

Тесты к рубежному контролю.

(=#) Раздел 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

001. Наиболее целесообразным и точным способом определения нуждаемости детей в ортодонтической помощи является

- а) обращаемость больных в поликлинику
- б) осмотры детей в организованных коллективах ортодонтом методом гнездования
- в) полицейской метод обследования детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
- г) выборочный осмотр детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
- д) полицейской метод обследования детей в организованных коллективах врачом ортодонтом

002. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено

- а) 1 ставка среднего медицинского персонала
- б) 0.5 ставки среднего медицинского персонала
- в) 2 ставки среднего медицинского персонала
- г) 0.25 ставки среднего медицинского персонала
- д) 3 ставки среднего медицинского персонала

003. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено

- а) 0.5 ставки зубного техника
- б) 1 ставка зубного техника
- в) 0.25 ставки зубного техника
- г) 2 ставки зубного техника
- д) 3 ставки зубного техника

004. По штатному нормативу на 1 ставку врача ортодонта положено

- а) 1 ставка младшего медицинского персонала
- б) 2 ставки младшего медицинского персонала
- в) 0.25 ставки младшего медицинского персонала
- г) 0.5 ставки младшего медицинского персонала
- д) 0.33 ставки младшего медицинского персонала

005. Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации по ортодонтическим показаниям составляет

- а) 1 группу
- б) 2 группы
- в) 3 группы
- г) 4 группы
- д) 5 групп

006. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит

- а) в аппаратурном ортодонтическом лечении
- б) в борьбе с вредными привычками
- в) в нормализации нарушений функций
- г) в протезировании
- д) в санитарно-просветительной работе по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам

007. Ко II диспансерной группе следует отнести детей

- а) с выраженными зубочелюстными аномалиями
- б) с ранней потерей зубов
- в) с неправильным положением отдельных зубов
- г) с начальной стадией аномалии прикуса
- д) с предпосылками к развитию отклонений в прикусе

008. Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать

- а) в детских стоматологических поликлиниках
- б) в детских садах
- в) в школах
- г) в детских соматических поликлиниках
- д) в специализированных ортодонтических центрах

009. Анализ работы врача ортодонта целесообразно проводить с учетом количества

- а) посещений больных
- б) примененных ортодонтических аппаратов
- в) вылеченных детей
- г) трудовых единиц
- д) детей, взятых на ортодонтическое лечение

010. К III диспансерной группе следует отнести детей

- а) с выраженными аномалиями прикуса
- б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
- в) с незначительными отклонениями в прикусе или в положении отдельных зубов
- г) со значительно выраженными аномалиями положения отдельных зубов
- д) без морфологических функциональных и эстетических нарушений в зубочелюстной системе

011. Критерием для перевода детей в I группу практически здоровых детей является

- а) нормализация функции глотания
- б) нормализация функции дыхания
- в) получение положительных результатов: в исправлении положения зубов, зубных дуг
- г) создание эстетического, морфологического и функционального оптимума
- д) уменьшение степени выраженности зубочелюстных аномалий

012. Врач ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения

- а) при получении положительных результатов: исправления положения зубов
- б) при нормализации функции
- в) при закреплении результатов ортодонтического лечения
- г) при сформированном правильном постоянном прикусе
- д) при улучшении эстетики лица

013. Главными задачами диспансеризации детей ортодонтической службы являются

- а) выявление детей с выраженными зубочелюстными аномалиями
- б) выявление детей с предпосылками к развитию аномалий прикуса
- в) профилактика зубочелюстных аномалий
- г) аппаратурное ортодонтическое лечение детей с аномалиями прикуса
- д) все перечисленные задачи

014. В работу "комнаты здорового ребенка" в возрасте до 1 года в детских поликлиниках следует включить

- а) обучение родителей правильному способу вскармливания детей
- б) массаж в области альвеолярных отростков, зубов
- в) гигиенические навыки
- г) устранение вредных привычек
- д) все перечисленное

015. В работу воспитателей детских садов в связи с профилактикой аномалий прикуса следует включить

- а) борьбу с вредными привычками
- б) правильную осанку
- в) тренировку носового дыхания
- г) правильное положение головы во время сна
- д) все перечисленное

016. К IV диспансерной группе следует отнести детей

- а) с незначительными отклонениями в положении отдельных зубов
- б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
- в) с выраженными аномалиями прикуса
- г) без морфологических, функциональных и эстетических отклонений
- д) с аномалиями прикуса в начальной стадии

017. У детей IV диспансерной группы целесообразно применять следующие виды ортодонтической помощи

- а) санитарно-просветительную работу
- б) применение ортодонтических аппаратов
- в) нормализацию нарушений функций зубочелюстной системы
- г) миотерапию
- д) массаж в области отдельных зубов

018. Наиболее квалифицированно и эффективно миотерапия в ортодонтии проводится

- а) в ортодонтическом кабинете врача ортодонта
- б) в стоматологической поликлинике - логопедом, прошедшим специализацию по ЛФК
- в) в детских садах - воспитателями
- г) в детских соматических поликлиниках - инструкторами по лечебной физкультуре
- д) в домашних условиях индивидуально под руководством врача ортодонта

019. Наиболее целесообразной формой ортодонтической службы с организационной точки зрения является

- а) укрупнение ортодонтических отделений
- б) организация ортодонтических диагностических центров
- в) организация службы комплексного лечения зубочелюстных аномалий
- г) укрупнение зуботехнических лабораторий
- д) диспансеризация детей по ортодонтическим показаниям

020. Наиболее эффективной организационной формой лечения детей с врожденной патологией в зубочелюстно-лицевой области является лечение

- а) в детских соматических поликлиниках
- б) в детских стоматологических поликлиниках
- в) в специализированных центрах по лечению врожденной патологии
- г) в хирургических отделениях общих больниц
- д) в ортодонтических центрах

021. Профилактика аномалий прикуса в периоде предначального развития детей состоит

- а) в медико-генетической консультации
- б) в пропаганде правильного режима труда, отдыха и питания будущей матери
- в) в профилактике простудных и других заболеваний беременных женщин
- г) в устранении вредных привычек у беременной женщины
- д) во всем перечисленном

022. Для профилактики аномалий прикуса в работу терапевтов-стоматологов при санации полости рта дошкольника следует включить

- а) устранение вредных привычек
- б) пришлифовывание бугров временных зубов
- в) нормализацию функции жевания, глотания
- г) миотерапию, массаж
- д) все перечисленное

023. У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий целесообразно применять

- а) создание благоприятных условий для правильного вскармливания
- б) миотерапию
- в) стандартные вестибулярные пластинки
- г) нормализацию функции дыхания
- д) устранение вредных привычек сосания языка

024. Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте направлена

- а) на устранение ранних признаков аномалий прикуса
- б) на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса
- в) на регулирование роста челюстей
- г) на назначение ортодонтического аппаратного лечения
- д) на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса

025. В нормализации функции дыхания первостепенное значение имеют

- а) нормализация осанки, положения головы
- б) упражнения для тренировки круговой мышцы рта
- в) санация носоглотки
- г) упражнения для нормализации положения языка
- д) дыхательная гимнастика

026. Абсолютным показанием к последовательному (серийному) удалению отдельных зубов является

- а) сужение зубных рядов
- б) мезиальное смещение боковых зубов
- в) макроденция
- г) чрезмерное развитие одной из челюстей
- д) недоразвитие одной из челюстей

027. Последствиями ранней потери временных зубов за 1 год до их смены являются

- а) сужение зубных рядов
- б) укорочение зубных рядов
- в) смещение отдельных зубов
- г) нарушение сроков прорезывания постоянных зубов
- д) все перечисленные последствия

028. При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде

- а) сосания пальцев
- б) прикусывания губ
- в) сосания языка
- г) прокладывания мягких тканей языка, щек в область дефекта
- д) неправильного глотания

029. Саморегуляция зубочелюстных аномалий наступает в результате

- а) коррекции неправильных окклюзионных контактов за счет физиологической стираемости эмали
- б) роста челюстей
- в) устранения вредных привычек
- г) нормализации функций зубочелюстной системы
- д) всего перечисленного

030. Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено

- а) на правильное положение головы и осанки
- б) на тренировку носового дыхания
- в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи
- г) на понимание негативных последствий вредных привычек
- д) на все перечисленное

031. В занятие по логопедическому обучению в связи с профилактикой аномалии прикуса следует включить

- а) нормализацию функции глотания
- б) тренировку круговой мышцы рта
- в) нормализацию осанки
- г) дыхательные упражнения
- д) все перечисленное

032. Ведущим фактором в формировании дистального прикуса в постнатальном периоде являются

- а) вредные привычки
- б) ротовое дыхание
- в) наследственная отягощенность
- г) неправильное вскармливание
- д) все перечисленное

033. Ведущим фактором выраженного открытого прикуса является

- а) неправильное положение языка в покое и во время функций сосания: языка, пальцев, различных предметов
- б) укороченная уздечка языка
- в) ротовое дыхание
- г) инфантильный способ глотания
- д) вредная привычка сосания соски

034. Применение стандартных вестибулярных пластинок целесообразно

- а) при лечении дистального глубокого прикуса
- б) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания пальца, прикусывания губ
- в) для нормализации функции глотания
- г) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания языка
- д) при лечении глубокого прикуса

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

- а) недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм
- б) макроденция
- в) мезиальное смещение боковых зубов
- г) уменьшение длины апикального базиса

д) несоответствие величины апикального базиса и величины зубов

036. Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают

- а) устранение вредных привычек
- б) коррекцию мягких тканей
- в) удаление отдельных зубов
- г) шлифование бугров отдельных зубов
- д) создание оптимальных условий для развития зубочелюстной системы

037. Показанием к применению подбородочной пращи является

- а) устранение вредной привычки сосания языка
- б) нормализация функции глотания
- в) нормализация функции дыхания
- г) нормализация положения нижней челюсти и задержка ее роста
- д) оптимизация роста верхней челюсти

038. Показанием к применению нижнечелюстной пращи является

- а) лечение мезиального прикуса
- б) лечение дистального прикуса
- в) нормализация функции дыхания
- г) лечение вертикальных аномалий прикуса
- д) устранение вредной привычки сосания языка

039. Применение соски у детей первого года жизни

- а) абсолютно противопоказано
- б) показано детям с вредной привычкой сосания пальцев
- в) показано детям с ротовым дыханием
- г) показано постоянное
- д) показано ограниченное

040. Соотношение челюстных костей у новорожденных в норме - это

- а) соотношение челюстей в одной вертикальной плоскости
- б) нижняя челюсть впереди верхней
- в) нижняя челюсть сзади верхней до 5 мм
- г) любое соотношение челюстей

041. Профилактикой вредных привычек у детей первого года является

- а) пластика уздечки языка
- б) правильный режим жизни ребенка
- в) применение рукавичек
- г) правильный способ вскармливания
- д) предупреждение и лечение общих заболеваний

042. Учить ребенка чистить зубы целесообразно в возрасте

- а) до 1 года
- б) 1 года
- в) 2 лет
- г) 3 лет
- д) 4-5 лет

043. Понятие медицинской этики определяет

- а) понятие о долге врача
- б) правовые основы медицинского законодательства
- в) вопросы нравственности
- г) гражданская позиция
- д) понятие коллегиальности

044. Медицинская деонтология - это

- а) понятие о долге врача
- б) взаимоотношение врача и больного
- в) вопросы нравственности
- г) понятие коллегиальности
- д) правовые основы медицинского законодательства

045. Ребенок начинает обращать внимание на лицевые признаки

- а) в 3 года
- б) в 6 лет
- в) в 9 лет
- г) в 12 лет
- д) в 15 лет

046. Психосоматическое состояние организма человека характеризует

- а) 2 типа нервной деятельности
- б) 3 типа нервной деятельности
- в) 4 типа нервной деятельности
- г) 5 типов нервной деятельности
- д) 6 типов нервной деятельности

047. Психотерапевтическая подготовка больного перед ортодонтическим лечением

- а) необходима всем больным
- б) необходима для отдельных больных
- в) не нужна
- г) пагубно влияет на ортодонтическое лечение
- д) необходима после определенного возраста

048. Применять гипнотерапию как способ лечения стойких вредных привычек у детей

- а) необходимо во всех случаях
- б) можно только в подростковом возрасте
- в) можно у детей со здоровой психикой
- г) нельзя
- д) можно у детей с нарушенной психикой

049. Принимать на ортодонтическое лечение детей с нарушенной психикой

- а) необходимо во всех случаях
- б) можно только в детском возрасте
- в) можно только в подростковом возрасте
- г) можно для отдельных больных
- д) нельзя

(=#) Раздел 2. КЛИНИЧЕСКАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ПОЛОСТИ РТА

001. Отграничение ротовой полости от носовой происходит

- а) на 3-4 неделе беременности
- б) на 6-7 неделе беременности
- в) на 9-10 неделе беременности
- г) на 12-14 неделе беременности
- д) на 14-16 неделе беременности

002. Начало закладки и обызвествления временных зубов происходит

- а) на 8-9 неделе беременности
- б) на 12-16 неделе беременности
- в) на 20-24 неделе беременности
- г) на 30-32 неделе беременности
- д) на 33-40 неделе беременности

003. Рост челюстей в период эмбриогенеза взаимосвязан

- а) сначала с ростом языка
- б) сначала с формированием зачатков временных зубов
- в) сначала с ростом зачатков постоянных зубов
- г) с сочетанным действием всего перечисленного
- д) ни с чем из перечисленного

004. Положение нижней челюсти у новорожденного в норме

- а) ортогнатическое
- б) ретрогнатическое
- в) прогнатическое

- г) переменное
- д) латерогнатическое

005. В период новорожденности для развития зубочелюстной системы роль акта сосания

- а) существенная
- б) не существенная
- в) существенная, но до определенного возраста
- г) не имеет значения
- д) очень существенная

006. Видами роста челюстных костей являются

- а) интерстициальный рост
- б) суставной рост
- в) суставной и шовный рост
- г) суставной, шовный и аппозиционный рост
- д) ремоделирующий рост

007. Временные резцы прорезываются

- а) в 6-12 месяцев
- б) в 12-18 месяцев
- в) в 18-24 месяцев
- г) в 24-30 месяцев
- д) в 34-40 месяцев

008. Временные первые моляры и клыки прорезываются

- а) в 6-12 месяцев
- б) в 16-20 месяцев
- в) в 20-24 месяцев
- г) в 28-32 месяцев
- д) в 34-40 месяцев

009. Временные клыки прорезываются

- а) в 6-12 месяцев
- б) в 16-20 месяцев
- в) в 20-24 месяцев
- г) в 28-30 месяцев
- д) в 34-40 месяцев

010. Вторые временные моляры прорезываются

- а) в 6-12 месяцев
- б) в 16-20 месяцев
- в) в 20-24 месяцев
- г) в 28-30 месяцев
- д) в 34-40 месяцев

011. I физиологическое повышение прикуса происходит

- а) в 6-12 месяцев
- б) в 16-24 месяцев
- в) в 28-30 месяцев
- г) в 30-36 месяцев
- д) в 40-46 месяцев

012. Вариантом смыкания первых постоянных моляров в норме является

- а) фиссурно-бугорковое смыкание (по I классу)
- б) бугровое
- в) фиссурно-бугорковое (по III классу)
- г) фиссурно-бугорковое (по II классу)
- д) не существенно

013. Характеристика сформированного временного прикуса в зависимости от размеров зубов и зубных дуг, межзубных контактов

- а) ортогнатический с мезиальной степенью или без нее у 55, 65, 75, 85 зубов
- б) прямой с мезиальной ступенью или без нее у 55, 65, 75, 85 зубов

- в) дистальный с расположением 55, 65, 75, 85 в одной плоскости
- г) мезиальный с мезиальной ступенью между 55, 65, 75, 85 зубов
- д) дистальный с дистальной ступенью между 55, 65, 75, 85 зубов

014. II физиологическое повышение прикуса происходит

- а) в 3-4 года
- б) в 6-8 лет
- в) в 9-10 лет
- г) в 10-12 лет
- д) в 12-14 лет

015. Влияние внутриротовых и околоротовых мышц на установление постоянных резцов в прикусе

- а) проявляется существенно
- б) проявляется не существенно
- в) не имеет значения
- г) проявляется очень существенно
- д) проявляется существенно до определенного возраста

016. Зачатки зубов внутри альвеолярного отростка перемещаются

- а) только в мезиальном направлении
- б) только в буккальном направлении
- в) только в окклюзионном направлении
- г) во всех трех направлениях
- д) в дистальном направлении

017. III физиологическое повышение прикуса происходит

- а) в 3-4 года
- б) в 6-7 лет
- в) в 9-11 лет
- г) в 10-12 лет
- д) в 12-13 лет

018. Шов нижней челюсти у ребенка окостеневает

- а) к 6 месяцам
- б) после первого года жизни
- в) после второго года жизни
- г) после третьего года жизни
- д) к 5 годам

019. Срединный небный шов окостеневает

- а) после первого года жизни
- б) к 6 годам
- в) к 14 годам
- г) к 18 годам
- д) после 20 лет, к 24-25 годам

020. У ребенка инфантильный тип глотания наблюдается

- а) до 1 года
- б) до 1.5-2 лет
- в) до 3-6 лет
- г) до 7-10 лет
- д) в течение всей жизни

021. IV физиологическое повышение прикуса происходит

- а) в 3-4 года
- б) в 6-7 лет
- в) в 9-11 лет
- г) в 12-15 лет
- д) в 15-18 лет

022. У ребенка устанавливается соматический тип глотания в возрасте

- а) 1 года
- б) 3-4 лет

- в) 5-6 лет
- г) 8-10 лет
- д) после 10 лет

023. Временный прикус формируется в возрасте

- а) до 1 года
- б) до 2 лет
- в) до 3 лет
- г) до 4 лет
- д) до 5 лет

024. Временный прикус считается сформированным

- а) от 1 года до 3 лет
- б) от 3 до 5 лет
- в) от 6 до 9 лет
- г) от 9 до 11 лет
- д) от 11 до 13 лет

025. Начальный период смешанного прикуса соответствует возрасту

- а) от 1 года до 3 лет
- б) от 3 до 6 лет
- в) от 6 до 9 лет
- г) от 9 до 12 лет
- д) от 12 до 15 лет

026. Конечный период смешанного прикуса соответствует возрасту

- а) от 3 до 6 лет
- б) от 6 до 9 лет
- в) от 9 до 12 лет
- г) от 12 до 15 лет
- д) после 15 лет

027. Постоянный прикус формируется в возрасте

- а) от 6 до 12 лет
- б) от 12 до 15 лет
- в) от 15 до 18 лет
- г) от 18 до 24 лет
- д) после 24 лет

028. Физиологическое повышение прикуса происходит в возрасте

- а) 3-4 лет
- б) 6-12 лет
- в) 12-15 лет
- г) 15-18 лет
- д) 18-24 года

029. Завершение формирования постоянного прикуса происходит в возрасте

- а) от 9 до 12 лет
- б) от 12 до 15 лет
- в) от 15 лет до 21 года
- г) от 21 до 24 лет
- д) после 25 лет

030. Формирование верхушек корней резцов и первых моляров нижней челюсти завершается в возрасте

- а) 7-8 лет
- б) 8-9 лет
- в) 9-10 лет
- г) 10-11 лет
- д) 11-12 лет

031. Формирование верхушек корней первых премоляров завершается в возрасте

- а) 11-12 лет
- б) 12-13 лет

- в) 13-14 лет
- г) 14-15 лет
- д) 15-16 лет

032. Формирование верхушек корней вторых премоляров завершается в возрасте

- а) 11-12 лет
- б) 12-13 лет
- в) 13-14 лет
- г) 14-15 лет
- д) 15-16 лет

033. Формирование верхушек корней клыков завершается в возрасте

- а) 11-12 лет
- б) 12-13 лет
- в) 13-14 лет
- г) 14-15 лет
- д) 15-16 лет

034. Формирование верхушек корней вторых моляров завершается в возрасте

- а) 11-12 лет
- б) 12-13 лет
- в) 13-14 лет
- г) 14-15 лет
- д) 15-16 лет

035. Формирование верхушек корней третьих моляров завершается в возрасте

- а) 9-12 лет
- б) 12-15 лет
- в) 15-18 лет
- г) 18-21 год
- д) 21-24 года

(=#) Раздел 3. ДИАГНОСТИКА В ОРТОДОНТИИ

001. Дифференциальную диагностику физиологической и патологической асимметрии зубных дуг можно провести по методике

- а) Нансе
- б) Герлаха
- в) Шварца
- г) Фуса
- д) Хорошилкиной

002. Площадь неба изучают по методике

- а) Коркзаузе
- б) Снагиной
- в) Хауса
- г) Герлаха
- д) Шмута

003. Величину молочных и постоянных зубов сопоставляют

- а) по методике Мичиганского университета
- б) по Миргазизову
- в) по Долгополовой
- г) по Герлаху
- д) по Шварцу

004. Недостаток места для неправильного расположения зубов выявляют

- а) по размеру зуба и места для него в зубной дуге
- б) по Нансе
- в) по Миргазизову
- г) по методике Мичиганского университета
- д) по данным рентгенографии

005. Рентгенографию кистей рук делают

- а) для уточнения сроков окостенения
- б) для прогноза роста челюстей
- в) для сопоставления костного и зубного возраста
- г) для изучения динамики роста организма
- д) для выяснения аномалий развития скелета

006. Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить

- а) возможности роста челюстей
- б) форму и размер суставных головок
- в) характер движения суставов
- г) размеры суставной щели
- д) форму и размер суставного диска

007. Ортопантограммы челюстей делают

- а) для определения количества и расположения зубов
- б) для изучения строения лицевого отдела черепа
- в) для прогноза роста челюстей
- г) для изучения динамики роста челюстей
- д) для определения показаний к удалению зубов

008. Методом исследования боковых ТРГ головы является

- а) метод Парма
- б) метод Шварца
- в) метод Шулера
- г) метод Паатера
- д) метод Колоткова

009. Сопоставление боковых ТРГ головы проводят

- а) для уточнения показаний к удалению зубов
- б) для выявления характера морфологической перестройки
- в) для лицевого отдела черепа
- г) для выяснения искажений при ТРГ исследовании
- д) для уточнения костного и зубного возраста

010. На прямых ТРГ головы возможно выявить

- а) количество и положение зубов
- б) форму и размеры лицевого отдела черепа
- в) показания к удалению отдельных зубов перед ортодонтическим лечением
- г) динамику роста челюстей
- д) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника

011. На аксиальных ТРГ головы возможно выявить

- а) количество и положение зубов
- б) асимметрию развития черепа
- в) динамику роста челюстей
- г) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника
- д) костный возраст

012. При использовании ЭВМ для анализа ТРГ головы возможно

- а) ускорить расшифровку ТРГ
- б) расширить возможности анализа
- в) сделать компьютерную диагностику
- г) прогнозировать отдаленные результаты лечения
- д) выбрать метод лечения

013. Преимущества электрорентгенографии перед обычной рентгенографией состоят

- а) в уменьшении лучевой нагрузки
- б) в ускорении получения результатов
- в) в экономии серебра и химреактивов
- г) в получении изображения в позитиве
- д) ни в чем из перечисленного

014. Преимущества рентгенокинематографии по сравнению с обычной рентгенографией состоят

- а) в ускорении исследования
- б) в динамическом изучении
- в) в удешевлении всего процесса
- г) в уменьшении лучевой нагрузки
- д) ни в чем из перечисленного

015. Периодами развития классификаций зубочелюстных аномалий являются

- а) доэнглевский
- б) Энглевский
- в) Шварцевский
- г) Симоновский
- д) все перечисленные периоды

016. Одним из авторов эстетической классификации является

- а) Энгль
- б) Ильина - Маркосян
- в) Симон
- г) Шварц
- д) Андресен

017. Одним из авторов морфофункциональной классификации является

- а) Энгль
- б) Штернфельд
- в) Катц
- г) Бетельман
- д) Андресен

018. Одним из авторов краниометрической классификации является

- а) Энгль
- б) Симон
- в) Шварц
- г) Курляндский
- д) Ильина - Маркосян

019. Одним из авторов этиологической классификации является

- а) Энгль
- б) Катц
- в) Конторович - Коркхаузе - Шварц
- г) Калвелис
- д) Курляндский

020. В основе построения симптоматического ортодонтического диагноза лежит

- а) характер смыкания зубных рядов
- б) этиология зубочелюстных аномалий
- в) морфологические отклонения в строении лицевого отдела черепа
- г) функциональные нарушения
- д) эстетические нарушения

021. Симптоматический диагноз - это

- а) установление вида прикуса
- б) определение функциональных нарушений
- в) характеристика строения челюстей и их взаимоотношения
- г) эстетические нарушения
- д) сопутствующие стоматологические нарушения

022. Топоико-морфометрическая диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий базируется

- а) на изучении соотношения зубных дуг
- б) на изучении размера и положения частей лицевого отдела черепа
- в) на выявлении нарушений функций зубочелюстной системы
- г) на определении сопутствующих стоматологических и общесоматических заболеваний
- д) на уточнении характера эстетических нарушений

023. Симптоматический диагноз отличается от дифференциального

- а) выявлением характера смыкания сегментов зубных дуг
- б) определением вида прикуса
- в) локализацией зон морфологических отклонений в строении зубочелюстной системы
- г) определением функциональных и эстетических нарушений
- д) характеристикой строения лицевого отдела черепа

024. Определение степени тяжести заболевания

- а) достаточно по характеристике диагноза
- б) требует дополнительного изучения по специальным методикам
- в) не требует дополнительного изучения по специальным методикам
- г) возможно на основании рентгенологических исследований
- д) возможно на основании биометрических исследований

025. Окончательный диагноз устанавливается

- а) на основании клинических данных
- б) после анализа данных клинических и лабораторных исследований
- в) на основании симптоматического диагноза с дополнительной характеристикой функциональных и эстетических нарушений
- г) на основании симптоматического, топографического, морфологического диагнозов
- д) на основании симптоматического, топоико-морфометрического, этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных и эстетических нарушений

026. Степень трудности лечения определяют

- а) для углубленной качественной характеристики патологии
- б) для углубленной количественной характеристики патологии
- в) для уточнения плана и прогноза лечения
- г) для выражения в количественной форме качественных изменений в зубочелюстной системе
- д) для разработки организационных мероприятий

027. Для определения степени трудности ортодонтического лечения известны методики

- а) Зиберга
- б) Айзмана
- в) Зиберга - Малыгина
- г) Шварца
- д) Рубинова

028. Определение степени трудности ортодонтического лечения используют

- а) для определения стоимости лечения
- б) для планирования объема и срока лечения
- в) для выявления эффективности лечения
- г) для уточнения эффективности различных методов лечения
- д) для научной организации труда

029. Для планирования объема и срока ортодонтического лечения существуют методики

- а) Зиберга - Малыгина
- б) Малыгина - Белого
- в) Айзмана
- г) Хорошилкиной
- д) Токаревича

030. Объем и сроки ортодонтического лечения зависят преимущественно

- а) от времени лечения в месяцах
- б) от количества посещений больным врача
- в) от степени трудности лечения
- г) от количества трудовых единиц
- д) от комплекса перечисленных факторов

031. Степень трудности ортодонтического лечения и его эффективность находятся в следующей зависимости

- а) эффективность прямо зависит от степени трудности
- б) эффективность обратно зависит от степени трудности
- в) эффективность не зависит от степени трудности
- г) эффективность больше зависит от продолжительности лечения

д) эффективность зависит от удаления отдельных зубов

032. Степень трудности ортодонтического лечения и его продолжительность

- а) находятся в прямой сильной зависимости
- б) находятся в обратной сильной зависимости
- в) не зависят друг от друга
- г) обратно зависят друг от друга при определенных обстоятельствах
- д) прямо зависят друг от друга при учете количества посещений

033. Степень трудности ортодонтического лечения и его объем

- а) находятся в прямой сильной зависимости
- б) находятся в обратной сильной зависимости
- в) прямо сильно зависят без учета продолжительности лечения
- г) обратно сильно зависят с учетом продолжительности лечения
- д) не зависят друг от друга

034. Эффективность ортодонтического лечения и его продолжительность

- а) находятся в прямой сильной зависимости
- б) находятся в обратной сильной зависимости
- в) не зависят друг от друга
- г) зависят от удаления отдельных зубов
- д) зависят от других причин

035. Методика Малыгина - Белого используется

- а) для ортодонтического лечения
- б) для хирургического лечения
- в) для комплексного лечения
- г) для протетического лечения
- д) для сочетанного лечения

036. При изучении объема и срока комплексного лечения дистального прикуса дополнительно требуется

- а) таблица Малыгина - Белого
- б) ортопланимер
- в) таблица Токаревича
- г) расчетная таблица Пона - Линдер - Харга - Коркхаузе - Шварца
- д) ничего из перечисленного

037. Правильной последовательность формулировки диагноза при сочетанной патологии является

- а) ортодонтический симптоматический диагноз и характеристика других заболеваний
- б) топоико-морфометрический диагноз с добавлением характеристики функциональных и эстетических нарушений
- в) окончательный ортодонтический диагноз и характеристика других стоматологических заболеваний
- г) заключительный ортодонтический, стоматологический диагнозы с характеристикой заболеваний других органов и систем организма
- д) описание местных и общих нарушений в организма

038. К аномалии прикуса приводят

- а) аномалии положения зубов
- б) зубоальвеолярные нарушения
- в) зубочелюстные аномалии
- г) все перечисленные отклонения

039. Зубо-альвеолярные разновидности аномалий прикуса характеризует

- а) соотношение зубных дуг
- б) положение зубов
- в) топография зубов
- г) топография зубов, зубных рядов и альвеолярных дуг
- д) топография челюстей

040. Гнатические разновидности аномалий прикуса характеризует

- а) соотношение зубных дуг
- б) топография альвеолярных дуг
- в) топография и размеры челюстных костей
- г) топография других лицевых костей

д) размер и положение зубов

041. Скелетные разновидности аномалий прикуса характеризует

- а) соотношение зубных дуг
- б) топография альвеолярных дуг
- в) топография челюстных дуг
- г) топография пограничных костей лицевого отдела черепа
- д) топография мозговых костей черепа

042. На топографию отдельных частей лицевого отдела черепа влияет

- а) размер частей
- б) положение частей
- в) размер и местоположение частей

043. Изучаемая структура лицевого отдела черепа по своему размеру имеет

- а) 1 значение
- б) 2 значения
- в) 3 значения
- г) 4 значения
- д) 5 и более значений

044. Изучаемая структура лицевого отдела черепа по своему местоположению имеет

- а) 1 значение
- б) 2 значения
- в) 3 значения
- г) 4 значения
- д) 5 и более значений

045. Инклинация структуры

- а) является самостоятельным нарушением
- б) не является самостоятельным нарушением
- в) иногда является самостоятельным нарушением
- г) является комбинированным, самостоятельным нарушением
- д) является комбинированным, несамостоятельным нарушением

046. Динамическое нарушение местоположения характеризует

- а) челюсти
- б) верхнюю часть лицевого отдела черепа
- в) нижнюю часть лицевого отдела черепа
- г) зубо-альвеолярные дуги челюстей
- д) пограничные кости лицевого скелета

047. "Ключ окклюзии" определяется

- а) всегда соотношением шестых зубов
- б) всегда соотношением пятых временных зубов
- в) всегда соотношением клыков
- г) часто соотношением пятых временных зубов
- д) иногда соотношением шестых зубов

048. Соотношение первых постоянных моляров может нарушить

- а) размер временных моляров
- б) разница в размерах между нижними и верхними временными молярами
- в) отсутствие трем между зубами
- г) наличие трем между временными зубами
- д) отсутствие стираемости временных зубов

049. Первые постоянные моляры по I классу Энгля устанавливаются

- а) в 6 лет
- б) в 7-8 лет
- в) в 12 лет
- г) после 12 лет
- д) в зависимости от варианта физиологического формирования прикуса

050. Коррекция установления первых постоянных моляров может происходить

- а) при I физиологическом повышении прикуса
- б) при II физиологическом повышении прикуса
- в) при III физиологическом повышении прикуса
- г) при IV физиологическом повышении прикуса
- д) при V физиологическом повышении прикуса

051. Укажите отличие между ортогнатическим и нейтральным прикусом

- а) ортогнатический прикус можно назвать нейтральным
- б) нейтральный прикус нельзя назвать ортогнатическим
- в) нейтральный прикус можно назвать ортогнатическим
- г) при нейтральном прикусе имеются любые отклонения в положении передних зубов
- д) при нейтральном прикусе имеются отклонения в положении боковых зубов

052. Отличием между сагиттальными аномалиями прикуса и ортогнатическими является

- а) соотношение всех боковых зубов
- б) соотношение передних зубов
- в) соотношение первых постоянных моляров
- г) соотношение клыков
- д) ничего из перечисленного

053. Вид прикуса можно определить по соотношению

- а) первых постоянных моляров
- б) шестых зубов и клыков
- в) шестых сегментных зубных дуг
- г) зубных рядов в трех взаимно перпендикулярных направлениях
- д) передних зубов

054. Отличие между сагиттальными аномалиями прикуса состоит в нарушении контактов

- а) между шестыми зубами
- б) между клыками
- в) между резцами
- г) боковых зубов
- д) передних зубов

055. Дистальный прикус характеризуется нарушением контактов

- а) шестых зубов по III классу Энгля
- б) клыков по III классу Энгля
- в) боковых зубов по II классу Энгля
- г) передних зубов по I классу Энгля
- д) боковых зубов по I классу Энгля

056. Мезиальный прикус характеризуется нарушением контактов

- а) шестых зубов по III классу Энгля
- б) клыков по III классу Энгля
- в) боковых зубов по III классу Энгля
- г) передних зубов по III классу Энгля
- д) боковых зубов по I классу Энгля

057. Прямой прикус характеризуется

- а) нарушением контактов боковых зубов
- б) нарушением контактов передних зубов
- в) нарушением контактов всех зубов
- г) укорочением овала верхней зубной дуги
- д) укорочением овала нижней зубной дуги

058. Глубокое резцовое перекрытие характеризуется

- а) нарушением контактов боковых зубов
- б) нарушением контактов передних зубов
- в) нарушением контактов всех зубов
- г) укорочением овала нижней зубной дуги
- д) укорочением овала верхней зубной дуги

059. Дезокклюзия зубов характеризуется

- а) нарушением контактов передних зубов
- б) нарушением контактов боковых зубов
- в) отсутствием контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели
- г) отсутствием контактов большинства зубов с появлением сагиттальной щели

060. Глубокий прикус характеризуется

- а) нарушением контактов передних зубов
- б) нарушением контактов боковых зубов
- в) нарушением контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели
- г) отсутствием контактов между передними зубами с наличием сагиттальной щели

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

- а) глубокое резцовое перекрытие является состоянием физиологическим
- б) глубокое резцовое перекрытие является состоянием патологическим
- в) глубокий снижающий прикус является состоянием патологическим
- г) глубокий снижающий прикус является состоянием физиологическим
- д) глубокий травмирующий прикус является состоянием физиологическим

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

- а) $\pm 0.5-1$ мм
- б) ± 1.5 мм
- в) ± 2 мм
- г) ± 3 мм
- д) ± 4 мм и более

063. Дифференциальной диагностикой глубины фронтального перекрытия, обусловленного нарушением в области передних зубов, является

- а) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не влияет на высоту нижней части лица
- б) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица
- в) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица
- г) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица
- д) высота нижней части лица не имеет дифференциально диагностического значения при определении зоны нарушения

064. При вестибуло-перекрестном прикусе

- а) верхние боковые зубы перекрывают нижние
- б) нижние боковые зубы перекрывают верхние
- в) верхние и нижние боковые зубы находятся в бугровых контактах
- г) все верхние зубы перекрывают нижние
- д) все нижние зубы перекрывают верхние

065. При лингво-перекрестном прикусе

- а) нижние боковые зубы полностью перекрывают верхние
- б) верхние боковые зубы полностью перекрывают нижние
- в) верхние боковые зубы и нижние находятся в бугорковых контактах
- г) все верхние зубы перекрывают нижние
- д) все нижние зубы перекрывают верхние

066. "Косой" перекрестный прикус является

- а) односторонним вестибуло-перекрестным
- б) односторонним лингво-перекрестным
- в) двусторонним лингво-перекрестным
- г) двусторонним вестибуло-перекрестным
- д) двусторонним лингво-вестибуло-перекрестным

067. Характеристика прикуса дается

- а) в одной плоскости
- б) в двух плоскостях

- в) в трех плоскостях
- г) в одной плоскости, но с учетом передних и боковых сегментов
- д) в нескольких плоскостях и с описанием контактов передних и боковых сегментов

068. Клиническая дифференциальная диагностика смещения нижней челюсти представляет собой несовпадение средней линии

- а) между зубами
- б) лица и зубов
- в) лица и верхнего зубного ряда
- г) лица и нижнего зубного ряда
- д) лица и нижней челюсти

069. Дифференциальная диагностика глубины фронтального перекрытия, обусловленного нарушением в области боковых зубов

- а) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не влияет на высоту нижней части лица
- б) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица
- в) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица
- г) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица
- д) высота нижней части лица не имеет дифференциально диагностического значения при определении зоны нарушения

070. Нейтральный прикус характеризуется нарушением контактов

- а) шестых зубов по I классу Энгля
- б) шестых зубов по II классу Энгля
- в) шестых зубов по III классу Энгля
- г) передних зубов по I классу Энгля
- д) передних зубов по II классу Энгля

071. Вид прикуса определяет

- а) соотношение отдельных зубов
- б) соотношение зубных рядов в состоянии физиологического покоя
- в) смыкание зубных рядов в состоянии центральной окклюзии
- г) смыкание зубных рядов в состоянии привычной окклюзии
- д) смыкание зубных рядов в положении передней окклюзии

072. Основной задачей ортодонтического лечения является

- а) устранение морфологических нарушений
- б) устранение функциональных нарушений
- в) устранение эстетических нарушений
- г) создание морфологического, эстетического и функционального оптимума в зубочелюстной системе
- д) устранение функциональных и эстетических нарушений

073. Тип прикуса человека определяется

- а) по характеру соотношения резцов
- б) по характеру соотношения клыков
- в) по характеру соотношения премоляров
- г) по характеру соотношения моляров
- д) по нескольким ориентирам

074. Существует

- а) 2 типа лица человека
- б) 3 типа лица человека
- в) 4 типа лица человека
- г) 5 типов лица человека
- д) более 5 типов лица человека

075. Сагиттальная щель между резцами определяется

- а) от вестибулярной поверхности верхних резцов до язычной поверхности нижних
- б) от вестибулярной поверхности верхних резцов до вестибулярной поверхности нижних
- в) от язычной поверхности верхних резцов до вестибулярной поверхности нижних
- г) от язычной поверхности верхних резцов до язычной поверхности нижних

д) измерить невозможно

076. Вертикальная щель между резцами измеряется

- а) от режущего края верхних резцов до режущего края нижних
- б) от бугорков верхних резцов до режущего края нижних
- в) от бугорков верхних резцов до бугорков нижних резцов
- г) от пришеечной части верхних резцов до режущего края нижних
- д) от режущего края верхних резцов до пришеечной части нижних

077. Изучить диагностические модели челюстей по сагиттали позволяет методика

- а) Пона
- б) Линдера - Харта
- в) Коркхауза
- г) Снагиной
- д) Герлаха

078. Изучить диагностические модели челюстей по трансверсали позволяет методика

- а) Пона
- б) Герлаха
- в) Коркхауза
- г) Изара
- д) Фуса

079. Выявить мезиальное смещение боковых зубов на диагностических моделях челюстей позволяет методика

- а) Пона
- б) Шмута
- в) Изара
- г) Снагиной
- д) Фриеля

080. Выявить укорочение переднего отрезка на диагностических моделях челюстей позволяет методика

- а) Герлаха
- б) Коркхауза
- в) Хауса
- г) Пона
- д) Снагиной

081. Измерительным точкам по методике Пона на молярах верхней челюсти соответствует

- а) середина межбугровой фиссуры
- б) переднее углубление межбугровой фиссуры
- в) передний щечный бугор
- г) задний щечный бугор
- д) небные поверхности

082. Измерительным точкам по методике Пона на молярах нижней челюсти соответствует

- а) середина межбугровой фиссуры
- б) переднее углубление межбугровой фиссуры
- в) передний щечный бугор
- г) задний щечный бугор
- д) небные поверхности

083. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах верхней челюсти соответствует

- а) середина межбугровой фиссуры
- б) щечный бугор
- в) дистальный скат щечного бугра
- г) мезиальный скат щечного бугра
- д) язычный бугор

084. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах нижней челюсти соответствует

- а) середина межбугровой фиссуры
- б) щечный бугор
- в) дистальный скат щечного бугра
- г) мезиальный скат щечного бугра

д) язычный бугор

085. Ширину лица изучают по методике

- а) Фуса
- б) Изара
- в) Фриеля
- г) Нанса
- д) Пона

086. Длину зубной дуги по окклюзионной плоскости изучают по методике

- а) Шварца
- б) Коркхауза
- в) Нанса
- г) Пона

087. Выявлению укорочения боковых сегментов зубной дуги позволяет методика

- а) Герлаха
- б) Нанса
- в) Снагиной
- г) Пона
- д) Фриеля

088. Выявить макроденитию позволяет методика

- а) Фуса
- б) Герлаха
- в) Фриеля
- г) Хорошилкиной
- д) Пона

089. Выявить одностороннее смещение боковых зубов позволяет методика

- а) Хорошилкиной
- б) Пона
- в) Хауса
- г) Нанса
- д) Снагиной

090. Индекс фасциальный морфологический, равный 96-100, определяет

- а) очень узкое лицо
- б) узкое лицо
- в) среднее лицо
- г) широкое лицо
- д) очень широкое лицо

091. Ширина апикального базиса на верхней челюсти определяется между точками, расположенными в области

- а) проекции корней моляров
- б) проекции корней премоляров
- в) проекции корней клыков
- г) собачьих ямок
- д) определить невозможно

092. Ширина апикального базиса на нижней челюсти определяется между точками, расположенными в области

- а) проекции корней моляров
- б) проекции корней премоляров
- в) у десневого края клыков
- г) между проекциями корней клыков и первых премоляров, отступая 8 мм от десневого края
- д) определить невозможно

093. Длина апикального базиса верхней челюсти определяется между касательной к дистальной поверхности

- а) 16, 26 до режущего края 11, 21 по средней линии
- б) 16, 26 до межзубного сосочка между 11, 21 по средней линии
- в) 17, 27 до межзубного сосочка между 11, 21 по средней линии
- г) 17, 27 до режущего края 11, 21
- д) определить невозможно

094. Длина апикального базиса нижней челюсти определяется между касательной к дистальной поверхности
- а) 16, 26 до режущего края 11, 21 по средней линии
 - б) 16, 26 до межзубного сосочка между 11, 21 по средней линии
 - в) 17, 27 до режущего края 11, 21 по средней линии
 - г) 17, 27 до межзубного сосочка между 11, 21 по средней линии
 - д) определить невозможно
095. Длина апикального базиса от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов составляет
- а) 20%
 - б) 30%
 - в) 40%
 - г) 50%
 - д) 60%
096. Орбитальной плоскости на диагностических моделях соответствует линия,
- а) проходящая через вершину резцового сосочка
 - б) проходящая через задний край резцового сосочка
 - в) соединяющая точки Фриеля на премолярах
 - г) проходящая через передний край резцового сосочка
 - д) соединяющая моляры
097. Орбитальная плоскость в норме проходит через
- а) боковые резцы
 - б) клыки
 - в) первые премоляры
 - г) вторые премоляры
 - д) первые моляры
098. Функциональные нарушения челюстно-лицевой области исследуют
- а) близкофокусной внутриротовой рентгенографией
 - б) ортопантомографией челюстей
 - в) панорамной рентгенографией
 - г) телерентгенографией
 - д) рентгенокинематографией
099. Ширина апикального базиса от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов составляет
- а) 20%
 - б) 30%
 - в) 40%
 - г) 50%
 - д) 60%
100. Рентгеновская трубка при внутриротовой близкофокусной рентгенографии расположена
- а) перпендикулярно оси снимаемого зуба
 - б) перпендикулярно рентгеновской пленке
 - в) перпендикулярно биссектрисе угла, образованного осью зуба и пленкой
 - г) параллельно окклюзионной плоскости
 - д) любым образом
101. При внутриротовой близкофокусной рентгенографии рентгеновская трубка направляется на проекцию
- а) коронки зуба
 - б) верхушки корня зуба
 - в) середины корня зуба
 - г) 1/3 корня зуба
 - д) не имеет значения
102. Во время проведения панорамной рентгенографии пленка расположена
- а) в полости рта неподвижно
 - б) вне полости рта неподвижно
 - в) вне полости рта подвижно
 - г) любым образом
 - д) в полости рта подвижно

103. Во время проведения панорамной рентгенографии рентгеновская трубка расположена

- а) в полости рта неподвижно
- б) вне полости рта неподвижно
- в) вне полости рта подвижно
- г) в полости рта подвижно
- д) любым образом

104. Во время ортопантомографии челюстей пленка расположена

- а) в полости рта неподвижно
- б) в полости рта подвижно
- в) вне полости рта неподвижно
- г) вне полости рта подвижно
- д) любым образом

105. Во время ортопантомографии челюстей рентгеновская трубка располагается

- а) в полости рта неподвижно
- б) в полости рта подвижно
- в) вне полости рта неподвижно
- г) вне полости рта подвижно
- д) любым образом

106. При телерентгенографии головы рентгеновская трубка расположена от исследуемого объекта на расстоянии

- а) 50 см
- б) 1 м
- в) 1.5 м
- г) 2-3 м
- д) 4-5 м

107. Ортопантомографию челюстей необходимо проводить

- а) в краевом смыкании резцов
- б) при выдвигании нижней челюсти до соотношения 16,26;36,46 по I классу Энгля
- в) при привычной окклюзии
- г) в состоянии физиологического покоя
- д) при любом смыкании челюстей

108. Для определения смещения нижней челюсти в сторону необходимо применять

- а) жевательные пробы по Рубинову
- б) пробу Битнера - Эйшлера
- в) пробу Ильиной - Маркосян
- г) глотательные пробы
- д) любую пробу из перечисленных

109. Для определения смещения нижней челюсти вперед необходимо применять

- а) жевательные пробы по Рубинову
- б) пробу Битнера - Эйшлера
- в) пробу Ильиной - Маркосян
- г) глотательные пробы
- д) любую пробу из перечисленных

110. Глубину преддверия полости рта измеряют

- а) от режущего края резцов до переходной складки
- б) от вершины межзубных сосочков до переходной складки
- в) от десневого края резцов до переходной складки
- г) от экватора резцов до переходной складки
- д) любым способом

(=#) Раздел 4. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И СПОСОБЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

001. Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу в области боковых зубов верхней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги

- а) припаивают на вестибулярной поверхности

- б) припаивают на небной поверхности
- в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности
- г) место припаивания не имеет значения
- д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)

002. Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу в области боковых зубов нижней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги

- а) припаивают на вестибулярной поверхности
- б) припаивают на небной поверхности
- в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности
- г) место припаивания не имеет значения
- д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)

003. Для устранения смещения нижней челюсти в сторону шапочку с подбородочной пращей и внеротовой резиновой тягой

- а) можно применять с вертикальной тягой
- б) можно применять с горизонтальной тягой
- в) можно применять с косой тягой
- г) можно применять с любой тягой
- д) применять не рекомендуется

004. Асимметрия лица у больных с гнатической формой перекрестного прикуса усиливается в возрасте

- а) 3-6 лет
- б) 6-7 лет
- в) 10-11 лет
- г) 15-16 лет
- д) после 20 лет

005. При ношении бионатора величина разобращения в переднем участке

- а) без разобращения
- б) составляет 2-3 мм
- в) составляет до 5 мм
- г) составляет более 5 мм
- д) не имеет значения

006. Применение бионатора показано

- а) во временном прикусе
- б) в раннем смешанном прикусе
- в) в позднем смешанном прикусе
- г) в постоянном прикусе
- д) в любом периоде формирования прикуса

007. Применение регулятора функции I типа показано

- а) при дистальном блокирующем прикусе
- б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
- в) при мезиальном прикусе
- г) при перекрестном прикусе
- д) при прямом прикусе

008. Применение регулятора функции II типа показано

- а) при дистальном блокирующем прикусе
- б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
- в) при мезиальном прикусе
- г) при перекрестном прикусе
- д)

009. Применение регулятора функции III типа показано

- а) при дистальном блокирующем прикусе
- б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
- в) при мезиальном прикусе
- г) при перекрестном прикусе
- д) при открытом прикусе

010. У регулятора функции I типа боковые щиты

- а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
- б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
- в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках
- г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках
- д) не имеют существенного значения

011. У регулятора функции II типа боковые щиты

- а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
- б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
- в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках
- г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках
- д) не имеют существенного значения

012. У регулятора функции III типа боковые щиты

- а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
- б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
- в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках
- г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках
- д) не имеют существенного значения

013. У регулятора функции I типа пелоты

- а) изготавливаются в области верхней губы
- б) изготавливаются в области нижней губы
- в) изготавливаются в области верхней и нижней губы
- г) не применяются
- д) применяются в зависимости от возраста ребенка

014. У регулятора функции II типа пелоты

- а) изготавливаются в области верхней губы
- б) изготавливаются в области нижней губы
- в) изготавливаются в области верхней и нижней губы
- г) не применяются
- д) применяются в зависимости от возраста ребенка

015. У регулятора функции III типа пелоты

- а) изготавливаются в области верхней губы
- б) изготавливаются в области нижней губы
- в) изготавливаются в области верхней и нижней губы
- г) не применяются
- д) применяются в зависимости от возраста ребенка

016. Для изготовления регулятора функции I типа особенностью конструктивного прикуса является

- а) выдвижение нижней челюсти на I классу Энгля
- б) выдвижение нижней челюсти на 3-5 мм
- в) выдвижение нижней челюсти до краевого смыкания резцов
- г) выдвижение нижней челюсти до обратного перекрытия в области резцов
- д) отсутствие выдвижения нижней челюсти

017. Для изготовления регулятора функции III типа особенностью конструктивного прикуса является

- а) смещение нижней челюсти назад до соотношения 16, 26, 36, 46 по I классу Энгля
- б) смещение нижней челюсти до краевого смыкания резцов
- в) максимальное смещение нижней челюсти назад
- г) отсутствие смещения нижней челюсти
- д) не имеет существенного значения

018. У регулятора функции I типа небный бюгель

- а) проходит впереди 15, 25
- б) проходит впереди 16, 26
- в) проходит позади 16, 26
- г) прохождение небного бюгеля не имеет значения
- д) не применяется

019. У регулятора функции III типа небный бюгель

- а) проходит впереди 15, 25
- б) проходит впереди 16, 26
- в) проходит позади 16, 26
- г) прохождение небного бюгеля не имеет значения
- д) не применяется

020. Разновидности регуляторов функции I типа отличаются от II типа

- а) разным расположением губных пелотов
- б) введением небной дуги
- в) отсутствием вестибулярной дуги
- г) различным расположением небного бюгеля
- д) ничем из перечисленного

021. Верхняя граница верхнегубных пелотов проходит

- а) на уровне прикрепления уздечки верхней губы
- б) не доходя до основания носа
- в) доходя до основания носа
- г) выше уровня основания носа
- д) вариабельно

022. Передняя граница боковых щитов у регулятора функции проходит

- а) между боковыми резцами и клыками
- б) между клыками и первыми премолярами
- в) между первыми и вторыми премолярами
- г) вариабельно
- д) между вторыми премолярами и первыми молярами

023. Граница боковых щитов у регуляторов функции проходит

- а) за вторыми премолярами
- б) у дистальной поверхности первых верхних моляров
- в) у дистальной поверхности первых нижних моляров
- г) за последними зубами
- д) вариабельно

024. Границы опорных колец или коронок на коронковой части зуба

- а) проходят на 1/3 коронки зуба
- б) проходят на 1/2 коронки зуба
- в) доходят до клинической шейки зуба
- г) доходят до анатомической шейки зуба
- д) не имеет значения

025. Место припаивания опорных трубок для дуг Энгля

- а) находится на расстоянии 2 мм от жевательной поверхности
- б) находится на уровне экватора зуба
- в) находится на расстоянии 2 мм от десневого края
- г) не имеет значения
- д) зависит от вида прикуса

026. Место припаивания штанги для дистального перемещения клыков

- а) находится ближе к мезиальной поверхности коронки
- б) находится ближе к дистальной поверхности коронки
- в) находится посередине коронки
- г) не имеет значения
- д) зависит от вида прикуса

027. Нижняя граница штанги для дистального перемещения клыков

- а) находится ниже режущего бугра
- б) находится на уровне режущего бугра
- в) находится выше уровня режущего бугра
- г) не имеет значения
- д) зависит от вида прикуса

028. Верхняя граница штанги для дистального перемещения клыков

- а) находится на уровне десневого края
- б) не доходит до десневого края на 1/3 высоты коронки
- в) находится на уровне проекции 1/3 величины корня
- г) находится на уровне проекции 1/2 величины корня
- д) находится на уровне проекции верхушки корня у переходной складки

029. Место припаивания штанги для медиального перемещения резцов

- а) находится ближе к медиальной поверхности коронки
- б) находится ближе к латеральной поверхности коронки
- в) находится посередине коронки
- г) не имеет значения
- д) зависит от вида прикуса

030. Для равномерного расширения зубного ряда дуга Энгля

- а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
- б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
- в) прилегает к передним и боковым зубам
- г) отступает от передних и боковых зубов
- д) не имеет значения

031. Для удлинения зубного ряда дуга Энгля

- а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
- б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
- в) прилегает к передним и боковым зубам
- г) отступает от передних и боковых зубов
- д) не имеет значения

032. Для укорочения зубного ряда дуга Энгля

- а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
- б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
- в) прилегает к передним и боковым зубам
- г) отступает от передних и боковых зубов
- д) не имеет значения

033. Место припаивания крючков или штанг на скользящей вестибулярной дуге находится

- а) в области боковых резцов
- б) у мезиальной поверхности клыков
- в) у дистальной поверхности клыков
- г) в области первых премоляров
- д) в области вторых премоляров

034. Место припаивания крючков или штанг на выскальзывающей вестибулярной дуге находится

- а) в области боковых резцов
- б) у мезиальной поверхности клыков
- в) у дистальной поверхности клыков
- г) в области первых премоляров
- д) в области вторых премоляров

035. Уровень припаивания П-образных крючков на кольцах с небной стороны

- а) проходит у режущего корня
- б) проходит посередине кольца
- в) проходит на 2 мм ниже десневого края кольца
- г) не имеет значения
- д) крючки не припаивают с небной стороны

036. Показанием для применения аппарата Хербста - Кожокару является

- а) дистальный прикус
- б) мезиальный прикус
- в) глубокий прикус
- г) открытый прикус
- д) перекрестный прикус

037. Действие аппарата Хербста - Кожокару направлено

- а) на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти
- б) на зубоальвеолярное вытяжение боковых зубов верхней челюсти
- в) на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти
- г) на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов нижней челюсти
- д) на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти, на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти

038. Аппарат Герлинга - Гашимова применяется

- а) при резком сужении зубного ряда
- б) при макродензии
- в) для дистального перемещения боковых зубов
- г) для поворота зубов по оси
- д) для вертикального вытяжения зубов

039. Показанием для применения аппарата Дерихсвайлера является

- а) укорочение зубной дуги
- б) удлинение зубной дуги
- в) резкое сужение зубного ряда верхней челюсти
- г) резкое сужение зубного ряда нижней челюсти
- д) мезиальное смещение боковых зубов

040. Верхняя граница коронки Катца с вестибулярной поверхности

- а) доходит до анатомической шейки зуба
- б) доходит до клинической шейки зуба
- в) проходит, отступая от десневого края на 2-3 мм
- г) доходит до середины коронки зуба
- д) не имеет значения

041. Активатор Андресена - Гойпля относится

- а) к механически-действующим аппаратам
- б) к функционально-действующим аппаратам
- в) к функционально-направляющим аппаратам
- г) к внеротовым аппаратам
- д) к блоковым аппаратам сочетанного действия

042. Активатор Андресена - Гойпля действует

- а) в сагиттальной плоскости
- б) в трансверсальной плоскости
- в) в вертикальной плоскости
- г) в 3 плоскостях
- д) в 2 плоскостях

043. При ношении активатора разобшение в боковых участках составляет

- а) 1-2 мм
- б) 3-4 мм
- в) 5-6 мм
- г) до 10 мм
- д) разобшение не нужно

044. При определении конструктивного прикуса для активатора нижняя челюсть выдвигается вперед

- а) на 2-3 мм
- б) на 5 мм
- в) на 7 мм
- г) на 10 мм
- д) в краевое смыкание

045. Кронштейны для фиксации нижнегубных пелотов вводятся

- а) в переднем участке нижней челюсти
- б) в боковых участках нижней челюсти
- в) в переднем участке верхней челюсти
- г) в боковых участках верхней челюсти
- д) не имеет значение

046. Нижняя граница нижнегубных пелотов

- а) проходит выше супраментальной складки
- б) проходит на уровне супраментальной складки
- в) проходит ниже уровня супраментальной складки
- г) не имеет значения
- д) зависит от выраженности дистального прикуса

047. При лечении активатором Андресена - Гойпля нормализуются функции

- а) жевания
- б) глотания
- в) речи
- г) все перечисленные
- д) дыхания

048. Лечение активатором Андресена - Гойпля лучше проводить в возрасте

- а) 4-5 лет
- б) 6-7 лет
- в) 9-10 лет
- г) 11-12 лет
- д) в любом из перечисленных возрастов

049. При гнатической форме мезиального прикуса удаление зачатков 18, 28 показано в возрасте

- а) 10 лет
- б) 12-14 лет
- в) 16 лет
- г) 18 лет
- д) 20 лет

050. После окончания лечения дистального прикуса зачатка 18, 28 необходимо удалять

- а) при нарушении функции дыхания
- б) при нарушении функции глотания
- в) при адентии 18, 28
- г) при неправильном наклоне осей 18, 28
- д) при недостатке места для 18, 28

051. Показанием к последовательному удалению отдельных зубов является

- а) кариозное разрушение коронок зубов
- б) макроденития
- в) сагиттальная щель
- г) протрузия резцов
- д) открытый прикус

052. Показанием к применению бионатора Янсона является

- а) резкое сужение верхней челюсти
- б) ретрузия передних зубов на верхней челюсти
- в) мезиальное смещение боковых зубов
- г) протрузия передних зубов на верхней челюсти
- д) ретрузия передних зубов на нижней челюсти

053. Особенностью конструктивного прикуса для изготовления бионатора Янсона является

- а) выдвижение нижней челюсти на 3 мм
- б) выдвижение нижней челюсти по I классу Энгля
- в) выдвижение нижней челюсти до краевого смыкания верхних и нижних резцов
- г) без смещения нижней челюсти
- д) не имеет значение

054. Раздражающую терапию в области ретинированного зуба надо проводить в течение

- а) 3-5 месяцев
- б) 1 месяца
- в) 8-10 месяцев
- г) 1.5-2 лет
- д) срок не имеет значения

055. Съёмные протезы у детей заменяют

- а) каждый год
- б) 1 раз в 2 года
- в) 1 раз в 3 года
- г) 1 раз в 4 года
- д) 1 раз в 5 лет

056. Для лечения перекрестного прикуса с боковым смещением нижней челюсти окклюзионные накладки двухчелюстных аппаратов

- а) готовят на стороне смещения
- б) готовят на противоположной стороне
- в) готовят с двух сторон
- г) не делают
- д) не имеет значения

057. При применении расширяющей пластинки для верхней челюсти для лечения двустороннего вестибулярного перекрестного прикуса окклюзионные накладки на боковые зубы должны быть

- а) с отпечатками противоположных зубов
- б) гладкие
- в) окклюзионные накладки не нужны
- г) с одной стороны с отпечатками, с другой - гладкие
- д) форма не имеет значения

058. Для применения межчелюстной резиновой тяги для лечения лингвального перекрестного прикуса крючки припаивают на боковые зубы верхней челюсти

- а) на вестибулярной поверхности
- б) на небной поверхности
- в) на вестибулярной и небной поверхности
- г) место припаивания не имеет значения
- д) перемещение проводится без крючков

059. Для применения межчелюстной резиновой тяги для лечения лингвального перекрестного прикуса крючки припаивают на боковые зубы нижней челюсти

- а) на вестибулярной поверхности
- б) на язычной поверхности
- в) на вестибулярной и язычной поверхности
- г) место припаивания не имеет значения
- д) перемещение проводится без крючков

(=#) Раздел 5. ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ТЕХНИКА

001. Пластмассовый базис аппарата Дерихсвайлера

- а) касается пришеечной части зубов верхней челюсти
- б) касается купола неба и альвеолярного отростка верхней челюсти
- в) имеет укороченные границы, но опирается на небо
- г) имеет укороченные границы и отходит от свода неба
- д) граница не имеет значения

002. Диаметр проволоки для изготовления касательных и направляющих в аппарате Дерихсвайлера должен быть

- а) 0.6 мм
- б) 0.8 мм
- в) 1.0 мм
- г) 1.2 мм
- д) 1.5 мм

003. Каппа Бынина, аппарат Брюкля, аппарат Башаровой относятся

- а) к механически действующим аппаратам
- б) к функционально-действующим аппаратам
- в) к функционально-направляющим аппаратам
- г) к аппаратам сочетанного действия
- д) к ретенционным аппаратам

004. Аппарат Брюкля действует по принципу

- а) орального наклона передних нижних зубов
- б) вестибулярного перемещения передних верхних зубов
- в) перемещения нижней челюсти назад
- г) сочетанного действия
- д) сдерживания роста нижней челюсти

005. К механическим приспособлениям для фиксации съемных ортодонтических аппаратов относятся

- а) небные дуги
- б) протрагирующие пружины
- в) винты
- г) боковые щиты
- д) кламмеры

006. Использование анатомической ретенции для фиксации съемных ортодонтических аппаратов достигается с помощью

- а) кламмеров
- б) вестибулярных дуг
- в) капп
- г) окклюзионных накладок
- д) получения качественного оттиска всех анатомических образований зубных рядов и челюстей

007. Адгезия - силы сцепления, возникающие между двумя плотно соприкасающимися увлажненными поверхностями, -

- а) улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов
- б) не улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов
- в) относительно улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов
- г) имеет место только при фиксации полных съемных протезов
- д) не имеет значения

008. При применении съемного аппарата без кламмерной фиксации происходит

- а) эффективное перемещение зубов и исправление формы зубных рядов
- б) фиксация аппарата за счет активизирования пружин и дуг различных конструкций
- в) фиксация аппарата за счет активизирования винтов
- г) фиксация аппарата за счет противодействия активной и реактивной сил, развиваемых аппаратом
- д) недостаточная фиксация аппарата в полости рта, его смещение в процессе действия в более широкую часть зубной дуги, что приводит к удерживанию аппарата языком, нарушению его функции, либо отказа от пользования аппаратом, что удлиняет сроки лечения

009. На одночелюстном съемном аппарате изготавливают

- а) 1 кламмер
- б) 2 кламмера
- в) 3 кламмера
- г) 4 кламмера
- д) 5 кламмеров

010. На зубах нижней челюсти для наилучшей фиксации аппарата кламмеры следует располагать

- а) асимметрично
- б) симметрично
- в) по диагонали
- г) на одноименных жевательных зубах
- д) по возможности симметрично для равномерной передачи нагрузки на базис аппарата

011. Кламмер состоит

- а) из плеча и тела
- б) из тела, плеча и отростка, с помощью которого кламмер фиксируется в базисе аппарата
- в) из плеча и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата

- г) из плеча, рабочего угла и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
- д) из плеча, рабочего угла, тела и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата

012. Фиксирующий элемент кламмера на вестибулярной поверхности боковых зубов располагают

- а) ближе к окклюзионной поверхности зуба
- б) между окклюзионной и средней третью вестибулярной поверхности зуба
- в) в области средней трети вестибулярной поверхности зуба
- г) на границе между средней и пришеечной третью вестибулярной поверхности зуба
- д) в области пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба

013. У детей экватор на вестибулярной поверхности боковых зубов располагается

- а) ближе к окклюзионной поверхности зуба
- б) на границе окклюзионной и средней трети вестибулярной поверхности зуба
- в) в области средней трети вестибулярной поверхности зуба
- г) на границе средней и пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба
- д) в области пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба

014. У детей с глубоким прикусом экватор на вестибулярной поверхности боковых зубов располагается

- а) ближе к окклюзионной поверхности зуба
- б) на границе окклюзионной и средней трети зуба
- в) в области средней трети зуба
- г) на границе средней и пришеечной трети части
- д) в области пришеечной трети части

015. Фиксирующий эффект кламмера достигается

- а) правильным прилеганием плеча к коронке зуба
- б) правильным изгибанием тела, обуславливающим опору кламмера
- в) правильным направлением отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
- г) правильным изгибанием всех перечисленных элементов кламмера
- д) наличием рабочего угла между телом и плечом кламмера при правильном изгибании всех перечисленных элементов

016. Кламмеры классифицируются

- а) по способу изготовления
- б) по диаметру проволоки
- в) по способу фиксации в базисе аппарата
- г) по технологии изготовления
- д) по прилеганию плеча к коронке зуба

017. Кламмеры с плоскостным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть

- а) круглые
- б) пуговчатые
- в) кламмеры Адамса
- г) ленточные
- д) рамочные

018. Кламмеры с линейным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть

- а) рамочные
- б) круглые, перекидной Джексона
- в) кламмер Адамса, кламмер Шварца
- г) все перечисленные
- д) некоторые из перечисленных

019. Кламмеры с линейным прилеганием плеча к коронке изгибают из проволоки диаметром

- а) 0.6 мм
- б) 0.7 мм
- в) 0.8 мм
- г) 0.9 мм
- д) 1.0 мм

020. Для фиксации съемных аппаратов у пациентов в периоде смешанного прикуса следует применять кламмер с линейным прилеганием плеча к коронке

- а) круглый

- б) перекидной Джексона
- в) Дуйзингса
- г) фиксатор Нападова
- д) рамочный

021. Круглый кламмер

- а) выполняет опорно-удерживающую функцию
- б) выполняет удерживающую функцию
- в) используется как активно действующий элемент для поворота опорного зуба вокруг оси
- г) используется для перемещения отдельных зубов или их групп
- д) используется для фиксации резиновых лигатур

022. Для фиксации съемного аппарата, использующегося для межчелюстной тяги, следует изготавливать

- а) 2 круглых кламмера
- б) 3 круглых кламмера
- в) 4 круглых кламмера
- г) 5 круглых кламмеров
- д) 6 и более круглых кламмеров

023. Кламмером с точечным прилеганием плеча под экватором к коронке зуба является

- а) кламмер Дуйзингса
- б) рамочный
- в) пуговчатый, крючкообразный, копьевидный
- г) кламмер Шварца
- д) кламмер Адамса

024. Заводским путем изготавливают

- а) пуговчатые кламмеры
- б) крючкообразные кламмеры
- в) копьевидные кламмеры
- г) кламмеры Адамса
- д) все перечисленные кламмеры

025. В зуботехнической лаборатории изготавливают

- а) пуговчатые кламмеры
- б) кламмеры Шварца, Адамса
- в) крючкообразные кламмеры
- г) копьевидные кламмеры
- д) все перечисленные кламмеры

026. Кламмеры Шварца наиболее часто изготавливают

- а) на 1 боковой зуб
- б) на 2 боковых зуба
- в) на группу боковых зубов
- г) на группу передних зубов
- д) на группу боковых зубов справа и слева

027. Кламмеры с точечным прилеганием плеча к коронке зуба изгибают из проволоки диаметром

- а) 0.6 мм
- б) 0.7 мм
- в) 0.8 мм
- г) 0.9 мм
- д) 1.0 мм

028. В отечественной ортодонтии редко применяют кламмеры Шварца

- а) из-за отсутствия набора щипцов для их изгибания
- б) из-за недостаточно хорошего качества проволоки
- в) из-за недостаточно надежной фиксации с их помощью аппарата
- г) из-за затруднений при их коррекции
- д) из-за всех перечисленных причин

029. В отечественной ортодонтии для фиксации съемных ортодонтических аппаратов наиболее широко используется кламмер Адамса

- а) из-за затрудненного изготовления кламмеров других конструкций
- б) из-за отсутствия материала для изготовления кламмеров других конструкций
- в) из-за более простого его изготовления, чем кламмеров других конструкций
- г) из-за надежной фиксации ортодонтических аппаратов
- д) из-за его универсальности и эффективности

030. Размер плеча кламмера Адамса соответствует

- а) размеру вестибулярной поверхности опорного зуба
- б) размеру опорного зуба между его контактными точками с соседними зубами
- в) высоте коронки опорного зуба
- г) размеру, соответствующему расстоянию между точками, маркированными на экваторе зуба в месте перехода вестибулярной поверхности в проксимальную
- д) всем перечисленным размерам

031. Различные разновидности конструкции кламмеров Адамса созданы

- а) с целью улучшения их фиксации
- б) для фиксации кламмера не только на опорном, но и на соседних зубах
- в) для использования кламмера как активно действующего элемента для перемещения соседних зубов и их групп
- г) с целью использования кламмера для фиксации межчелюстной и внеротовой тяги
- д) для многофункционального использования

032. Основным принципом изгибания проволоки для изготовления кламмеров является

- а) изгибание проволоки пальцами
- б) изгибание проволоки крампонными щипцами
- в) расположение прямой поверхности крампонных щипцов к месту изгиба
- г) расположение округлой поверхности крампонных щипцов к месту изгиба
- д) изгибание кламмеров на всех этапах проводится после отметки места изгиба карандашом

033. Для изгибания фиксирующих отростков кламмера Адамса необходимо определить их высоту по расстоянию

- а) от межбугровой фиссуры до десневого края по середине вестибулярной поверхности зуба
- б) от режущего мезиального бугра бокового зуба до десневого края
- в) от режущего дистального бугра бокового зуба до десневого края
- г) от экватора зуба до десневого края по середине его вестибулярной поверхности
- д) от точек, маркированных на экваторе, в месте перехода вестибулярной поверхности в апроксимальную, до контактного пункта

034. После изгибания плеча и фиксирующих отростков для дальнейшего изготовления остальных деталей кламмера необходимо прикладывать его к зубу так, чтобы плечо

- а) прилегало к вестибулярной поверхности зуба
- б) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 4-5 мм
- в) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся на шейке зуба около его десневого края и располагаются под углом 45° к вестибулярной поверхности зуба
- г) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся между экватором и шейкой зуба
- д) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся на экваторе зуба

035. После правильного прикладывания детали к коронке зуба точки для изгибания рабочего угла следует отмечать карандашом

- а) на уровне шейки
- б) посередине между экватором и шейкой зуба
- в) на уровне экватора
- г) между экватором и окклюзионной поверхностью зуба
- д) в месте контакта опорного зуба с соседними

036. При припасовывании тела кламмера Адамса к мезиальной и дистальной контактным поверхностям опорного зуба

- а) можно изгибать тело кламмера в вертикальной плоскости
- б) можно изгибать тело кламмера в трансверсальной плоскости
- в) можно изгибать тело кламмера по контактной поверхности опорного зуба
- г) можно изгибать тело кламмера по контактной поверхности среднего зуба с опорным
- д) тела кламмера должны быть параллельны друг другу

037. Для возможности использования внеротовой тяги в сочетании со съемным ортодонтическим аппаратом и без опасности потерять сталистые свойства проволоки на кламмере Адамса изготавливают
- крючки на фиксирующем отростке
 - завиток на плече кламмера
 - крючок на отростке, фиксирующем кламмер в базисе аппарата
 - навитые трубки (по Э.А.Вольскому) на величину горизонтальной части плеча кламмера
 - припаянные трубки от дуги Энгля к горизонтальной части плеч кламмеров
038. Кламмеры Адамса не препятствуют зубоальвеолярному удлинению опорных зубов вследствие
- конструктивных особенностей их изготовления
 - точечного прилегания плеча к коронке опорного зуба
 - невозможности достаточно плотного прилегания кламмера к коронке опорного зуба
 - наличия расстояния между плечом и вестибулярной поверхностью зуба
 - перемещения аппарата в вертикальном направлении вместе с зубами и альвеолярным отростком
039. В процессе лечения пациентов съемными аппаратами с фиксирующими кламмерами Адамса физиологическое мезиальное перемещение
- происходит
 - не происходит
 - не может происходить, так как боковые зубы фиксированы кламмерами Адамса
 - происходит, так как кламмеры могут быть изготовлены недостаточно точно
 - происходит, так как аппараты постоянно перемещаются вместе с зубными рядами
040. Лингвальные или небные дуги изготавливаются из проволоки диаметром
- 0.6 мм
 - 0.8 мм
 - 1.0 мм
 - 1.2 мм
 - 1.5 мм
041. Граница лингвальной дуги в области боковых зубов проходит
- на жевательной поверхности
 - у жевательной поверхности
 - в области экватора
 - в пришеечной части
 - в подъязычной области или вдоль ската неба
042. Граница лингвальной дуги в области передних зубов проходит
- у режущего края
 - на небных буграх
 - в пришеечной части
 - в области экватора
 - место прохождения границы не имеет значения
043. Назубные дуги изготавливают из проволоки диаметром
- до 0.6 мм
 - до 0.8 мм
 - до 1.0 мм
 - до 1.2 мм
 - любого размера
044. Граница назубной дуги проходит
- ближе к режущему краю зуба
 - в области экватора коронки зуба
 - в пришеечной части
 - по вершинам межзубных сосочков
 - место прохождения границы не имеет значения
045. Кламмер состоит
- из плеча, рабочего угла, отростка для фиксации в базисе аппарата
 - из плеча, тела, рабочего угла, отростка для фиксации в базисе аппарата
 - из плеча, отростка для фиксации в базисе аппарата
 - из плеча, тела

д) из тела, отростка для фиксации в базисе аппарата

046. Для наилучшей фиксации аппарата элементы кламмера на зубе следует располагать

- а) ближе с окклюзионной поверхности зуба
- б) на середине между окклюзионной и десневой поверхностями зуба
- в) в десневой части коронки зуба, сразу же за экватором
- г) ближе к десневой части коронки зуба
- д) место расположения не имеет значения

047. Для наилучшей фиксации аппарата кламмеры следует располагать

- а) на одной стороне зубного ряда
- б) на обеих сторонах зубного ряда
- в) симметрично
- г) асимметрично
- д) по диагонали

048. Рамочный кламмер показано применять

- а) в период временного прикуса
- б) в период сменного прикуса
- в) в период постоянного прикуса
- г) в любой из перечисленных периодов
- д) при множественной адентии

049. Заводским путем изготавливают кламмеры

- а) стреловидные Шварца, Адамса, пуговчатый крупный
- б) крючкообразный, стреловидный Шварца, рамочный Джексона
- в) пуговчатый, крючкообразный, копьеобразный
- г) никакие из перечисленных
- д) все перечисленные

050. Группу кламмеров с линейным прилеганием плеча к коронке зуба составляют кламмеры

- а) крючкообразный, пуговчатый
- б) стреловидный Шварца
- в) круглый, перекидной Джексона, рамочный
- г) Адамса
- д) копьевидный, ленточный

051. Для фиксации съемных ортодонтических аппаратов наиболее универсальны и эффективны кламмеры

- а) с плоскостным прилеганием плеча к коронке зуба
- б) с линейным прилеганием плеча к коронке зуба
- в) с точечным прилеганием плеча к коронке зуба
- г) с сочетанным прилеганием
- д) с любым прилеганием

052. С целью фиксации съемного ортодонтического аппарата кламмеры Адамса можно изгибать

- а) на моляры
- б) на резцы
- в) на клыки
- г) на любые зубы
- д) на премоляры

053. Фиксирующие выступы кламмера Адамса должны располагаться

- а) в области экватора зуба
- б) между экватором и пришеечной частью зуба
- в) в пришеечной части зуба
- г) у шейки зуба на месте перехода вестибулярной поверхности в проксимальную
- д) место расположения не имеет значения

054. При необходимости использования кламмера Адамса для перемещения отдельных зубов следует применять

- а) кламмер с одним фиксирующим отростком, с крючком для резиновой тяги, с навитым плечом по Вольскому
- б) кламмер с завитком в области плеча, с двумя фиксирующими отростками, многозвеньевой кламмер Адамса
- в) кламмеры с крючками для резиновой тяги, с завитком в области плеча, с петлями, изогнутыми на отростках, фиксирующих кламмер в базисе аппарата по типу петель вестибулярной дуги

- г) кламмер с двумя фиксирующими отростками
- д) все виды кламмеров Адамса

055. Для протрагирующих пружин, перемещающих зуб без поворота по оси, оптимальным является

- а) 1 изгиб
- б) 2 изгиба
- в) 3 изгиба
- г) 4 изгиба

д) количество изгибов не имеет значения

056. Рукообразная пружина располагается

- а) в плоскости перемещаемого зуба
- б) впереди плоскости перемещаемого зуба
- в) позади плоскости перемещаемого зуба
- г) место расположения не имеет значения
- д) перпендикулярно перемещаемому зубу

057. Пружина Коффина изгибается из проволоки диаметром

- а) 0.6 мм
- б) 0.8 мм
- в) 1.0 мм
- г) 1.2 мм
- д) 1.5 мм

058. Протрагирующие и рукообразные пружины изгибаются из проволоки диаметром

- а) 0.6 мм
- б) 0.8 мм
- в) 1.0 мм
- г) 1.2 мм
- д) 1.5 мм

059. Нижняя граница вертикальных упоров для языка проходит

- а) на уровне режущих краев резцов верхней челюсти
- б) на уровне режущих краев резцов нижней челюсти
- в) отступая на 1/3 от режущего края резцов нижней челюсти
- г) на уровне середины коронки резцов нижней челюсти
- д) ниже уровня десневого края резцов нижней челюсти

060. Нижняя граница горизонтальных упоров для языка проходит

- а) на уровне режущих краев резцов нижней челюсти
- б) отступая на 1/3 от режущего края резцов нижней челюсти
- в) на уровне середины коронки резцов нижней челюсти
- г) на уровне десневого края резцов нижней челюсти
- д) ниже уровня десневого края резцов нижней челюсти

061. При дистальном перемещении боковых зубов винт располагается

- а) перпендикулярно к перемещенным зубам
- б) в куполе неба
- в) параллельно перемещаемым зубам на скате альвеолярного отростка
- г) с противоположной стороны
- д) место расположения не имеет значения

062. Назубная часть вестибулярной дуги доходит

- а) до дистальной поверхности клыков
- б) до дистальной поверхности первых премоляров
- в) до латеральной поверхности боковых резцов
- г) до латеральной поверхности центральных резцов
- д) граница не имеет значения

063. Изгибы вестибулярной дуги должны иметь

- а) П-образную форму
- б) U-образную форму
- в) У-образную форму

- г) полукруглую форму
- д) любую форму

064. Высота полукруглых изгибов должна быть

- а) 0.5 мм
- б) 1 мм
- в) 3 мм
- г) 5 мм
- д) 7 мм

065. Ширина полукруглых изгибов равняется

- а) 3 мм
- б) 5 мм
- в) 7 мм
- г) мезиодистальному размеру клыка
- д) величине, большей мезиодистального размера клыка

066. Отросток для межчелюстной тяги равен

- а) 2 мм
- б) 4 мм
- в) 6 мм
- г) 8 мм
- д) 10 мм

067. Крючковидный отросток фасонной вестибулярной дуги для дистального перемещения клыка должен охватывать

- а) вестибулярную поверхность зуба
- б) мезиальную поверхность зуба
- в) небную поверхность зуба
- г) вестибулярную, мезиальную и частично небную поверхность зуба
- д) не имеет значения

068. Отросток для межчелюстной тяги изгибается

- а) на назубной части
- б) на мезиальном колене изгиба
- в) на дистальном колене изгиба
- г) на вершине изгиба
- д) место изгиба не имеет значения

069. Показанием к применению М-образного изгиба вестибулярной дуги является

- а) дистальное перемещение зубов
- б) мезиальное перемещение зубов
- в) ретрузия зубов
- г) вертикальное вытяжение зубов
- д) фиксация аппарата

070. Одиночный винт для вестибулярного отклонения резца располагается

- а) перпендикулярно к перемещаемому зубу
- б) на скате альвеолярного отростка
- в) в куполе неба
- г) в области моляров
- д) параллельно перемещаемым зубам

071. Угол наклонной плоскости у аппарата Брюкля составляет

- а) 15°
- б) 30°
- в) 45°
- г) 60°
- д) величина угла не имеет значения

072. Показания к применению аппарата Брюкля имеются

- а) при открытом прикусе
- б) при прямом прикусе
- в) при перекрытии верхними резцами на 1/3 нижних

- г) при глубоком резцовом перекрытии
- д) не имеет значения

073. Для вестибулярного перемещения верхних резцов при дистальном блокирующем прикусе винт располагается

- а) в куполе неба
- б) на скате альвеолярного отростка неба
- в) в переднем участке пластинки
- г) место расположения не имеет значения
- д) винт не применяется

074. Для дистального перемещения боковых зубов винт располагается

- а) в куполе неба
- б) перпендикулярно перемещаемым зубам на альвеолярном отростке
- в) параллельно перемещаемым зубам на альвеолярном отростке
- г) место расположения не имеет значения
- д) винт не применяется

075. Аппараты, предназначенные для раскрытия срединного небного шва, относятся

- а) к механически действующим аппаратам
- б) к функционально-действующим аппаратам
- в) к функционально-направляющим аппаратам
- г) к аппаратам сочетанного действия
- д) к ретенционным аппаратам

076. Для вестибулярного перемещения верхних резцов при мезиальном прикусе винт располагается

- а) в куполе неба
- б) на скате альвеолярного отростка неба
- в) в переднем участке пластинки
- г) место расположения не имеет значения
- д) винт не применяется

077. Аппарат Дерихсвайлера имеет

- а) 2 опорных коронки
- б) 4 опорных коронки
- в) 6 опорных коронок
- г) 8 опорных коронок
- д) количество опорных коронок не имеет значения

(=#) Раздел 6. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ

001. Методом устранения вредной привычки сосания пальца днем является

- а) фиксация руки в локтевом лучезапястном суставе
- б) применение вестибулярной пластинки
- в) применение метода внушения, гипноза
- г) одевание перчатки
- д) применение вестибуло-оральной пластинки

002. Методом устранения вредной привычки сосания языка является

- а) пластика аномальной уздечки языка
- б) применение вестибулярной пластинки
- в) применение вестибуло-оральной пластинки
- г) применение пластинки с наклонной плоскостью
- д) санация носоглотки

003. Функцию смыкания губ можно нормализовать

- а) миотерапией для круговой мышцы рта после санации полости рта
- б) пластикой низко прикрепленной уздечки верхней губы
- в) устранением аномалии прикуса
- г) пластикой укороченной уздечки нижней губы
- д) тренировкой правильного глотания

004. Методом нормализации функции жевания является

- а) исправление аномалий прикуса

- б) своевременная санация и протезирование полости рта
- в) пластика укороченной уздечки языка
- г) пластика укороченной уздечки нижней губы
- д) миотерапия для тренировки жевательных мышц

005. Тактикой врача при ранней потере моляров на одной из челюстей при временном нейтральном прикусе является

- а) изготовление съемного протеза
- б) рентгенообследование, массаж
- в) удаление зубов на противоположной челюсти
- г) наблюдение
- д) закрытие дефекта за счет соседних зубов

006. Тактикой врача при ранней потере постоянных моляров (в возрасте 11 лет) является

- а) протезирование - изготовление съемного протеза
- б) изготовление несъемного протеза
- в) закрытие дефекта за счет 7 и 8 зубов
- г) удаление зубов на противоположной челюсти
- д) наблюдение

007. Ранним признаком формирующегося глубокого прикуса является

- а) углубление резцового перекрытия
- б) увеличение степени фронтального перекрытия
- в) зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти
- г) зубоальвеолярное укорочение боковых участков челюстей
- д) уменьшение высоты нижней части лица

008. При лечении детей, имеющих ранние признаки мезиального прикуса, следует

- а) стимулировать рост верхней челюсти
- б) задержать рост нижней челюсти
- в) устранить причину, способствующую усугублению патологии
- г) обеспечить условия для физиологического развития челюстей
- д) пришлифовать бугры отдельных зубов

009. При лечении детей, имеющих ранние признаки дистального прикуса, обусловленного задним положением нижней челюсти, следует

- а) стимулировать рост нижней челюсти
- б) назначить миотерапию для перемещения нижней челюсти вперед
- в) назначить аппаратное лечение, направленное на перемещение нижней челюсти вперед
- г) задержать рост верхней челюсти
- д) устранить причины развития дистального прикуса

010. При лечении детей, имеющих ранние признаки глубокого прикуса в период формирования временного прикуса, следует

- а) назначить аппаратное лечение с учетом дезартикуляции прикуса
- б) провести коррекцию артикуляции челюстей в вертикальном направлении
- в) способствовать росту челюстных костей в боковых участках
- г) устранить глубокое перекрытие во фронтальном участке челюстей
- д) устранить вредные привычки, нормализовать функции

011. При лечении детей, имеющих ранние признаки открытого прикуса в периоде формирования временного прикуса, следует

- а) провести коррекцию артикуляции челюстей в вертикальном направлении
- б) способствовать росту челюстных костей во фронтальном участке
- в) назначить аппаратное лечение с целью дезартикуляции прикуса
- г) задержать рост челюстных костей в боковых участках
- д) устранить вредные привычки, нормализовать функции

012. Тактикой врача при ранней потере передних зубов у детей в возрасте 8-9 лет при нейтральном прикусе является

- а) изготовление съемного протеза
- б) изготовление несъемного протеза
- в) удаление отдельных зубов на противоположной челюсти
- г) наблюдение
- д) закрытие дефекта за счет перемещения соседних зубов

013. Тактикой врача при ретенции клыка и его закладки вне направления прорезывания в возрасте 16 лет является
- протезирование
 - массаж альвеолярного отростка
 - создание для него места в зубном ряду
 - обнажение коронки клыка или ее части хирургом
 - наблюдение
014. Для нормализации функции дыхания применяется
- миотерапия для круговой мышцы губ после санации носоглотки
 - пластика укороченной уздечки языка
 - исправление аномалии прикуса
 - применение активатора Андрезена - Гойпля
 - исправление осанки
015. Показанием к применению в лечебных целях стандартных вестибулярных пластинок является
- нормализация функции глотания
 - устранение вредных привычек сосания пальцев, губ
 - устранение вредной привычки сосания языка
 - исправление глубокого прикуса
 - устранение протрузии верхних резцов и расширение верхнего зубного ряда
016. Прямым показанием к пластике уздечки языка в грудном возрасте служит
- затрудненное сосание
 - наличие короткой уздечки языка
 - короткая уздечка в сочетании с ретрогенией
 - неправильное соотношение челюстей
 - макроглоссия
017. Показанием к пластике уздечки языка является
- нарушение глотания
 - нарушение звукопроизношения
 - укороченная уздечка языка, ограничивающая его подвижность
 - вредная привычка прокладывать язык между зубами
 - ротовое дыхание
018. Показанием к пластике укороченной уздечки верхней губы является
- несмыкание губ
 - укороченная уздечка верхней губы
 - диастема более 8 мм
 - нарушение звукопроизношения
 - низкое прикрепление уздечки верхней губы с вплетением волокон в срединный небный шов
- (=#) Раздел 7. АНОМАЛИИ И ДЕФОРМАЦИИ ЗУБОВ И ЗУБНЫХ РЯДОВ
001. Основной задачей ортодонтического лечения является
- устранение морфологических нарушений
 - устранение функциональных нарушений
 - устранение эстетических нарушений
 - создание морфологического, функционального и эстетического оптимума в зубочелюстной системе
 - уменьшение степени тяжести патологии
002. Немедленному удалению подлежит сверхкомплектный
- ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, имеющий несформированный корень
 - ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, но с наклоном его оси по отношению к корням соседних зубов до 30° с незавершенным формированием верхушки корня
 - зуб, находящийся в начальной стадии прорезывания
 - прорезавшийся зуб
 - любой зуб
003. Саморегуляцию диастемы до 5 мм между резцами верхней челюсти после удаления сверхкомплектного зуба между ними можно ожидать в возрасте
- до 6 лет

- б) до 7 лет
- в) до 8 лет
- г) до 9 лет
- д) до 11 лет

004. Диастему между 11, 21 и параллельное расположение их продольных осей наиболее часто обуславливает

- а) вредная привычка сосания пальца
- б) вредная привычка сосания нижней губы
- в) адентия 12, 22
- г) ретенция сверхкомплектного зуба, локализующегося в области верхушек корней резцов
- д) одонтома в области верхушек корней резцов

005. Диастему, латеральное отклонение осей центральных резцов наиболее часто обуславливает

- а) сосание большого пальца руки
- б) сосание и прикусывание нижней губы
- в) ранняя потеря постоянного бокового резца
- г) сосание языка
- д) укороченная уздечка языка

006. Диастему, мезиальный наклон осей центральных резцов, латеральный наклон верхушек корней наиболее часто обуславливает

- а) адентия 12, 22
- б) ранняя потеря 12, 22
- в) небное положение 12, 22
- г) наличие одонтомы в области корней 11, 21 или сверхкомплектного поперечно расположенного зуба
- д) все перечисленное

007. Причиной, вызывающей поворот зубов по оси, является

- а) сужение зубного ряда
- б) индивидуальная макродонтия
- в) абсолютная макродонтия
- г) ранняя потеря отдельных временных зубов и мезиальное смещение позади расположенных зубов
- д) любая из перечисленных причин

008. Для мезиального наклона осей 11, 21 и устранения диастемы применяют

- а) пластинку с рукообразными пружинами или пружинами с завитком
- б) пластинку с пружинами двойной тяги
- в) пластинку с двумя вестибулярными дугами
- г) пластинку со скользящими элементами, навитыми на вестибулярную дугу и резиновой тягой
- д) любой из перечисленных съемных ортодонтических аппаратов

009. Для корпусного мезиодистального перемещения отдельных зубов противопоказано

- а) Эджуайз-техника
- б) кольца с вертикальными штангами
- в) пластинка с рукообразными пружинами или пружинами с завитком
- г) аппарат Энгля в сочетании с кольцами на перемещаемые зубы с трубками или штангами
- д) кольца с канюлями, дугой и резиновой тягой

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

- а) компактостеотомия
- б) электростимуляция
- в) массаж
- г) вакуумная терапия
- д) вибро-вакуумная терапия

011. Основными причинами ретенции центральных резцов верхней челюсти являются

- а) сверхкомплектный зуб на пути прорезывания
- б) резкое нарушение формы коронки и корня
- в) раннее завершение формирования верхушки корня
- г) травматическое повреждение
- д) все перечисленные причины

012. Основной причиной открытого прикуса, развившегося за счет зубоальвеолярного укорочения в области передних зубов верхней и нижней челюстей, является
- а) сосание (двух-трех) пальцев руки с опорой на нижнюю челюсть
 - б) сосание языка
 - в) неправильная артикуляция языка при произношении звука "К"
 - г) неправильная артикуляция языка при произношении звука "Р"
 - д) неправильная артикуляция языка при произношении звуков "Ш", "С"
013. Причинами открытого прикуса, развившегося за счет зубоальвеолярного укорочения в области передних зубов только нижней челюсти, являются
- а) резкое укорочение уздечки языка
 - б) сосание большого пальца руки
 - в) сосание нижней губы
 - г) прикусывание ручки, карандаша
 - д) все перечисленные причины
014. Причиной, вызывающей открытый прикус, является
- а) вредная привычка сосания пальцев
 - б) резко выраженный рахит
 - в) заболевания в раннем детском возрасте, ослабляющие организм
 - г) укороченная уздечка языка или уздечка, прикрепленная близко к кончику языка
 - д) любая из перечисленных причин
015. К физиологическому можно отнести
- а) ортогнатический прикус
 - б) прямой прикус
 - в) опистогнатический прикус
 - г) физиологический дистальный или мезиальный прикус
 - д) все перечисленные виды прикуса
016. Физиологическим может быть
- а) дистальный прикус
 - б) мезиальный прикус
 - в) глубокое резцовое перекрытие
 - г) прямой прикус
 - д) любой из перечисленных видов прикуса
017. Расширения не только зубного ряда, но и его апикального базиса достигают с помощью
- а) аппарата Энгля
 - б) расширяющей пластинки с винтом
 - в) расширяющей пластинки с пружиной Коффина, Коллера
 - г) регулятора функций Френкеля
 - д) любого из перечисленных аппаратов
018. Регулятор функций Френкеля для раннего лечения наиболее показан в возрасте
- а) от 3 до 4 лет
 - б) от 4 до 5.5 лет
 - в) от 5.5 до 7 лет
 - г) от 9 до 10 лет
 - д) в любом из перечисленных возрастов
019. Регулятор функций Френкеля для позднего лечения для девочек наиболее показан в возрасте
- а) от 9 до 9.5 лет
 - б) от 9.5 до 10 лет
 - в) от 11 до 13 лет
 - г) от 13 до 15 лет
 - д) 15 лет и старше
020. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля I типа, способствующими оптимизации роста нижней челюсти, являются
- а) небный бюгель
 - б) проволочные элементы на клыки верхней челюсти
 - в) вестибулярная дуга в области верхних передних зубов

- г) щечные пелоты
- д) нижнегубные пелоты

021. Конструктивной деталью регулятора функций Френкеля I типа, способствующей торможению роста верхней челюсти, является

- а) небный бюгель
- б) проволочные элементы на клыки верхней челюсти
- в) вестибулярная дуга на передние зубы верхней челюсти
- г) концы небного бюгеля в виде стопоров
- д) все перечисленное

022. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля I типа, способствующими оптимизации роста нижней челюсти, являются

- а) нижнегубные пелоты
- б) боковые щиты
- в) лингвальная дуга
- г) лингвальный пелот с пружинами в области переднего участка нижней челюсти
- д) все перечисленные детали

023. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля II типа, отличающими его от регулятора функций Френкеля I типа, являются

- а) небный бюгель и его концы и виде стопора
- б) небная дуга и проволочные элементы на клыки верхней челюсти
- в) боковые щиты в области зубов и альвеолярного отростка верхней челюсти и нижней челюсти
- г) нижнегубные пелоты и проволочные элементы, соединяющие их между собой и с боковыми щитами
- д) все перечисленные детали

024. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля III типа, способствующими оптимизации роста верхней челюсти, являются

- а) небный бюгель, расположенный позади последних моляров верхней челюсти
- б) верхнегубные пелоты
- в) гладкая поверхность окклюзионных накладок на боковые зубы верхней челюсти
- г) боковые щиты, не прилегающие к зубам и альвеолярному отростку верхней челюсти
- д) все перечисленные детали

025. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля III типа, способствующими торможению роста нижней челюсти, являются

- а) вестибулярная дуга в переднем участке нижнего зубного ряда
- б) боковые щиты, прилегающие к вестибулярной поверхности зубов и альвеолярного отростка нижней челюсти
- в) окклюзионные накладки на боковые зубы нижней челюсти
- г) металлические скобы на последние моляры нижней челюсти
- д) все перечисленные детали

026. При техническом выполнении регулятора функций Френкеля III типа устранение мезиального прикуса затрудняет

- а) наличие окклюзионных накладок на жевательную поверхность боковых зубов верхней челюсти
- б) расположение верхнегубных пелотов на расстоянии 0.5 мм от поверхности альвеолярного отростка
- в) расположение верхнегубных пелотов на расстоянии 1 мм от поверхности альвеолярного отростка
- г) соприкосновение концов небной протрузионной дуги с зубами верхней челюсти
- д) все перечисленное

027. Верхнегубные пелоты регулятора функций Френкеля III типа должны отстоять от альвеолярного отростка

- а) на 0.5 мм
- б) на 1 мм
- в) на 1.5 мм
- г) на 2 мм
- д) на 3-3.5 мм

028. Нижнегубные пелоты регулятора функций Френкеля I типа должны отстоять от альвеолярного отростка

- а) на 0.5 мм
- б) на 1 мм
- в) на 1.5 мм
- г) на 2 мм

д) на 2.5 мм

029. Нижнегубные пелоты регулятора функций Френкеля II типа должны отстоять от альвеолярного отростка

- а) на 0.5 мм
- б) на 1 мм
- в) на 1.5 мм
- г) на 2 мм
- д) на 2.5 мм

030. Боковые щиты регулятора функций Френкеля I типа должны отстоять от альвеолярного отростка

- а) на 0.5 мм
- б) на 1 мм
- в) на 1.5 мм
- г) на 2 мм
- д) на 2.5 мм

031. Удаление 54, 64 вместе с зачатками 54, 64 на верхней челюсти (при дистальном соотношении 16, 26, 36, 46 и 13, 23, 33, 43 в прикусе) показано

- а) при тесном положении резцов верхней челюсти, их значительной протрузии без трем, недостатке места для 2-х в зубной дуге на половину ширины коронки и более
- б) при адентии зачатков отдельных постоянных зубов на нижней челюсти
- в) при значительном мезиальном смещении боковых зубов верхней челюсти
- г) при всех перечисленных нарушениях
- д) удаление не показано

032. Удаление временных моляров вместе с зачатками первых премоляров на обеих челюстях показано при следующих нарушениях нейтрального прикуса

- а) при сумме мезиодистальных размеров 4 резцов верхней челюсти, равной более 33 мм
- б) при индексе фасциальном морфологическом более 104
- в) при недостатке места для боковых резцов в зубной дуге более половины ширины их коронки
- г) при глубоком прикусе и тесном положении передних зубов у ребенка и сходных нарушениях прикуса у одного или обоих родителей
- д) при всех нарушениях

033. Удаление временных первых моляров вместе с зачатками первых премоляров на нижней челюсти (при мезиальном соотношении первых постоянных моляров и клыков в прикусе) показано

- а) при тесном положении передних зубов на нижней челюсти и недостатке места для 2 из них на половину ширины коронки и более
- б) при правильных осевых наклонах резцов нижней челюсти по отношению к плоскости ее основания или ретрузии в пределах до 7°
- в) при адентии зачатков отдельных постоянных зубов на верхней челюсти
- г) при значительном мезиальном смещении боковых зубов нижней челюсти в сторону рано потерянных временных зубов
- д) при всех перечисленных нарушениях

034. Метод Хотца показан к применению

- а) при плохом гигиеническом состоянии полости рта
- б) при отсутствии хороших зуботехнических условий
- в) при макродентии
- г) при наличии сверхкомплектных зубов
- д) при наличии ретинированных зубов

035. Лечение по методу Хотца следует начинать в возрасте

- а) 6-7 лет
- б) 8-9 лет
- в) 10-11 лет
- г) 12-13 лет
- д) в любом возрасте

036. Поворот по оси резцов исправляют с помощью следующих одночелюстных съемных ортодонтических аппаратов

- а) пластинки с секторальным распилом
- б) пластинки с накусочной плоскостью
- в) пластинки с протрагирующими пружинами

- г) пластинки с рукообразными пружинами
- д) пластинки с вестибулярной дугой и протрагирующей пружиной

037. Под физиологической асимметрией подразумевается

- а) одностороннее сужение зубного ряда
- б) одностороннее расширение зубного ряда
- в) одновременное сужение зубного ряда с одной стороны и расширение дуги с другой
- г) неравномерное сужение зубного ряда
- д) все перечисленное

038. При выборе показаний к применению расширяющих аппаратов с винтом ведущим является

- а) недостаток места для имеющихся зубов
- б) мезиальное смещение боковых зубов
- в) уменьшение ширины зубного ряда
- г) уменьшение переднего отрезка зубной дуги
- д) все перечисленное

039. Наиболее частой причиной сужения зубного ряда верхней челюсти является

- а) привычка сосать палец
- б) привычка прикусывать верхнюю губу
- в) неправильное глотание
- г) ротовое дыхание
- д) все перечисленное

040. Ведущим признаком сужения зубных рядов является

- а) уменьшение ширины зубного ряда
- б) уплощение фронтального участка
- в) тесное положение зубов
- г) увеличение фронтального участка
- д) все перечисленное

(=#) Раздел 8. АНОМАЛИИ ПРИКУСА

001. При глубоком прикусе заболевания тканей пародонта развиваются в результате

- а) изменения расположения зубов
- б) увеличения жевательной нагрузки при потере отдельных боковых зубов
- в) функциональной перегрузки неправильно расположенных зубов и окклюзионной травмы их пародонта, а также увеличения жевательной нагрузки на оставшиеся зубы при разрушении жевательной поверхности зубов и ранней потере отдельных, особенно боковых, зубов
- г) всего перечисленного
- д) множественной потери зубов

002. При глубоком прикусе воспаление тканей краевого пародонта чаще наблюдается в области

- а) 17, 16, 26, 27 зубов
- б) 12, 11, 21, 22 зубов
- в) 31, 32, 41, 42 зубов
- г) всех зубов верхней и нижней челюсти
- д) воспаление не наблюдается

003. Формированию глубокого прикуса способствуют

- а) нарушение функции дыхания
- б) нарушение функции глотания
- в) нарушение функции смыкания губ
- г) парафункции жевательных и мимических мышц
- д) все перечисленные функциональные нарушения

004. Семейные особенности развития в формировании глубокого прикуса

- а) имеют значение
- б) не имеют значения
- в) имеют ограниченное значение
- г) имеют значение при наличии аналогичной патологии у родителей
- д) имеют значение при наличии у родителей

005. Диагностику зубоальвеолярных и гнатических форм глубокого прикуса проводят на основании
- а) клинического обследования пациентов
 - б) клинического обследования пациентов, их ближайших родственников и данных рентгенологического обследования
 - в) изучения боковых ТРГ головы
 - г) изучения диагностических моделей челюстей
 - д) изучения фотографии лица
006. При нейтральном и дистальном соотношении зубных рядов на развитие глубокого прикуса влияют
- а) абсолютная макродентия
 - б) нормальные размеры верхних и нижних резцов при нормальной ширине лица
 - в) нормальные размеры верхних и нижних резцов у пациентов с узким лицом
 - г) микродентия верхних и особенно нижних резцов с тремами между ними
 - д) все перечисленные нарушения размеров зубов
007. На формирование глубокого прикуса влияет
- а) несоответствие размеров сегментов в пределах одного зубного ряда
 - б) несоответствие размеров передних сегментов верхнего и нижнего зубных рядов
 - в) несоответствие размеров боковых сегментов зубных рядов
 - г) несоответствие передних и боковых сегментов зубных рядов
 - д) ничего из перечисленного
008. На формирование глубокого прикуса при нейтральном соотношении зубных рядов
- а) уменьшение количества зубов не влияет
 - б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюсти
 - в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти
 - г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти
 - д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти
009. На формирование глубокого прикуса при дистальном соотношении зубных рядов
- а) уменьшение количества зубов не влияет
 - б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюстях
 - в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти
 - г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти
 - д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти
010. На формирование глубокого прикуса при мезиальном соотношении зубных рядов
- а) уменьшение количества зубов не влияет
 - б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюстях
 - в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти
 - г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти
 - д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти
011. На формирование глубокого прикуса
- а) смещение нижней челюсти влияет
 - б) смещение нижней челюсти не влияет
 - в) смещение нижней челюсти влияет частично
 - г) влияет смещение нижней челюсти вперед
 - д) влияет смещение нижней челюсти в сторону
012. Выраженность денальных бугров верхних резцов
- а) влияет на увеличение глубины резцового перекрытия
 - б) не влияет на увеличение глубины резцового перекрытия
 - в) влияет частично на увеличение глубины резцового перекрытия
 - г) является одной из основных причин формирования патологии
 - д) имеет очень существенное значение
013. Укороченная уздечка
- а) способствует удлинению переднего участка верхней зубной дуги
 - б) приводит к сужению верхней зубной дуги
 - в) обуславливает низкое расположение языка и распластывание его между зубными рядами
 - г) способствует лингвальному наклону 31, 32, 41, 42 и недоразвитию апикального базиса нижней челюсти
 - д) не влияет на формирование глубокого прикуса

014. На формирование глубокого прикуса влияют следующие нарушения в расположении передних зубов в вестибулярно-оральном направлении
- а) протрузия верхних резцов
 - б) протрузия нижних резцов
 - в) ретрузия верхних резцов
 - г) ретрузия верхних и нижних резцов
 - д) протрузия и ретрузия верхних резцов и ретрузия нижних
015. При мезиальном перемещении боковых зубов на место разрушенных и удаленных углублению резцового перекрытия способствует
- а) укорочение обоих зубных рядов
 - б) укорочение одного зубного ряда
 - в) стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на обеих челюстях
 - г) стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на одной из челюстей
 - д) ранняя потеря зубов
016. При глубоком прикусе трансверсальные размеры зубных дуг изменяются следующим образом
- а) равномерное сужение зубных дуг между 14,24 и 16,26
 - б) большее сужение верхней зубной дуги в области 14,24 и 16,26
 - в) большее сужение нижней зубной дуги в области 14,24 и 16,26
 - г) большее сужение нижней зубной дуги в области 14,24 и 13,23
 - д) сужение в области 13,23
017. На формирование глубокого прикуса соотношение ширины зубных дуг между клыками на верхней и нижней челюстях влияет следующим образом
- а) не влияет
 - б) уменьшение ширины между клыками на обеих челюстях
 - в) увеличение ширины верхней зубной дуги между клыками при ее нормальной ширине между нижними клыками
 - г) нормальная ширина верхней зубной дуги между клыками и уменьшение этого размера на нижней челюсти
 - д) увеличение ширины между клыками на обеих челюстях
018. Сагиттальные размеры зубных дуг в зависимости от вестибуло-орального расположения 11,21 больше всего изменяются при следующих нарушениях
- а) не изменяются
 - б) укорочение зубных рядов при нормальном расположении 11,21
 - в) укорочение зубных рядов при ретрузии 11,21
 - г) нормальные сагиттальные размеры зубных рядов при протрузии 11,21
 - д) удлинение зубных рядов при протрузии 11,21
019. Для определения особенностей строения лицевого скелета при глубоком прикусе следует изучать параметры, характеризующие
- а) расположение зубов
 - б) расположение челюстей
 - в) расположение апикальных базисов
 - г) вертикальные размеры лицевого скелета
 - д) все перечисленное
020. Для глубокого прикуса типичен тип роста лицевого скелета
- а) нейтральный
 - б) горизонтальный
 - в) вертикальный
 - г) любой из перечисленных
 - д) чрезмерный горизонтальный
021. Нарушение строения лицевого скелета у пациентов с глубоким прикусом и нейтральным типом роста наблюдается
- а) в области зубных рядов
 - б) в области апикальных базисов
 - в) в гнатической области
 - г) в краниальной области
 - д) в целом
022. Прогноз лечения больных с глубоким прикусом и вертикальным типом роста лицевого скелета

- а) благоприятный
- б) неблагоприятный
- в) благоприятный для уменьшения глубины резцового перекрытия
- г) благоприятный для вертикального роста альвеолярных отростков челюстей
- д) не имеет значения

023. Прогноз лечения больных с глубоким прикусом и горизонтальным типом роста лицевого скелета

- а) благоприятный
- б) неблагоприятный
- в) не совсем благоприятный, так как вращение нижней челюсти вперед и вверх способствует углублению резцового перекрытия
- г) благоприятный, если лечение проводится в периоды физиологического повышения прикуса
- д) не имеет значения

024. При выборе плана лечения больных с глубоким прикусом учитывают

- а) возраст
- б) период формирования прикуса
- в) вид смыкания боковых зубов (нейтральное, дистальное, мезиальное)
- г) типичные нарушения размеров зубных дуг, степень их выраженности и особенности строения лицевого скелета
- д) все перечисленные факторы

025. Общие принципы лечения глубокого нейтрального и дистального прикуса заключаются

- а) в исправлении формы зубных дуг
- б) в нормализации соотношения размеров верхней и нижней зубных дуг в трансверсальном и сагиттальном направлениях
- в) в зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов и зубоальвеолярном укорочении в области нижних передних зубов
- г) в оптимизации роста нижней челюсти и торможении роста верхней
- д) в исправлении положения зубов и формы зубных дуг, зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов, оптимизации роста нижней челюсти

026. Быстро и эффективно вылечить глубокий прикус можно

- а) в периоде временного прикуса от 2.5 до 5 лет
- б) в начальном периоде смешанного прикуса от 6 до 9 лет
- в) в периоде постоянного прикуса
- г) во всех периодах физиологического прикуса
- д) в конечном периоде сменного прикуса от 9 до 11 лет

027. Профилактическими мероприятиями, которые следует проводить у пациентов с глубоким прикусом, являются

- а) восстановление коронок разрушенных зубов и замещение дефектов зубных рядов протезами
- б) санация носоглотки
- в) устранение функциональных нарушений
- г) мероприятия, направленные на улучшение состояния тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта
- д) все перечисленные мероприятия

028. Для достижения устойчивых результатов лечения в первую очередь необходимо

- а) устранить функциональные и морфологические нарушения и выдержать ретенционный период до завершения активного роста челюстей
- б) лечение ортодонтическими аппаратами
- в) удаление по показаниям отдельных временных или постоянных зубов
- г) диспансерное наблюдение с целью выбора наиболее оптимальных сроков лечения
- д) создание множественных контактов между зубными рядами

029. Применение ортодонтических аппаратов после удаления отдельных зубов проводится

- а) в период временного прикуса
- б) в начальном периоде смешанного прикуса
- в) в конечном периоде смешанного прикуса
- г) в начальном периоде постоянного прикуса
- д) в различных периодах формирования прикуса

030. Показания к удалению отдельных зубов определяют на основании

- а) клинического обследования
- б) изучения диагностических моделей челюстей

- в) определения степени выраженности морфологических и функциональных нарушений
- г) рентгенологических методов исследования - ОПТГ челюстей и боковых ТРГ головы
- д) всех перечисленных методов исследования

031. Удаление отдельных зубов необходимо

- а) при I степени трудности лечения
- б) при II степени трудности лечения
- в) при III степени трудности лечения
- г) при IV степени трудности лечения
- д) вне зависимости от степени трудности лечения с учетом индивидуальных особенностей морфологического строения зубочелюстной системы

032. В процессе лечения пациентов с глубоким прикусом можно удалить

- а) 1 зуб
- б) 2 зуба
- в) 3 зуба
- г) 4 зуба
- д) от 1 до 4 зубов с учетом морфологических нарушений и их выраженности

033. Показания к удалению отдельных зубов расширяют

- а) при III и IV степенях трудности лечения
- б) при макродентии
- в) при адентии и стойкой ретенции отдельных зубов
- г) в старшем возрасте при резком недоразвитии нижней челюсти и чрезмерном развитии верхней
- д) при всех перечисленных нарушениях

034. В процессе лечения нейтрального глубокого прикуса отдельные зубы удаляют

- а) на верхней челюсти
- б) на нижней челюсти
- в) на верхней и нижней челюстях
- г) большее количество зубов на верхней челюсти и меньшее - на нижней
- д) зубы не удаляют

035. В процессе лечения дистального глубокого прикуса отдельные зубы удаляют

- а) на верхней челюсти
- б) на нижней челюсти
- в) на верхней и нижней челюстях
- г) преимущественно только на верхней челюсти
- д) зубы не удаляют

036. При решении вопроса о необходимости удаления отдельных зубов при планировании метода лечения у пациентов с глубоким прикусом и незначительными морфологическими и функциональными нарушениями (I и II степени их выраженности) следует учитывать

- а) сужение зубных рядов
- б) удлинение или укорочение зубных рядов
- в) наличие тесного расположения передних зубов
- г) наличие или отсутствие зачатков третьих моляров
- д) все перечисленные нарушения

037. При лечении глубокого прикуса удаляют

- а) симметрично расположенные зубы
- б) асимметрично расположенные зубы
- в) одноименные зубы
- г) разноименные зубы
- д) различные зубы с учетом конкретных особенностей морфологического строения зубных рядов и их соотношения

038. Метод Хотца является наилучшим сочетанным методом лечения

- а) в периоде временного прикуса
- б) в начальном периоде смешанного прикуса
- в) в конечном периоде смешанного прикуса
- г) в периоде постоянного прикуса
- д) во всех периодах формирования прикуса

039. Для лечения глубокого прикуса пациентов в период временного и начальном периоде смешанного прикусов наиболее эффективными аппаратами являются
- а) несъемные
 - б) съемные одночелюстные
 - в) механически-действующие
 - г) функционально-действующие
 - д) съемные аппараты различных конструкций с накусочной площадкой
040. Для лечения глубокого прикуса у пациентов в конечном периоде смешанного прикуса наиболее эффективными ортодонтическими аппаратами являются
- а) съемные одночелюстные
 - б) несъемные
 - в) съемные ортодонтические аппараты (механически и функционально-действующие) в сочетании с несъемными
 - г) съемные ортодонтические аппараты различных конструкций, включающие накусочную площадку, в сочетании с несъемными
 - д) все перечисленные ортодонтические аппараты
041. У пациентов с горизонтальным типом роста лицевого скелета особенностями лечения глубокого прикуса является
- а) исправление расположения отдельных зубов и форм зубных рядов
 - б) расширение, укорочение или удлинение зубных дуг
 - в) мезиальное перемещение боковых зубов
 - г) зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов и ограничение прорезывания нижних передних зубов
 - д) дистальное перемещение боковых зубов
042. У пациентов с вертикальным типом роста лицевого скелета особенностями лечения глубокого прикуса является
- а) зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов и ограничение прорезывания нижних передних зубов
 - б) расширение, укорочение или удлинение зубных дуг
 - в) дистальное перемещение боковых зубов
 - г) зубоальвеолярное удлинение в области верхних боковых зубов и зубоальвеолярное укорочение в области верхних передних зубов
 - д) мезиальное перемещение боковых зубов с одновременной интрузией резцов
043. Большое количество рецидивов после окончания лечения глубокого прикуса обусловлено
- а) горизонтальным типом роста лицевого скелета
 - б) нарушением режуще-бугровых контактов в переднем участке зубных дуг вследствие изменения вестибуло-орального расположения резцов
 - в) укорочением зубных дуг в результате физиологического мезиального перемещения боковых зубов
 - г) сужением зубных дуг, особенно нижней в области резцов, клыков и премоляров
 - д) всеми перечисленными нарушениями
044. Рецидиву глубокого прикуса способствует
- а) неправильный метод лечения
 - б) неустраненные функциональные нарушения
 - в) кариозное разрушение и удаление зубов
 - г) недостаточное развитие нижней челюсти в процессе лечения
 - д) все перечисленное
045. Глубокий прикус относится
- а) к сагиттальным аномалиям
 - б) к трансверсальным аномалиям
 - в) к вертикальным аномалиям
 - г) к сочетанным нарушениям
 - д) к физиологическому типу прикуса
046. Глубина резцового перекрытия считается нормальной
- а) на 1/3 нижнего резца
 - б) на 1/2 нижнего резца
 - в) на 2/3 нижнего резца
 - г) на величину коронки резца
 - д) при краевом смыкании
047. Воспаление слизистой оболочки десневого края и альвеолярного отростка при глубоком прикусе чаще наблюдается в области

- а) боковых зубов на верхней челюсти
- б) боковых зубов на нижней челюсти
- в) передних зубов на верхней челюсти
- г) передних зубов на нижней челюсти
- д) воспаление не наблюдается

048. Физиологическим прикусом является прикус, при котором

- а) обеспечивается морфологический оптимум
- б) обеспечивается эстетический оптимум
- в) обеспечивается функциональный оптимум
- г) обеспечивается, морфологический, функциональный и эстетический оптимум
- д) имеет место привычное смыкание зубных рядов

049. К физиологическому прикусу можно отнести

- а) дистальный прикус
- б) мезиальный прикус
- в) глубокий прикус
- г) прямой прикус
- д) все перечисленные прикусы

050. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти при их прорезывании показаны съемные одночелюстные ортодонтические аппараты в виде пластинки

- а) для верхней челюсти с кламмерами и рукообразными пружинами, не закрытыми базисом аппарата
- б) для верхней челюсти с кламмерами и восьмиобразными пружинами, расположенными под базисом аппарата
- в) для нижней челюсти с кламмерами, вестибулярной дугой и наклонной плоскостью
- г) с секторальным распилом, расположенным в куполе неба
- д) с небной дугой

051. Для исправления небного положения верхних центральных резцов при обратном резцовом перекрытии на 1/3 высоты коронки показаны следующие ортодонтические аппараты

- а) аппарат Брюкля для нижней челюсти
- б) пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы и протрагирующими небными пружинами
- в) направляющие коронки Катца
- г) пластинки для верхней челюсти с секторальным распилом
- д) открытый активатор

052. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти, если их режущие края находятся на одном уровне с режущими краями резцов нижней челюсти, показаны следующие съемные одночелюстные ортодонтические аппараты

- а) пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом, расположенным в области свода неба, и секторальным распилом
- б) пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом, расположенным на уровне небной поверхности перемещаемых зубов, и секторальным распилом
- в) ортодонтические кольца, укрепленные на перемещаемые зубы с припаянными с их вестибулярной стороны скобами; пластинка для верхней челюсти с кламмерами, вестибулярными полудугами, заканчивающимися вертикально изогнутыми концами, располагаемыми в скобах
- г) аппарат Брюкля для нижней челюсти
- д) коронки Катца

053. Для исправления небного положения резцов верхней челюсти при глубоком резцовом перекрытии показано

- а) пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы, винтом и секторальным распилом
- б) аппарат Брюкля для нижней челюсти
- в) аппарат Энгля для верхней челюсти
- г) направляющие коронки Катца
- д) открытый активатор

054. Для исправления небного положения верхних резцов при наличии сагиттальной щели между резцами показано

- а) аппарат Брюкля
- б) два аппарата Энгля с межчелюстной тягой
- в) каппа на нижние передние зубы
- г) направляющие коронки Катца
- д) открытый активатор

055. Для исправления небного положения резцов верхней челюсти при протрузии резцов нижней челюсти предпочтение можно отдать

- а) направляющим коронкам Катца
- б) двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой
- в) аппарату Брюкля
- г) пластинке для верхней челюсти с секторальным распилом
- д) открытому активатору

056. Для устранения небного положения верхних передних зубов при обратном резцовом перекрытии наиболее универсальным является

- а) бионатор Бальтерса III типа
- б) аппарат Башаровой
- в) аппарат Брюкля
- г) активатор Андресена - Гойпля
- д) пластинка для верхней челюсти с секторальным распилом

057. При устранении небного положения верхних передних зубов и минимальном обратном резцовом перекрытии предпочтение следует отдать следующим несъемным аппаратам

- а) направляющим коронкам Катца
- б) двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой
- в) каппе Шварца
- г) аппарату Гашимова
- д) открытому активатору

058. Для оптимизации роста верхней челюсти при мезиальном прикусе наиболее показан

- а) бионатор Бальтерса III типа
- б) активатор Вундерера
- в) регулятор функций Френкеля (III типа)
- г) активатор Андресена - Гойпля
- д) аппарат Брюкля

059. Для лечения мезиального прикуса и расширения верхней челюсти наиболее показан (двучелюстной ортодонтический аппарат)

- а) открытый активатор Кламонта с верхнегубными пелотами
- б) активатор Андресена с винтом
- в) регулятор функций Френкеля III типа
- г) активатор Андресена - Гойпля
- д) аппарат Брюкля

060. Удлинить верхний зубной ряд в переднем участке и достигнуть устойчивых результатов возможно с помощью

- а) пластинки для верхней челюсти с кламмерами, винтом и секторальным распилом
- б) пластинки для верхней челюсти с кламмерами, винтом, секторальным распилом и верхнегубными пелотами
- в) регулятора функции Френкеля III типа
- г) аппарата Брюкля для нижней челюсти
- д) открытого активатора

061. При лечении мезиального прикуса наибольшее задерживание роста нижней челюсти обеспечивает

- а) бионатор Бальтерса III типа
- б) регулятор функций Френкеля III типа
- в) активатор Вундерера
- г) аппарат Брюкля для нижней челюсти
- д) аппарат Брюкля

062. При применении подбородочной пращи с целью задерживания роста нижней челюсти и уменьшения величины ее углов наиболее показано

- а) горизонтальное направление внеротовой резиновой тяги
- б) косое (кзади и кверху) направление внеротовой резиновой тяги
- в) горизонтальное и косое (кзади и кверху) направление внеротовой резиновой тяги
- г) вертикальное направление внеротовой резиновой тяги
- д) вертикальное, косое кзади направление внеротовой резиновой тяги

063. В первые сутки пользования аппаратом Брюкля, подбородочной пращей, шапочкой и внеротовой тягой пациент должен пользоваться аппаратом
- а) и приспособлениями днем, снимать шапочку во время приема пищи
 - б) и приспособлениями днем и ночью, шапочку во время приема пищи не снимать
 - в) и приспособлениями только ночью
 - г) днем и ночью, во время приема пищи снимать
 - д) только днем
064. Для лечения мезиального прикуса при наличии глубокого обратного резцового перекрытия, небного наклона резцов верхней челюсти и смещения нижней челюсти применение аппарата Брюкля не показано в возрасте
- а) 4 года - во временном прикусе
 - б) 6 лет - в раннем смешанном прикусе
 - в) 8 лет и старше - в позднем смешанном прикусе
 - г) 11 лет и старше - в постоянном прикусе
 - д) не имеет значения
065. Гравировку моделей челюстей при изготовлении пелотов для регулятора функции Френкеля III типа проводят
- а) в области переходной складки на верхней челюсти
 - б) в области переходной складки на нижней челюсти
 - в) в области переходной складки на верхней и нижней челюстях
 - г) не доходя до переходной складки
 - д) в любом месте
066. Переходную складку на модели при изготовлении ФР III необходимо углубить
- а) на 2-3 мм
 - б) на 4-5 мм
 - в) на 6-7 мм
 - г) на 7-10 мм
 - д) на 10-15 мм
067. Боковые щиты ФР III должны
- а) плотно прилегать к альвеолярному отростку верхней челюсти
 - б) плотно прилегать к альвеолярному отростку нижней челюсти
 - в) плотно прилегать к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюстей
 - г) отстоять от альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей
 - д) ничего из перечисленного
068. После лечения мезиального прикуса аппаратом ФР III необходим период ретенции
- а) 1 год
 - б) 0.5 года
 - в) 2-3 мес
 - г) период ретенции не требуется
 - д) 1 мес
069. При лечении мезиального прикуса на аппарате Энгля для верхней челюсти для межчелюстной тяги следует припаять крючки в области
- а) 13,23
 - б) 14,24
 - в) 15,25
 - г) 16,26
 - д) резцов
070. При лечении мезиального прикуса на аппарате Энгля для нижней челюсти для межчелюстной тяги следует припаять крючки в области
- а) 13,23
 - б) 14,24
 - в) 15,25
 - г) 16,26
 - д) резцов
071. Ортодонтическую шапочку с подбородочной пращей для лечения мезиального прикуса следует
- а) применять в любом возрасте
 - б) применять в периодах активного роста

- в) применять в периоде активного лечения
- г) не применять
- д) применять в смешанном периоде

072. В начале лечения мезиального прикуса аппаратом Энгля межчелюстная резиновая тяга должна иметь

- а) горизонтальное направление
- б) вертикальное направление
- в) косое направление
- г) сочетанное направление
- д) направление не имеет значения

073. В заключительном периоде лечения мезиального прикуса аппаратом Энгля межчелюстная резиновая тяга должна иметь

- а) горизонтальное направление
- б) вертикальное направление
- в) косое направление
- г) тяга не применяется
- д) направление не имеет значения

074. Глубокий прикус относится к аномалиям

- а) трансверсальным
- б) сагиттальным
- в) вертикальным
- г) сочетанным
- д) не является аномалией прикуса

075. Предварительный диагноз глубокого прикуса устанавливается

- а) по аномалии расположения зубов в вестибуло-оральном направлении
- б) по аномалии расположения зубов в сагиттальном направлении
- в) по аномалии смыкания зубов в вертикальном направлении
- г) по краевому смыканию передних зубов
- д) по отсутствию смыкания

076. Нормальной считается глубина резцового перекрытия

- а) на 0-0.5 мм
- б) на 1.0-2.0 мм
- в) на 2.0-3.0 мм
- г) на 4.0-5.0 мм
- д) на 5.0 мм и более

077. Степеней глубины резцового перекрытия существует

- а) 2
- б) 4
- в) 3
- г) 5
- д) более 5

078. Суть классификации глубокого прикуса Б.Н.Бынина заключается

- а) в степени глубокого резцового перекрытия
- б) в выборе терминологии для определения патологии
- в) в динамике развития патологического процесса
- г) в сочетании всех перечисленных проявлений
- д) ни в одном из перечисленных проявлений

079. Глубокий прикус чаще встречается

- а) при всех аномалиях прикуса
- б) при дистальном соотношении зубных рядов
- в) при мезиальном соотношении зубных рядов
- г) при нейтральном прикусе
- д) при перекрестном прикусе

080. Наиболее целесообразным термином для характеристики патологии прикуса по вертикали является

- а) глубокий прикус

- б) глубокое резцовое перекрытие
- в) супраокклюзия нижних передних зубов
- г) инфраокклюзия верхних передних зубов
- д) травмирующий прикус

081. У пациентов с глубоким прикусом

- а) стоматологический статус остается без изменений
- б) возрастает степень активности кариозного процесса
- в) наблюдается сочетание активности кариеса и ухудшение гигиенического состояния полости рта
- г) возрастает степень активности кариозного процесса, увеличивается число заболеваний краевого пародонта и ухудшается гигиеническое состояние полости рта
- д) ухудшается гигиеническое состояние полости рта

(=#) Раздел 9. ДЕФЕКТЫ ЗУБОВ, ЗУБНЫХ РЯДОВ И БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА

001. Основным возрастным периодом роста челюстей до 6 месяцев является период

- а) до 1 мес
- б) от 1 до 2 мес
- в) от 2 до 3 мес
- г) от 3 до 4 мес
- д) от 4 до 6 мес

002. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей от 6 до 12 месяцев является период

- а) от 6 до 7 мес
- б) от 7 до 8 мес
- в) от 8 до 9 мес
- г) от 9 до 10 мес
- д) от 10 до 12 мес

003. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей от 12 месяцев до 3 лет является период

- а) от 1 года до 1.5 лет
- б) от 1.5 до 2 лет
- в) от 2 до 2.5 лет
- г) от 2.5 до 3 лет
- д) все перечисленные периоды

004. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей от 3 до 6 лет является период

- а) от 3 до 3.5 лет
- б) от 3.5 до 4 лет
- в) от 4 до 4.5 лет
- г) от 4.5 до 5 лет
- д) от 5 до 6 лет

005. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей от 6 до 10 лет является период

- а) от 6 до 9 лет
- б) от 6 до 7 лет
- в) от 8 до 9 лет
- г) от 9 до 10 лет
- д) все перечисленные периоды

006. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей у девочек от 9 до 13 лет является период

- а) от 9 до 9.5 лет
- б) от 9.5 до 10 лет
- в) от 10 до 10.5 лет
- г) от 10.5 до 13 лет
- д) все перечисленные периоды

007. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей у мальчиков от 13 до 30 лет является период

- а) от 13 до 14 лет
- б) от 14 до 15 лет

- в) от 15 до 18 лет
- г) от 18 до 30 лет
- д) все перечисленные периоды

008. Вертикальный размер коронок первых постоянных моляров нижней челюсти в периоде от 6 до 30 лет изменяется

- а) от 6 до 9 лет
- б) от 9 до 13 лет
- в) от 13 до 15 лет
- г) от 15 до 30 лет
- д) во все возрастные периоды

009. Мезиодистальный размер коронок первых постоянных моляров нижней челюсти в периоде от 6 до 15 лет изменяется

- а) от 6 до 9 лет
- б) от 9 до 13 лет
- в) от 6 до 15 лет
- г) не изменяется от 6 до 15 лет

010. Под действием ортодонтических аппаратов зубы легче перемещаются

- а) в дистальном направлении
- б) в мезиальном направлении
- в) в вертикальном направлении
- г) в оральном направлении
- д) во всех перечисленных направлениях

011. При пародонтозе нагрузка на жевательные зубы и пародонт у взрослых неблагоприятна

- а) в дистальном направлении
- б) в мезиальном направлении
- в) в вертикальном направлении
- г) в вестибулярном направлении
- д) во всех перечисленных направлениях

012. Для изготовления съемных протезов детям с аллергическими заболеваниями следует избирать следующую пластмассу отечественного производства

- а) редонт
- б) базисную пластмассу розовую для горячей полимеризации
- в) базисную пластмассу без красителя
- г) самоотвердеющую пластмассу
- д) любую из перечисленных

013. Дети в возрасте до 6 лет легче осваивают протез при расположении задней границы съемного протеза для верхней челюсти

- а) позади последних моляров - ровная линия границы
- б) позади последних моляров - округлая граница с небольшой выемкой спереди
- в) укороченный базис протеза граница между предпоследним и последним моляром - без выемки
- г) то же с небольшой выемкой
- д) позади последних моляров - с большой выемкой до небных складок

014. Основной целью зубочелюстного протезирования детей является

- а) нормализация жевания
- б) нормализация глотания
- в) нормализация речи
- г) нормализация положения нижней челюсти
- д) профилактика

015. Целью повышения прикуса на съемных протезах у детей является

- а) нормализация резцового перекрытия
- б) нормализация положения нижней челюсти и функции височно-нижнечелюстных суставов
- в) предупреждение зубоальвеолярного удлинения в области зубов, противостоящих дефекту зубного ряда
- г) предупреждение смещения зубов в сторону дефекта и улучшения их осевого наклона
- д) все перечисленное

016. В процессе применения аппарата Дерихсвайлера изменения происходят в следующих областях лицевого отдела черепа
- а) срединного небного шва
 - б) носовых костей
 - в) скуловых костей
 - г) сошника
 - д) во всех перечисленных
017. Объем полости рта возможно увеличить
- а) выдвижением нижней челюсти
 - б) расширением зубных рядов
 - в) повышением прикуса с помощью окклюзионных накладок на боковые зубы
 - г) повышением прикуса с помощью накусочной площадки в области передних зубов
 - д) всеми перечисленными мероприятиями
018. Изготовление вкладок с парапульпарными штифтами без депульпации зуба не показано при следующих дефектах коронок центральных резцов в верхней челюсти
- а) при отломе угла у области нижней трети коронки
 - б) при горизонтальном отломе в области нижней четвертой части коронки
 - в) при горизонтальном отломе половины коронки и более
 - г) при косом отломе от одного угла до нижней трети противоположной стороны коронки
 - д) при всех перечисленных видах отломов
019. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при широком лице составляет
- а) от 29 до 30 мм
 - б) от 30 до 31 мм
 - в) от 31 до 32 мм
 - г) от 32 до 33 мм
 - д) от 33 до 34 мм
020. Средний индекс фациальный морфологический по Изару при широком лице равен
- а) от 90 до 96
 - б) от 96 до 104
 - в) от 104 до 108
 - г) от 108 до 110
 - д) от 110 до 112
021. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при лице средней ширины и индивидуальной макродонтии составляет
- а) от 29 до 30 мм
 - б) от 30 до 31 мм
 - в) от 31 до 32 мм
 - г) от 32 до 33 мм
 - д) от 33 мм и более
022. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при узком лице и индивидуальной макродонтии составляет
- а) от 29 до 30 мм
 - б) от 30 до 31 мм
 - в) от 31 до 32 мм
 - г) от 32 до 33 мм
 - д) от 33 до 34 мм
023. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при абсолютной макродонтии составляет
- а) от 32 до 33 мм
 - б) от 33 до 34 мм
 - в) от 34 до 35 мм
 - г) от 35 до 36 мм
 - д) от 36 до 37 мм
024. При нейтральном прикусе и индивидуальной макродонтии показано
- а) расширение зубных рядов

- б) удлинение зубных рядов
- в) мезиальное перемещение боковых зубов
- г) дистальное перемещение боковых зубов
- д) удаление отдельных зубов

025. Показанием к изготовлению временных коронок на центральные резцы при частичном отломе коронки является

- а) реакция пульпы зуба на термические раздражители
- б) реакция пульпы зуба на химические раздражители
- в) травма губ, языка в результате соприкосновения с острыми краями коронки зуба в области его отлома
- г) профилактика пульпита и создание условий для образования заместительного дентина
- д) все перечисленное

026. Показанием к изготовлению "постоянных" коронок на центральные резцы верхней челюсти является

- а) зубы с жизнеспособной пульпой при отломе зуба до половины высоты коронки
- б) восстановление анатомической формы зуба при его разрушении
- в) открытый прикус
- г) умеренная глубина резцового перекрытия
- д) все перечисленное

027. Причиной недостаточной физиологической стираемости временных клыков является

- а) позднее прорезывание временных клыков и запоздалое наступление их физиологической старости
- б) ранняя потеря временных моляров, снижение высоты прикуса
- в) привычное смещение нижней челюсти вперед и несоприкосновение временных клыков
- г) резко выраженные сагиттальные аномалии прикуса и отсутствие контактов между клыками
- д) все перечисленное

028. Основной причиной наличия промежутка между зубами является

- а) ранняя потеря отдельных зубов
- б) ретенция зубов
- в) частичная адентия
- г) чрезмерная протрузия передних зубов
- д) все перечисленное

029. Последствием множественного врожденного отсутствия зубов является

- а) наклон зубов в сторону дефекта зубного ряда
- б) зубоальвеолярное удлинение в области зубов, не имеющих антагонистов
- в) снижение высоты прикуса и нижней части лица
- г) нарушение формы лица
- д) все перечисленное

030. Основными общими нарушениями организма при ангидротической эктодермальной дисплазии являются

- а) нарушение осанки
- б) плоскостопие
- в) кривошея
- г) нарушение терморегуляции
- д) все перечисленные нарушения

031. Триада при ангидротической эктодермальной дисплазии включает

- а) нарушение терморегуляции, осанки, плоскостопие
- б) адентия, нарушение терморегуляции и осанки
- в) ангидроз, адентия, гипотрихоз
- г) ангидроз, гипотрихоз, кривошея
- д) гипотрихоз, адентия, нарушение осанки

032. Последствиями адентии более 10 зубов является

- а) смещение зубов и их наклоны
- б) зубоальвеолярное удлинение в области зубов, не имеющих антагонистов
- в) смещение нижней челюсти
- г) снижение высоты прикуса
- д) все перечисленное

033. Край коронки для детей располагается

- а) под десной до 1.5 мм

- б) под десной до 1 мм
- в) под десной до 0.5 мм
- г) до десневого края
- д) на 0.5 мм короче

034. В области отсутствующих временных моляров следует отдавать предпочтение

- а) коронке на постоянный моляр с литой распоркой и тройной лапкой на впереди расположенный зуб (по Ильиной - Маркосян)
- б) кольцу на постоянный моляр с литой распоркой и тройной лапкой на впереди расположенный зуб
- в) коронке на постоянный моляр с припаянной к ней П-образной рамкой
- г) кольцу на постоянный моляр с припаянной к нему П-образной рамкой
- д) коронке на постоянный моляр с пружинящей П-образной рамкой

035. В возрасте до 15 лет при недостатке места в области передних зубов следует отдавать предпочтение следующим несъемным протезам

- а) мостовидному протезу с коронками на опорные зубы и фасеткой или фасетками
- б) консольному протезу при отсутствии бокового резца
- в) мостовидному протезу по Мерфилюду
- г) раздвижному мостовидному протезу по Ильиной - Маркосян
- д) литому мостовидному протезу

036. При применении раздвижного съемного протеза с 1 или 2 искусственными резцами язычную поверхность коронок боковых зубов следует покрывать базисом аппарата

- а) на 0.5 мм
- б) на 1 мм
- в) на 2 мм
- г) на 3 мм
- д) всю язычную поверхность

037. Съемные протезы у детей в периоде временного прикуса следует заменять

- а) через 2-4 мес
- б) через 4-6 мес
- в) через 6-8 мес
- г) через 8-10 мес
- д) более, чем через 1 год

038. Съемные протезы у детей в периоде смешанного прикуса следует заменять

- а) через 2-4 мес
- б) через 4-6 мес
- в) через 6-8 мес
- г) через 8-10 мес
- д) более, чем через 1 год

039. Для ускоренного раскрытия срединного небного шва предпочтение следует отдавать

- а) каркасному литому из металла аппарату с коронками и штангами на опорные зубы и винтом
- б) аппарату Дерихсвайлера
- в) коронкам на опорные зубы с припаянными штангами, вваренными в базис небной пластинки, с винтом
- г) кольцам на опорные зубы с трубками с их вестибулярной стороны, с оральными штангами на, в том числе, соседние зубы, вваренными в базис аппарата, не прилегающей к десневым сосочкам и придесневым участкам, и винтом
- д) любой из перечисленных конструкций

040. Для ускорения прорезывания ретинированного клыка на верхней челюсти в возрасте 15 лет наиболее пригоден

- а) мостовидный протез
- б) съемный протез с винтом и секторальным распилом
- в) съемный протез с винтом и продольным распилом
- г) съемный протез с винтом, продольным распилом и накусочной площадкой для резцов и клыков нижней челюсти
- д) съемный протез с винтом, секторальным распилом, накусочной площадкой и пружинами для раздвижения соседних зубов

041. Праща опирается

- а) на подбородок
- б) на тело нижней челюсти
- в) на углы нижней челюсти

- г) на губы
- д) на различные участки в зависимости от лечебных целей и конструкции

042. К разновидностям пластинчатых одночелюстных съемных ортодонтических аппаратов относятся

- а) оральные
- б) вестибулярные
- в) назубные
- г) блоковые
- д) каркасные

043. К разновидностям дуговых одночелюстных несъемных ортодонтических аппаратов относятся

- а) оральные
- б) вестибулярные
- в) назубные
- г) блоковые
- д) каркасные

044. К разновидностям двучелюстных функционально-направляющих съемных ортодонтических аппаратов относятся

- а) оральные
- б) вестибулярные
- в) назубные
- г) блоковые
- д) каркасные

045. К разновидностям двучелюстных функционально-действующих ортодонтических аппаратов относятся

- а) пластинчатые
- б) дуговые
- в) блоковые
- г) эластичные
- д) каркасные

046. К разновидностям одночелюстных несъемных внеротовых ортодонтических аппаратов относятся

- а) пластинчатые
- б) эластичные
- в) блоковые
- г) дуговые
- д) каркасные

047. К разновидностям одночелюстных съемных внеротовых ортодонтических аппаратов относятся

- а) пластинчатые
- б) эластичные
- в) блоковые
- г) дуговые
- д) каркасные

048. Для крепления съемных аппаратов используются

- а) адгезия
- б) анатомическая ретенция
- в) механические способы
- г) сочетанные способы
- д) ничего из перечисленного

049. Для механической фиксации съемных аппаратов в процессе лечения используется

- а) кламмерная фиксация
- б) дуговая фиксация
- в) капповая фиксация
- г) фиксирующее действие активных элементов
- д) сочетанная фиксация

050. Аппараты, которые оказывают взаимнопротивоположное воздействие на передние и боковые зубы челюсти, называют

- а) одночелюстными межчелюстного действия
- б) одночелюстными одночелюстного действия

- в) одночелюстными внеротового действия
- г) межчелюстными двучелюстного действия
- д) сочетанными

051. Одночелюстные аппараты, которые оказывают взаимнопротивоположное действие на верхний и нижний зубные ряды, называют

- а) одночелюстными межчелюстного действия
- б) одночелюстными одночелюстного действия
- в) одночелюстными внеротового действия
- г) межчелюстными двучелюстного действия
- д) сочетанными

052. Аппараты, которые оказывают взаимнопротивоположное воздействие на челюсть и голову, называют

- а) одночелюстными одночелюстного действия
- б) одночелюстными межчелюстного действия
- в) одночелюстными внеротового действия
- г) межчелюстными двучелюстного действия
- д) сочетанными

053. Внеротовая часть ортодонтического аппарата максимально опирается

- а) на лобную часть головы
- б) на лобно-теменную часть головы
- в) на лобно-теменно-затылочную часть головы
- г) на шею
- д) на подбородок

054. При исправлении положения аномалийно стоящего зуба необходимо соблюсти следующие физические условия

- а) использовать силу и опору
- б) использовать опору и фиксацию
- в) использовать силу, опору и фиксацию
- г) устранить препятствие на пути перемещения зуба, создать место для перемещаемого зуба
- д) соблюсти все перечисленные физические условия

055. При исправлении положения аномалийно стоящего зуба необходимо соблюсти следующие биологические условия

- а) оценить качество коронок и корней зубов
- б) учесть степень формирования корня зуба
- в) оценить состояние зубоальвеолярной дуги с позиций нормогенеза тканей
- г) оценить состояние зубоальвеолярной дуги с позиций патогенеза тканей
- д) учесть анатомо-физиологические условия развития зубоальвеолярной дуги с позиции ее нормо- и патогенеза, а также особенностей перестройки тканей под воздействием ортодонтических аппаратов

056. Ортодонтические аппараты, имеющие активно-действующие элементы, называются

- а) функционально-направляющими
- б) механически-действующими
- в) функционально-действующими
- г) аппаратами сочетанного действия
- д) никак не называются

057. Ортодонтические аппараты, имеющие пассивно-действующие элементы, называются

- а) функционально-направляющими
- б) механически-действующими
- в) функционально-действующими
- г) аппаратами сочетанного действия
- д) никак не называются

058. Источником силы в функционально-действующих аппаратах является

- а) винт, пружина, дуга, резиновая тяга, магнитная тяга и др.
- б) наклонная плоскость, направляющие петли, накладки, кашпы, пелоты и т.д.
- в) энергия жевательных мышц
- г) энергия мимических мышц
- д) энергия жевательных и мимических мышц

(=#) Раздел 10. ТРАВМА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ

001. Дефекты зубных рядов в периоде временного прикуса следует замещать съемными протезами

- а) с 2 лет
- б) с 3 лет
- в) с 4 лет
- г) с 5 лет
- д) с 6 лет

002. Тактикой врача при наличии вколоченных временных резцов верхней челюсти является

- а) удаление вколоченных резцов
- б) вытяжение вколоченных резцов
- в) наблюдение
- г) применение противовоспалительных средств и наблюдение
- д) невмешательство

003. При вывихе центрального резца верхней челюсти в случае глубокого резцового перекрытия наилучшей конструкцией шинирующего приспособления является

- а) 3 кольца - на травмированный и соседние зубы - спаянные вместе и укрепленные на цементе
- б) кольцо на травмированный зуб со штангами на соседние с их вестибулярной и оральной стороны, укрепленное на цементе
- в) съемная пластинка для верхней челюсти с вестибулярной дугой и накусочной площадкой
- г) кольцо на травмированный зуб со штангами на соседние с их вестибулярной поверхностью, укрепленное на цементе
- д) съемная пластинка для верхней челюсти с пружинами на травмированный и соседние зубы

004. При переломе нижней челюсти с возрастом наибольшие нарушения ее роста наблюдаются

- а) по средней линии
- б) в области клыка
- в) в области премоляра или моляра
- г) в области углов
- д) в области шеек суставных отростков

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

- а) изолированное несращение губы, губы и альвеолярного отростка, неба
- б) сквозное одностороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба
- в) сквозное двустороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба
- г) расщелина лица косая, срединная
- д) синдром I и II жаберных дуг

006. При оказании ортодонтической и ортопедической помощи младенцам с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба наиболее эффективным является способ

- а) Шаровой
- б) Рубежовой
- в) Мак Нила
- г) Ильиной - Маркосян
- д) Кеза

007. Применение способа Мак Нила является наиболее эффективным в возрасте

- а) от рождения до 2 мес
- б) от 2 до 4 мес
- в) от 4 до 6 мес
- г) от 6 до 8 мес
- д) от 8 мес до 1 года

008. Для детей, не имеющих возможность получить хирургическую помощь, наиболее эффективными являются obturаторы

- а) Ильиной - Маркосян с подвижной небной занавеской
- б) типа Кеза
- в) РИС-1
- г) РИС-2
- д) РИС-3

009. Причиной двусторонней нижней микрогнатии является

- а) травма в период беременности
- б) травма во время родов при неправильном расположении плода
- в) гематогенная инфекция
- г) синдром Робина
- д) все перечисленное

010. Причинами односторонней нижней микрогнатии являются

- а) травма бытовая
- б) травма спортивная
- в) стоматологические заболевания
- г) заболевания среднего уха
- д) все перечисленные причины

011. После оказания хирургической помощи детям по поводу воспалительных, травматических и неопластических заболеваний применяют ортопедические аппараты и приспособления

- а) репонирующие
- б) фиксирующие
- в) замещающие
- г) формирующие
- д) любые по показаниям

012. При адентии верхних боковых резцов без сокращения размера верхнего зубного ряда тактикой ортодонтического лечения является

- а) перемещение 13,23 дистально с последующим протезированием недостающих 12,22 зубов
- б) мезиальное перемещение 13,23 с удалением 53,63
- в) мезиальное перемещение 13,23 с сохранением 53,63
- г) покрытие 11,21 коронками больших размеров
- д) невмешательство

013. При ретенции третьих нижних моляров при мезиальном прикусе тактикой лечения является

- а) сдерживание роста нижней челюсти внеротовой тягой
- б) вылушивание 48,38
- в) удаление отдельных зубов на нижней челюсти
- г) раздражающая терапия
- д) наблюдение

014. После возрастного периода физиологического прорезывания зубов диагноз их ретенции можно поставить

- а) через полгода
- б) через 1 год
- в) через 2 года
- г) через 3 года
- д) через 4 года

015. Сверхкомплектные зубы чаще бывают в области

- а) моляров
- б) премоляров
- в) клыков
- г) резцов
- д) определенной закономерности нет

016. Дефекты зубных рядов в периоде сменного прикуса следует замещать съемными протезами

- а) с 7-8 лет
- б) с 8-9 лет
- в) с 9-10 лет
- г) с 10-11 лет
- д) с 12 лет