер смыкания передних зубов

3. совпадение средних линий между центральными резцами

proftrening.com

4. форма зубных дуг

11) Диагностические модели получают из

1. амальгамы

2. гипса

3. пластмассы

4. композита

12) Наиболее важным показателем при измерении диагностической модели является

1. высота неба в области моляров

2. вертикальный размер резцов

3. длины верхней и нижней зубных дуг

13) Следующие обследования позволяют использовать результаты телерентгенографии

1. измерения на диагностических моделях

2. электромиография

3. параметры ортогнатического прикуса

4. рентгенография отдельных зубов

5. электромиомастикациография

14) Сверхкомплектные зубы чаще бывают в области

1. моляров

2. премоляров

3. клыков

4. резцов

5. определенной закономерности нет

15) Среди врожденных пороков в челюстно-лицевой области наиболее часто встречается

1. изолированное несращение губы, губы и альвеолярного отростка, неба

2. сквозное одностороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба

3. сквозное двустороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба

profrening.com

4. расщелина лица косая, срединная

5. синдром I и II жаберных дуг

16) Источником силы в функционально-действующих аппаратах является

1. винт, пружина, дуга, резиновая тяга, магнитная тяга и др.

2. наклонная плоскость, направляющие петли, накладки, каппы, пелоты и т.д.

3. энергия жевательных мышц

4. энергия мимических мышц

5. энергия жевательных и мимических мышц

17) Истинная прогения – это

1. мезиальное смещение нижней челюсти

2. недоразвитие верхней челюсти при нормальной нижней

3. чрезмерное развитие нижней челюсти

4. принужденный прикус

5. уплощение фронтального участка верхней челюсти

18) Внеротовая часть ортодонтического аппарата максимально опирается

1. на лобную часть головы

2. на лобно-теменную часть головы

3. на лобно-теменно-затылочную часть головы

4. на шею

5. на подбородок

19) Основной целью зубочелюстного протезирования детей является

1. нормализация жевания

2. нормализация глотания

3. нормализация речи

4. нормализация положения нижней челюсти

№ 5. профилактика

proftrening.com

20)У пациентов с глубоким прикусом

1. стоматологический статус остается без изменений

2. возрастает степень активности кариозного процесса

3. наблюдается сочетание активности кариеса и ухудшение гигиенического состояния полости рта

4. возрастает степень активности кариозного процесса, увеличивается число заболеваний краевого пародонта и ухудшается гигиеническое состояние полости рта

5. ухудшается гигиеническое состояние полости рта

21) Характерным признаком для глубокого прикуса у взрослого пациента является

1. зубоолвеолярное удлинение в области моляров

2. зубоолвеолярное удлинение в области резцов

3. травмирование слизистой неба передними зубами нижней челюсти

22) Следующие патологические изменения наблюдаются при глубоком прикусе

1. патологическая подвижность зубов

2. патологическая стираемость зубов

3. погружение зуба в лунку

4. маргинальные пародонтиты

23) Глубокий прикус относится к аномалиям

1. трансверсальным

2. сагиттальным

3. вертикальным

4. сочетанным

5. не является аномалией прикуса

24) Предварительный диагноз глубокого прикуса устанавливается

1. по аномалии расположения зубов в вестибуло-оральном направлении

2. по аномалии расположения зубов в сагиттальном направлении

3. по аномалии смыкания зубов в вертикальном направлении

4. по краевому смыканию передних зубов по отсутствию смыкания

proftrening.com

25) Нормальной считается глубина резцового перекрытия

1. на 0-0.5 мм

2. на 1.0-2.0 мм

3. на 2.0-3.0 мм

4. на 4.0-5.0 мм

5. на 5.0 мм и более

26) Признаком, характеризующим открытый прикус, является

1. зубоолвеолярное укорочение

2. отсутствие смыкания группы зубов

3. зубоолвеолярное удлинение

27) Глубина резцового перекрытия считается нормальной

1. на 1/3 нижнего резца

2. на 1/2 нижнего резца

3. на 2/3 нижнего резца

4. на величину коронки резца при краевом смыкании

28) Метод Хотца является наилучшим сочетанным методом лечения

1. в периоде временного прикуса

2. в начальном периоде смешанного прикуса

3. в конечном периоде смешанного прикуса

4. в периоде постоянного прикуса

5. во всех периодах формирования прикуса

29) Облегчает поворот зуба по оси и обеспечивает достижение устойчивости достигнутых результатов

1. компактостеотомии

2. электростимуляция

3. массаж

proftrening.com

4. вакуумная терапия

5. вибро-вакуумная терапия

30) Тактикой врача при ранней потере моляров на одной из челюстей при временном нейтральном прикусе является

1. изготовление съемного протеза

2. рентгенообследование, массаж

3. удаление зубов на противоположной челюсти

4. наблюдение

5. закрытие дефекта за счет соседних зубов

31) Показанием к последовательному удалению отдельных зубов является

1. кариозное разрушение коронок зубов

2. макродентия

3. сагиттальная щель

4. протрузия резцов

5. открытый прикус

32) Глубину преддверия полости рта измеряют

1. от режущего края резцов до переходной складки

2. от вершины межзубных сосочков до переходной складки

3. от десневого края резцов до переходной складки

4. от экватора резцов до переходной складки любым способом

33) Во время проведения панорамной рентгенографии пленка расположена

1. в полости рта неподвижно

2. вне полости рта неподвижно

3. вне полости рта подвижно

4. любым образом

5. в полости рта подвижно

34) Ортодонтическим путем можно устранить следующие нарушения зубочелюстной системы у взрослых

proftrening.com

1. изменить положение верхней челюсти

2. изменить положение суставов относительно основания черепа

3. восстановить соответствие величин челюстей

4. изменить положение зуба или группы зубов

5. изменить угол нижней челюсти

35) Во время ортопантомографии челюстей пленка расположена

1. в полости рта неподвижно

2. в полости рта подвижно

3. вне полости рта неподвижно

4. вне полости рта подвижно

5. любым образом

36) При телерентгенографии головы рентгеновская трубка расположена от исследуемого объекта на расстоянии

1. 50 см

2. 1 м

3. 1.5 м

4. 2-3 м

5. 4-5 м

37) Функциональные нарушения челюстно-лицевой области исследуют

1. близкофокусной внутриротовой рентгенографией

2. ортопантомографией челюстей

3. панорамной рентгенографией

4. телерентгенографией

№ 5. рентгенокинематографией

38) Для деформирующего остеопароза характерным является

1. чрезмерное резцовое перекрытие

2. отсутствие части зубов

proftrening.com

3. истончение головки, деформация суставного бугорка, появление экзостозов

4. стирание сочлененных поверхностей

5. склерозирование сочлененных поверхностей

39) Основной задачей ортодонтического лечения является

1. устранение морфологических нарушений

2. устранение функциональных нарушений

3. устранение эстетических нарушений

4. создание морфологического, эстетического и функционального оптимума в зубочелюстной системе

5. устранение функциональных и эстетических нарушений

40) Ортодонтическими аппаратами у взрослых можно добиться

1. изменения роста челюстей

2. изменения положения верхней челюсти

3. расширения верхней челюсти

4. устранения неправильного положения зубов

5. изменения формы челюстей

41) Дифференциальная диагностика глубины фронтального перекрытия, обусловленного нарушением в области боковых зубов

1. глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не влияет на высоту нижней части лица

2. глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица

3. глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица

4. глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица

5. высота нижней части лица не имеет дифференциально диагностического значения при определении зоны нарушения

proftrening.com

42) Вид прикуса определяет

1. соотношение отдельных зубов

2. соотношение зубных рядов в состоянии физиологического покоя

3. смыкание зубных рядов в состоянии центральной окклюзии

4. смыкание зубных рядов в состоянии привычной окклюзии

5. смыкание зубных рядов в положении передней окклюзии

43) Дезокклюзия зубов характеризуется

1. нарушением контактов передних зубов

2. нарушением контактов боковых зубов

3. отсутствием контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели

4. отсутствием контактов большинства зубов с появлением сагиттальной щели

44) Глубокий прикус характеризуется

1. нарушением контактов передних зубов

2. нарушением контактов боковых зубов

3. нарушением контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели

4. отсутствием контактов между передними зубами с наличием сагиттальной щели

45) Дифференциальное отличие между различными разновидностями глубокого прикуса с функциональной точки зрения состоит в том, что

1. глубокое резцовое перекрытие является состоянием физиологическим

2. глубокое резцовое перекрытие является состоянием патологическим

3. глубокий снижающий прикус является состоянием патологическим

4. глубокий снижающий прикус является состоянием физиологическим

5. глубокий травмирующий прикус является состоянием физиологическим

46) Прямой прикус характеризуется

1. нарушением контактов боковых зубов

2. нарушением контактов передних зубов

3. нарушением контактов всех зубов

proftrening.com

4. укорочением овала верхней зубной дуги

5. укорочением овала нижней зубной дуги

47) Скелетные разновидности аномалий прикуса характеризует

1. соотношение зубных дуг

2. топография альвеолярных дуг

3. топография челюстных дуг

4. топография пограничных костей лицевого отдела черепа

5. топография мозговых костей черепа

48) Окончательный диагноз устанавливается

1. на основании клинических данных

2. после анализа данных клинических и лабораторных исследований

3. на основании симптоматического диагноза с дополнительной характеристикой функциональных и эстетических нарушений

4. на основании симптоматического, топографического, морфологического диагнозов

5. на основании симптоматического, топико-морфометрического, этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных и эстетических нарушений

49) На прямых ТРГ головы возможно выявить

1. количество и положение зубов

2. форму и размеры лицевого отдела черепа

3. показания к удалению отдельных зубов перед ортодонтическим лечением

4. динамику роста челюстей

5. отклонения в развитии шейного отдела позвоночника

50) Рентгенографию кистей рук делают

1. для уточнения сроков окостенения

2. для прогноза роста челюстей

3. для сопоставления костного и зубного возраста

4. для изучения динамики роста организма

5. для выяснения аномалий развития скелета

proftrening.com

51) Применение съемного протеза с литым базисом показано

1. при глубоком резцовом перекрытии

2. при уменьшении межальвеолярной высоты и не измененной высоте нижней трети лица

3. при сужении зубных рядов

4. при функциональной перегрузке зубов

5. при частых поломках протезов с пластмассовым базисом

52) Постоянный прикус формируется в возрасте

1. от 6 до 12 лет

2. от 12 до 15 лет

3. от 15 до 18 лет

4. от 18 до 24 лет

5. после 24 лет

53) Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают

1. устранение вредных привычек

2. коррекцию мягких тканей

3. удаление отдельных зубов

4. пришлифование бугров отдельных зубов

5. создание оптимальных условий для развития зубочелюстной системы

54) Укажите наиболее обоснованное действие при прогеническом прикусе, характеризующимся протрузионным положением нижних зубов, ретрузией верхних зубов, сагиттальным межрезцовым расстоянием 5 мм

1. перемещение в губном направлении только верхних зубов

2. перемещение язычно только нижних зубов

3. хирургическое лечение

4. сочетанная работа с верхней и нижней челюстью

5. повышение прикуса

profrening.com

55) При прогеническом прикусе, который характеризуется: протрузией верхних передних зубов, ретрузией нижних, сагиттальным межрезцовым расстоянием 10 мм, более обосновано

1. смещение вперед верхних зубов

2. смешение язычно-нижних зубов

3. одновременное смещение верхних зубов в губном направлении, нижних - в язычном направлении

4. отказ врача от ортодонтического лечения без телерентгенографического обследования

5. хирургическое лечение

56) Методом лечения, наиболее эффективным при дистальном положении нижней челюсти относительно основания черепа, является

1. ретракция верхней челюсти

2. смешение зубов нижней челюсти

3. сочетанные с хирургическим, протетическим методами лечения

4. хирургическое вмешательство

5.удаление зубов на нижней челюсти

57) Методом лечения, наиболее эффективным при дистальном положении верхней челюсти относительно основания черепа, является

1. ретракция верхней челюсти

2. смещение зубов нижней челюсти

3. изменение положения верхних зубов в сочетании с протезированием

4. хирургическое вмешательство

5. комплексные методы

58) Абсолютным показанием к последовательному (серийному) удалению отдельных зубов является

1. сужение зубных рядов

2. мезиальное смещение боковых зубов

3. макродентия

4. чрезмерное развитие одной из челюстей

5. недоразвитие одной из челюстей

proftrening.com

59) Аппаратами, применимыми для лечения мезиального смещения нижней челюсти, являются

1. аппарат Андрезена-Гойпля

2. направляющая коронка Катца

3. активатор функции

4. расширяющая пластинка

60) Первым действием при лечении прогенического прикуса (мезиальное смещение нижней челюсти) будет

1. устранение деформации окклюзионной поверхности зубных рядов

2. нормализация функции языка и глотания

3. пришлифовывание зубов

4. аппаратурное лечение аномалии

5. протезирование

61) При верхнечелюстной микрогнатии у взрослых целесообразно применить лечение

1. сочетание компактостеотомии с аппаратурным

2. дуги с помощью дуг Энгля

3. с помощью пластинки с винтом

4. повышение прикуса

5. с помощью ретракционной пластинки

62) При показании к удалению постоянных зубов при оценке измерения диагностических моделей челюстей ведущим является

1. недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм

2. макродентия

3. мезиальное смещение боковых зубов

4. уменьшение длины апикального базиса

5. несоответствие величины апикального базиса и величины зубов

63) Психосоматическое состояние организма человека характеризует

1. 2 типа нервной деятельности

proftrening.com

2. 3 типа нервной деятельности

3. 4 типа нервной деятельности

4. 5 типов нервной деятельности

5. 6 типов нервной деятельности

64) Особенностью, характерной при протезировании больных с прогеническим прикусом, является

1. необходимость реконструкции высоты прикуса

2. сужение показаний к применению мостовидных протезов

3. возможность изготовления протезов с окклюзионными накладками

4. более объемные съемные и несъемные протезы

5.применение только съемных протезов

65) Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить

1. возможности роста челюстей

2. форму и размер суставных головок

3. характер движения суставов

4. размеры суставной щели

5. форму и размер суставного диска

66) "Ключ окклюзии" определяется

1. всегда соотношением шестых зубов

2. всегда соотношением пятых временных зубов

3. всегда соотношением клыков

4. часто соотношением пятых временных зубов

5. иногда соотношением шестых зубов

67) Тяжесть клинической картины аномалии прикуса особенно усугубляет

1. травматическая окклюзия

2. повышенная стираемость зубов

3. заболеваемость пародонта

proftrening.com

4. дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

5. деформация окклюзионной поверхности

68) Основной задачей лечения больных с глубоким прикусом является

1. устранение функциональной перегрузки пародонта зубов

2. исправление нарушений окклюзии, функции височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц

3. создание режуще-бугоркового контакта между передними зубами

4. восстановление непрерывности зубного ряда

5. улучшение внешнего вида больного

69) Основной задачей перестройки миотатического рефлекса по И.С. Рубинову является

1. самостоятельное ортодонтическое лечение

2. функциональная перестройка нервно-рефлекторных связей с последующим рациональным протезированием

3. морфологическая перестройка зубочелюстной системы

4. предотвращение рецидива аномалии

5.морфологическая перестройка в височно-нижнечелюстном суставе

70) Вид прикуса можно определить по соотношению

1. первых постоянных моляров

2. шестых зубов и клыков

3. шестых сегментных зубных дуг

4. зубных рядов в трех взаимно перпендикулярных направлениях

5. передних зубов

71) Наиболее тяжелым осложнением при неправильном лечении глубокого прикуса может быть

1. нарушение речи

2. чувство дискомфорта

3. дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

proftrening.com

4. увеличение атрофии альвеолярных отростков

5. повреждение пародонта оставшихся зубов

72) Важным фактором в обосновании применения литого базиса при протезировании больных с глубоким прикусом является

1. большая нагрузка на базис вследствие неправильных окклюзионных взаимоотношений

2. нарушений речи

3. сочетание аномалии с заболеваниями пародонта

4. недостаток места для пластмассового базиса, возможность поломок его

5.сочетание аномалии с дефектами зубного ряда

73) Укажите преимущество литого базиса перед пластмассовым

1. более равномерное распределение жевательного давления между опорными зубами и слизистой оболочкой протезного ложа

2. язычная металлическая пластинка предохраняет десневой край от травмы пищевым комком

3. предохраняет краевой пародонт от повреждающего воздействия

4. металлический базис обладает более высокой механической прочностью (в отличие от пластмассового)

74) Смыкание зубных рядов, характеризующееся множественным фиссурно-бугорковым контактом, положением суставных головок нижней челюсти у основания ската суставного бугорка, равномерным напряжением мышц, поднимающих нижнюю челюсть, является окклюзией

1. передней

2. центральной

3. боковой левой

4. боковой правой

75) В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть

1. равномерно напряжены

2. расслаблены

3. неравномерно напряжены

proftrening.com

76. В положении центральной окклюзии суставная головка нижней челюсти находится

1. на вершине суставного бугорка

2. у основания ската суставного бугорка

3. на середине ската суставного бугорка

77) Классификация имплантатов предложена

1. проф. А. И. Матвеевой

2. проф. В. Н. Олесовой

3. проф. М. З. Миргазизовым

4. проф. И. Ю. Лебеденко

78) В настоящее время для увеличения атрофированного альвеолярного отростка используют

1. каучук

2. гидроксиапатит

3. полиуритан

4. нейлон

5. метилметакрилат

79) Коллагеновые волокна в разделительном слое при фиброзной интеграции

1. направлены вдоль имплантата

2. направлены перпендикулярно поверхности имплантата

3. направлены под определенным углом к имплантату

4. хаотично

5. образуют сетчатую структуру

80) Адаптация или адгезия эпителиальной ткани к поверхности имплантата

1. имеется

2. отсутствует

3. не изучено

4. отчасти

proftrening.com

5. только у титановых имплантатов

81) К недостаткам имплантатов из пористых материалов относятся

1. меньшая механическая прочность

2. возможность загрязнения

3. худшая биотолерантность

4. недолговечность

5. все вышеперечисленные недостатки

82) Факторами неблагоприятными для размещения имплантата на верхней челюсти являются

1. преобладание спонгиозной кости

2. часто встречающиеся неудовлетворительные анатомические взаимоотношения

3. плохое кровоснабжение

4. плохая иннервация

83) Перспектива успеха имплантации в юношеские годы

1. благоприятная

2. неблагоприятная

3. не изучено

4. благоприятный результат только у девочек

5. благоприятный результат только у мальчиков

84) Наиболее частой причиной утраты зубного имплантата является

1. остеомиелит челюсти

2. отлом имплантатной головки

3. воспалительные осложнения

4. аллергическая реакция

5. гальванизм

85) Периодичность контрольных осмотров в отдаленные сроки после имплантации

1. ежемесячно

proftrening.com

2. раза в год

3. один раз в год

4. раза в год

5. раз в год

86) Предпочтительной конструкцией промежуточной части мостовидного протеза с опорой на имплантаты является

1. седловидная

2. касательная

3. промывная

87) Цель повторных осмотров после имплантации - это

1. оценка состояния десны

2. оценка подвижности имплантата

3. проверка гигиены полости рта

4. удаление зубных отложений

88) Благоприятной поверхностью имплантата в области десны является

1. гладкая

2. шероховатая

3. пористая

4. пористая с уступом

5. безразлично

89) В мостовидный протез при использовании имплантатов могут включаться зубы

1. любые

2. с подвижностью I степени

3. с подвижностью II степени

4. устойчивые зубы

5. рекомендации отсутствуют

proftrening.com

90) Основное назначение чрезкостных имплантатов

1. использование в дистальных отделах верхней челюсти

2. использование в дистальных отделах нижней челюсти

3. применение во фронтальном отделе верхней челюсти

4. использование во фронтальном отеле нижней челюсти

91) Супраструктурой называют

1. внутрикостную часть имплантата

2. внутрислизистую часть имплантата

3. конструкцию, опирающуюся на имплантат

92) Окисная пленка на поверхности имплантата имеет

1. слоистую структуру

2. кристаллическую структуру

3. неструктурирована

93) Предпочтительными факторами в процессе сверления кости являются

1. умеренное число оборотов

2. увеличение давления

3. применение охлаждения

4. данных нет

5. 1,3

94) Оптимальным режимом сверления костной ткани является

1. сверление без перерыва с охлаждением

2. сверление без перерыва, без охлаждения

3. сверление прерывистое с охлаждением

4. сверление прерывистое без охлаждения

5. сверление оптимальное при любом режиме

proftrening.com

95) Внешнее охлаждение при сверлении в глубоких слоях костной ткани при непрерывном режиме работы достаточно

1. да

2. нет

3. не изучено

4. зависит от величины бора

5. зависит от остроты бора

96) Имплантация не производится

1. при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава

2. при остеомиелите челюстей

3. при парафункции

4. при эндокринных заболеваниях

5. при всех вышеперечисленных заболеваниях

97) Материалом для изготовления имплантатов является

1. керамика

2. титан

3. КХС

4. пластмасса

98) Имплантация противопоказана

1. при системных заболеваниях кости

2. при фарингите

3. при хроническом бронхите

4. при язвенной болезни желудка

5. при хроническом простатите

99) Имплантация не противопоказана

1. при нарушениях иммунной системы

2. при геморрагическом диатезе

proftrening.com

3. при сахарном диабете

4. при циррозе печени

5. при гиперацидном гастрите

100) Факторами, определяющими успех имплантации, являются

1. биосовместимость материала

2. метод получения оттиска

3. применяемые средства противовоспалительной терапии

101) Имплантаты Linkow по форме

1. цилиндрические

2. пластиночные

3. формы корня зуба

Промежуточная аттестация цикла «Современные аспекты ортопедической помощи населению»

Раздел 1. Система и государственная политика здравоохранения в РФ

1. Приоритетным направлением развития здравоохранения на современном этапе является:
1) узкоспециализированная медицинская помощь,
2) стационарная медицинская помощь.
3) санаторно-курортная помощь
4) первичная медико-санитарная помощь
5) реабилитация

2. Предметом изучения здравоохранения и общественного здоровья является:
1) здоровье индивидуума
2) здоровье населения и факторы, влияющие на него
3) эпидемиология заболеваний
4) здоровье работающего населения
5) экономика здравоохранения

3. Основными группами показателей общественного здоровья являются:
1) показатели заболеваемости, летальности, инвалидности
2) показатели инвалидности, заболеваемости, физического развития, демографические показатели
3) показатели соотношения, наглядности, инвалидности
4) демографические показатели, физического развития, обеспеченности кадрами

4.Валеология — это:
1) наука об общественном здоровье
2) наука об индивидуальном здоровье

protrening.com

3) наука о здоровье здоровых и влияние на него образа жизни

5. Методом и средством первичной профилактики является:
1) ранняя диагностика заболеваний
2) вакцинация
3) профилактическая госпитализация
4) постановка на диспансерный учет
5) организация социальной защиты

6. Демографическая политика — совокупность мероприятий, направленных:
1) на повышение рождаемости
2) на снижение рождаемости
3) на стабилизацию рождаемости
4) на оптимизацию естественного прироста населения
5) на снижение смертности

7. в структуре причин смертности в РФ первое ранговое место принадлежит:
1) злокачественным новообразованиям
2) болезням системы кровообращения
3) инфекционным и паразитарным болезням
4) травмам и отравлениям
5) болезням органов дыхания

8. Социально -значимые заболевания – это заболевания, лидирующие в структуре
1) смертности и инвалидности
2) общей и госпитализированной заболеваемости
3) заболеваемости по данным медицинских осмотров
4) госпитализированной и инфекционной заболеваемости

9. В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности наибольший удельный вес занимают:
1) травмы, отравления и несчастные случаи
2) острые респираторные заболевания
3) заболевания сердечно-сосудистой системы
4) заболевания периферической нервной системы

10. Медицинская активность — это деятельность, направленная на:
1) увеличение рождаемости
2) снижение летальности
3) сохранения своего здоровья
4) борьбу с абортами

Раздел 2. Организационные основы зуботехнического производства.

1. Выбор цвета облицовочных материалов ортопедических конструкций производится при участии

1) врача и пациента

profitraning.com

2) врача и зубного техника
3) пациента и зубного техника
4) врача, пациента и зубного техника
5) зубного техника

2. Анатомический слепок снимают с челюсти

1) стандартной ложкой

2) индивидуальной ложкой с применением функциональных проб

3) индивидуальной ложкой без применения функциональных проб

3. Эстезиометр – аппарат для определения

1) податливости слизистой оболочки

2)подвижности слизистой оболочки

3) болевой чувствительности

4) выносливости пародонта

4. Классификация Suppli предложена

1) для слепочных материалов

2) для функциональных слепков

3) для типов слизистой оболочки

4) для форм скатов альвеолярных гребней

5. Для анатомических слепков применяют слепочные массы

1) термопластические

2) альгинатные

3) гипс

4) силиконовые

5) акриловые пластмассы

6. Для функциональных слепков применяют слепочные массы

1) термопластические

2) твердокристаллические

3) эластические

proftrening.com

7. Кипмайдер — это

1) шинирующее устройство

2) фиксирующее устройство

3) антиопрокидывающее устройство

4) эстетическое приспособление

5) декоративный элемент

8. Наиболее часто используются в клинике имплантаты

1) эндоденто-эндоссальные

2) трансмандибулярные

3) внутрикостные

4) внутрислизистые

Раздел 3. Зуботехническое материаловедение.

1. Металлокерамическая коронка относится к:
1) комбинированным
2) металлическим
3) неметаллическим
4) сочетанным
5 полимеризованным

2. При препарировании зуба под фарфоровую коронку предпочтительным является уступ:
1) прямой
2) скошенный
3) скошенный с вершиной
4) прямой со скошенным краем
5 форма уступа значения не имеет

3. На культевую вкладку можно изготовить коронку:
1) только штампованную
2) только фарфоровую
3) только пластмассовую
4) только металлопластмассовую
5) любую из существующих

4. При изготовлении цельнолитых коронок применяется сплав золота пробы:
1) 375
2) 583
3) 750
4) 900
5) 915

profitrening.com

5. При изготовлении металлопластмассовой коронки соединение пластмассы с литым каркасом осуществляется за счет:
1) химического соединения
2) образования окисной пленки
3) взаимной диффузии материалов
4) вырезания "окна" на вестибулярной поверхности коронки
5) формирования ретенционных пунктов с помощью "перл" (шариков)

6. Заключительным лабораторным этапом изготовления металлопластмассовой коронки является:
1) полировка
2) глазурование
3) припасовка на модели
4) заключительный обжиг
5) окончательная корректировка формы

7. При изготовлении металлокерамической коронки каждый последующий обжиг производится с:
1) повышением температуры
2) понижением температуры
3) одинаковой температурой
4) учетом толщины керамики
5) учетом толщины литого каркаса

8. При изготовлении металлокерамической коронки сошлифовывается значительное количество твердых тканей в целях:
1) улучшения эстетики
2) улучшения фиксации коронки
3) достижения плотного контакта с зубами - антагонистами
4) достижения плотного контакта с рядом стоящими зубами
5) создания плотного контакта коронки с тканями культи зуба

9. Для пайки коронок из нержавеющей стали применяют припой на основе:
1) золота
2) серебра
3) платины
4) титана
5) кадмия

10. Первый клинический этап при изготовлении металлопластмассовой коронки:
1) определение цвета облицовки
2) определение центральной окклюзии
3) изготовление временной пластмассовой коронки
4) препарирование зуба
5) снятие вспомогательного слепка

11.Для припасовки фарфоровой коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на:
1) гипсовой модели
2) гипсовом столбике

profitering.com

3) металлическом штампе
4) без штампа
5) разборной гипсовой модели

12. Причинами расцементировки металлокерамических коронок могут быть:
1) чрезмерная конусность культи зуба
2) чрезмерная толщина литого каркаса
3) усадка металла при литье
4) некачественное литье
5) деформация двухслойного слепка

13. При препарировании зуба под фарфоровую коронку создают:
1) циркулярный уступ под углом 135°
2) циркулярный уступ под углом 90°
3) уступ-скос под углом 135° только с вестибулярной стороны
4) уступ-скос под углом 90° только с вестибулярной стороны
5) символ уступа с вестибулярной и апроксимальных сторон

Раздел 4. Литейное зуботехническое производство.

1. Расплавление золотого сплава при литье производится
1)газовой горелкой

2)бензиновой горелкой

3) вольтовой дугой

4)высокочастотным полем электрического тока

2. При изготовлении несъемных литых конструкций с облицовкой

(металлокерамика, металлопластмасса) рабочая модель является

1) простой гипсовой

2) разборной с хвостовиками

3) восковой с хвостовиками

3. Ионы металлов, вызывающие аллергию, является

1)полными антигенами

2) неполными антигенами

3) комбинированными антигенами

4) смешанными антигенами

4. Укажите преимущество литого базиса перед пластмассовым

proftrening.com

1) более равномерное распределение жевательного давления между опорными зубами и слизистой оболочкой протезного ложа

2) язычная металлическая пластинка предохраняет десневой край от травмы пищевым комком

3) предохраняет краевой пародонт от повреждающего воздействия

4) металлический базис обладает более высокой механической прочностью (в отличие от пластмассового)

5. Для изготовления металлических вкладок возможно применение

1) нержавеющей стали 1х18Н9Т

2) нержавеющей стали ЭН-95

3) золота 375°

4) титана

6. При изготовлении цельнолитой и/или металлокерамической коронок

рабочий слепок снимают

1) альгинатными массами

2) силиконовыми массами

3) любым слепочным материалом с проведением ретракции десны

7. При изготовлении литых коронок разборную модель изготавливают

1) для точности литья коронки

2) для удобства моделировки и припасовки коронки

3) для предотвращения усадки

8. При изготовлении цельнолитой коронки стенки зуба препарируют

под углом к его длинной оси

1) 2 – 3°

2) 5 – 6°

3) 12 – 20°

9.Уступ формируется при изготовлении коронки

proftrening.com

1) штампованной

2) фарфоровой

3) цельнолитой

Раздел 5. Функциональная анатомия зубочелюстной системы.

1. Жевательные коэффициенты, предложенные Н.И. Агаповым, получены на основании анализа:
1) атрофии костной ткани и подвижности зуба
2) подвижности зуба и его местоположения
3) местоположения зуба и его строения
4) строения зуба и его антагонистов
5) строения зубов-антагонистов и атрофии костной ткани

2. Жевательная проба СЕ. Гельмана показывает:
1) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
2) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений
3) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек
4) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса
5) время разжевывания пищи

3.Прикус - это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии:
1) центральной
2) боковой левой
3) передней
4) дистальной
5) боковой правой

4. Окклюзия - это:
1) всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей
2) положение нижней челюсти относительно верхней в состоянии относительного физиологического покоя
3) всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней
4) соотношение беззубых челюстей
5) вид прикуса

5. Абсолютная сила жевательных мышц по Веберу при их двухстороннем сокращении равняется (в кга):

1) 100
2) 195
3) 300
4) 390
5) 780

proftrening.com

6. К аппаратам, воспроизводящим движения нижней челюсти относятся:

1) артикулятор
2) функциограф
3) гнатодинамометр
4) параллелометр
5) эстезиометр

7. Движение нижней челюсти вперед осуществляется сокращением мышц:

1) латеральных крыловидных
2) медиальных крыловидных
3) передним отделом двубрюшной мышцы
4) челюстно-подъязычной
5) собственно-жевательной

8.Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет в среднем (в мм):

1) 0,5-1
2) 2-4
3) 5-6
4) 7-8
5) 9-10

9. Мышцы, выдвигающие нижнюю челюсть вперед:

1) mylohyoideus
2) temporalis
3) digastricus
4) pterygoideus lateralis
5) geniohyoideus

10. При максимальном открывании рта суставные головки нижней челюсти устанавливаются относительно ската суставного бугорка:
1) у основания
2) в нижней трети
3) на середине
4) у вершины
5) в верхней трети

11. Наиболее достоверным методом определения высоты нижнего отдела лица является:
1) анатомический
2) анатомо-физиологический
3) антропометрический
4) физиологический

proftrening.com

5) фотографический

12. Назовите предрасполагающие к привычным вывихам факторы
1) частичное отсутствие зубов

2) полное отсутствие зубов

3) растяжение суставной капсулы

4) окклюзионные нарушения

Раздел 6. Современные технологии в ортопедической стоматологии.

1. Несъемный мостовидный протез состоит из:

а) промывной части
б) опорных элементов и промежуточной части
в) опорных элементов, промежуточной части и базиса
г) промывной части, коронок и тела
д) опорных коронок, тела, промывной части

2. Классификация мостовидных протезов по методу изготовления:
1) цельнолитые, полимеризованные, паяные
2) паяные, пластмассовые, комбинированные
3) комбинированные, металлические, неметаллические
4) неметаллические, металлокерамические. Фарфоровые
5) фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные

3. Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов
на нижней челюсти по отношению к ретромолярному бугорку
1) перекрывает его
2) не доходит до бугорка на 1 мм
3) не доходит до бугорка на 5 мм
4) располагается по середине бугорка

4.Съемный пластиночный протез с удерживающими кламмерами передает жевательное давление
1) на естественные зубы
2) на жевательные мышцы
3) на слизистую оболочку полости рта
4) на слизистую оболочку и естественные зубы

5. Методы постановки зубов в полных съемных протезах, наиболее распространенные в практике ортопедической стоматологии:
1) по Васильеву,
2) по сферической поверхности,
3) по Тей Сауну,

profitraining.com

4) по индивидуальным окклюзионным кривым,

6. У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми:
1) выше стираемость и выше цветостойкость
2) выше стираемость, но ниже цветостойкость
3) ниже стираемость и ниже цветостойкость
г) ниже стираемость, но выше цветостойкость.

7. Бюгельный протез состоит:
1) из дуги и искусственных зубов,
2) из дуги, искусственных зубов и кламмеров.
3) из дуги, искусственных зубов, кламмеров и седловидной части,
4) из дуги,
5) базиса с искусственными зубами,

8. При изготовлении бюгельных протезов для получения слепка используются материалы:
1) твердокристаллические,
2) эластические,
3) термопластические.

9. Требования, предъявляемые к металлическому каркасу бюгельного протеза:
1) кламмеры должны плотно охватывать зубы,
2) окклюзионные накладки должны не нарушать смыкания естественных зубов,
3) не должен травмировать ткани протезного ложа,
4) верно все,
5) верно а, б,

Раздел 7. Неотложная медицинская помощь. Медицина катастроф.

1. Максимальная продолжительность клинической смерти при обычных условиях внешней среды составляет:
1)2-3 минуты
2)4-5 минут
3)5-6 минут
4)6-8 минут

2. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является
1)асистолия
2)фибрилляция желудочков
3)полная антиовентрикулярная блокада
4)экстремальная синусовая брадикардия

3. Местом приложения усилий при непрямом массаже сердца взрослому человеку является:
1)Верхняя треть грудины
2)Средняя треть грудины
3)Границы между средней и нижней третью грудины
4)Нижняя треть грудины

4.Глубина коматозного состояния определяется:
1)По выраженности гемодинамических расстройств

proftrening.com

2)По степени угнетения сознания
3)По степени угнетения рефлексов

5.Аспирационно-обтурационные нарушения дыхания могут развиться при:
1)Поверхностной коме
2)Глубокой коме
3)Коме любой глубины

6. Фентанил относится:
1)К наркотическим анальгетикам
2)К ненаркотическим анальгетикам
3)К нейролептикам

7. Препаратами в экстренном лечении анафилактического шока является все кроме:

1) преднизолон

2) мезатон

3) адреналин

4) эуфиллин

8. При травматическом шоке оптимальным обезболиванием будет:

1) внутривенное введение 1-2 мл морфина гидрохлорида

2) внутривенное введение 300 мг калипсола

3) закись азота с кислородом в соотношении 3:1

4) регионарная анестезия

5) внутривенное введение баралгин

9. Развитие острой почечной недостаточности возможно при отравлении:

1) этиленгликолем

2) четыреххлористым углеводородом

3) мышьяком

4) сулемой

5) все ответы правильны

10.Падение артериального давления у больного с острым инфарктом миокарда является признаком:
1) отека легких

2) кардиагенного шока

3) правожелудочковой сердечной недостаточности

protrening.com

4) нарушением сердечного ритма

5) хронической сердечной недостаточности

11. Ожоговый шок тяжелой степени развивается при площади ожога
1)5-10%
2)10-20%
3)20-50%
4) 50-70%

Раздел 8. Инфекционный контроль и инфекционная безопасность

1. Уничтожение в окружающей среде патогенных микроорганизмов называется:
1) дератизацией
2) дезинфекцией
3) стерилизацией г
4) дезинсекцией

2.Для стерилизации инструментов применяется перекись водорода:
1) 6%
2) 4%
3) 3%
4) 1%

3. Спецодежду, обильно загрязненную кровью, необходимо:
1) снять и замочить в 3% растворе хлорамина на 1 час

2) отправить в прачечную

3) обработать место загрязнения тампоном, смоченным в дез. растворе

4) снять и место загрязнения застирать с мылом

4. Использованный уборочный инвентарь подлежит:
1) уничтожению

2) проветриванию

3) промыванию

4) дезинфекции

5. Максимальная концентрация ВИЧ определяется в:
1) мокроте

2) слюне

3) крови

4) сперме

profitrening.com

6. Обработка кожи при попадании на нее ВИЧ-инфицированного материала проводится:

1) 96% спиртом

2) 70% спиртом

3) 6% раствором перекиси водорода

4) 3% раствором перекиси водорода

7. Стерилизация в сухожаровом шкафу проводится при температуре (в ⌗ С):
1) 180

2) 150

3) 120

4) 90

8. Одноразовые системы для переливания крови после использования необходимо:
1) подвергнуть дезинфекции и утилизации

2) поместить в герметично закрытый контейнер

3) сдать по счету старшей медсестре

4) сдать по счету в ЦСО

9. К видам дезинфекции относится все, кроме:
1) очагового, текущего

2) профилактического

3) предварительного

4) очагового, заключительного

10. Универсальная проба для проверки мединструментария на наличие скрытой крови называется:
а) бензидиновой

б) фенолфталеиновой

в) азопирамовой

г) бензойной

11. Артифициальный механизм передачи гепатита В это:
1) половой
2) вертикальный
3) гемотрансфузионный
4) немедицинские манипуляции (татуировки)

proftrening.com

12. Инкубационный период гепатита С колеблется:
1) от 40 дней до 6 месяцев
2) 1-2 месяца
3) 1,5-3 месяца
4) от 2 до 26 недель

13. Дезинфекция столовой посуды после использования пациентами с вирусным гепатитом проводится в течение:
1) 45 мин. от начала нагревания
2) 30 мин. от начала нагревания воды
3) 30 мин. от момента закипания в 2 % растворе соды
4) 15 мин. от момента закипания в 2 % растворе соды

Итоговая аттестация.

1. По показаниям, скорая медицинская помощь оказывается бесплатно:

1)всем нуждающимся

2)всем нуждающимся, только при вызове в общественное место

3)только гражданам Российской Федерации

4)гражданам Российской Федерации, только при наличии полиса Обязательного

медицинского страхования

2. Задачей службы скорой медицинской помощи является:

1)оказание экстренной и неотложной помощи всем больным и пострадавшим вне зависимости от места их нахождения (в том числе, в стационарах)

2)оказание экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим в стационарах скорой медицинской помощи

3)проведение лечебно - эвакуационных мероприятий в очаге поражения при чрезвычайных ситуациях и массовых катастрофах

4) оказание экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим вне стационара лечебных учреждений и осуществление межбольничной транспортировки

3. После поступления экстренного вызова выезд бригады скорой медицинской помощи должен быть осуществлен не позднее:

1) 2 минут

2)4 минут

proftrening.com

3) 10 минут

4) 15 минут

4. При несчастном случае проезжающая мимо бригада скорой медицинской помощи обязана остановиться:

1)всегда

2)только если она не следует на экстренный вызов

3)только если она следует с вызова без больного

4)только при наличии на месте происшествия сотрудников милиции

5. В качестве анестетика в аппарате АН - 8 используется:

1)фторотан

2)фентанил

3)закись азота

4)кислород

6. Обезболивание закисью азота противопоказано при:

1) остром инфаркте миокарда

2) переломе трубчатых костей

3) пневмотораксе

4) закрытой травме живота

7. Закись азота является:

1) сильным наркотиком со слабым анальгезирующим действием

2) слабым наркотиком с выраженным анальгезирующим действием

3) сильным наркотиком и анальгетиком

4) слабым наркотиком и анальгетиком

8. К нестероидным противовоспалительным препаратам относятся (найдите

proftrening.com

ошибочный ответ):

1) кеторолак

2)метамезол (анальгин)

3)трамадол

4)диклофенак

9. В качестве анальгетика при переломах крупных трубчатых костей без признаков травмы внутренних органов на догоспитальном этапе целесообразно применить:

1) кеторолак

2) морфин

3) трамадол

4) фентанил

10. Перед началом капельного введения допамина необходимо:

1) промыть желудок с помощью зонда

2) выполнить интубацию трахеи

3) провести инфузионную терапию при гиповолемии

4) внутривенно ввести атропин

11. Наиболее ранним признаком остановки кровообращения является:

1) отсутствие пульса на сонных артериях

2) отсутствие самостоятельного дыхания

3) широкие зрачки

4) отсутствие сознания

12. При потере сознания у пациента , в первую очередь, необходимо проверить:

1) реакцию зрачков на свет

2) наличие самостоятельного дыхания

profitrening.com

3) пульс на лучевой артерии

4) пульс на сонных артериях

13. Ранним признаком биологической смерти является:

1) отсутствие сознания

2) трупное окоченение

3) положительный симптом "кошачьего зрачка"

4) асистолия

14. Причиной нарушения проходимости дыхательных путей во время проведения реанимационного пособия при клинической смерти является (найдите ошибочный ответ):

1) инородное тело

2) западение корня языка

3) ларингоспазм

4) отек верхних дыхательных путей

15. Тройной прием Сафара предназначен для:

1) устранения западения корня языка

2) профилактики аспирации желудочного содержимого

3) удаление инородного тела из дыхательных путей

4) стабилизация шейного отдела позвоночника

16. О правильности выполнения искусственного дыхания свидетельствует:

1) видимое выбухание в эпигастрии

2) наличие экскурсии грудной клетки

3) парадоксальный пульс на сонных артериях

4) видимое набухание шейных вен

proftrening.com

17. О правильности выполнения непрямого массажа сердца свидетельствует:

1)видимое набухание шейных вен

2)наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки

3)перелом ребер

4) наличие пульса на лучевой артерии

18. Обязательным критерием успешности выполнения комплекса сердечно -

1)легочной реанимации на догоспитальном этапе является:

2)наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий

3) восстановление сердечной деятельности

4) восстановление сознания

5)положительный симптом "кошачьего зрачка"

19. Компрессия грудной клетки при непрямом массаже сердца у взрослых выполняется с частотой:

1) 40-50 в минуту

2) 60-70 в минуту

3) 80-100 в минуту

4) 110 - 120 в минуту

20. При проведении реанимационного пособия непрямой массаж сердца и искусственное дыхание проводятся в соотношении (согласно рекомендациям европейского совета по реанимации, 2005):

1) 30:2 при любом количестве реаниматоров

2) 15:2 при любом количестве реаниматоров

3) 15:2 только при оказании помощи одним реаниматором

4) 5 :1 при оказании помощи двумя реаниматорами

proftrening.com

21. Электрическая дефибрилляция эффективна при регистрации на ЭКГ:

1) асистолии

2) идиовентрикулярного ритма

3) крупноволновой фибрилляции желудочков

4) полной атриовентрикулярной блокады

22. Перед проведением первого разряда электрической дефибрилляции необходимо:

1) проводить непрямой массаж сердца в течении 7 минут

2) выявлять картину крупноволновой фибрилляции желудочков на мониторе электрического дефибриллятора

3) ввести лидокаин

4) ввести гидрокарбонат натрия

23. Если остановка кровообращения развилась без свидетелей и на мониторе электрического дефибриллятора выявляется крупноволновая фибрилляция желудочков, необходимо:

1) внутривенно или эндотрахеально ввести лидокаин в дозе 1мг/кг

2) нанести удар по грудине

3) провести электрическую дефибрилляцию монофазным импульсом разрядом 300дж

4) ввести 1мг адреналина внутрисердечно и начать непрямой массаж сердца

24. При поражении переменным электрическим током наиболее частым видом остановки кровообращения является:

1) асистолия

2) электромеханическая диссоциация

3) фибрилляция желудочков

4) полная атриовентрикулярная блокада

proftrening.com

25. При поражении молнией наиболее частым видом остановки кровообращения

является:

1) асистолия

2) электромеханическая диссоциация

3) фибрилляция желудочков

4) полная атриовентрикулярная блокада

26. За величину атрофии костной ткани альвеолы применяется размер, полученный при зондировании

1) с вестибулярной стороны

2) с оральной стороны

3) с медиальной стороны

4) с дистальной стороны

5) наибольший

27. Клиническая шейка зуба соответствует

1) переходу эмали в цемент корня

2) границе над - и поддесневой частей зуба

3)экватору зуба

28. У врача во время осмотра возникло подозрение на наличие у пациента сифилиса, он должен

1) продолжить осмотр и начать лечение стоматологического за - болевания

2) сказать больному о своем подозрении и прекратить прием

3) отказать пациенту в оказании стоматологической помощи

4) закончить осмотр, направить пациента на анализ крови

profitrening.com

29. Вторая степень подвижности зубов по Энтину характеризуется движениями зуба в

1) вестибуло-оральном направлении

2) медио-дистальном направлении

3) вестибуло-оральном и медио-дистальном направлениях

4) вестибуло-оральном и медио-дистальном, включая вертикальное направление

5) во всех направлениях, включая ротацию

30. Мандибулярная ветвь тройничного нерва иннервирует

1) мышцу, опускающую небную занавеску

2) мышцу, поднимающую небную занавеску

3) небно-язычную

4) язычок

5) щечную

31. Дефицит аскорбиновой кислоты в период заживления раны приводит

1) к замедлению продуцирования коллагена фибробластами

2) к воспалительной реакции

3) к вазодилатации

4) к замедлению митотической активности эпителия

32. Носослезный канал состоит из

1) соединения латерального и максилярного отростков

2) соединения медиального носового и максилярного отростков

3) латерального носового отростка

№ 4. медиального носового отростка

№ 5. максилярного отростка

33. Наибольшую информацию о состоянии периапекальных тканей зубов верхней и нижней челюсти дает следующий метод рентгенологического обследования

proftrening.com

1) дентальная рентгенография

2) панорамная рентгенография

3) ортопантомография

4) телерентгенография

5) рентгенокинематография

34. Частичную вторичную адентию, осложненную феноменом Попова – Годона, следует дифференцировать

1) от частичной адентии, осложненной снижением окклюзионной высоты и дистальным смещением нижней челюсти

2) от частичной адентии, осложненной патологической стираемостью твердых тканей зубов и снижением окклюзионной высоты

3) от частичной адентии обеих челюстей, когда не сохранилось ни одной пары зубов антагонистов

35. Деформации зубных рядов быстрее прогрессируют

1) в молодом возрасте

2) в старческом возрасте

3) одинаково как в молодом, так и в старческом возрасте

36. Периодонтальная щель у зубов, лишенных антагонистов

1) расширена

2) сужена

3) не изменена

37. Метод дезокклюзии применяется

1) при I форме феномена Попова

2) при II форме феномена Попова

3) при I и II формах феномена Попова

38. Избирательное сошлифовывание зубов при патологии височно-нижнечелюстного сустава производится с целью

proftrening.com

1) восстановление эстетических норм

2) уменьшения нагрузки на пародонт

3) нормализация функциональной окклюзии

39. Рентгенологическая картина при артрозах височно-нижнечелюстного сустава характеризуется

1) сужением суставной щели

2) отсутствием суставной щели

3) расширением суставной щели

4) изменением формы костных элементов сустава

40. В боковых окклюзиях на рабочей стороне в норме могут быть

1) групповые контакты щечных бугров жевательных зубов

2) контакт клыков и боковых резцов

3) контакт резцов и щечных бугров премоляров

4) контакт резцов

5) контакт дистальных бугров вторых моляров

6) контакт щечных бугров жевательных зубов и (или)

контакт клыков

41. Для выявления суперконтактов в заднем контактном положении нижнюю челюсть смещают

1) дистально

2) в правую боковую окклюзию

3) в левую боковую окклюзию

4) в переднюю окклюзию

5) открыванием рта в пределах до 1 – 2 см

42. Форма зубных рядов в постоянном прикусе

1) полукруг

proftrening.com

2) трапеция

3) треугольник

4) верхнего – полуэллипс, нижнего – парабола

43. Аппаратами комбинированного действия являются ортодонтические аппараты, имеющие элементы

1) функциональных аппаратов

2) механических аппаратов

3) функциональных и механических аппаратов

44. При второй степени стираемости глубина поражения твердых тканей составляет

1) половину величины коронки зуба

2) половину длины корня

3) 2/3 коронки зуба

45. При всех формах патологической стираемости показаны

1) штампованные коронки

2) цельнолитые протезы

3) внеротовые лечебные аппараты

46. Для ортодонтического этапа лечения больных с локализованной формой патологической стираемости зубов применяется

1) пластинка с наклонной плоскостью

2) пластмассовая каппа

3) пластинка с накусочной площадкой

4) пластинка с вестибулярной дугой

47. С потерей эмали режущего края зубов или жевательных бугров скорость стираемости

1) уменьшается

2) увеличивается

proftrening.com

3) не изменяется

48. Для выявления аллергической реакции на пластмассу используют

1) аппликационную пробу по Сорокину

2) провокационную пробу

3) экспозиционную пробу

4) лабораторное иммунологическое исследование

49. В жевательных пробах С.Е. Гельмана, С.И. Рубинова в качестве тест-системы используют

1) жевательную резинку

2) сухарь

3) драже

4) ядро ореха

50. Основные параметры функциональной ценности зуба

1) воспаление десны и цвет зуба

2) цвет и размер зуба

3) атрофия кости и подвижность зуба

4) подвижность зуба и зубные отложения

5) зубные отложения и воспаление десны

51. Коэффициенты выносливости пародонта зубов, предложенные В.Ю. Курляндским, получены на основании данных исследований

1) гнатодинамометрии

2) анатомических особенностей строения зубов

3) подвижности зубов

4) жевательных проб

proftrening.com

52. Наиболее выражена функция фагоцитоза у

1) эндотелиоцита

2) нейтрофила

3) эозинофила

4) макрофага

5) лимфоцита

53. Наиболее характерным функциональным нарушением при деформациях зубочелюстной системы являются

1) нарушение жевания, окклюзии и артикуляции

2) нарушение эстетических норм, дыхания и речи

3) нарушение окклюзии, речи и глотания

54. Диагностические модели получают из

1) амальгамы

2) гипса

3) пластмассы

4) композита

55. Сверхкомплектные зубы чаще бывают в области

1) моляров

2) премоляров

3) клыков

4) резцов

5) определенной закономерности нет

56. Среди врожденных пороков в челюстно-лицевой области наиболее часто встречается

1) изолированное несращение губы, губы и альвеолярного отростка, неба

2) сквозное одностороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба

proftrening.com

3) сквозное двустороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба

4) расщелина лица косая, срединная

5) синдром I и II жаберных дуг

57. Истинная прогения – это

1) мезиальное смещение нижней челюсти

2) недоразвитие верхней челюсти при нормальной нижней

3) чрезмерное развитие нижней челюсти

4) принужденный прикус

5) уплощение фронтального участка верхней челюсти

58. Основной целью зубочелюстного протезирования детей является

1) нормализация жевания

2) нормализация глотания

3) нормализация речи

4) нормализация положения нижней челюсти

5) профилактика

59.У пациентов с глубоким прикусом

1) стоматологический статус остается без изменений

2) возрастает степень активности кариозного процесса

3) наблюдается сочетание активности кариеса и ухудшение гигиенического состояния полости рта

4) возрастает степень активности кариозного процесса, увеличивается число заболеваний краевого пародонта и ухудшается гигиеническое состояние полости рта

5) ухудшается гигиеническое состояние полости рта

60. Нормальной считается глубина резцового перекрытия

1) на 0-0.5 мм

2) на 1.0-2.0 мм

proftrening.com

3) на 2.0-3.0 мм

4) на 4.0-5.0 мм

5) на 5.0 мм и более

61. Облегчает поворот зуба по оси и обеспечивает достижение устойчивости достигнутых результатов

1) компактостеотомии

2) электростимуляция

3) массаж

4) вакуумная терапия

5) вибро-вакуумная терапия

62. Показанием к последовательному удалению отдельных зубов является

1) кариозное разрушение коронок зубов

2) макродентия

3) сагиттальная щель

4) протрузия резцов

5) открытый прикус

63. Ортодонтическим путем можно устранить следующие нарушения зубочелюстной системы у взрослых

1) изменить положение верхней челюсти

2) изменить положение суставов относительно основания черепа

3) восстановить соответствие величин челюстей

4) изменить положение зуба или группы зубов

5) изменить угол нижней челюсти

64. Функциональные нарушения челюстно-лицевой области исследуют

1) близкофокусной внутриротовой рентгенографией

2) ортопантомографией челюстей

proftrening.com

3) панорамной рентгенографией

4) телерентгенографией

5) рентгенокинематографией

65. Основной задачей лечения аномалий прикуса является

1) создание режуще-бугоркового контакта во фронтальном отделе

2) исправление нарушений окклюзии

3) устранение причин травмы слизистой оболочки твердого неба

4) устранение функциональной перегрузки пародонта зубов

66. Прямой прикус характеризуется

1) нарушением контактов боковых зубов

2) нарушением контактов передних зубов

3) нарушением контактов всех зубов

4) укорочением овала верхней зубной дуги

5) укорочением овала нижней зубной дуги

67. Рентгенографию кистей рук делают

1) для уточнения сроков окостенения

2) для прогноза роста челюстей

3) для сопоставления костного и зубного возраста

4) для изучения динамики роста организма

5) для выяснения аномалий развития скелета

68. Применение съемного протеза с литым базисом показано

1) при глубоком резцовом перекрытии

2) при уменьшении межальвеолярной высоты и не измененной высоте нижней трети лица

3) при сужении зубных рядов

4) при функциональной перегрузке зубов

protrening.com

5) при частых поломках протезов с пластмассовым базисом

69. Методом лечения, наиболее эффективным при дистальном положении верхней челюсти относительно основания черепа, является

1) ретракция верхней челюсти

2) смещение зубов нижней челюсти

3) изменение положения верхних зубов в сочетании с протезированием

4) хирургическое вмешательство

5) комплексные методы

70. Аппаратами, применимыми для лечения мезиального смещения нижней челюсти, являются

1) аппарат Андрезена-Гойпля

2) направляющая коронка Катца

3) активатор функции

4) расширяющая пластинка

71. При показании к удалению постоянных зубов при оценке измерения диагностических моделей челюстей ведущим является

1) недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм

2) макродентия

3) мезиальное смещение боковых зубов

4) уменьшение длины апикального базиса

5) несоответствие величины апикального базиса и величины зубов

72. Важным фактором в обосновании применения литого базиса при протезировании больных с глубоким прикусом является

1) большая нагрузка на базис вследствие неправильных окклюзионных взаимоотношений

2) нарушений речи

3) сочетание аномалии с заболеваниями пародонта

4) недостаток места для пластмассового базиса, возможность поломок его

profitrening.com

5)сочетание аномалии с дефектами зубного ряда

73. Показаниями к применению подковообразного металлического базиса являются

1) повышенный рвотный рефлекс

2) односторонний концевой дефект

3) двухсторонний концевой дефект

4) включенный дефект в боковых участках зубного ряда

74. Морфологические отклонения, влияющие на физиологические возможности передних зубов в сагиттальном и вертикальном направлениях, находятся в пределах

1) ±0.5-1 мм

2) ±1.5 мм

3) ±2 мм

4) ±3 мм

5) ±4 мм и более

75. Орбитальная плоскость в норме проходит через

1) боковые резцы

2) клыки

3) первые премоляры

4) вторые премоляры

5) первые моляры

76. Для замедления кристаллизации медицинского гипса при его замешивании добавляется

1) хлорид калия

2) хлорид натрия

3) тетраборат натрия (бура)

77. Альгинатную слепочную массу замешивают

proftrening.com

1) на воде

2) на 3% растворе поваренной соли

3) на прилагаемом к материалу катализаторе

78. Термин «микропротезы» предложен

1) профессором Д.А. Цитриным

2) профессором Л.В. Ильиной-Маркосян

3) профессором В.Н. Копейкиным

4)профессором О.Н. Сезровым

79. По классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку к первому классу относятся

1) полости, располагающиеся в естественных фиссурах жевательных зубов

2) полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров

3) полости на проксимальных поверхностях передних зубов

4) полости на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

5) полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

80. При препарировании твердых тканей клыков с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

1) на верхушках бугров

2) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности

3) на верхушках бугров и в пришеечной зоне

вестибулярной и оральной поверхности

4) на проксимальных поверхностях

5) на оральной поверхности в области слепой ямки

81. При подготовке полости зуба под вкладку делают фальц

1) на 1/3 толщины эмали

2) на 1/2 толщины эмали

3) на всю толщину эмали

protrening.com

4) в пределах эмали

5) в пределах твердых тканей,

отступив от пульповой камеры на 0.5 – 1.0 мм

82. Полукоронка может быть опорой только

1) мостовидного протеза

2) бюгельного протеза

3 пластиночного протеза

83. При изготовлении пластмассовых коронок нужно формировать уступ в пришеечной зоне

1) да

2) да, но только на передней поверхности

3) да, если зуб депульпирован

4) нет

5) нет, если у пациента глубокий прикус

84. При применении литых штифтовых вкладок возможны следующие ошибки и осложнения

1) перфорация стенки корня

2) расхождение швов

3) подвижность корня

85. Фиксация фарфоровых коронок на временный цемент возможна

1) да

2) да, если это одиночная коронка

3) да, если у пациента нет бруксизма

4) да, если не более чем на 5-7 дней

5) нет

86. Фарфоровые коронки по сравнению с другими видами несъемных протезов имеют следующие достоинства

profitrening.com

1) высокая технологичность

2) низкая стоимость

3) высокая биологическая индифферентность

87. В качестве матрицы для изготовления колпачка применяется платина

1) так как это благородный металл

2) так как имеет минимально возможную толщину

3) так как достаточно жестка и не образует окислов

4) так как по химическим свойствам совместима с фарфором

5) так как имеет высокую температуру плавления

88. Штифтовый зуб по Ричмонду – это конструкция

1. с вкладкой

2. фабричного изготовления

3. с колпачком

89. Для изготовления коронок методом наружной штамповки применяют штампы, отлитые

1) из нержавеющей стали

2) из хромокобальтового сплава

3) из серебряно-палладиевого сплава

4) из латуни

5) из легкоплавкого сплава

90. Для восстановления анатомической формы зуба на гипсовой модели

применяют восковые композиции

1) базисный

2) липкий

3) моделировочный для мостовидных работ

proftrening.com

4) восколит

91. При препарировании зубов под фарфоровую коронку апроксимальные стенки должны

1) быть строго параллельны

2) слегка дивергировать

3) конвергировать под углом 6 – 8º

4) конвергировать под углом 15 – 20º

5) конвергировать под углом 9º

92. В бюгельных протезах, замещающих концевые дефекты,

используют кламмеры

1) Ней№1

2) Ней №2

3) Ней№3

4) Ней №4

5) Ней №5

93. При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти бюгельными протезами, когда беззубая часть альвеолярного отростка имеет скат, направленный в дистальную сторону, рекомендуется использовать

1) опорно-удерживающие кламмеры

2) многозвеньевые кламмеры

3) непрерывные кламмеры

4) дробители нагрузки

5) антиопрокидыватели

94. Отношение небной дуги к слизистой оболочке твердого неба

1) касательное

2) не касается на 0.5-1 мм

3) не касается на 1-1.5 мм

profrening.com

4) не касается на 1.5-2 мм

5) не касается на 2-2.5 мм

95. Расположение каркаса седла бюгельного протеза

1) на вершине альвеолярного гребня

2) на оральном скате альвеолярного гребня

3) на вестибулярном скате альвеолярного гребня

4) на оральном скате и вершине альвеолярного гребня

5) на вестибулярном скате и вершине альвеолярного гребня

96. У мостовидного протеза по сравнению с бюгельным

1) выше нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу

2) выше нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу

3) ниже нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу

4.) ниже нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу

97. Вестибулярное расположение дуги в бюгельном протезе для нижней челюсти обусловлено следующим положением
фронтальных зубов нижней челюсти

1) выраженной протрузией фронтальных зубов верхней челюсти

2) выраженной протрузией фронтальных зубов нижней челюсти

3) вертикальным положением продольных осей нижних фронтальных зубов

4) желанием пациента

5) высоким альвеолярным отростком нижней челюсти

98. Пространство, расположенное между боковой поверхностью коронки зуба, альвеолярным отростком и вертикалью параллелографа при заданном наклоне модели называется

1) зоной поднутрения

2) окклюзионной зоной

3) ретенционной зоной

protrening.com

4) зоной безопасности

5) кламмерной зоной

99. На одиночностоящий моляр применяется кламмер

1) Аккера

2) Роуча

3) Бонвиля

4) Свенсена

5) кольцевидный

100. Для получения огнеупорной модели необходимо иметь

1) этилсиликат

2) корунд

3) силамин

4) маршалит

5) супергипс

101. Стоматологический фарфор получают

1) из полевого шпата

2) из полевого шпата, кварца

3) из полевого шпата, кварца, каолина

4) из полевого шпата, кварца, каолина, природного гипса

102. При препарировании зуба под «жакетную» коронку (коронка Джекета) уступ формируется

1) по всему периметру шейки зуба

2) с вестибулярной поверхности

3) с оральной поверхности

4) с вестибулярной поверхности с плавным переходом в символ уступа с апроксимальных сторон

profirening.com

103. Относительным противопоказанием для изготовления съемного пластиночного протеза является

1) гипертоническая болезнь

2) гастрит

3) эпилепсия

4) инфаркт миокарда

104. Переход акриловой пластмассы из пластичного состояния в твердое происходит за счет реакции

1) кристаллизации

2) вулканизации

3) полимеризации

105. Полная адаптация к съемному пластиночному протезу по В.Ю. Курляндскому наступает в среднем через

1) 7 дней

2) 14 дней

3) 33 дня

106. К пластмассам холодного отвердения относятся

1) синма М

2) этакрил

3) фторакс

4) протакрил

107. При решении вопроса об удалении одного оставшегося зуба необходимо учитывать

1) возможность лучшей фиксации протеза

2) перегрузку пародонта оставшихся зубов

3) восстановление эстетики

proftrening.com

108. Произношение фонемы "С" дает информацию

1) об оптимальном сагиттальном соотношении передних верхних и нижних зубов

2) о степени вертикального перекрытия нижних зубов верхними (или наоборот)

3) о выявлении аномального соотношения челюстей

4) о выявлении привычки прокладывания языка между зубами

109. Причиной повышенного рвотного рефлекса может быть

1) неплотное прилегание протеза в дистальных отделах

2) удлиненный дистальный край протеза

3) недостаточная изоляция торуса

4) неравномерное смыкание зубных рядов, сужение зубных рядов

proftrening.com

6. Разработчики образовательной программы

Суханова Лариса Михайловна- консультант АНО ДПО «ИРПК» врач, организатор здравоохранения, специалист в области менеджмента здравоохранения, действующий член Общероссийской общественной организации «Общество по организации здравоохранения и общественного здоровья», соискатель звания кандидата медицинских наук;

Раттасеп Зоя Борисовна- преподаватель АНО ДПО «ИРПК»;

Юношева Ирина Аркадьевна- директор АНО ДПО «ИРПК».

7. Список литературы и источников

Отраслевые и другие нормативные документы:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. No326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: изд. офиц. – М., 2010.
2.Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. No 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: изд. офиц. – М., 2011.
3. Федеральный закон Российской Федерации от 12 апреля 2010 г. No 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»: изд. офиц. – М., 2010.
4. Федеральный закон Российской Федерации от 08 января 1998 г. No 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (в ред. Федерального закона от 18.07.2009 N 177-ФЗ): изд. офиц. – М., 2009.
5.Федеральный закон от 30 марта 1999 г. No52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (с изменениями от 30 декабря 2001 г., 10 января, 30 июня 2003 г., 22 августа 2004 г., 9 мая, 31 декабря 2005 г., 18, 29, 30 декабря 2006 г., 26 июня 2007 г., 8 ноября, 1 декабря 2007 г., 12 июня, 14, 23 июня, 27 октября, 22, 30 декабря 2008 г., 28 сентября, 28
декабря 2010 г.)
6. СП 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».
7.СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»: изд. офиц. – М., 2010.
8.СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»: изд. офиц. – М., 2010.
9. СП 3.1.5.2826-10
«Профилактика ВИЧ-инфекции»: изд. офиц. – М., 2010.
10. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В».
11. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года: изд. офиц. – М., 2009.
12. Региональная целевая программа «Развития здравоохранения Тюменской области до 2020 года»: изд. – Тюмень, 2013 г.
13. Приложение к приказу МЗ СССР от 17 сентября 1976 г. No 471 «О неудовлетворительном хранении медикаментов» («Памятка медицинскому работнику по хранению лекарств в отделениях лечебно-профилактических учреждений»).
14. Приказ Минздравсоцразвития России от 23 августа 2010 г. No706н г. «Об утверждении Правил
хранения лекарственных средств»: изд. офиц. – М., 2010.
15. Этический кодекс медицинской сестры России. Разработан по заказу общероссийской общественной организации «Ассоциации медицинских сестер России»: изд – С. Петербург., 2010.
16. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 7 декабря 2011 г. N 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» изд. офиц. – М., 2012.
17. Методические рекомендации МР 2.2.9.2242-07 «Гигиенические и эпидемиологические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих работы, связанные с риском возникновения инфекционных заболеваний» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 16 августа 2007г.

profitraining.com

18. Методические указания МУ 4.2.2942-11 «Методы санитарно-бактериологических исследований объектов окружающей среды, воздуха и контроля стерильности в лечебных организациях».
19. Приказ Минздрава СССР от 10 июня 1985 г. No770 «О введении в действие отраслевого стандарта ОСТ 42-21-2-85 "Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы"».
20. Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения от 30 декабря 1998 г. No МУ-287-113.
21. Руководство Р 3.5.1904-04 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях» (утв. и введено в действие Главным государственным санитарным врачом РФ 4 марта 2004 г.).

Электронные ресурсы:

1. Интернет-портал «Российской газеты»
http://www.rg.ru
2. Министерство здравоохранения и социального развития РФ // Официальный сайт Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
http://www.minzdravsoc.ru
3. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека //Официальный сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. http://www.rospotrebnadzor.ru
4.ФГУЗ Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека // Официальный сайт ФГУЗ Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека. http://www.fcgsen.ru
5. Официальный сайт Совета при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике. http://www.rost.ru
6. Обязательное медицинское страхование. Информационный портал // Независимый портал по ОМС. http://www.omsportal.ru
7. Ассоциация медицинских сестер России // Официальный сайт Ассоциации медицинских сестер России. http://www.medsestre.ru/russian
8.Тюменская региональная общественная организация «Тюменская областная профессиональная
сестринская ассоциация» // Официальный сайт Тюменской областной профессиональной сестринской ассоциации. http://www.тропса72.рф
9. NURSEHELP.RU ваш медицинский помощник. http://nursehelp.ru
10.Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке.
http://www.medmir.com

Анатомия и физиология зубочелюстной системы

1.Гайворонский И.В., Петрова Т.Б. Анатомия зубов человека: учебное пособие.- Изд-во ЭЛБИ – СПб, 2005. – 56с.

profitraining.com

2.Иде И., Наказава К. Анатомический атлас височно-нижнечелюстного сустава.- 2004. – 29с.

Обследование. Подготовка полости рта к протезированиюСеменюк В.М. и др.

1.Обследование больных с патологией зубочелюстной системы в клинике ортопедической стоматологии, Омск, 1999 г.

2.Изучение моделей челюстей в стоматологии / под ред. С.И. Абакарова. – Мед. книга, 2008. – 435с.

3.Копейкин В.Н. Миргазизов М.З., Малый А.Ю. Ошибки в ортопедической стоматологии. Профессиональные и медико-правовые аспекты. – 2002. – 240с.

4.Комченков С.А. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике. – 2004. – 32с.

5.Ковальский В.Л. Алгоритмы организации и технологии оказания основных видов стоматологической помощи. – М.: Мед книга, 2004. – 180с.

Материаловедение

1. Ричард Ван Нурт. Основы стоматологического материаловедения. 2004. – 301с.
2. Трегубов И.Д. Применение термопластических материалов в стоматологии. 2007. – 140с.
3. Жолудев С.Е. Адгезивные средства в ортопедической стоматологии. 2007. – 112с.
4. Цимбалистов А.В., Козицына С.И., Жидких Е.Д., Войтяцкая И.В. Оттискные материалы и технология их применения. 2005. – 90с.
5. Рогожников Г.И., Жарова Т.В., соавт. «Сплавы титана в ортопедической стоматологии», Пермь, 1991г.
6. Марков Б.П., Тупикова Л.И., Пан Е.Г. и др. «Пропедевтика и материаловедение в ортопедической стоматологии». – М., 2003. – 155с.
7. Материалы полимерные для базисов зубных протезов: Техн. требования: Методы испытаний. - М.: Изд-во стандартов, 2002. – IV. - 16 с

Непереносимость зубопротезных материалов

1. Лебедев К.А. Непереносимость зубопротезных материалов. – Изд-во Либроком, 2010. – 208с.
2. Ершов Ю.А., Плетнев Т.В. Механизмы токсического действия неорганических соединений. – М., 1985.
3. Гожая Л.Д. Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии.- М.: Медицина, 1988.-160 с.

Одонтопрепарирование

1. Шиллинбург Г., Якоби Р., Бракетт С. Основы препарирования зубов: практическое пособие. – Изд.дом «Азбука», 2006. – 384с.
2. Арутюнов А.Д., Лебеденко А.И. Одонтопрепарирование под ортопедическое конструкции зубных протезов: практ. руководство.- «Практическая медицина», 2007. – 80с.
3. Большаков Г.В. « Одонтопрепарирование », М., 1977г.

Микропротезирование

profitening.com

1. Брагин Е.А., Скрыль А.В. Основы микропротезирования. Штифтовые конструкции зубных протезов, вкладки, виниры, искусственные коронки, декоративные зубные накладки. – Мед. книга, 2009. – 508с.
2. Лобовкина Л.А., Романов А.М. Современные технологии реставрации зубов: монография. – Медпресс-информ, 2007. – 96с.
3. Козицына С.И., Грицай И.Г. Замещение дефектов твердых тканей зубов вкладками (клинические и технические этапы). – СПб.: ООО «Меди-издательство», 2007. – 88с.
4. Туати Б. Эстетические стоматологические и керамические реставрации.- М.: «Высшее образование и наука», 2004. – 448с.
5. Арутюнов С.Д., Жулев Е.Н., Волков Е.А., Лебеденко А.И. Одонтопрепарирование при восстановлении дефектов твердых тканей зубов вкладками. – М.: Молодая гвардия, 2007. – 136с.
6. Ирфан Ахмад. Эстетика непрямой реставрации. – Медпресс-информ, 2009. – 232с.
7. Брагин Е.А., Скрыль А.В. Основы микропротезирования. Штифтовые конструкции зубных протезов, вкладки, виниры, искусственные коронки, декоративные зубные накладки. – Мед. книга, 2009. – 508с.
8. Маркскорс Р. Несъемные стоматологические реставрации. – Информ. агентство Newdent, 2007. – 386с.
9. Петрикас О.А. Современные методы исправления дефектов зубов и зубных рядов. Часть 2 // Новое в стоматологии. – 1998. - №6 (спец.выпуск). – 104с.
10. Петрикас О.А. Несъемные адгезивные протезы // Стоматология. – 2004. – Т.83, №2. – С. 39 – 40.
11. Радлинский С. Адгезивные мостовидные протезы //ДентАрт. - № 2288. – С.50-55.

Металлокерамика

1. Сапронова О., Емгахов В., Трезубов В.Н. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических зубных протезов. – Мед. информ. агентство, 2007. – 200с.
2. Наумович С.А. Ортопедическое лечение дефектов коронок зубов искусственными коронками. – 2006. -44с.
3. Туати Б. Эстетические стоматологические и керамические реставрации.- М.: «Высшее образование и наука», 2004. – 448с.
4. Ирфан Ахмад. Эстетика непрямой реставрации. – Медпресс-информ, 2009. – 232с.
5. Маркскорс Р. Несъемные стоматологические реставрации. – Информ. агентство Newdent, 2007. – 386с.
6. Ямомото Макото. Базисная техника изготовления металлокерамических зубных протезов. Введение в технологию металлокерамики. Цветной атлас. – Изд-во «Квинтэссенция», 1998. – 117с.
7. Ямомото Макото, Миоши Ютака, Шигео Катаока. Основы эстетики. Техника моделирования металлокерамического зубного протеза. – Изд-во «Квинтэссенция», 1994. – 70с.
8. Хауч Симон. Правильное моделирование.- М.: «Медицинская пресса», 2006. – 80с.
9. Вецлер М. Искусство керамики. – М.: «Паритет», 2005. – 96с.
10. Массирони Д., Пасчетта Р., Ромео Дж. Точность и эстетика. Клинические и зуботехнические этапы протезирования зубов. – М.: «Азбука», 2008. – 464с.
11. Убасси Геральд. Форма и цвет. Ключ к успеху при работе с зубопротезной керамикой. – Изд-во «Квинтэссенция», 2003. – 232с.
12. Мороз А.Б. Изготовление металлокерамических конструкций: практический атлас. – СПб.:«Человек», 2007. – 128с.

profrening.com

13. Шиллингбург Г. Восковое моделирование окклюзионных поверхностей зубов / Г. Шиллинбург, Э. Уилсон, Э. Моррисон; пер. Е. Ханина. - М. и др.: Азбука: А. Островский, 2004. - 58 с.
14. Рогожников Г.И., «Металлокерамические протезы», Пермь, 1995 г.
15. Семенюк В.М. и др. «Клинические обоснования и технологические аспекты лечения дефектов зубных рядов цельнолитыми мостовидными протезами», Омск, 1997 г.

Ортопедические методы лечения заболеваний тканей пародонта

1. Копейкин В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. – 2004. – 192с.
2. Ратайшак. Коррекция окклюзии. Избирательное пришлифовывание. 2004. -16с.
3. Аболмасов Н.Н. Избирательная пришлифовка зубов. – 2004. – 352с.
4. Клинеберг И., Джагер Р. Окклюзия и клиническая практика: практическое руководство / перев. с англ..- изд-во Медпресс-информ, 2008. – 200с.
5. Саакян М.Ю. Специальная подготовка полости рта к протезированию при ортопедическом лечении заболеваний пародонта: учеб.-метод. пособие.- Н.Новгород, 2001. – 27 с.
6. Саакян М.Ю. Ортопедическое лечение генерализованных заболеваний пародонта, осложненных частичной потере зубов: учеб.- метод. пособие. - Н.Новгород, 2001. – 27 с.

Избирательное пришлифовывание зубов

1. Клинеберг И., Джагер Р. Окклюзия и клиническая практика: практическое руководство / перев. с англ..- изд-во Медпресс-информ, 2008. – 200с.
2. Хватова В.А. Клиническая гнатология: учебное пособие. Изд-во «Медицина», 2005. – 296с.
3. Изучение моделей челюстей в стоматологии / под ред. С.И.Абакарова. – Медицинская книга, 2008. – 435с.
4. Аболмасов Н.Н. Избирательная пришлифовка зубов с позиций системного подхода (методологическое обоснование, диагностика, показания, алгоритм проведения). – Смоленск. – 2004. – 80 с.

Современные технологии изготовления съемных конструкций зубных протезов

1. Лебеденко И.Ю., Перегудов А.Б., Хапилина Т.Э. «Замковое крепление зубных протезов», М., 2001г.
2. Цимбалистов А.В. ,Жидких Е.Д., Полевская Л.А. «Клинические и лабораторные этапы изготовления комбинированных конструкций зубных протезов с использованием технологий фрезерования», С-Петербург, 2001г.
3. Гаврилов Е.И. «Протез и протезное ложе», М., 1974г.
4. Миронова М.Л. Съемные протезы: учебное пособие для мед. колледжей и училищ. – ГЭОТАР-медиа, 2009. – 456с.
5. Соснин Г.П. Бюгельное протезирование. – Минск, 1981. Клугман Р.С. Ортопедическое лечение в клинической практике: практическое пособие. – М.: Медпресс-информ, 2008. – 216с.
6. Джепсон Дж.А. Частичные съемные протезы: практическое руководство. - М.: Медпресс-информ, 2006. – 168с.
7. Маркскорс Р. Съемные стоматологические реставрации: практическое руководство. – М.: информ. агентство «Newdent», ЗАО редак. журн. «Новое в стоматологии», 2006. – 312с.

protrening.com

8. Маркскорс Р. Цельнолитые съемные протезы // Новое в стоматологии. – 2000. - №5 (85). – (спец. выпуск). – 96с.
9. Ирошникова Е.С., Шевченко В.И. Параллелометрия в ортопедической стоматологии. – 1989. – 126с.
10. Шварц А.Д. Цельнолитые (бюгельные) протезы. – 2005. – 37с.
11. Шварц А.Д. «Протезирование бюгельными протезами // Новое в стоматологии», М., 2002г.
12. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. – Медпресс-информ, 2007. – 248с.
13. Гаврилов Е.И. «Теория и клиника протезирования частичными съёмными протезами», М., 1966г.
14. Загорский В.А. Частичные съемные и перекрывающие протезы. – М.: Медицина, 2007. – 360с.
15. Перевезенцев А.П. «Конструкции замковых креплений фирмы «Бредент». Теория и практика», М., 2004г.
16. Хофманн А., Хильшер В. Конструкции частичного зубного протеза (пер. с нем.), Львов, 2002г.
17. Писаревский Ю.Л., Зобнин В.В., Будаев А.А. и др. «Ортопедическое лечение частичной утраты зубов съемными конструкциями протезов». – Чита, 2004 – 81с.
18. Погодин В.С., Пономарева В.А. Руководство для зубных техников.

Ортопедическое лечение пациентов с полным отсутствием зубов

1. Воронов А.П., Лебеденко.И.Ю., Воронов И.А. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов: практическое пособие. – М.: МЕДпресс- информ, 2006. – 320с.
2. Лебеденко И.Ю., Каливраджиян Э.С., Ибрагимов Т.И. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов. - М.: “МИА”, 2005. - 400 с.
3. Фидлер К. Полные BPS-протезы с системой для достижения поставленной цели. – М.: Медицинская пресса», 2006. – 200с.
4. Саввиди Г.Л. Методика функционального оформления внутренней поверхности базиса протеза нижней челюсти при подвижных складках слизистой / Г.Л. Саввиди, К.Г. Саввиди // Стоматология. - 1999. - № 4. - С. 42-43.
5. Саввиди Г.Л. Методика функционального оформления дистального отдела базиса полного протеза верхней челюсти // Стоматология. - 1992. - № 1. - С. 72-74.
6. Саввиди Г.Л. Модифицированная методика объемного моделирования базиса полного объемного протеза // Стоматология. - 1997. - № 1. - С. 37-39.
7. Саввиди К.Г. Клинико-морфологическое обоснование функционального оформления базиса нижнего полного протеза в ретромолярной области у лиц с трудными клиническими условиями для протезирования: автореф. дис. … канд. мед. наук / Саввиди К.Г. - Тверь : Б.и., 2000. - 20 с. - Библиогр.: 9 назв. Шифр РНБ: 2007-4/5892.
8. Саввиди К.Г. Методика функционального оформления дистальных отделов полного протеза нижней челюсти // Труды V съезда Стоматологической ассоциации России (Москва, 14-17 сент. 1999 г.). - М.: Стоматология, 1999. - С. 330-332. Шифр РНБ: 99-5/3521.
9. Объемное моделирование поверхности базиса полного протеза для нижней челюсти и особенности постановки зубов : метод. разработки. - Смоленск: Б. и., 1990. - 19 с.
10. Бойко Л.П. Усовершенствованная технология изготовления съемных пластиночных зубных протезов с эластичной пластмассой : автореф. дис. … канд. мед. наук / Бойко Л.П. - Львов, 1988. - 18 с.

profilering.com

11. Загорский В.А. Протезирование при полной адентии: руководство для врачей.- М.: Медицина, 2008. – 376с.
12. Абакаров С.И., Сорокин Д.В. Адаптация к полным съемным протезам у больных преклонного возраста / Материалы VII Всероссийского научного форума с международным участием “Стоматология 2005”. - М., 2005. - С.8-10.
13. Марков Б.П. Использование физико-механических факторов для фиксации протезов на беззубых челюстях / Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб. тезисов. - М.: “Авиаиздат”, 2001. - С. 554-556.
14. Цимбалистов А.В., Войтяцкая И.В., Статовская Е.Е. Тактика ведения больных с полной утратой зубов // Материалы V Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. - СПб.: СПб МАПО, 2000. - С. 145.
15. Объемное моделирование поверхности базиса полного протеза для нижней челюсти и особенности постановки зубов : метод. разработки. - Смоленск: 1990. - 19 с.
16. Принципы математического моделирования взаимодействия структур костной ткани нижней челюсти с полными съемными протезами, фиксируемыми на внутрикостные имплантаты / В.Р. Шамшурина, Е.Н. Чумаченко, В.Н. Олесова и др. // Стоматология. - 2008. - № 1. - С. 49-55.
17. Каливраджанян Э.С. Изготовление базисов съемных протезов методом литьевого прессования / /Зубной техник, 2002.-№2.- С.22-24.
18. Тлустенко Е.С., Тлустенко В.С. Объемное моделирование//Зубной техник.-2001.-№1.- С. 37.
19. Тлустенко Е.С., Тлустенко В.С. Применение объемного моделирования базисов полных съемных протезов//Зубной техник.-2001.-№5.- С. 27.

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава

1. Петросов Ю.А. Диагностика и ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава: монография. – Краснодар: Совет. Кубань, 2007. – 304с.
2. Власенко П.И. Мискевич М.И., Симахов Р.В. Патология височно-нижнечелюстного сустава: клиника, диагностика и принципы лечения. – СПб: ООО «МЕДИ-изд-во», 2007. – 80с.
3. Хватова В.А. Клиническая гнатология / В.А. Хватова. - М.: Медицина, 2005. - 296 с.

Ортодонтия

1. Аболмасов Н.Г. Аболмасов Н.Н. Ортодонтия: учебное пособие.- Медпресс-информ, 2008. – 424с.
2. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Фадеев Р.А. Ортодонтия: учебное пособие, 2001.
3. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия: практическое руководство. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 544с.
4. Экерман М.Б. Ортодонтическое лечение: теория и практика.- «Медпресс-информ», 2010. – 160с.
5. Андреищев А.Р. Сочетанные зубочелюстно-лицевые аномалии и деформации. – ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 256с.
6. Персин Л.С., Гиоева Ю.А. Мезиальная окклюзия (клиническая картина, диагностика, лечение). – М.: Медицина, 2008. – 192с.
7. Профит У.Р. Современная ортодонтия /под ред. Л.С. Персина. – МЕДпресс, 2008. – 560с.
8. Брагин Е.А. Современные методы диагностики, прогнозирования и лечения нарушений смыкания зубных рядов: Учеб. пособие по ортопед. стоматологии для студентов мед. вузов / Е.А. Брагин, Е.А. Вакушина. - Ставрополь, 2006. - 162 с.

proftraning.com

9. Трезубов В.Н., Фадеев Р.А. Использование профильных телерентгенограмм для дифференциальной диагностики аномалий размеров и положения челюстей // Новое в стоматологии. - 1994. - № 4. - С. 30—33.
10. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Ортодонтия. Комплексное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий: ортодонтическое, хирургическое: Учеб. пособие. – М.: Ортодент-Инфо, 2001. – 174с.

Имплантология

1. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики: научно-практ. пособие / В.Л.Параскевич. – Мн.: ООО «Юнипресс», 2002. – 368с.
2. Альфаро Ф.Э. Костная пластика в стоматологической имплантологии: практическое руководство / Ф.Э. Альфаро. – Изд-во «Квинтэссенция» (Азбука), 2006. – 235с.
3. Суднев И., И. .Михайлов, Е. Гольдштейн. Зубная имплантация – новый уровень протезирования. – МЕДИ, 2007. –
4. Наумович С.А. Ортопедическое лечение больных с использованием дентальных имплантатов: учебно-метод. пособие. – 2005. – 36с.
5. Воробьев В.А. Выбор конструкции зубных протезов и имплантатных систем на основе программного математического моделирования при лечении больных с различными дефектами зубных рядов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Воробьев В.А. - Омск, 1997. - 44 с.
6. Суров О.И. «Зубное протезирование на имплантатах», М., 1993 г.

proftrening.com

8.1 Календарный учебный график «Стоматология ортопедическая» (примерный)

Наименование Тем, (мероприятий)	Первая неделя				
	понедельник	**вторник**	**среда**	**четверг**	**пятница**
Раздел 1. Система и государственная политика здравоохранения в РФ 6ч.	5ч.				
Зачет	1ч.				
Раздел 2. Организация стоматологической помощи. Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии. 8ч.	2ч.	5ч.			
Зачет		1ч.			
Раздел 3. Анатомо-физиологическое строение жевательного аппарата 20ч.		2ч.	8ч.	8ч.	3ч.
Зачет					1ч.
Вторая неделя					
Наименование Тем, (мероприятий)	**понедельник**	**вторник**	**среда**	**четверг**	**пятница**
Раздел 4. Этиология, клиника и методы ортопедического лечения дефектов твердых тканей зубов и коронковой части зуба.16ч.	8ч.	7ч.			
Зачет		1ч.			
Раздел 5. Этиология,			8ч.	5ч.	

proftrening.com

клиника и методы ортопедического лечения частичной вторичной адентии 14ч.					
Зачет				1ч.	
Раздел 6. Методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных с повышенным стиранием зубов 16ч.				2ч.	8ч.
Третья неделя					
Наименование Тем, (мероприятий)	**понедельник**	**вторник**	**среда**	**четверг**	**пятница**
Раздел 6. Методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных с повышенным стиранием зубов 16ч.	5ч.				
Зачет	1ч.				
Раздел 7. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика и ортопедические методы лечения заболеваний ортодонта 16 ч.	2ч.	8ч.	5ч.		
Зачет			1ч.		
Раздел 8. Имплантология 12ч.			2ч.	8ч.	1ч.
Зачет					1ч.
Раздел 9. Гнатология и функциональная диагностика ВЧНС 10ч.					6ч.
Четвертая неделя					
Наименование Тем, (мероприятий)	**понедельник**	**вторник**	**среда**	**четверг**	**пятница**
Раздел 9. Гнатология и функциональная диагностика ВЧНС 10ч.	3ч.				
Зачет	1ч.				
Раздел 10. Патологические	4ч.	5ч.			

proftrening.com

изменения в состоянии организма, связанные с наличием зубных протезов 10ч.					
Зачет		1ч.			
Раздел 11. Челюстно-лицевая ортопедия 12ч.		2ч.	8ч.	1ч.	
Зачет				1ч.	
Консультирование			.	2ч	
Итоговая аттестация					2ч.

8.2 Календарный учебный график цикла «Современные аспекты ортопедической помощи населению» (примерный)

Наименование Тем, (мероприятий)	**Первая неделя**				
	понедельник	**вторник**	**среда**	**четверг**	**пятница**
Раздел 1. Система и государственная политика здравоохранения в РФ 4 ч.	3ч.				
Зачет	1ч.				
Раздел 2. Организационные основы зуботехнического производства 4 ч.	3ч.				
Зачет	1ч.				
Раздел 3. Зуботехническое материаловедение 6ч.		5ч.			
		1ч.			
Раздел 4. Литейное зуботехническое производство		2ч.	7ч.		
			1ч.		
Раздел 5. Функциональная анатомия зубочелюстной системы				7ч.	1ч.
					1ч.
Раздел 6. Современные технологии ортопедической					3ч.

profrening.com

стоматологии 83ч.					
Вторая неделя					
Наименование Тем, (мероприятий)	**понедельник**	**вторник**	**среда**	**четверг**	**пятница**
Раздел 6. Современные технологии ортопедической стоматологии 83ч.	8ч	8ч	8ч	8ч	8ч.
Третья неделя					
Наименование Тем, (мероприятий)	**понедельник**	**вторник**	**среда**	**четверг**	**пятница**
Раздел 6. Современные технологии ортопедической стоматологии 83ч.	8ч	8ч.	8ч	8ч.	7ч.
Зачет					1ч.
Четвертая неделя					
Наименование Тем, (мероприятий)	**понедельник**	**вторник**	**среда**	**четверг**	**пятница**
Раздел 7. Неотложная медицинская помощь и медицина катастроф 12 ч.	8ч.	3ч.			
Зачет		1ч.			
Раздел 8. Инфекционный контроль и инфекционная безопасность 10ч.		4ч.	5ч.		
Зачет			1ч.		
Консультирование			.	2ч	
Итоговая аттестация					2ч.

proftrening.com

Конкретное количество часов лекций и самоподготовки указывается в расписании в соответствии с учебным планом.