

ГЕОРГИ ТОДОРОВ

ЯВОР КАЛЪЧЕВ

ПРИМЕРНИ ТЕСТОВЕ

ПО КЛИНИКА

НА ПРОТЕТИЧНАТА

ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА

ПЛОВДИВ,
2013

**ПРИМЕРНИ ТЕСТОВЕ ПО КЛИНИКА
НА ПРОТЕТИЧНАТА ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА**

Авторски колектив:

Доц. д-р Георги Рангелов Тодоров, дм

Доц. д-р Явор Стефанов Калъчев, дм

Първо издание

Медицински университет-Пловдив

бул. Васил Априлов 15 А

ISBN 978-619-7085-14-3

Пловдив, 2013

Настоящия сборник е предназначен за студенти по Дентална медицина. Той ще допринесе за по лесно и трайно усвояването на теоретичните знания по „Клиника на Протетичната дентална медицина”.

Въпросите в сборника са подредени тематично по раздели и са съобразени с лекционния курс и последователността на излагане на учебния материал в учебниците по Клиника на Протетична дентална медицина.

Тестовите въпроси са разделени в 2 групи:

Първа група – посочени са няколко отговора означени с а), б), с) и т.н. при които трябва да се посочи верния отговор, който може да бъде повече от един.

Втора група – зададен е въпрос на който трябва да се отговори кратко и точно с едно или няколко изречения.

След всеки раздел са посочени верните отговори.

Въпросите в сборника са подходящи както за текущ контрол, така и за тестово изпитване, което е част от семестриалния изпит по „Клиника на Протетичната дентална медицина”.

Авторите ще приемат с благодарност всички критични бележки.

От авторите

РАЗДЕЛ

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ДЪВКАТЕЛНИЯ АПАРАТ ЕТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗА, ФУНКЦИОНАЛНА ПАТОЛОГИЯ В ДЕНТАЛНАТА МЕДИЦИНА

- 1. Етиологията на заболяванията на дъвкателния апарат изучава:**
 - a) възникването, формирането, развитието и изхода на заболяване в челюстно-лицевата област.
 - b) се отнася към основните структури на т.н. „анатоמו-стоматологична триада” – зъби, челюстни стави, дъвкателни мускули.
 - c) характера на функцията и състоянието на морфологичния субстрат
 - d) изучава връзките и взаимоотношенията между причината, следствието и развитието на патологичния процес.
 - e) има две главни направления – дъвкателна и говорна функции.

- 2. Патогенезата на заболяванията изучава:**
 - a) се изразява в промяна на местната и обща реактивност на организма
 - b) нормалната дъвкателна функция може да стане етиологичен фактор при определени условия и да предизвика местни и общи заболявания в организма.
 - c) характера на функцията и състоянието на морфологичния субстрат
 - d) изучава връзките и взаимоотношенията между причината, следствието и развитието на патологичния процес.
 - e) възникването, формирането, развитието и изхода на заболяване в челюстно-лицевата област.

- 3. Функционалната патология в денталната медицина приема за основен принцип:**
 - a) има две главни направления – дъвкателна и говорна функции
 - b) изучава връзките и взаимоотношенията между причината, следствието и развитието на патологичния процес.
 - a) нормалната дъвкателна функция може да стане етиологичен фактор при определени условия и да предизвика местни и общи заболявания в организма.
 - b) се изразява в промяна на местната и обща реактивност на организма

4. Функционалната патология в денталната медицина е свързана с категориите:

- a) форма-функция-реакция
- b) форма-функция-частично обеззъбяване
- c) форма-оклузално зъбно изтриване-реакция
- d) се изразява в промяна на местната и обща реактивност на организма

5. Категорията „форма” свързана с функционалната патология в денталната медицина:

- a) се отнася към основните структури на т.н. „анатоמו-стоматологична триада” – зъби, челюстни стави, дъвкателни мускули.
- b) има две главни направления – дъвкателна и говорна функции
- c) се изразява в промяна на местната и обща реактивност на организма
- d) изучава връзките и взаимоотношенията между причината, следствието и развитието на патологичния процес.

6. Категорията „функция” свързана с функционалната патология в денталната медицина:

- a) има две главни направления – дъвкателна и говорна функции
- b) се отнася към основните структури на т.н. „анатоמו-стоматологична триада” – зъби, челюстни стави, дъвкателни мускули.
- c) се изразява в промяна на местната и обща реактивност на организма
- d) изучава връзките и взаимоотношенията между причината, следствието и развитието на патологичния процес.

7. Категорията „реакция” свързана с функционалната патология в денталната медицина:

- a) има две главни направления – дъвкателна и говорна функции
- b) се отнася към основните структури на т.н. „анатоמו-стоматологична триада” – зъби, челюстни стави, дъвкателни мускули.
- c) се изразява в промяна на местната и обща реактивност на организма
- d) изучава връзките и взаимоотношенията между причината, следствието и развитието на патологичния процес.

- 8. Механизмите на функционална патология се определят от:**
- a) характера на функцията и състоянието на морфологичния субстрат
 - b) дъвкателната и говорната функции
 - c) промяна на местната и обща реактивност на организма
 - d) говорната функция и естетиката
- 9. В денталната медицина се различават 3 основни механизма на функционална патология:**
- a) Механизъм на функционална патология при частично обеззъбяване
 - b) Механизъм на функционална патология при оклузално зъбно изтриване
 - c) Механизъм на функционална патология при аномалии и несъвършенства на зъбната коронка
 - d) Механизъм на функционална патология при травми в Челюстно-лицевата област
- 10. В денталната медицина се различават 3 основни механизма на функционална патология:**
- a) Механизъм на функционална патология при промени в пародонта
 - b) Механизъм на функционална патология при оклузално зъбно изтриване
 - c) Механизъм на функционална патология при аномалии и несъвършенства на зъбната коронка
 - d) Механизъм на функционална патология при възпалителни процеси в Челюстно-лицевата област
- 11. В денталната медицина се различават 3 основни механизма на функционална патология:**
- a) Механизъм на функционална патология при частично обеззъбяване
 - b) Механизъм на функционална патология при промени в пародонта
 - c) Механизъм на функционална патология при аномалии и несъвършенства на зъбната коронка
 - d) Механизъм на функционална патология при травми в Челюстно-лицевата област

12. В денталната медицина се различават 3 основни механизма на функционална патология:

- a) Механизъм на функционална патология при частично обеззъбяване
- b) Механизъм на функционална патология при промени в пародонта
- c) Механизъм на функционална патология при оклузално зъбно изтриване
- d) Механизъм на функционална патология при аномалии и несъвършенства на зъбната коронка

13. Дъвкателен център се локализира:

- a) областта около първия голям кътник, която при интактно съзъбие понася най-голямо натоварване по време на нормална дъвкателна функция.
- b) в участък от съзъбието, където дъвкателното налягане се възприема като травматично претоварване и дъвкателният акт се преустановява поради настъпили патологични промени.
- c) в предните зъби при интактни зъбни редици, когато са налице оклузо-артикуляционни и функционално претоварване
- d) по всички участъци на съзъбието, но най-често в областта на дъвкателните зъби при abrasio dentis или частично обеззъбяване

14. Функционален център се локализира в:

- a) областта с най-голям брой антагонизиращи зъби със запазен пародонт.
- b) в участък от съзъбието, където дъвкателното налягане се възприема като травматично претоварване и дъвкателният акт се преустановява, поради настъпили патологични промени.
- c) в предните зъби при интактни зъбни редици, когато са налице оклузо-артикуляционни и функционално претоварване
- d) по всички участъци на съзъбието, но най-често в областта на дъвкателните зъби при abrasio dentis или частично обеззъбяване

15.Травматичен център (възел) е:

- a) участък от съзъбието, където дъвкателното налягане се възприема като травматично претоварване и дъвкателният акт се преустановява, поради настъпили патологични промени.
- b) областта около първия голям кътник, която при интактно съзъбие понася най-голямо натоварване по време на нормална дъвкателна функция.
- c) областта с най-голям брой антагонизиращи зъби със запазен пародонт.
- d) областта с най-голям брой антагонизиращи зъби със запазен пародонт.

16.Прекия травматичен център (възел) може да се прояви:

- a) по всички участъци на съзъбието, но най-често в областта на дъвкателните зъби при abrasio dentis или частично обеззъбяване
- b) областта около първия голям кътник, която при интактно съзъбие понася най-голямо натоварване по време на нормална дъвкателна функция.
- c) само в областта на предните зъби
- d) в предните зъби при интактни зъбни редици, когато са налице оклузо-артикуляционни и функционално претоварване

17.Прекия травматичен център (възел) може да се прояви:

- a) по всички участъци на съзъбието, но най-често в областта на дъвкателните зъби при abrasio dentis или частично обеззъбяване
- b) областта около първия голям кътник, която при интактно съзъбие понася най-голямо натоварване по време на нормална дъвкателна функция.
- c) само в областта на дъвкателните зъби
- d) само в областта на предните зъби

18.Отразеният травматичен център (възел) се проявява:

- a) по всички участъци на съзъбието, но най-често в областта на дъвкателните зъби при abrasio dentis или частично обеззъбяване
- b) областта около първия голям кътник, която при интактно съзъбие понася най-голямо натоварване по време на нормална дъвкателна функция.
- c) в предните зъби при интактни зъбни редици, когато са налице оклузо-артикуляционни и функционално претоварване
- d) само в областта на предните зъби

19. Нефункционален център:

- a) е областта от зъбните редици, която не участва в дъвкателния акт, поради липса на зъби антагонисти.
- b) се проявява само в областта на предните зъби
- c) областта около първия голям кътник, която при интактно съзъбие понася най-голямо натоварване по време на нормална дъвкателна функция.
- d) областта на интактни предни зъби и наличие на abrasion dentis

20. Травматичната артикулация:

- a) е състоянието на пълна декомпенсация на дъвкателния апарат при дъвкателната функция.
- b) участък от съзъбието, където дъвкателното налягане се възприема като травматично претоварване и дъвкателният акт се преустановява, поради настъпили патологични промени.
- c) се отнася към основните структури на т.н. „анатомио-стоматологична триада” – зъби, челюстни стави, дъвкателни мускули.
- d) се изразява в промяна на местната и обща реактивност на организма

21. При интактно съзъбие (32 зъба) със запазен пародонт „функционалният център” се намира в областта на:

- a) първите големи кътници
- b) първите малки кътници
- c) в областта на фронталните зъби
- d) няма верен отговор

22. При интактно съзъбие (32 зъба) със запазен пародонт:

- a) дъвкателният и функционален центровете са в областта около първия голям кътник,
- b) дъвкателният център е в областта около първия голям кътник, а функционалният център в областта на третите молари
- c) функционалният център е в областта около първия голям кътник, а дъвкателният център в областта на третите молари
- d) няма верен отговор

23. При съзъбие с частично обеззъбяване „функционалният център” се намира в областта на:

- a) първите големи кътници
- b) първите малки кътници
- c) в областта на фронталните зъби
- d) областта с най-голям антагонизиращи зъби със запазен пародонт
- e) няма верен отговор

24. При съзъбие с 12 зъба (без премолари и молари) дъвкателният център се намира в областта на:

- a) първите големи кътници
- b) в областта на фронталните зъби
- c) няма верен отговор
- d) в областта на моларите

25. Етиологията на заболяванията на дъвкателния апарат изучава:

26. Патогенезата на заболяванията изучава:

27. Функционалната патология в денталната медицина приема за основен принцип:

28. Функционалната патология в денталната медицина е свързана с категориите:

29. Категорията „форма” свързана с функционалната патология в денталната медицина:

30. Категорията „функция” свързана с функционалната патология в денталната медицина:

31. Категорията „реакция” свързана с функционалната патология в денталната медицина:

32. Механизмите на функционална патология се определят от:

33. В денталната медицина се различават 3 основни механизма на функционална патология:

34. Дъвкателен център се локализира:

35. Функционален център се локализира в:

36. Травматичен център (възел) е:

37. Прекият травматичен център (възел) може да се прояви:

38. Отразеният травматичен център (възел) се проявява:

39. Нефункциониращ център:

40. Травматичната артикулация:

41. При интактно съзъбие (32 зъба) със запазен пародонт „функционалният център” се намира в областта на:

42. При интактно съзъбие (32 зъба) със запазен пародонт:

43. При съзъбие с частично обеззъбяване „функционалният център” се намира в областта на:

**ВЕРНИ ОТГОВОРИ - РАЗДЕЛ
ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ДЪВКАТЕЛНИЯ АПАРАТ
ЕТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗА,
ФУНКЦИОНАЛНА ПАТОЛОГИЯ
В ДЕНТАЛНАТА МЕДИЦИНА**

1. d
2. e
3. c
4. a
5. a
6. a
7. c
8. a
9. a, b
10. a, b
11. a, b
12. a, b, c
13. a
14. a
15. a
16. a, d
17. a
18. d
19. a
20. a
21. a
22. a
23. d
24. c
25. изучава връзките и взаимоотношенията между причината, следствие-то и развитието на патологичния процес.
26. възникването, формирането, развитието и изхода на заболяване в челюстно-лицевата област.

27. нормалната дъвкателна функция може да стане етиологичен фактор при определени условия и да предизвика местни и общи заболявания в организма.
28. форма-функция-реакция
29. се отнася към основните структури на т.н. „анатоמו-стоматологияна триада” – зъби, челюстни стави, дъвкателни мускули.
30. има две главни направления – дъвкателна и говорна функции
31. се изразява в промяна на местната и обща реактивност на организма
32. характера на функцията и състоянието на морфологичния субстрат
33. ---Механизъм на функционална патология при частично обеззъбяване
 ---Механизъм на функционална патология при оклузално зъбно изтриване
 ---Механизъм на функционална патология при промени в пародонта
34. областта около първия голям кътник, която при интактно съзъбие понася най-голямо натоварване по време на нормална дъвкателна функция.
35. областта с най-голям брой антагонизиращи зъби със запазен пародонт.
36. участък от съзъбието, където дъвкателното налягане се възприема като травматично претоварване и дъвкателният акт се преустановява поради настъпили патологични промени.
37. ----по всички участъци на съзъбието, но най-често в областта на дъвкателните зъби при abrasio dentis или частично обеззъбяване
 ----в предните зъби при интактни зъбни редици, когато са налице оклузо-артикуляционни и функционално претоване

38. само в областта на предните зъби
39. е областта от зъбните редици, която не участва в дъвкателният акт поради липса на зъби антагонисти.
40. е състоянието на пълна декомпенсация на дъвкателния апарат при дъвкателната функция.
41. първите големи кътници
42. дъвкателения и функционален центрове са в областта около първия голям кътник,
43. областта с най-голям антагонизиращи зъби със запазен пародонт

РАЗДЕЛ

ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПАЦИЕНТ И ПОДГОТОВКА НА УСТНАТА КУХИНА ЗА ПРОТЕТИЧНО ЛЕЧЕНИЕ.

- 1. Кои от изброените методи за изследване на пациента са параклинични:**
 - a) анамнеза
 - b) оглед на главата
 - c) изследване за полиметалия
 - d) рентгенография

- 2. Кои от изброените методи за изследване на пациента са клинични:**
 - a) анамнеза
 - b) екстраорално изследване
 - c) изследване за алергия
 - d) изследване на говорната функция

- 3. Подготовката на устната кухина за протетично лечение се разделя на:**
 - a) саниране и специална подготовка
 - b) саниране и психоподготовка
 - c) саниране и специална хирургична подготовка
 - d) специална хирургична подготовка и ортодонтска подготовка

- 4. Кои от посочените по долу мероприятия се отнасят към специалната подготовка за протетично лечение:**
 - a) специална хирургична подготовка
 - b) ортодонтска подготовка
 - c) саниране на устната кухина
 - d) почистване на зъбен камък

- 5. Кои от посочените по долу мероприятия се отнасят към специалната подготовка за протетично лечение:**
 - a) ендодонтско релечение на девитализирани зъби
 - b) специална хирургична подготовка
 - c) саниране на устната кухина
 - d) възстановяване на кариесни увреждания на зъбните коронки

- 6. Посочете на какви основни групи се разделя специалната подготовка на устната кухина за протетично лечение:**
- 7. Избройте няколко (най-малко 3) метода за клинично изследване на пациента за протетично лечение:**
- 8. Избройте няколко (най-малко 4) метода за параклинично изследване на пациента за протетично лечение:**
- 9. Избройте няколко (най-малко 3) метода за изследване на говорната функция при изследване на пациента за протетично лечение:**

ВЕРНИ ОТГОВОРИ - РАЗДЕЛ ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПАЦИЕНТ И ПОДГОТОВКА НА УСТНАТА КУХИНА ЗА ПРОТЕТИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

1. c,d
2. a,b
3. a,
4. a,b
5. b
6. специална хирургична подготовка
специална консервативна подготовка
специална протетична подготовка
ортодонтска подготовка
психоподготовка
7. анамнеза
екстраорално изследване
интраорално изследване
8. рентгенография
изследване за полиметалия
изследване за алергия
Т-Скан изследване
изследване на говорната функция
9. слухов метод
фонография
сонография
динамична палатография

РАЗДЕЛ

ПРОТЕТИЧНА ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗЪБНАТА КОРОНКА И НА ЧАСТИЧНОТО ОБЕЗЗЪБЯВАНЕ С МОСТОВИ ПРОТЕЗИ

- 1. При ажустиране на коронка силиконовият тест се прави с:**
 - a) артикулационна хартия;
 - b) цинковокис-евгенолова паста;
 - c) силиконова паста
 - d) адхезивна паста;

- 2. Апроксималните контакти при ажустиране на единична коронка се проверяват с лента, която е дебела:**
 - a) 0,6 мм;
 - b) 0,1 мм
 - c) 0,025 мм;
 - d) 0,4 мм

- 3. Средствата, чрез които мостовата конструкция се фиксира към зъбите, се наричат:**
 - a) мостокрепители
 - b) фиксатори;
 - c) мостоносители;
 - d) лингвални плакети

- 4. Отношението на ръба на фабрична, временна коронка към маргиналният сулкус е:**
 - a) достига до дъното на сулкуса;
 - b) достига до *pars obliqua*;
 - c) не навлиза в сулкуса
 - d) достига до *pars verticalis*

- 5. Евгенолът не се предпочита при временни цименти, защото:**
- a) няма добра консистенция;
 - b) обезцветява;
 - c) неразтворим е
 - d) пластификатор е на акрилатите
- 6. Кога е правилно да се извърши окончателната полимеризация на акрилата за временни коронки?**
- a) извън устата с течаща вода;
 - b) извън устата с горещ въздух;
 - c) извън устата с гореща вода
 - d) извън устата след втвърдяване
- 7. При частичните обвивни коронки използването на стари кавитетни форми изисква:**
- a) повече от 2/3 обем;
 - b) неретенционни стени
 - c) дълбочина до 4 мм;
 - d) само при моларни зъби
- 8. При ажустирание на готовата частична коронка се използва:**
- a) пинлейни ретенции;
 - b) оклузални ретенции;
 - c) алгинатен тест
 - d) силиконов тест
- 9. Фабричната временна коронка има отношение към праговата пре-парационна граница като:**
- a) не я допира;
 - b) без да пречи на оклузията и артикулацията;
 - c) без да я преминава с периферни ръбове
 - d) без да пречи на съседните зъби

10. При препариране на зъба защитния дентинов слой над зъбната пулпа е:

- a) около 3,5 мм;
- b) не повече от 4 мм;
- c) не по-малък от 3 мм
- d) не по-малък от 1 мм

11. Белтъчните структури на дентина коагулират около:

- a) 37°;
- b) 40°;
- c) над 50°
- d) 45°;

12. При маргинално-ротативния кюретаж епитела се кюретира:

- a) епителното захващане;
- b) епитела в горните две трети
- c) цялото венечно джобче;
- d) епитела на *pars oblique*

13. При техниката с две ретракционни шнурчета, компресивното шнурче не се изважда при снемане на отпечатъка, а след:

- a) неговото коригиране
- b) отпечатък за временна коронка;
- c) отпечатък за силиконов тест;
- d) снемане на тънкото шнурче

14. Бимануелната техника за поставяне на ретракционно шнурче се препоръчва при:

- a) силно пролиферирала тъкан;
- b) дълбоко венечно джобче;
- c) добра видимост
- d) плитко венечно джобче

15. При едноетапен отпечатък за едновременното омрежване на силикона се изчаква до:

- a) 7 мин.;
- b) 3-5 мин.
- c) 5 мин.;
- d) 5-7 мин.

16. При еднофазовия отпечатък за коронка, върху подсушеното зъбно пълче и съседните зъби финия силикон се нанася:

- a) чрез лъжица с адхезив;
- b) чрез шпатула;
- c) чрез шприца под налягане
- d) предварително нанесен върху тестообразен силикон

17. Докога се притиска металната лъжица с тестообразен силикон при двуетапен метод за мостова протеза?

- a) до опиране на туберкулите на мостоносителите;
- b) до опиране ръба на лъжицата до френулума;
- c) до опиране на неизпилените зъби
- d) до опиране дъното на лъжицата до изпилените зъби

18. Когато контактният ъгъл между тяло и течност (капка) е по-малък от 90° (близък до 0°) толкова течността:

- a) не мокри твърдото тяло;
- b) твърдото тяло е хидрофобно;
- c) мокри добре твърдото тяло
- d) отпечатъчния материал е хидрофилен

19. При двучелюстен силиконов отпечатък (в захапка) изборът на лъжица задължително изисква:

- a) свободно притискане в централна оклузия
- b) свободно притискане в ръбцова оклузия;
- c) свободно притискане в централна артикулация;
- d) свободно притискане в централна позиция;

20. При неуспех на точно снемане на двуфазов отпечатък за коронка се предприема:

- a) ново дублиране;
- b) наново отпечатък
- c) наново ретракция;
- d) стандартната лъжица се облепва

21. Ограничителните бордове на стандартната лъжица трябва да отстоят на:

- a) около 2 мм;
- b) около 5 мм;
- c) без значение;
- d) равномерно от френулума

22. След силиконов тест как се коригира присъствието на по-дебел слой силикон в областта на шийката на зъба?

- a) при циментирането;
- b) прави се нов силиконов тест;
- c) при нов тест се притиска от антагонистите
- d) преработка на конструкцията

23. При кой вид препарация е възможно, при ажустиране на коронка и притискане, да се увреди маргиналният пародонт?

- a) при прагова препарация;
- b) при изпиляване безпрагово;
- c) при витален зъб;
- d) при липса на апроксимални антагонисти

24. При еднофазовия отпечатък за коронка, върху подсушеното зъбно пълно и съседните зъби финия силикон се нанася:

- a) чрез лъжица с адхезив;
- b) чрез шпатула;
- c) чрез шприца под налягане
- d) предварително нанесен върху тестообразен силикон

25. При препариране по Лустиг, за очертаване на препарационната граница служи:

- a) улеите с диаметър 1,3 мм;
- b) избелването на емайловото покритие;
- c) върхът на пилителя;
- d) предварителната маркировка

26. При кои от изброените методи изпиляването на едната половина от зъба служи за обективен контрол върху изпиляването на другата половина:

- a) метод на Маклийн
- b) метод на Макскорс
- c) метод на Лустиг
- d) метод на Jwanson

27. При ажустиране на частична протеза с артикулационна хартия, оценените зони по изкуствените зъби се изпиляват до постигане на:

- a) двустранно балансирани контакти;
- b) двустранно артикулационни контакти;
- c) двустранно компенсирани контакти;
- d) двустранно точковидни централни контакти

28. Фабричната временна коронка има отношение към праговата препарационна граница като:

- a) не я допира;
- b) без да пречи на оклузията и артикулацията;
- c) без да я преминава с периферни ръбове
- d) без да пречи на съседните зъби

29. При изследване и оценка на подвижността на мостоносителите различаваме 3 степени. Опишете ги:

30. Според постановката на Балабанов за функционално-механичното равновесие на пародонта се формулира правилото (опишете го):

- 31. Според постановката на Балабанов за функционално-механичното равновесие на пародонта с F, S и P означаваме:**
- 32. При отпечатък за мостова протеза за безпрепятственото повторно поставяне върху протезното поле, първоначалния (силиконов) отпечатък се обработва. Опишете как:**
- 33. Опишете изискванията към изкуствената коронка от профилактична гледна точка:**
- 34. Опишете (накратко) материалите за временни коронки:**
- 35. Опишете директния метод за временни коронки:**
- 36. Опишете индиректния метод за временни коронки:**
- 37. Опишете методиката на временни коронки по методиката на термовакуумното оформяне:**
- 38. Опишете преимуществата на праговата препарационна граница:**
- 39. Опишете накратко методиката Gigifoam за механично разширение на венечната бразда:**
- 40. Кои са изискванията за добре поставен ретракционен конец?**
- 41. Ретракционните шнурчета на Rosco се прилагат в следните размери: (Опишете ги)**
- 42. Защо адреналинът не се препоръчва като средство за ретракция?**
- 43. При мостови протези за съпоставяне на модели в централна оклузия се използват помощни средства. Посочете какви:**

- 44. Определяне на цвета на естетичната инкрустация за коронка се прави според следните изисквания:**
- 45. Какъв вид прагова препарация се прави при мостова протеза от металокерамика?**
- 46. Бимануелната техника за поставяне на ретракционно шнурче се препоръчва при:**
- 47. След силиконов тест как се коригира присъствието на по-дебел слой силикон в областта на шийката на зъба?**
- 48. Избройте (поне 3) временни противопоказания за протетично лечение на зъбната коронка:**
- 49. Избройте (поне 2) относително постоянни противопоказания за протетично лечение на зъбната коронка:**
- 50. Избройте (поне 2) качества и изисквания към изкуствената коронка от профилактична гледна точка:**
- 51. Избройте качества и изисквания към изкуствената коронка от функционална гледна точка:**
- 52. Избройте качества и изисквания към изкуствената коронка от естетична гледна точка:**
- 53. Класификацията на изкуствените коронки (Пеев) ги разделя на 2 главни групи:**
- 54. Според класификацията на изкуствените коронки (Пеев) временни коронки се разделят на:**

55. Според класификацията на изкуствените коронки (Пеев) постоянните коронки се разделят на:

56. При метода на Маклийн се използват (какви пилители). Какво се постига с тях?:

57. Съвременните отпечатъчни методи могат да се класифицират в следните основни групи:

58. Едночелюстните отпечатъчни методи са тези при които:

59. Двучелюстните отпечатъчни методи са тези при които:

60. В зависимост от това дали еднократно или неколkokратно отпечатъчният материал се внася в устата на пациента отпечатъците се разделят на:

61. Предимството на едноетапния метод се изразява в:

62. Недостатъците на едноетапния метод се дължат на:

63. Недостатъците на адхезивните крепители са:

ВЕРНИ ОТГОВОРИ - РАЗДЕЛ

ПРОТЕТИЧНА ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗЪБНАТА КОРОНКА И НА ЧАСТИЧНОТО ОБЕЗЗЪ- БЯВАНЕ С МОСТОВИ ПРОТЕЗИ

1. c
2. b
3. a
4. c
5. d
6. c
7. b
8. d
9. c
10. d
11. d
12. b
13. a
14. d
15. b
16. c
17. c
18. c
19. a
20. b
21. b
22. d
23. b
24. c
25. d
26. a
27. a
28. c

- 29.** I степен – подвижност във вестибулолингвална посока
 II степен – подвижност в медно-дистална посока
 III степен – вертикална подвижност
- 30.** Пародонтът на даден зъби е във функционално механично равновесие, когато съотношението между оклузална и пародонтална площ е константна величине $F_o/F_p=K$
- 31.** F - сила
 S – повърхност
 P – налягане
- 32.** изрязване на интерденталните подекваторни миниранни сектори, освобождават се пространства за изтичане на флуидния силикон
- 33.** предпазване от по нататъшни увреждания на зъбните тъкани
 предотвратяване на патологични процеси в пародонта
 възстановява оклузо-артикуляционни съотношения
- 34.** полиметил метакрилатови пластмаси
 фотополимери
 композити
- 35.** преди препариране се вземат едночелюстен силиконов отпечатък с тестообразен силикон;
 изрязване на интерденталните подекваторни миниранни участъци;
 след препариране се изолира зъбното пълче;
 напълва се отпечатъка с материал за временни коронки
- 36.** взема се отпечатък преди препариране;
 отливат се два отпечатъка;
 върху единия зъботехника изпилява зъбите до зъбни пълчета;
 изработва се временната коронка от полиметил метакрилатна пластмаса; почистване и полиране на временната коронка

37. отпечатък преди изпиляването на зъбите;
отливане на гипсов модел;
оформяне на фолио с вакумапарат;
изриване на фолиото до зъбната шийка;
38. добро разположение на коронковия ръб;
облекчава се вземането на отпечатък;
достатъчно пространство за естетична инкрустация;
не се уврежда пародонта;
коронката не потъва във венечния сулкус
39. механичен метод;
използва се еластомер, който при полимеризация отделя голямо количество водород, който предизвиква четирикратно увеличение на изходния обем;
механично разширение на сулкуса
40. трябва да се вижда оклузално;
да изпълва добре венечната бразда;
бързо абсорбиране
41. изключително финни; финни; средни; дебели
42. свръхчувствителност; учестен пулс; повишено кръвно налягане
43. оклузални шаблони;
силиконов ключ;
оклузално се шприцова материал
44. на дневна светлина;
с фирмени разцветки;
индивидуални особености
45. околоръстна прагова препарация
46. плитко венечно джобче

- 47.** преработка на конструкцията
- 48.** остри инфекции
тежки общи състояния
остри или хронични заболявания на лигавицата и пародонта
незавършено ендодонско лечение
- 49.** използване на алопластични obtуровъчни материали или микропротези
млечни зъби при деца
при зъби с увреден пародонт до степен, че подлежат на екстракция
- 50.** да осигурява оптимално предпазване на ТЗП от по-нататъшно увреждане.
да не дразни, травматизира или уврежда тъканите в устната кухина.
да се осигури трайно и стабилно свързване на изкуствената коронка с подлежащите естествени ТЗТ или изкуствените възстановителни или obtуровъчни материали.
- 51.** да възстановява оптимално формата, големината и разположението на естествената зъбна коронка.
да възстановява оклузо-артикуляционното равновесие на дъвкателния апарат в оптималните размери на генетичната норма.
- 52.** да възстановява оптимално формата, големината, разположението и цвета на естествения зъб, при отчитане на индивидуалните особености на пациента.
- 53.** временни коронки
постоянни коронки
- 54.** цели обвивни
цели щифтови
- 55.** частични обвивни
цели щифтови

- 56.** конични диамантени пилители със сферично заострени върхове. чрез заложения в тях конусен ъгъл от 4-7 градуса , автоматично се постига и съответния наклон на изпиляване на зъбното пълче, като пилителят се държи успоредно на аксиалната зъбна ос.
- 57.** едночелюстни
двучелюстни
- 58.** отпечатъците се вземат в положение на отворена уста, поотделно за всяка челюст или зъбна редица.
- 59.** отпечатъците се вземат в положение на затворена уста, едновременно за двете челюсти или зъбни редици най-често в съотношение на централна оклузия.
- 60.** едноетапни (еднофазови).
двуетапни (двуфазови).
многоетапни (многофазови).
- 61.** предотвратяване на възможността за еластични деформации в използваните силоконови материали.
- 62.** голяма трудоемкост при едновременно размесване на двата материала.
голяма разлика в консистенцията и вискозитета на материалите.
- 63.** незадоволителна конструкционна устойчивост.
слаба адхезивна и механична връзка между естествените и изкуствени обекти.
неестетичност.
нарушаване на естествения оклузален релеф.
невъзможност за редукция на крепителите.

РАЗДЕЛ

ПРОТЕТИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОКЛУЗАЛНОТО ЗЪБНО ИЗТРИВАНЕ

- 1. Клиничният протокол на лечението на оклузалното зъбно изтриване включва определяне и измерване на площта на оклузалните контакти с индикаторна милиметрова лента в централна оклузия при:**
 - a) Attritio dentis
 - b) Attritio dentis cum abrasion
 - c) Abrasio dentis

- 2. Клиничният протокол на лечението на оклузалното зъбно изтриване включва лабораторно изработване, клинично ажустирание и на-артикулиране на назъбна капа (шина) при:**
 - a) Attritio dentis
 - b) Attritio dentis cum abrasion
 - c) Abrasio dentis

- 3. Клиничният протокол на лечението на оклузалното зъбно изтриване включва: снемане на отпечатъци от горна и долна зъбни редици, с цели лъжици, при отворена уста, с алгинатна отпечатъчна маса при:**
 - a) Attritio dentis
 - b) Attritio dentis cum abrasion
 - c) Abrasio dentis

ВЕРНИ ОТГОВОРИ - РАЗДЕЛ

ПРОТЕТИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

НА ОКЛУЗАЛНОТО ЗЪБНО ИЗТРИВАНЕ

1. a
2. b,c
3. a,b,c

РАЗДЕЛ

ПРОТЕТИЧНА ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЧАСТИЧНОТО ОБЕЗЗЪБЯВАНЕ С ЧАСТИЧНИ ПРОТЕЗИ

1. **Дъвкателното налягане при частична протеза с пелоти се предава:**
 - a) по физиологичен път;
 - b) по парафизиологичен път;
 - c) по смесен път;
 - d) чрез туберни пелоти

2. **При траверсата с яйцевидно сечение се осигурява вертикална трансляция 1-1.3 мм при:**
 - a) потъващ ездач;
 - b) сменяем ездач;
 - c) около 5°;
 - d) около трансверзалния бюгел

3. **При имедиатна мостова протеза, централна оклузия се фиксира:**
 - a) в първи клиничен етап;
 - b) втори клиничен етап;
 - c) без значение;
 - d) непосредствено преди екстракцията

4. **Позитивните части на т.н. „фрез елементи“, които са съставна част на моделно летити протези при „комбинирано протезиране“ на латински език се означават като:**
 - a) inter lock
 - b) over lock
 - c) inter lot и over lot
 - d) inter lockt и over lot
 - e) inter lot и over lock

- 5. Негативните части на т.н. „фрез елементи”, които са съставна част на моделно летите протези при „комбинирано протезиране” на латински език се означават като:**
- a) inter lock, over lock
 - b) inter lot, over lock
 - c) inter lock, over lot
 - d) inter lot, over lock
- 6. Второстепенни функции на т.н. „фрез елементи”, които са съставна част на моделно летите протези при „комбинирано протезиране” в зависимост от конструкцията им могат да бъдат:**
- a) опора и блокаж
 - b) блокаж
 - c) опора и ретенция
 - d) опора и блокаж.
- 7. Второстепенни функции на т.н. „фрез елементи”, които са съставна част на моделно летите протези при „комбинирано протезиране” в зависимост от конструкцията им могат да бъдат:**
- a) ретенция и блокаж
 - b) опора и ретенция
 - c) опора и блокаж
 - d) ретенция
- 8. Основната функция на т.н. „фрез елементи”, които са съставна част на моделно летите протези при „комбинирано протезиране” е:**
- a) опора
 - b) ретенция
 - c) блокаж
 - d) разпределяне на дъвкателното налягане

- 9. Т.н. „фрез елементи”, които са съставна част на моделно летити протези при „комбинирано протезиране” в зависимост от конструкцията им могат да бъдат разположени :**
- a) само вестибуларно на неподвижната конструкция
 - b) вестибуларно и между някои от елементите на неподвижната конструкция
 - c) вестибуларно и лингвално на неподвижната конструкция
 - d) лингвално и между някои от елементите на неподвижната конструкция
 - e) няма верен отговор

10.Негативната част на т.н. „ фрез елементи”, които са съставна част на моделно летите протези при „комбинирано протезиране” на латински език се означават като:

ВЕРНИ ОТГОВОРИ - РАЗДЕЛ

ПРОТЕТИЧНА ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЧАСТИЧНОТО ОБЕЗЗЪБЯВАНЕ С ЧАСТИЧНИ ПРОТЕЗИ

1. b
2. a
3. a
4. c
5. a
6. c
7. b
8. c
9. d
10. тази част от фрез елемента, която се разполага между зъбите - inter lock
тази част от фрез елемента, която се разполага около зъбите - over lock

РАЗДЕЛ

ТРАВМА ОТ ОКЛУЗИЯ, ПАРАФУНКЦИИ, ОКЛУЗАЛНИ КОНТАКТИ, ПРЕЖДЕВРЕМЕНЕН КОНТАКТ И ОКЛУЗО-АРТИКУЛАЦИОНЕН БЛОКАЖ

1. Травмата от оклузия може да засегне:

- a) твърдите зъбни тъкани
- b) пародонта
- c) долната челюст
- d) горната челюст

2. Травмата от оклузия може да засегне:

- a) дъвкателните мускули
- b) челюстните стави
- c) горната челюст
- d) долната челюст

3. Травмата от оклузия може да засегне:

- a) дъвкателните мускули
- b) челюстните стави
- c) горната челюст
- d) пародонта

4. Травмата от оклузия е първична когато:

- a) действа върху здрави структури:
- b) действа върху увреден пародонт
- c) действа върху здрави зъбни тъкани
- d) действа върху увредени структури

5. Травмата от оклузия е вторична когато:

- a) действа върху увреден пародонт
- b) действа върху здрави зъбни тъкани
- c) действа върху увредени структури
- d) действа върху здрав пародонт

6. Бруксоманията е

- a) парафункционална реакция на стискане на зъбите в статично положение с движение на долната челюст в трансверзална посока
- b) парафункционална реакция на стискане на зъбите в статично положение, без движение на долната челюст.
- c) парафункционална реакция на скърцане на зъбите, която се получава при хоризонтални движения на долната челюст, под действието на силно напрегнати дъвкателни мускули.
- d) парафункционална реакция на стискане на зъбите в статично положение с последващо движение на долната челюст в сагитална посока.

7. Бруксизмът е

- a) парафункционална реакция на скърцане на зъбите, която се получава при хоризонтални движения на долната челюст, под действието на силно напрегнати дъвкателни мускули.
- b) парафункционална реакция на стискане на зъбите в статично положение, без движение на долната челюст
- c) парафункционална реакция на стискане на зъбите в статично положение, с последващо отваряне на долната челюст
- d) парафункционална реакция на стискане на зъбите в статично положение, с последващо отваряне и придвижване на долната челюст в сагитална посока

8. Местни етиологичните фактори за бруксизмът и бруксоманията са:

- a) преждевременен контакт
- b) оклузо-артикуляционен блокаж
- c) повишена височина на оклузията след протезиране
- d) стрес
- e) вредни навици-смучене или захапване на пръст или устна.
- f) при дразнене и болка при поразени вътрешни органи от паразити (глисти, тетанус)

9. Общи етиологичните фактори с кортико-висцерален характер за бруксизмът и бруксоманията са:

- a) ортодонтска аномалия
- b) феномен на Годон.
- c) умствена или физическа преумора
- d) вредни навици-смучене или захапване на пръст или устна.
- e) при дразнене и болка при поразени вътрешни органи от паразити (глисти, тетанус).

10. Общи етиологичните фактори с висцеро-висцерален характер за бруксизмът и бруксоманията са:

- a) оклузо-артикуляционен блокаж
- b) ортодонтска аномалия
- c) стрес
- d) умствена или физическа преумора
- e) при дразнене и болка при поразени вътрешни органи от паразити (глисти, тетанус).

11. Лечението на бруксизма и бруксоманията може да се извърши с:

- a) тотални протези
- b) назъбна шина
- c) затваряне на носа (Попов 1973)
- d) частични плакови протези

12. Лечението на бруксизма и бруксоманията може да се извърши с:

- a) затваряне на носа (Попов 1973)
- b) вестибуларни ограничители (Попов, Филчев 1979)
- c) мостови протезни конструкции
- d) частични плакови протези по Кемени

13.Силните оклузални контакти в интактно съзъбие с ортогнатна захпка в централна оклузия са в:

- a) 90% от случаите е на най-задната двойка зъби-антагонисти
- b) 60% от случаите е на най-задната двойка зъби-антагонисти
- c) 90% от случаите са в областта на фронталните зъби
- d) 90% от случаите са в областта на вторите премолари (при съзъбие с 32 зъба)
- e) 90% от случаите са в областта на мъдреците (при съзъбие с 32 зъба)

14.Според формулирания от Филчев „феномен на доминиране на най-силните контакти в централна оклузия” при интактно съзъбие от 20 зъба (без молари) най-силните контакти се регистрират:

- a) в областта на първите малки кътници
- b) в областта на вторите малки кътници
- c) в областта на първите и вторите малки кътници
- d) в областта на фронталните зъби

15.Според формулирания от Филчев „феномен на доминиране на най-силните контакти в централна оклузия” при интактно съзъбие от 28 зъба (без мъдречи) най-силните контакти се регистрират:

- a) в областта на първите големи кътници
- b) в областта на вторите големи кътници
- c) в областта на първите и вторите големи кътници
- d) в областта на фронталните зъби

16.Според формулирания от Филчев „феномен на доминиране на най-силните контакти в централна оклузия” при интактно съзъбие от 24 зъба (без втори молари и мъдречи) най-силните контакти се регистрират :

- a) в областта на първите малки кътници
- b) в областта на вторите малки кътници
- c) в областта на първите и вторите малки кътници
- d) в областта на фронталните зъби
- e) в областта на първите молари.

17. Според формулирания от Филчев „феномен на доминиране на най-силните контакти в централна оклузия“ при интактно съзъбие от 32 зъба най-силните контакти се регистрират :

- a) в областта на първите големи молари
- b) в областта на вторите големи молари.
- c) в областта на третите големи молари
- d) в областта на фронталните зъби

18. При палпационния тест на Reichborn-Kjennerud (1954) за изследване за наличие на оклузален травматизъм

- a) лекуващият следи с пръст за тактилно изместване при затваряне в централна оклузия
- b) показалеца на лекуващия се поставя върху гингивата и зъба едновременно. При удряне или триене на зъбите се чувства вибриране на зъба с преждевременен контакт или артикулационен блокаж
- c) изследваният зъб се притиска с постоянна сила в лингвална посока за около 20-30 секунди и се следи за преждевременен контакт в момента, когато се допре в централна оклузия

19. При тест за вибриране на Arnold и Frumker за изследване за наличие на оклузален травматизъм

- a) лекуващият следи с пръст за тактилно изместване при затваряне в централна оклузия
- b) показалеца на лекуващия се поставя върху гингивата и зъба едновременно. При удряне или триене на зъбите се чувства вибриране на зъба с преждевременен контакт или артикулационен блокаж
- c) изследваният зъб се притиска с постоянна сила в лингвална посока за около 20-30 секунди и се следи за преждевременен контакт в момента когато се допре в централна оклузия

20. При пресиращия тест на Reichborn-Kjennerud (1958) за изследване за наличие на оклузален травматизъм

- d) лекуващият следи с пръст за тактилно изместване при затваряне в централна оклузия
- e) показалеца на лекуващия се поставя върху гингивата и зъба едновременно. При удряне или триене на зъбите се чувства вибриране на зъба с преждевременен контакт или артикулационен блокаж
- f) изследваният зъб се притиска с постоянна сила в лингвална посока за около 20-30 секунди и се следи за преждевременен контакт в момента когато се допре в централна оклузия

21. Травмата от оклузия може да засегне:

22. Избройте структурите, които образуват функционално-тъканния комплекс, наречен пародонт:

23. Парафункцията е:

24. Травмата от оклузия е първична когато:

25. Травмата от оклузия е вторична когато:

26. Бруксоманията е:

27. Бруксизмът е:

28. Избройте местните етиологичните фактори за бруксизма и бруксоманията:

29. Избройте общите кортико-висцерални етиологичните фактори за бруксизма и бруксоманията:

30. Избройте общите висцеро-висцерални етиологичните фактори за бруксизма и бруксоманията:

31. Лечението на бруксизма и бруксоманията може да се извърши с:

- 32.Силните оклузални контакти в интактно съзъбие с ортогнатна захпка в централна оклузия са в:**
- 33.Според формулирания от Филчев „феномен на доминиране на най-силните контакти в централна оклузия” при интактно съзъбие от 20 зъба (без молари) най-силните контакти се регистрират:**
- 34.Според формулирания от Филчев „феномен на доминиране на най-силните контакти в централна оклузия” при интактно съзъбие от 28 зъба (без мъдречи) най-силните контакти се регистрират:**
- 35.Според формулирания от Филчев „ феномен на доминиране на най-силните контакти в централна оклузия” при интактно съзъбие от 24 зъба (без втори молари и мъдречи) най-силните контакти се регистрират:**
- 36.Според формулирания от Филчев „феномен на доминиране на най-силните контакти в централна оклузия” при интактно съзъбие от 32 зъба най-силните контакти се регистрират:**
- 37.При палпационния тест на Reichborn-Kjennerud (1954) за изследване за наличие на оклузален травматизъм**
- 38.При тест за вибриране на Arnold и Frumker за изследване за наличие на оклузален травматизъм**
- 39.При пресиращия тест на Reichborn-Kjennerud (1958) за изследване за наличие на оклузален травматизъм**
- 40.Регистрирането на оклузалните контакти в устата на пациента може да се извърши чрез:**

ВЕРНИ ОТГОВОРИ - РАЗДЕЛ

ТРАВМА ОТ ОКЛУЗИЯ, ПАРАФУНКЦИИ, ОКЛУЗАЛНИ КОНТАКТИ, ПРЕЖДЕВРЕМЕНЕН КОНТАКТ И ОКЛУЗО-АРТИКУЛАЦИОНЕН БЛОКАЖ

1. a,b
2. a,b
3. a,b,d
4. a,c
5. a,c
6. b
7. a
8. a,b,c
9. c,d
10. e
11. b,c
12. a,b
13. a,e
14. b
15. b
16. e
17. c
18. a
19. b
20. c

21. твърдите зъбни тъкани, пародонта, дъвкателните мускули, челюстните стави
22. алвеоларна кост, периодонциум, цимента на зъба, маргиналният венеч, нервни окончания, кръвоносни и лимфни съдове, зъб

23. нервно-рефлекторна двигателна реакция на лицево-челюстните мускули, която се характеризира с продължително редуващо се движение, което не е свързано с дъвкателна или говорна функция
24. действа върху здрави структури:
25. действа върху увредени структури
26. парафункционална реакция на стискане на зъбите в статично положение, без движение на долната челюст
27. парафункционална реакция на скърцане на зъбите, която се получава при хоризонтални движения на долната челюст, под действието на силно напрегнати дъвкателни мускули.
28. преждевременен контакт, оклузо-артикуляционен блокаж, ортодон-тска аномалия, повишена височина на оклузията след протезиране, феномен на Годон.
29. стрес, умствена или физическа преумора, вредни навици-смучене или захапване на пръст или устна.
30. при дразнене и болка при поразени вътрешни органи от паразити (глисти, тетанус).
31. назъбна шина
затваряне на носа (Попов 1973)
вестибуларни ограничители (Попов, Филчев 1979)
32. 90% от случаите е на най-задната двойка зъби-антагонисти
33. в областта на вторите малки кътници
34. в областта на вторите големи кътници
35. в областта на първите молари.

- 36.** в областта на третите големи молари
- 37.** лекуващия следи с пръст за тактилно изместване при затваряне в централна оклузия
- 38.** показалеца на лекуващия се поставя върху гингивата и зъба едновременно. При удряне или триене на зъбите се чувства вибриране на зъба с преждевременен контакт или артикулационен блокаж
- 39.** изследвания зъб се притиска с постоянна сила в лингвална посока за около 20-30 секунди и се следи за преждевременен контакт в момента когато се допре в централна оклузия
- 40.** директно - с артикулационна хартия
индиректно –
профилна восъчна плака (Jankelson)
индикаторна милиметрова хартия (Пеев)
еластични отпечатъчни материали - алгинат (Posselt), силикон база и крем (Филчев)

РАЗДЕЛ

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
НА ЦЯЛОСТНО ОБЕЕЗЪБЯВАНЕ –
ADENTIA TOTALIS

- 1. При протетичното лечение с тотални протези механичните методи за определяне на централната позиция на долната челюст се характеризират с използването на сила за преодоляване съпротивлението на:**
 - a) M. Mylohyoideus.
 - b) M. Temporalis.
 - c) M. pterygoideus medialis.
 - d) M. pterygoideus lateralis.

- 2. При нареждането на зъбите по методиката за изработване на тотални протези по Гербер сагиталната компенсационна крива се изразява чрез нареждането на:**
 - a) долните премолари и молари
 - b) горните зъби
 - c) горните, а след това долните зъби
 - d) фронта

- 3. При антропоментричния метод на Колман за височина на челюстна релация се търси равенство между разстоянието от бипупилната линия до rima oris с разстоянието между точките:**
 - a) Subnasale и Gnation
 - b) Stomion и Glabella
 - c) Subnasale и Glabella
 - d) Glabella и rimaoris

4. При двигателния тест с долна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно с показалците върху бутоните и пациентът се опитва да повдигне лъжицата нагоре, чрез интензивни движения на долната устна силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформя:

- e) вестибуларно и лингвално в trigonum и tuberculum retromolare mucosum
- f) от лигавицата и frenulum labii inferioris в областта на долната устна
- g) вестибуларно в областта където са били малките и големите кътници
- h) от пода на устната кухина

5. При двигателния тест с долна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно и пациентът засмуква силно пръста няколко пъти, силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформя:

- a) вестибуларно и лингвално в trigonum и tuberculum retromolare mucosum
- b) от лигавицата и frenulum labii inferioris в областта на долната устна
- c) вестибуларно в областта където са били малките и големите кътници
- d) от пода на устната кухина

6. При двигателния тест с долна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно с показалците върху бутоните и пациентът отваря максимално долната челюст и преглъща, като я затваря последователно няколко пъти, силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформя:

- a) вестибуларно и лингвално в trigonum и tuberculum retromolare mucosum
- b) от лигавицата и frenulum labii inferioris в областта на долната устна
- c) вестибуларно в областта където са били малките и големите кътници
- d) от пода на устната кухина

- 7. При двигателния тест с долна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно с показалците върху бутоните и пациентът движи езика наляво и надясно, а след това го повдига го обръща нагоре и назад, силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформят:**
- a) вестибуларно и лингвално в trigonum и tuberculum retromolare mucosum
 - b) от лигавицата и frenulum labii inferioris в областта на долната устна
 - c) вестибуларно в областта където са били малките и големите кътници
 - d) от пода на устната кухина
- 8. При двигателния тест с горна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира с показалец палатинално и пациентът се опитва да събори лъжицата, чрез интензивни движения на горната устна, силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформят:**
- a) в областта на горната устна
 - b) вестибуларно в областта където са били малките и големите кътници
 - c) в паратуберните пространства вляво и вдясно, и в зоната на „А” линията
 - d) от лигавицата и frenulum labii inferioris в областта на долната устна
- 9. При двигателния тест с горна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира с показалец палатинално и пациентът засмуква силно пръста, силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформят:**
- a) в областта на горната устна
 - b) вестибуларно в областта където са били малките и големите кътници
 - c) в паратуберните пространства вляво и вдясно, и в зоната на „А” линията
 - d) вестибуларно и лингвално в trigonum и tuberculum retromolare mucosum

10. При двигателния тест с горна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно около местата на вторите малки кътници и пациентът отваря максимално долната челюст и преглъща, последователно няколко пъти силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформят:

- a) в областта на горната устна
- b) вестибуларно в областта където са били малките и големите кътници
- c) в паратуберните пространства вляво и вдясно, и в зоната на „А” линията
- d) от пода на устната кухина

11. Двигателни тестове при затворена уста (по Попов) се прилагат, когато окончателният отпечатък се взема в етапите:

- a) определяне на челюстна релация с оклузални шаблони от самополимеризираща пластмаса и восъчни валове
- b) контролен преглед след лечение с цели протези
- c) предварителен отпечатък от беззъби челюсти
- d) отпечатък с индивидуална лъжица при отворена уста на пациента.

12. Двигателни тестове при затворена уста (по Попов), се прилагат, когато окончателният отпечатък се взема в етапите:

- a) проба с наредени зъби върху плака от самополимеризираща пластмаса
- b) предварителен отпечатък от беззъби челюсти
- c) контролен преглед след лечение с цели протези
- d) отпечатък с индивидуална лъжица при отворена уста на пациента.

13. Двигателни тестове при затворена уста (по Попов), се прилагат, когато окончателният отпечатък се взема в етапите:

- a) ажустирание на целите протези
- b) предварителен отпечатък от беззъби челюсти
- c) контролен преглед след лечение с цели протези
- d) отпечатък с индивидуална лъжица при отворена уста на пациента.

14. Нивото на горния восъчен вал при беззъби челюсти е успоредно на камперовата равнина:

- a) в анфас
- b) в профил само вляво
- c) в профил вляво и дясно
- d) в анфас, вляво и дясно

15. При проверка на оклузионната равнина на горния восъчен вал при беззъби челюсти с линията на Бекер се определя:

- a) едновременно успоредността на оклузалната равнина с бипупилната и Камперовата равнина
- b) успоредността само с бипупилната линия
- c) успоредността само с Камперовата равнина
- d) няма верен отговор

16. Двигателни тестове при затворена уста (по Попов) се прилагат, когато окончателният отпечатък се взема в етапите:

- a) определяне на челюстна релация с оклузални шаблони от самополимеризираща пластмаса и восъчни валове
- b) проба с наредени зъби върху плака от самополимеризираща пластмаса
- c) ажустиране на целите протези
- d) предварителен отпечатък от беззъби челюсти

17. При двигателния тест с горна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подpira с показалец палатинално и пациентът се опитва да събори лъжицата, чрез интензивни движения на горната устна, силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформят:

18. При двигателния тест с горна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подpira с показалец палатинално и пациентът засмуква силно пръста, силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформят:

- 19. При двигателния тест с горна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно около местата на вторите малки кътници и пациентът отваря максимално долната челюст и преглъща, последователно няколко пъти силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформят:**
- 20. При двигателния тест с горна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира с показалец палатинално и силиконът или восъкът по ръба на лъжицата трябва да се оформят в областта на горната устна пациентът:**
- 21. При двигателния тест с горна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира с показалец палатинално и силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформят трябва да се оформят вестибуларно в областта където са били малките и големите кътници пациентът:**
- 22. При двигателния тест с горна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно около местата на вторите малки кътници и силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформят трябва да се оформят в паратуберните пространства вляво и вдясно, и в зоната на „А” линията пациентът:**
- 23. При двигателния тест с долна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно с показалците върху бутоните и пациентът се опитва да повдигне лъжицата нагоре, чрез интензивни движения на долната устна силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформя:**
- 24. При двигателния тест с долна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно с показалците върху бутоните и пациентът засмуква силно пръста няколко пъти, силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформя:**

- 25. При двигателния тест с долна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно с показалците върху бутоните и пациентът отваря максимално долната челюст и преглъща, като я затваря последователно няколко пъти, силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформя:**
- 26. При двигателния тест с долна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно с показалците върху бутоните и пациентът движи езика наляво и надясно, а след това го повдига го обръща нагоре и назад, силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформят:**
- 27. При двигателния тест с долна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно с показалците върху бутоните и силиконът или восъкът по ръба на лъжицата трябва да се оформи от лигавицата и *frenulum labii inferioris* в областта на долната устна пациентът се опитва**
- 28. При двигателния тест с долна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно с показалците върху бутоните и силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се трябва да се оформи вестибуларно в областта където са били малките и големите кътници пациентът:**
- 29. При двигателния тест с долна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно с показалците върху бутоните и силиконът или восъкът по ръба на лъжицата се оформя вестибуларно и лингвално в *trigonum* и *tuberculum retromolare mucosum* пациентът:**
- 30. При двигателния тест с долна индивидуална лъжица (по Хербст и Боянов), когато индивидуалната лъжица се подпира двустранно с показалците върху бутоните и силиконът или восъкът по ръба на лъжицата трябва да се оформи от пода на устната кухина пациентът:**

- 31. Нивото на горния восъчен вал при беззъби челюсти е успоредно на камперовата равнина:**
- 32. При проверка на оклузионната равнина на горния восъчен вал при беззъби челюсти с линията на Бекер се определя:**
- 33. При нареждането на зъбите по методиката за изработване на тотални протези по Гизи сагиталната компенсационна крива се изразява чрез нареждането на:**
- 34. Избройте мускулите затварящи долната челюст:**
- 35. При протетичното лечение с тотални протези лигавицата около "А" представлява ивица със средна ширина:**
- 36. При антропологичния метод на Боянов (1968) височината на горната устна не се променя след обеззъбяване и се измерва:**
- a) с линейка на Бекер;
 - b) със специален пергел;
 - c) на фотоснимка;
 - d) в профил на пациента
- 37. При протетичното лечение с тотални протези лигавицата около "А" представлява ивица със средна ширина:**
- a) 3 мм.
 - b) 8 мм
 - c) 9 мм.
 - d) 6 мм
- 38. При антропоментричния метод на Колман за височина на челюстна релация се търси равенство между разстоянието от бипупилната линия до *rima oris* с разстоянието между точките:**
- 39. Двигателни тестове при затворена уста (по Попов) се прилагат, когато окончателният отпечатък се взема в етапите:**

ВЕРНИ ОТГОВОРИ - РАЗДЕЛ

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
НА ЦЯЛОСТНО ОБЕЕЗЪБЯВАНЕ –
ADENTIA TOTALIS

1. d
2. a
3. a
4. b
5. c
6. a
7. d
8. a
9. b
10. c
11. a
12. a
13. a
14. c
15. a
16. a, b, c
17. в областта на горната устна
18. вестибуларно в областта където са били малките и големите кътници
19. в паратуберните пространства вляво и вдясно, и в зоната на „А” линията
20. се опитва да събори лъжицата, чрез интензивни движения на горната устна
21. засмуква силно пръста на стоматолога

22. отваря максимално долната челюст и преглъща, последователно няколко пъти
23. от лигавицата и frenulum labii inferioris в областта на долната устна
24. вестибуларно в областта където са били малките и големите кътници
25. вестибуларно и лингвално в trigonum и tuberculum retromolare mucosum
26. от пода на устната кухина
27. да повдигне лъжицата нагоре, чрез интензивни движения на долната устна
28. засмуква силно пръста на стоматолога няколко пъти
29. отваря максимално долната челюст и преглъща, като я затваря последователно няколко пъти
30. движи езика наляво и надясно, а след това го повдига го обръща нагоре и назад
31. в профил вляво и дясно
32. едновременно успоредността на оклузалната равнина с бипупилната и Камперовата равнина
33. горните, а след това долните зъби
34. Masseter, temporalis, pterygoideus medialis.
35. 6 мм.
36. на фотоснимка

37. d

38. Subnasale и Gnation

39. определяне на челюстна релация с оклузални шаблони от самополимеризираща пластмаса и восъчни валове
проба с наредени зъби върху плака от самополимеризираща пластмаса

РАЗДЕЛ

ЗЪБОПРОТЕЗИРАНЕ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

- 1. В зависимост от времето и вида на съзъбието, в развитието на дъвкателния апарат, могат да се обособят 5 периода (по Боянов, 1968) – избройте ги:**
- 2. Допълнителните изисквания към протезните конструкции при зъбопротезиране в детска възраст са:**
- 3. Особености на временните зъби, които трябва да се имат предвид при зъбопротезиране в детска възраст са:**
- 4. Избройте няколко предимствата на лечението с частични протези пред мостови такива при зъбопротезирането в детска възраст:**

ВЕРНИ ОТГОВОРИ - РАЗДЕЛ

ЗЪБОПРОТЕЗИРАНЕ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

1.

- първи период - формиране на временно съзъбие от раждането до 3 годишна възраст
- втори период - на временно съзъбие (3 – 6 год.)
- трети период - на смесено съзъбие (6 – 12 год.)
- четвърти период – на формиране на постоянното съзъбие (12 – 18 год.)
- пети период – след 18 година

2.

- безопасност
- опростена конструкция
- да осигуряван пробива на зъбите
- кратко времеползване
- да се съчетае с ортодонтски апарат

3.

- изградени са от по-малко количество твърди зъбни тъкани
- притежават пропорционално по-голяма пулпна камера, спрямо околоръстните твърди зъбни тъкани, в сравнение с постоянните зъби.
- околожъбните тъкани са нежни, чувствителни и лесно се травмират.
- срокът за престой на изкуствената коронка, с която се възстановява увредената временна зъбна коронка е до смяната на временния с постоянния зъб.

4.

- лечението е безболезнено, не е свързано с изпиляване на зъби и други манипулации свързани с болка
- частичната протеза може да се съчетае с ортодонтски апарат
- начина на предаване на дъвкателното налягане стимулира растежа на зъб със закъснял пробив или на ретиниран зъб.
- растежът и развитието на алвеоларната кост, пробивът и подреждането на зъбите в зъбната редица се осигурява с включен в частичната протеза разширителен винт.

РАЗДЕЛ

ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНА ОРТОПЕДИЯ

- 1. По своя произход лицево-челюстните увреждания се делят на:**
 - a) наследствени, вродени , придобити.
 - b) травматични, възпалителни, вродени
 - c) наследствени, вродени, травматични
 - d) възпалителни, вродени, придобити

- 2. Челюстно-лицевите апарати се разделят според начина на закрепване:**
 - a) сменяеми и несменяеми
 - b) едночелюстни и двучелюстни
 - c) вътрешноустни, външноустни, вътрешноустни-външноустни, комбинирани
 - d) основни и спомагателни
 - e) хоризонтално и вертикално действащи

- 3. Челюстно-лицевите апарати се разделят според мястото на закрепване:**
 - a) едночелюстни и двучелюстни
 - b) сменяеми и несменяеми
 - c) вътрешноустни, външноустни, вътрешноустни-външноустни, комбинирани
 - d) основни и спомагателни
 - e) хоризонтално и вертикално действащи

- 4. Шините използвани в челюстно-лицевото протезиране се разделят според съотношението им към устната кухина:**
 - a) вътрешноустни, външноустни, вътрешно-външноустни, комбинирани
 - b) сменяеми и несменяеми
 - c) едночелюстни и двучелюстни
 - d) основни и спомагателни
 - e) хоризонтално и вертикално действащи

5. Челюстно-лицевите апарати се разделят според лечебната им важност на:

- a) основни и спомагателни
- b) сменяеми и несменяеми
- c) едночелюстни и двучелюстни
- d) вътрешноустни, външноустни, вътрешноустни-външноустни, комбинирани
- e) хоризонтално и вертикално действащи

6. Челюстно-лицевите апарати се разделят според посоката на действие на:

- a) хоризонтално и вертикално действащи
- b) сменяеми и несменяеми
- c) едночелюстни и двучелюстни
- d) вътрешноустни, външноустни, вътрешноустни-външноустни, комбинирани
- e) основни и спомагателни

7. Шините при различни видове лицево-челюстни фрактури са:

- a) приспособления за фиксиране на струпени костни фрагменти
- b) устройства или съвкупност от приспособления за механични въздействия при лицево-челюстни увреждания независимо от техния произход.
- c) апарати за преграждане на комуникацията между устната и носната кухина.
- d) апарати, които заместват резецирана част или цялата горна или долна челюсти.
- e) конструкции, които заместват отстранени поради различни причини части от лицето.

8. Формиращите апарати използвани лицево-челюстната ортопедия представляват:

- a) устройства или съвкупност от приспособления за механични въздействия при лицево-челюстни увреждания независимо от техния произход.
- b) приспособления за фиксиране на счупени костни фрагменти
- c) за преграждане на комуникацията между устната и носната кухина.
- d) апарати, които заместват резецирана част или цялата горна или долна челюсти.
- e) конструкции, които заместват отстранени поради различни причини части от лицето.

9. Обтураторите използвани в лицево-челюстната ортопедия служат:

- a) за преграждане на комуникацията между устната и носната кухина.
- b) за фиксиране на счупени костни фрагменти
- c) за механични въздействия при лицево-челюстни увреждания независимо от техния произход.
- d) за преграждане на комуникацията между устната и носната кухина.
- e) за заместване на резецирана част или цялата горна или долна челюст.
- f) за заместване на отстранени поради различни причини части от лицето.

10. При „каповия апарат”, който се използва в лицево-челюстното протезиране се използва механичната сила на:

- a) еластичното теглене на каучука
- b) сила на винтовата резба
- c) пружинираща сила на стоманени телове
- d) принципа на наклонената плоскост
- e) няма верен отговор

11. При апарата на Грозовски, който се използва в лицево-челюстното протезиране се използва механичната сила на:

- a) еластичното теглене на каучука
- b) сила на винтовата резба
- c) пружинираща сила на стоманени телове
- d) няма верен отговор
- e) принципа на наклонената плоскост

12. При апарата на „Ванкевич”, който се използва в лицево-челюстното протезиране се използва механичната сила на:

- a) еластичното теглене на каучука
- b) сила на винтовата резба
- c) пружинираща сила на стоманени телове
- d) няма верен отговор

13. При „Апарата на Гунинг-Порт”, който се използва в лицево-челюстното протезиране се използва механичната сила на:

- a) сила на винтовата резба
- b) пружинираща сила на стоманени телове
- c) сила на винтовата резба
- d) няма верен отговор

14. При „формиращите апарати”, които се използват в челюстно-лицевото протезиране се използва механичната сила на:

- a) еластичното теглене на гумените пръстени
- b) сила на винтовата резба
- c) пружинираща сила на стоманени телове
- d) принципа на наклонената плоскост
- e) няма верен отговор

15. Гипсовата маска в Челюстно лицевата протетика се използва за изработване на:

- a) ектопротези
- b) следрезекционни протези
- c) обтуратори
- d) няма верен отговор.

16. Травматичните мирновременни увреждания в лицево-челюстната област се разделят на:

17. Протезирането след резекция на горна челюст се извършва в следните 3 етапа:

- 18. По своя произход лицево-челюстните увреждания се делят на:**
- 19. Челюстно-лицевите апарати се разделят според начина на закрепване:**
- 20. Челюстно-лицевите апарати се разделят според мястото на закрепване:**
- 21. Шините използвани в челюстно-лицевото протезиране се разделят според съотношението им към устната кухина:**
- 22. Челюстно-лицевите апарати се разделят според лечебната им важност на:**
- 23. Челюстно-лицевите апарати се разделят според посоката на действие на:**
- 24. Шините при различни видове лицево-челюстни фрактури са:**
- 25. Формиращите апарати използвани лицево-челюстната ортопедия представляват:**
- 26. Обтураторите използвани в лицево-челюстната ортопедия служат:**
- 27. При апарата на Грозовски, който се използва в лицево-челюстното протезиране се използва механичната сила на:**

ВЕРНИ ОТГОВОРИ – РАЗДЕЛ

ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНА ОРТОПЕДИЯ

1. а
2. а
3. а
4. а
5. а
6. а
7. а
8. а
9. а
10. е
11. b
12. d
13. d
14. е
15. а
16. битови, производствени, транспортни, спортни
17. изработване на предоперативна протеза
изработване на временна следоперативна протеза
изработване на постоянна дефинитивна следоперативна протеза
18. наследствени, вродени, придобити.
19. сменяеми и несменяеми
20. едночелюстни и двучелюстни
21. вътрешноустни, външноустни, вътрешно-външноустни, комбинирани
22. основни и спомагателни
23. хоризонтално и вертикално действащи
24. приспособления за фиксиране на счупени костни фрагменти
25. устройства или съвкупност от приспособления за механични въздействия при лицево-челюстни увреждания независимо от техния произход.

26. за преграждане на комуникацията между устната и носната кухина.
27. сила на винтовата резба