

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: ФГБОУ ВО ВолгГМУ им. М.И. Пирогова

Должность: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Дата подписания: 04.09.2023 15:56:20

Уникальный программный ключ:

123d1d35ab710c45b93c39112a00bb02446

Федеральное государственное  
бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Волгоградский государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации



**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.77 Ортодонтия.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-ортодонт**

Кафедра: **Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – **очная**

Для обучающихся 2022, 2023 годов поступления

(актуализированная редакция)

Волгоград, 2023

**Разработчики программы:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Дмитриенко С.В.	Зав. кафедрой, профессор	д.м.н./профессор	Ортопедической стоматологии и ортодонтии Института НМФО
2.	Мансур Ю.П.	доцент	к.м.н.	Ортопедической стоматологии и ортодонтии Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения этапного экзамена выпускников, подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.77 Ортодонтия.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол № 12 от « 30 » июня 2023 г.

Заведующий кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии Института НМФО,  
д.м.н., профессор  С.В. Дмитриенко

Рецензент: зав. каф. ортодонтии ВолгГМУ, к.м.н., доцент М.В. Вологина

Актуализация рабочей программы согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от « 29 августа 2023 года

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения  
и производственной практики



М.Л. Науменко

Актуализация рабочей программы утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от « 29 » августа 2023 года

Секретарь Ученого совета



В.Д. Заклякова

Тестовые задания для проведения этапного экзамена в ординатуре по специальности 31.08.77  
Ортодонтия

**Раздел 1**

**"Организация ортодонтической помощи".**

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) полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
- г) выборочный осмотр детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
- д) полицевой 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) пришлифование 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

001. - в

002. - б

003. - б

004. - д

005. - г

006. - д

007. - д

008. - д

- 009. - в
- 010. - в
- 011. - г
- 012. - г
- 013. - д
- 014. - д
- 015. - д
- 016. - в
- 017. - б
- 018. - б
- 019. - в
- 020. - в
- 021. - д
- 022. - д
- 023. - а
- 024. - д
- 025. - в
- 026. - в
- 027. - д
- 028. - г
- 029. - д
- 030. - д
- 031. - д
- 032. - д
- 033. - а
- 034. - б
- 035. - д
- 036. - д
- 037. - г
- 038. - г
- 039. - д
- 040. - в
- 041. - г
- 042. - в
- 043. - в
- 044. - а
- 045. - б
- 046. - в
- 047. - б
- 048. - б
- 049. - г

## **Раздел 2**

### **"Анатомо-физиологические особенности ЧЛЮ в различные возрастные периоды".**

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) варибельное
- 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 околотротоных 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. V 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

001. - б

002. - б

003. - г

004. - б

005. - в

006. - г

007. - а

008. - б

009. - в

010. - г

011. - б

012. - а

013. - а

014. - б

015. - г

016. - г

017. - в

018. - б

019. - д

020. - б

021. - г

022. - б

023. - в

024. - б

025. - в

- 026. - в
- 027. - а
- 028. - д
- 029. - г
- 030. - в
- 031. - а
- 032. - б
- 033. - г
- 034. - д
- 035 – д

### **Раздел 3**

#### **"Закономерности развития краниофациального комплекса в период пренатального онтогенеза"**

001. Пульпа формируется

- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
- д) из передней половины эпителиальной пластинки

002. Дентин формируется

- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
- д) из передней половины эпителиальной пластинки

003. Цемент корня зуба формируется

- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей верхний слой эмалевого органа
- г) из передней половины эпителиальной пластинки
- д) из эпителиального влагалища

004. Периодонт формируется

- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- д) из передней половины эпителиальной пластинки

005. Эмаль зуба формируется

- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальных клеток, образующих внутренний слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

006. Насмитова оболочка формируется

- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа



г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

007. Минерализация 51,61,71,81 зубов начинается

- а) на 2-3 месяце утробной жизни
- б) на 4-5 месяце утробной жизни
- в) на 6-7 месяце утробной жизни
- г) на 7-8 месяце утробной жизни
- д) на 8-9 месяце утробной жизни

008. Минерализация 52,62,72,82 зубов начинается

- а) на 3-4 месяце утробной жизни
- б) на 4-4.5 месяце утробной жизни
- в) на 5-6 месяце утробной жизни
- г) на 6-7 месяце утробной жизни
- д) на 8-9 месяце утробной жизни

009. Минерализация 53,63,73,83; 55,65,75,85 зубов начинается

- а) на 3-м месяце утробной жизни
- б) на 5-м месяце утробной жизни
- в) на 6-м месяце утробной жизни
- г) на 7-м месяце утробной жизни
- д) на 8-м месяце утробной жизни

010. Минерализация 54,64,74,84 зубов начинается

- а) на 3-м месяце утробной жизни
- б) на 5-м месяце утробной жизни
- в) на 6-м месяце утробной жизни
- г) на 7-м месяце утробной жизни
- д) на 8-м месяце утробной жизни

011. Зубы 51,61,71,81 прорезываются

- а) на 4-5 месяце жизни ребенка
- б) на 5-6 месяце жизни ребенка
- в) на 6-8 месяце жизни ребенка
- г) на 9-10 месяце жизни ребенка
- д) на 11-12 месяце жизни ребенка

012. Зубы 52,62,72,82 прорезываются

- а) на 2-5 месяце жизни ребенка
- б) на 6-12 месяце жизни ребенка
- в) на 7-8 месяце жизни ребенка
- г) на 12-17 месяце жизни ребенка
- д) на 17-20 месяце жизни ребенка

013. Зубы 53,63,73,83 прорезываются

- а) на 8-10 месяце жизни ребенка
- б) на 10-12 месяце жизни ребенка
- в) на 12-15 месяце жизни ребенка
- г) на 16-20 месяце жизни ребенка
- д) на 17-19 месяце жизни ребенка

014. Зубы 54,64,74,84 прорезываются

- а) на 9-12 месяце жизни ребенка

- б) на 12-16 месяце жизни ребенка
- в) на 17-20 месяце жизни ребенка
- г) на 10-15 месяце жизни ребенка
- д) на 11-13 месяце жизни ребенка

015. Зубы 55,65,75,85 прорезываются

- а) на 9-10 месяце жизни ребенка
- б) на 10-12 месяце жизни ребенка
- в) на 12-18 месяце жизни ребенка
- г) на 18-20 месяце жизни ребенка
- д) на 20-30 месяце жизни ребенка

016. Формирование корней 51,61,71,81 зубов заканчивается

- а) в возрасте ребенка 1.5 года
- б) в возрасте ребенка 2-2.5 года
- в) в возрасте ребенка 3 года
- г) в возрасте ребенка 4 года
- д) в возрасте ребенка 5 лет

017. Формирование корней 52,62,72,82 зубов заканчивается

- а) в возрасте ребенка 2 года
- б) в возрасте ребенка 3 года
- в) в возрасте ребенка 4 года
- г) в возрасте ребенка 5 лет
- д) в возрасте ребенка 6 лет

018. Формирование корней 53,63,73,83 зубов заканчивается

- а) в возрасте ребенка 2-3 года
- б) в возрасте ребенка 3-3.5 года
- в) в возрасте ребенка 3-4 лет
- г) в возрасте ребенка 4-5 лет
- д) в возрасте ребенка 5-5,5 лет

019. Формирование корней 54,64,74,84 зубов заканчивается

- а) в возрасте ребенка 2-3 года
- б) в возрасте ребенка 3-4 года
- в) в возрасте ребенка 4-5 лет
- г) в возрасте ребенка 5-6 лет
- д) в возрасте ребенка 6-7 лет

020. Формирование корней 55,65,75,85 зубов заканчивается

- а) в возрасте ребенка 3 года
- б) в возрасте ребенка 4 года
- в) в возрасте ребенка 5 лет
- г) в возрасте ребенка 6 лет
- д) в возрасте ребенка 7 лет

001. - б

002. - б

003. - а

004. - а

005. - в

006. - г

007. - б

- 008. - в
- 009. - в
- 010. - б
- 011. - в
- 012. - в
- 013. - г
- 014. - б
- 015. - д
- 016. - а
- 017. - а
- 018. - в
- 019. - в
- 020. - б

#### **Раздел4**

#### **"Методы обследования в клинике 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) Зиберта
- б) Айзмана
- в) Зиберта - 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 - Харта - Коркхаузе - Шварца
- д) ничего из перечисленного

037. Правильной последовательность формулировки диагноза при сочетанной патологии является

- а) ортодонтический симптоматический диагноз и характеристика других заболеваний
- б) топоко-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)  $\pm 1.5$  мм
- в)  $\pm 2$  мм
- г)  $\pm 3$  мм
- д)  $\pm 4$  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) sixth зубов по I классу Энгля
- б) sixth зубов по II классу Энгля
- в) sixth 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 макродентию 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

001. - д

002. - а

003. - а

004. - а

005. - б

006. - б

007. - а

008. - б

009. - б

010. - б

011. - б

012. - в

013. - в

014. - б

015. - д

016. - д

017. - в

018. - в

019. - в

020. - а

021. - а

022. - б

023. - б

024. - д

025. - б

026. - г

027. - в

028. - б

029. - б

030. - д

031. - а

032. - д

033. - в

034. - а

035. - а

036. - В  
037. - Г  
038. - Г  
039. - Г  
040. - В  
041. - Г  
042. - В  
043. - В  
044. - В  
045. - Д  
046. - В  
047. - Г  
048. - Ъ  
049. - Д  
050. - Ъ  
051. - Г  
052. - а  
053. - Г  
054. - Г  
055. - В  
056. - В  
057. - Г  
058. - Д  
059. - В  
060. - Г  
061. - а  
062. - В  
063. - а  
064. - Ъ  
065. - Ъ  
066. - Д  
067. - Д  
068. - Д  
069. - В  
070. - Г  
071. - Г  
072. - Г  
073. - Д  
074. - Д  
075. - Ъ  
076. - а  
077. - В  
078. - а  
079. - Ъ  
080. - Ъ  
081. - Ъ  
082. - В  
083. - а  
084. - В  
085. - Ъ  
086. - В  
087. - а  
088. - Ъ

- 089. - а
- 090. - в
- 091. - г
- 092. - г
- 093. - б
- 094. - а
- 095. - в
- 096. - б
- 097. - б
- 098. - д
- 099. - в
- 100. - в
- 101. - б
- 102. - б
- 103. - а
- 104. - г
- 105. - г
- 106. - в
- 107. - в
- 108. - в
- 109. - б
- 110. - в

## **Раздел 5**

### **"Лечение зубочелюстных аномалий"**

#### **1) 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 прашей 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 разобщения в переднем участке

- а) без разобщения
- 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

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) variabelьно

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) variabelьно
- 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) variabelьно

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  $\frac{1}{3}$  высоты коронки
- в) находится на уровне проекции  $\frac{1}{3}$  величины корня
- г) находится на уровне проекции  $\frac{1}{2}$  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 макродонтии
- 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

001. - б

002. - а

003. - д

004. - б

005. - б

006. - б

007. - б

008. - а

009. - в

010. - г

011. - б

012. - в

013. - б

014. - б

015. - а

016. - б

017. - в

- 018. - б
- 019. - в
- 020. - б
- 021. - в
- 022. - б
- 023. - г
- 024. - в
- 025. - в
- 026. - б
- 027. - б
- 028. - д
- 029. - а
- 030. - б
- 031. - а
- 032. - в
- 033. - в
- 034. - д
- 035. - в
- 036. - г
- 037. - д
- 038. - в
- 039. - в
- 040. - в
- 041. - в
- 042. - г
- 043. - в
- 044. - б
- 045. - г
- 046. - в
- 047. - г
- 048. - б
- 049. - в
- 050. - в
- 051. - б
- 052. - г
- 053. - в
- 054. - в
- 055. - б
- 056. - б
- 057. - б
- 058. - а
- 059. - б

## 2) 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 активирования 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 изготавливают 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 изгиба
- 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 краптонными щипцами
- в) расположение прямой поверхности краптонных щипцов к месту изгиба
- г) расположение округлой поверхности краптонных 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  $45^\circ$  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 контактными поверхностями 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 сталелитейные свойства проволоки на кламмере Адамса изготавливают

- а) крючки на фиксирующем отростке
- б) завиток на плече кламмера
- в) крючок на отростке, фиксирующем кламмер в базисе аппарата
- г) навитые трубки (по Э.А.Вольскому) на величину горизонтальной части плеча кламмера
- д) припаянные трубки от дуги Энгля к горизонтальной части плеч кламмеров

038. Кламмеры Адамса не препятствуют зубоальвеолярному удлинению опорных зубов вследствие

- а) конструктивных особенностей их изготовления
- б) точечного прилегания плеча к коронке опорного зуба
- в) невозможности достаточно плотного прилегания кламмера к коронке опорного зуба
- г) наличия расстояния между плечом и вестибулярной поверхностью зуба
- д) 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

- а) происходит
- б) не происходит
- в) не может происходить, так как боковые зубы фиксированы кламмерами Адамса
- г) происходит, так как кламмеры могут быть изготовлены недостаточно точно
- д) происходит, так как аппараты постоянно перемещаются вместе с зубными рядами

040. Лингвальные или небные дуги изготавливаются из проволоки диаметром

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

041. Граница лингвальной дуги в области боковых зубов проходит

- а) на жевательной поверхности
- б) у жевательной поверхности
- в) в области экватора
- г) в пришеечной части
- д) в подъязычной области или вдоль ската неба

042. Граница лингвальной дуги в области передних зубов проходит

- а) у режущего края
- б) на небных буграх
- в) в пришеечной части
- г) в области экватора
- д) место прохождения границы не имеет значения

043. Назубные дуги изготавливают из проволоки диаметром

- а) до 0.6 мм
- б) до 0.8 мм
- в) до 1.0 мм
- г) до 1.2 мм
- д) любого размера

044. Граница назубной дуги проходит

- а) ближе к режущему краю зуба
- б) в области экватора коронки зуба
- в) в пришеечной части
- г) по вершинам межзубных сосочков
- д) место прохождения границы не имеет значения

045. Кламмер состоит

- а) из плеча, рабочего угла, отростка для фиксации в базисе аппарата
- б) из плеча, тела, рабочего угла, отростка для фиксации в базисе аппарата
- в) из плеча, отростка для фиксации в базисе аппарата
- г) 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, копьёобразный
- 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) копьёвидный, ленточный

051. Для фиксации съёмных 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

001. - г

002. - г

003. - в

004. - г

005. - д

006. - д

007. - а

008. - д

009. - г

010. - д

011. - д

012. - д

013. - г

014. - г

015. - д

016. - д

017. - г



018. - д  
019. - в  
020. - д  
021. - а  
022. - д  
023. - д  
024. - д  
025. - д  
026. - д  
027. - б  
028. - д  
029. - д  
030. - г  
031. - д  
032. - г  
033. - д  
034. - в  
035. - д  
036. - д  
037. - г  
038. - д  
039. - д  
040. - б  
041. - д  
042. - в  
043. - д  
044. - г  
045. - б  
046. - г  
047. - б  
048. - б  
049. - д  
050. - в  
051. - в  
052. - г  
053. - г  
054. - в  
055. - б  
056. - в  
057. - г  
058. - а  
059. - г  
060. - в  
061. - в  
062. - в  
063. - г  
064. - г  
065. - г  
066. - б  
067. - б  
068. - в  
069. - г  
070. - а

- 071. - в
- 072. - г
- 073. - в
- 074. - в
- 075. - а
- 076. - а
- 077 – б

### 3) 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 напереди расположенный зуб (по Ильиной - Маркосян)
- б) кольцу на постоянный моляр с литой распоркой и тройной лапкой напереди 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 Мерефилдуду
- 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, сваренными 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, сваренными 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 аномально 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 нормы 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, каппы, пелоты и т.д.
- в) энергия жевательных мышц
- г) энергия мимических мышц
- д) энергия жевательных и мимических мышц

001. - б

002. - б

003. - а

004. - а

005. - а

006. - г

007. - а

008. - а

009. - г

010. - б

011. - д

012. - в

013. - д

014. - д

015. - д

016. - а

017. - д

018. - в

019. - г

- 020. - в
- 021. - в
- 022. - б
- 023. - д
- 024. - д
- 025. - г
- 026. - б
- 027. - д
- 028. - д
- 029. - д
- 030. - г
- 031. - в
- 032. - д
- 033. - г
- 034. - г
- 035. - г
- 036. - д
- 037. - г
- 038. - в
- 039. - б
- 040. - д
- 041. - д
- 042. - а
- 043. - в
- 044. - г
- 045. - д
- 046. - г
- 047. - г
- 048. - г
- 049. - д
- 050. - б
- 051. - а
- 052. - в
- 053. - в
- 054. - д
- 055. - д
- 056. - б
- 057. - а
- 058. - д

#### 4) АНОМАЛИИ И ДЕФОРМАЦИИ ЗУБОВ И ЗУБНЫХ РЯДОВ

001. Основной задачей ортодонтического лечения является

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

002. Немедленному удалению подлежит сверхкомплектный

- а) ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, имеющий несформированный корень

- б) ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, но с наклоном его оси по отношению к корням соседних зубов до  $30^\circ$  с незавершенным формированием верхушки корня
- в) зуб, находящийся в начальной стадии прорезывания
- г) прорезавшийся зуб
- д) любой зуб

003. Саморегуляцию диастемы до 5 мм между резцами верхней челюсти после удаления сверхкомплектного зуба между ними можно ожидать в возрасте

- а) 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  $7^\circ$
- 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

- 001. - г
- 002. - д
- 003. - в
- 004. - в
- 005. - б
- 006. - г
- 007. - д
- 008. - д
- 009. - в
- 010. - а
- 011. - д
- 012. - б
- 013. - д

- 014. - д
- 015. - д
- 016. - д
- 017. - г
- 018. - в
- 019. - в
- 020. - д
- 021. - в
- 022. - д
- 023. - б
- 024. - д
- 025. - д
- 026. - д
- 027. - д
- 028. - в
- 029. - в
- 030. - д
- 031. - г
- 032. - д
- 033. - д
- 034. - в
- 035. - в
- 036. - д
- 037. - в
- 038. - в
- 039. - г
- 040. - а

## 5) 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 режцового 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 рецессивном 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 Кламмта 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

001. - в

002. - в

003. - д

004. - г

005. - в

006. - в

007. - г

008. - в

009. - г

010. - в

011. - г

012. - а

013. - г

014. - д

015. - д

016. - в,г

017. - г

018. - в,д  
019. - д  
020. - б  
021. - а,б  
022. - а  
023. - в,г  
024. - д  
025. - д  
026. - б  
027. - д  
028. - а  
029. - д  
030. - д  
031. - д  
032. - д  
033. - д  
034. - г  
035. - а  
036. - д  
037. - д  
038. - б  
039. - д  
040. - д  
041. - г  
042. - д  
043. - д  
044. - д  
045. - д  
046. - а  
047. - г  
048. - г  
049. - д  
050. - б  
051. - б  
052. - д  
053. - а  
054. - б  
055. - д  
056. - в  
057. - а  
058. - в  
059. - б  
060. - б  
061. - а  
062. - б  
063. - б  
064. - б  
065. - а  
066. - б  
067. - б  
068. - г  
069. - г  
070. - а

071. - б  
072. - а  
073. - б  
074. - в  
075. - в  
076. - б  
077. - в  
078. - а  
079. - б  
080. - а  
081. - г

(=#) 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) Кеца

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 obturatory

- а) Ильиной - Маркосян с подвижной небной занавеской
- б) типа Кеца
- 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

001. - в

002. - г

003. - в

004. - д

005. - б

006. - в

007. - б

008. - б

009. - д

010. - д

011. - д

012. - а

013. - в

014. - г

015. - г

016. - а

### **Раздел 6**

**"Морфологические и функциональные изменения в зубочелюстной системе под влиянием ортодонтического лечения".**

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 кпереди
  - 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

001. - б

002. - б

003. - а

004. - а

005. - а

006. - г

007. - а

008. - а

009. - г

- 010. - б
- 011. - д
- 012. - в
- 013. - д
- 014. - д
- 015. - д
- 016. - а
- 017. - д
- 018. - в
- 019. - г
- 020. - в

### **Раздел 7**

#### **"Техника дозирования ортодонтической нагрузки".**

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) кап
  - 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 активирования 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 Нападава
  - д) рамочный
001. - г
002. - г
003. - в
004. - г
005. - д
006. - д
007. - а
008. - д
009. - г
010. - д
011. - д
012. - д
013. - г
014. - г
015. - д
016. - д
017. - г
018. - д
019. - в
020. - д

## **Раздел 8**

### **"Ретенция результатов ортодонтического лечения".**

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

001. - в

002. - в

003. - д

004. - г

005. - в

006. - в

007. - г

008. - в

009. - г

010. - в

011. - г

012. - а

013. - г

014. - д

015. - д

016. - в,г

017. - г

018. - в,д

019. - д

020. - б

## **Раздел 9**

### **"Рецидив зубочелюстных аномалий".**

1. 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

2. 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

3. 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

4. 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

5. 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

6. 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

7. 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

8. 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

9. 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

10. 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

11. 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

12. 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

13. 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

14. 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

15. 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

16. 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

17. 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

18. 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

19. 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

20. 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

1. - а,б

2. - а

3. - в,г

4. - д

- 5. - д
- 6. - б
- 7. - д
- 8. - а
- 9. - д
- 10. - д
- 11. - д
- 12. - д
- 13. - д
- 14. - г
- 15. - а
- 16. - д
- 17. - д
- 18. - б
- 19. - д
- 20. - д

### **Раздел 10**

#### **"Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий".**

001. Методом устранения вредной привычки сосания пальца дном 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 аномалиейной 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

- а) протезирование
- б) массаж альвеолярного отростка
- в) создание для него места в зубном ряду
- г) обнажение коронки клыка или ее части хирургом
- д) наблюдение

014. Для нормализации функции дыхания применяется

- а) миотерапия для круговой мышцы губ после санации носоглотки
- б) пластика укороченной уздечки языка
- в) исправление аномалии прикуса
- г) применение активатора Андресена - Гойпля
- д) исправление осанки

015. Показанием к применению в лечебных целях стандартных вестибулярных пластинок является

- а) нормализация функции глотания
- б) устранение вредных привычек сосания пальцев, губ
- в) устранение вредной привычки сосания языка
- г) исправление глубокого прикуса
- д) устранение протрузии верхних резцов и расширение верхнего зубного ряда

016. Прямым показанием к пластике уздечки языка в грудном возрасте служит

- а) затрудненное сосание
- б) наличие короткой уздечки языка
- в) короткая уздечка в сочетании с ретрогенией
- г) неправильное соотношение челюстей
- д) макроглоссия

017. Показанием к пластике уздечки языка является

- а) нарушение глотания
- б) нарушение звукопроизношения
- в) укороченная уздечка языка, ограничивающая его подвижность
- г) вредная привычка прокладывать язык между зубами
- д) ротовое дыхание

018. Показанием к пластике укороченной уздечки верхней губы является

- а) несмыкание губ
- б) укороченная уздечка верхней губы
- в) диастема более 8 мм
- г) нарушение звукопроизношения
- д) низкое прикрепление уздечки верхней губы с вплетением волокон в срединный небный шов

001. - в

002. - в

003. - а

004. - б

005. - а

006. - в

007. - а

008. - г

- 009. - д
- 010. - д
- 011. - д
- 012. - а
- 013. - а
- 014. - а
- 015. - д
- 016. - а
- 017. - в
- 018. - в

## **Раздел 11**

### **"Профилактика зубочелюстных аномалий".**

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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

7. 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

8. 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

9. 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

10. 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

11. 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

12. 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

13. 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

14. 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

15. 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

16. Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают

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

17. 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

18. 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

19. 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

20. 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

1. - д
2. - д
3. - а
4. - д
5. - в
6. - в
7. - д
8. - г
9. - д
10. - д
11. - д
12. - д
13. - а
14. - б
15. - д
16. - д
17. - г
18. - г
19. - д
- 20 - в

## Перечень вопросов для этапного экзамена 31.08.77 Ортодонтия

1. Особенности развития челюстно-лицевого комплекса в различные возрастные периоды.
2. Развитие эмбриона. Воздействие пренатальных факторов на развитие зубочелюстно-лицевой системы.
3. Этапы черепно-лицевого развития эмбриона. Соотносимые со стадиями развития зубочелюстно-лицевой системы синдромы. Особенности роста и развития челюстных костей.
4. Анатомо-физиологические особенности полости рта новорожденного.
5. Младенчество и раннее детство: период формирования молочного прикуса. Сроки закладки и прорезывания молочных зубов.
6. Позднее детство: период сменного прикуса. Анатомо-физиологические особенности полости рта ребенка в период сменного прикуса.
7. Физиология смены зубов. Сроки прорезывания, формирования, рассасывания корней. Типы резорбции корней зубов. Рентгенологическая картина в различные периоды формирования зубов.
8. Понятия биологического, паспортного, скелетного возрастов, их оценка.
9. Модели роста челюстно-лицевого комплекса. Рост и развитие лица в различные возрастные периоды.
10. Функциональное воздействие на челюстно-лицевое развитие. Влияние парафункций и вредных привычек на формирование аномалий и деформаций окклюзии.
11. Особенности строения ВНЧС в различные возрастные периоды.
12. Диагностика в клинике ортодонтии: методы обследования пациента, постановка диагноза.
13. Биометрические методы исследования моделей челюстей: метод Пона (Линдера и Харта), Коркхауза, Тона, Болтона, Герлаха, Снагиной. Анализ результатов биометрического исследования.
14. Методы биометрического исследования челюстей в период молочного прикуса.

15. Антропометрические методы исследования.
16. Фотостатический метод исследования лица. Вертикальные лицевые пропорции. Типы профиля, дивергенция лица.
17. Пальпация мышц челюстно-лицевой области.
18. Цефалометрические методы исследования. Анализ ТРГ.
19. Рентгенологические методы обследования в ортодонтии.
20. Изучение функции глотания, дыхания, жевания и речи. Причины их нарушения, связь с патологией прикуса.
21. Лабораторные методы исследования. Электромиография. Гнатодинамометрия. Реопародонтография. Измерение подвижности зуба.
22. Оценка окклюзионных взаимоотношений зубных рядов (Т-Skan).
23. Методы оценки жевательной эффективности. Оценка жевательной эффективности по Агапову.
24. Классификации зубочелюстных аномалий (история развития, классификация Персина, МКБ-10).
25. Аномалии отдельных зубов. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
26. Аномалии и деформации зубных рядов. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
27. Аномалии окклюзии в трех плоскостях. Понятие о степени тяжести аномалий окклюзии.
28. Дистальная окклюзия. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
29. Мезиальная окклюзия. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
30. Вертикальная дизокклюзия. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
31. Глубокая окклюзия. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.



32. Аномалии окклюзии по трансверсали. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
33. Основные методы ортодонтического лечения (миогимнастика, аппаратурное лечение, ортогнатическая хирургия).
34. Миогимнастика в ортодонтии. Миогимнастические комплексы, применяемые при различных ортодонтических патологиях.
35. Преждевременное удаление зубов. Протезирование дефектов зубных рядов в детском возрасте.
36. Съёмные протезы в детском возрасте: показания к применению, особенности строения аппаратов.
37. Несъёмное протезирование в детском возрасте: показания к применению, особенности строения аппаратов.
38. Классификация ортодонтических аппаратов.
39. Клинико-лабораторные этапы изготовления ортодонтического аппарата.
40. Фиксирующие элементы ортодонтических аппаратов.
41. Ортодонтические винты: виды, особенности применения.
42. Механически действующие аппараты: конструктивные особенности, показания к применению. Активные элементы механически действующих аппаратов: пружины, вестибулярные дуги, винты.
43. Функционально действующие и функционально-направляющие ортодонтические аппараты: конструктивные особенности, показания к применению.
44. Брекет-система. Принцип действия. Виды брекет-систем. Основные конструктивные элементы брекет-системы.
45. Брекет-система. Ортодонтические дуги, их разновидности, свойства, особенности применения.
46. Понятие окклюзии. Ключи окклюзии по Эндрюсу.
47. Постановка брекет-системы: этапы, методы фиксации брекетов.
48. Этапы ортодонтического лечения брекет-системой, их особенности.
49. Ретенционные аппараты. Классификация. Показания к использованию.

50. Врожденные аномалии зубочелюстно-лицевой области. Этиология. Патогенез. Принципы лечения.
51. Мелкое преддверие полости рта. Короткие, добавочные уздечки. Клинические проявления. Принципы лечения.
52. Расщелины ЧЛЮ. Классификация. Клинические проявления. Ортодонтическое лечение.
53. Ангидротическая эктодермальная дисплазия. Клиника, диагностика, ортодонтическое лечение.
54. Синдром Пьера-Робена. Клиника, диагностика, ортодонтическое лечение.
55. Дизостозы (челюстно-лицевой, черепно-лицевой, черепно-ключичный). Клиника, диагностика, ортодонтическое лечение.
56. Синдром I и II жаберных дуг. Клиника, диагностика, ортодонтическое лечение.
57. Профилактика зубочелюстно-лицевых аномалий в различные возрастные периоды.
58. Диспансеризация пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями и деформациями.
59. Понятие об ортодонтической нагрузке. Биомеханика ортодонтического перемещения зубов.
60. Дозирование ортодонтической нагрузки.
61. Морфологические и функциональные изменения в зубочелюстной системе под влиянием ортодонтического лечения.
62. Внеротовые ортодонтические аппараты: виды, механизм действия, показания к применению.
63. Применение компьютерной техники в клинике ортодонтии.
64. Применение минивинтов в практике врача-ортодонта.
65. Сплинты. Виды, клиничко-лабораторные этапы изготовления сплинтов. Показания к их применению.
66. Функциональная недостаточность жевательной и мимической мускулатуры как фактор риска аномалий и деформаций ЧЛЮ. Методы лечения.

67. Трейнеры. Разновидности, механизм действия, показания к применению.
68. Вестибулярные пластинки. Разновидности, механизм действия, показания к применению.
69. Проявление СПИДа в полости рта. Профилактика ВИЧ-инфекции в стоматологической поликлинике.
70. Асептика и антисептика в стоматологии. Методы стерилизации ортодонтического инструментария.
71. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении.
72. Подбородочная праща: показания к применению, методы изготовления подбородочной накладки.
73. Методы прямой, не прямой фиксации брекет-системы. Позиционирование брекетов.
74. Способы фиксации ортодонтических дуг при использовании лигатурной брекет-системы.
75. Аппарат Петита: показания к применению.
76. Методы создания места в зубном ряду при работе брекет-системой.
77. Методы устранения промежутков при работе брекет-системой.
78. Методы коррекции кривой Шпее при работе брекет-системой.
79. Методы регистрации конструктивного прикуса, центральной окклюзии и центрального соотношения зубных дуг.
80. Клинико-лабораторные этапы изготовления спортивной каппы.
81. Мостовидные протезы: показания к применению в детском возрасте, особенности изготовления.
82. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппарата Марко Роса. Показания к применению.
83. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппарата Дерихсвайлера. Показания к применению.
84. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппарата Твин Блок. Показания к применению.
85. Аппараты Гербста, ФНТА. Показания к применению.

86. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппарата Nance. Показания к применению.
87. Клинико-лабораторные этапы изготовления кольца с петлей для удержания места в зубном ряду. Показания к применению.
88. Клинико-лабораторные этапы изготовления лингвальной дуги для удержания места в зубном ряду. Показания к применению.
89. Клинико-лабораторные этапы изготовления расширяющей пластинки с винтом. Показания к применению.
90. Клинико-лабораторные этапы изготовления расширяющей пластинки Шварца с наклонной плоскостью.

## Ситуационные задачи для проведения этапного экзамена

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

### ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН по специальности 31.08.77 Ортодонтия СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1



Пациент Ф., 11 лет. Жалобы: задержка прорезывания 11 зуба. Анамнез: 51 зуб выпал в возрасте 7 лет. При осмотре ребенка: смешанный прикус; 55,53,63,75,83,85 зубы – подвижность 1-2 степени, 65,75 – кариозные полости на жевательной поверхности; 16,36 зубы – герметизированные фиссуры, 26,46 - запломбированы, 14,24,25,34 – фиссуры пропускают кончик зонда, цвет эмали обычный; ретенция 11 зуба, тесное положение резцов нижней челюсти, глубокий травмирующий прикус.

#### Задание:

1. Назовите возможные причины ретенции 11.
2. Составьте план комплексного обследования и лечения ребенка.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2**



Пациентка Е., 11 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и неправильное расположение зубов. При осмотре выявлено увеличение высоты нижней части лица, сглаженность носогубных складок, напряжение мышц околоротовой области. В полости рта: вертикальная щель между передними зубами. При исследовании функции глотания – «симптом напёрстка» на подбородке, прокладывание языка между зубными рядами

**Задание:**

1. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.
2. Назовите элементы, которые необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки диагноза?

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3**



Пациентка А., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости ребенка в лечении. При осмотре полости рта ребенка: справа щёчные бугорки нижних боковых зубов перекрывают щечные бугорки верхних, диастема между медиальными резцами на верхней челюсти, дефект зубного ряда в области зуба 2.2

**Задание:**

1. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?
2. Поставьте диагноз.

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4**



Пациентка Н., 13 лет. Обратилась к стоматологу с жалобами на неправильное положение зубов: неправильное положение клыков, нарушение цвета и формы резцов верхней челюсти.

Объективно: Вестибулярное положение клыков верхней челюсти и их шиповидная форма, вдоль режущего края резцов бороздчатые углубления.

**Задание:**

1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
2. Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения



федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5**



Пациент Д., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на отсутствие у ребёнка зубов, затруднения при жевании, наличие сухости кожи.

Объективно: Глубокая супраментальная складка, в полости рта единичные зубы шиповидной формы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Язык влажный, чистый. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются

**Задание:**

1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
2. Перечислите методы обследования, необходимые для постановки диагноза.
3. Поставьте предварительный диагноз, определите методы и сроки лечения, и диспансеризации.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6**



Пациент Г., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на «неправильный» прикус у ребёнка.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, уменьшение гнатической части лица, выпуклый профиль лица, выраженные супраментальная и носогубные складки, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: отсутствие зубов на нижней челюсти, нарушение формы зубных рядов, окклюзии, несовпадение центральной линии между верхними и нижними центральными резцами, щель по сагиттали, диастема между 11 и 21.

**Задание:**

1. Перечислите дополнительные методы исследования.
2. Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения.

1.  
Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7**



Пациентка В., 13 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на затруднения при откусывании и пережёвывании пищи, неправильное положение зубов, неправильное произношение некоторых звуков.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, увеличение гнатической части лица, губы смыкаются с напряжением, дыхание ротовое, нарушение речеобразования, открывание рта в полном объеме, отмечается вынужденное напряжение круговой мышцы рта и подбородочной мышцы, на подбородке появляются точечные углубления и отмечается «симптом наперстка», лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: Гипоплазия 23 зуба, бугорковый контакт между зубами, отсутствие контактов во фронтальном отделе, щель по вертикали, переднее положение языка.

**Задание:**

1. Поставьте предварительный ортодонтический диагноз и составьте план лечения.
2. Перечислите причины, которые могли привести к данной аномалии.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8**



Пациентка А., 14 лет, жалуется на неправильное положение зубов, воспаление десны в области клыков, наличие желто-коричневого пятна на 21 зубе. Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.

В полости рта: слизистая оболочка десны гиперемирована, имеются патологические изменения, на языке отмечается налет желтого цвета, отпечатки зубов. КПУ = 4, ИГПР = 3; проба Шиллера-Писарева положительная, РМА = 18%.

**Задание:**

1. Поставьте предварительный ортодонтический диагноз и составьте план лечения.
2. Назовите основные причины развития данной патологии.

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9**



Пациент Д., 18 лет, обратился в клинику с жалобами на неправильный прикус, неправильное положение зубов.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.

В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. Латеральные резцы расположены небно, скученность зубов, смещение центра, дефицит места для зубов

**Задание:**

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения. Перечислите основные виды ортодонтических аппаратов при лечении данной патологии.

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

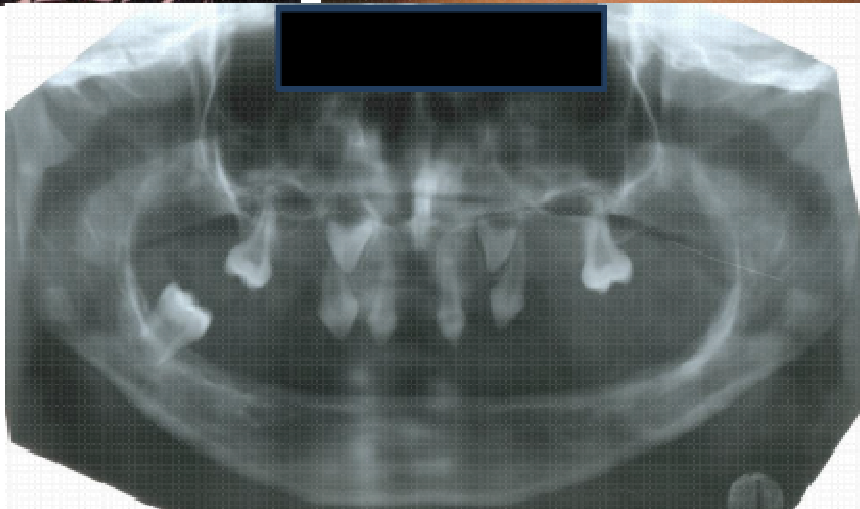
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10**

Пациент Б. обратился с жалобами на отсутствие зубов, неправильное положение зубов, нарушение речи, затруднение жевания.





1. Опишите ОПТГ.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести для уточнения диагноза и составления плана лечения?
4. Составьте предварительный план лечения и сроки диспансеризации.

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

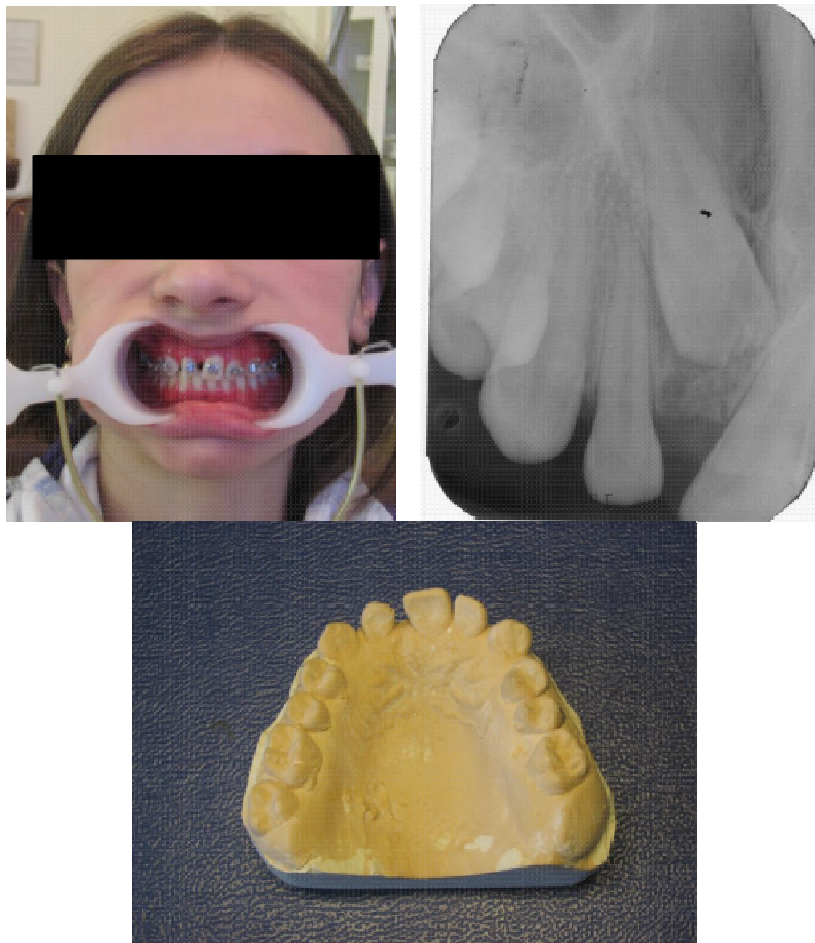
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11**



Пациентка Б., 15 лет, обратилась с жалобами на неправильное положение зубов, отсутствие зуба.



1. Опишите:
  - a. состояние зубов верхней челюсти, с учётом контрольно-диагностических моделей верхней челюсти;
  - b. внутриротовой рентгенологический снимок.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте предварительный план лечения.

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

Пациентка Ж., 8 лет, находится на активном ортодонтическом лечении.



1. Назовите и охарактеризуйте ортодонтический аппарат.
2. Перечислите показания к применению данного аппарата.
3. Назовите недостатки аппарата.

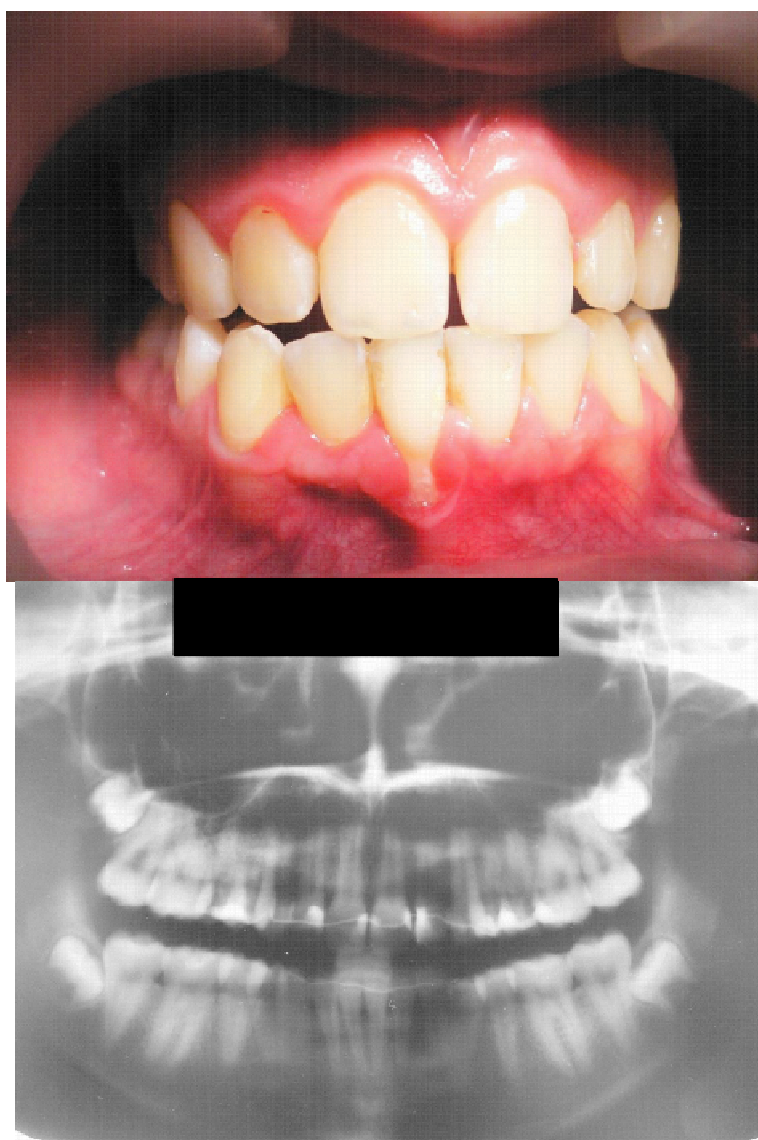
Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования  
**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13**

Пациентка Л., 18 лет, состояние через 2 недели после снятия несъемного  
дугового аппарата.



1. Назовите осложнение после ортодонтического лечения.
2. Чем вызвано данное осложнение?
3. Составьте план лечения.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14**

Пациентка О., 12 лет, находится на активном ортодонтическом лечении.



1. Назовите и охарактеризуйте аппарат.
2. Перечислите показания к применению аппарата.
3. Какие осложнения могут возникнуть при использовании данного аппарата?

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15**

Пациент Д., 14 лет, находится на активном ортодонтическом лечении.



1. Охарактеризуйте ортодонтический аппарат.
2. Перечислите показания к применению аппарата.
3. Назовите возможные осложнения при использовании данного аппарата.



федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16**

Пациент Б., обратился с жалобами на неправильное расположение зубов, неправильный прикус. Из анамнеза: у родителей пациента имеется схожая патология.



1. Опишите внешний вид и состояние полости рта пациента.

2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назовите необходимые дополнительные методы диагностики.
4. Составьте план лечения.

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30**



Родители пациента С., 7 лет, обратились в клинику с жалобами на неправильный прикус ребенка, задержку смены молочных зубов. Объективно: смыкание зубов по II классу по Энгля, щель по сагиттали 8 мм. Подвижность молочных зубов отсутствует.

1. Какие методы исследования необходимо провести пациенту?
2. Определите, соответствует ли костный возраст пациента паспортному?



### 3. Какие методы лечения можно применить в данной ситуации?

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

#### **ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН** по специальности 31.08.77 Ортодонтия

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29**

Пациентка С., 16 лет, обратилась с жалобами на неправильное положение зубов, неправильный прикус.



Объективно: в ключе окклюзии - мезиальные щечные бугры верхних первых постоянных моляров соотносятся с аналогичными буграми зубов-антагонистов. Нижние резцы контактируют со слизистой неба.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обследование пациента.

3. Составьте план лечения данного пациента.

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28.**

В стоматологическую клинику к ортодонту обратились родители с мальчиком 9-ти лет. Жалобы – на «кривые зубы и открытый рот» у ребенка. Анамнез: у матери в периоде беременности наблюдался токсикоз в первом триместре, ребенок родился доношенным, находился на искусственном вскармливании с 3х месяцев. Прорезывание зубов происходило в физиологические сроки. Перенесенные заболевания – ветряная оспа, частые острые респираторные заболевания. Отмечаются вредные привычки: закусывание нижней губы, ротовое дыхание.

Объективно: в ключе окклюзии - мезиальные щечные бугры верхних первых постоянных моляров соотносятся с аналогичными буграми зубов-антагонистов. Нижние резцы контактируют со слизистой неба. При выполнении клинической пробы Эшлера-Битнера эстетика профиля ребенка улучшается.



1. Поставьте предварительный диагноз. Опишите механизм развития патологии.
2. Какие методы исследования необходимо провести в данной ситуации?

### 3. Составьте план лечения.

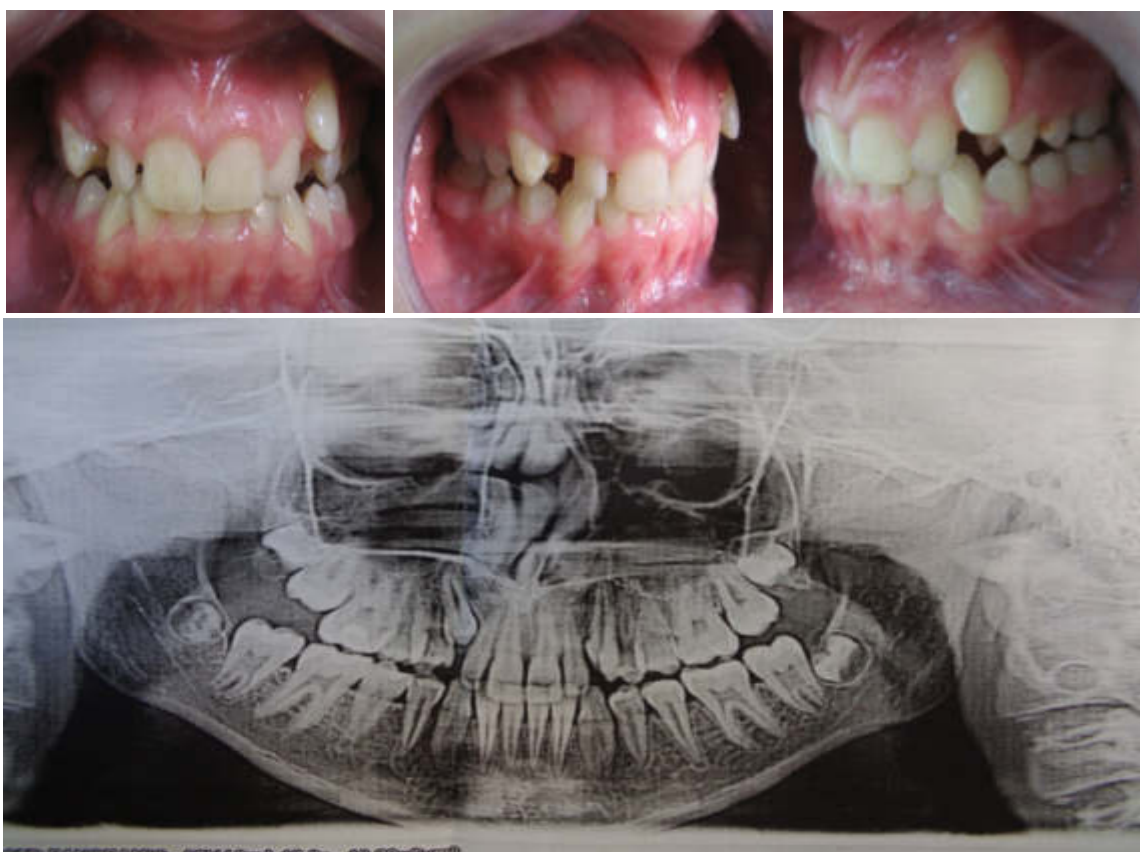
Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

## ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН по специальности 31.08.77 Ортодонтия

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27



Пациентка И., 16 лет, обратилась в клинику с жалобами на неправильное положение зубов, неправильный прикус.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. Вестибулярное положение 23 зубов, отсутствие 13 зуба в полости рта.

1. Опишите ОПТГ.
2. Поставьте диагноз.
3. Тактика лечения.

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

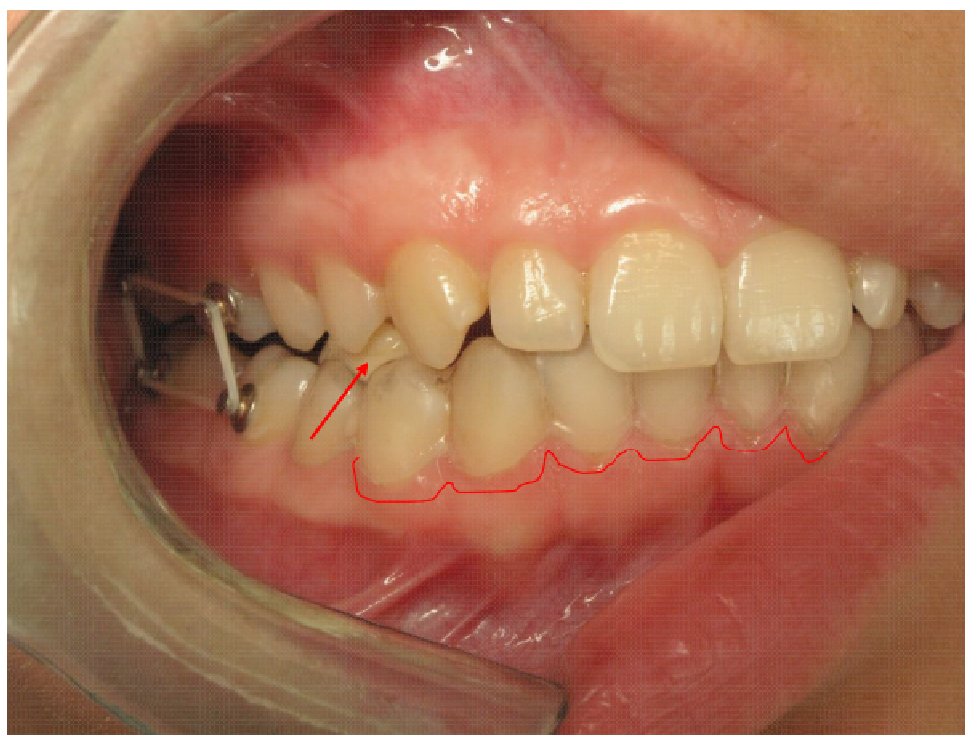
**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26**

Пациент К., 18 лет обратился по направлению стоматолога хирурга.

Внешний осмотр: незначительное снижение нижней трети лица.

Объективно: щелчки в ВНЧС при открывании рта, зубные ряды ровные, резцовое перекрытие на высоту половины нижнего резца, соотношение моляров по II классу по Энгля.



1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Опишите, на каком биологическом принципе основан метод лечения и механизм проводимого лечения, используя фотографию (стрелкой указана накусочная площадка, которая фиксируется на прозрачной капле на зубах нижней челюсти).

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25**

Пациентка П., 12 лет обратилась с жалобами на промежутки между передними зубами.

Объективно: первичная адентия нижнего резца, боковых резцов верхней челюсти, зачатки 1.3,2.3 зубов в стадии формирования корня.





1. Опишите состояние полости рта.
2. Поставьте предварительный диагноз. Какие методы исследования необходимо провести?
3. Составьте план лечения.

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

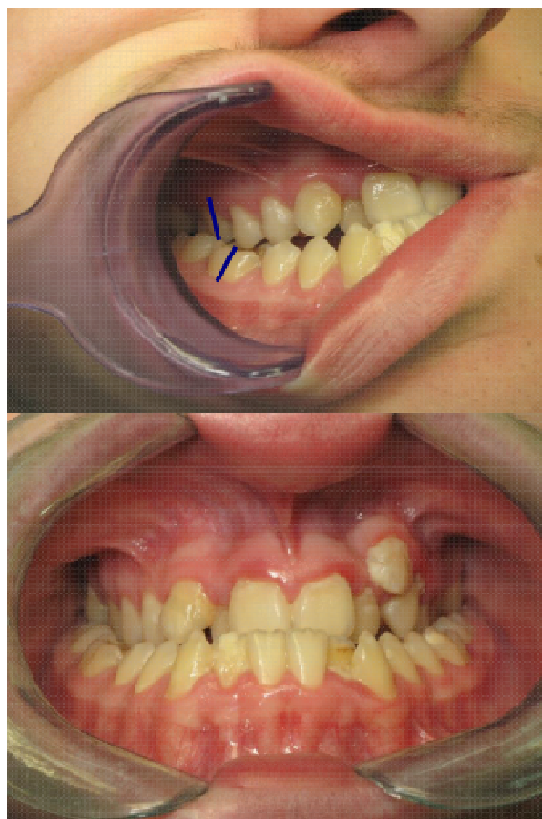
**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24**

Пациент Н, 21 год обратился с жалобами на неправильное положение зубов.  
Внешний вид: профиль лица вогнутый.

Из анамнеза: со слов пациента у его отца наблюдалась сходная патология.

Объективно: обильный мягкий налет на зубах, гиперемия маргинального края десны, по данным ТРГ в боковой проекции – макрогнатия нижней челюсти и ретропозиция верхней челюсти.



1. Опишите состояние полости рта.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план лечения.



федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23**

Пациент Р., 6 лет обратился к ортодонту с жалобой на неправильное расположение зубов.

Объективно: скол 2.1 зуба в пределах эмали, в полости рта

3.2,4.2, 3.1,4.1 зубы отсутствуют, широкая низко прикрепленная уздечка верхней губы.



1. Поставить предварительный диагноз.
2. Назначьте необходимые дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22**

Пациентка Д., 28 лет обратилась с жалобами на затруднения при откусывании пищи, неправильное произношение звуков.

Объективно: инфантильный тип глотания, вторичная адентия  
36, 46 зубов, нижняя треть лица не увеличена.



1. Опишите состояние полости рта.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назовите дополнительные методы диагностики.
4. Составьте план лечения.

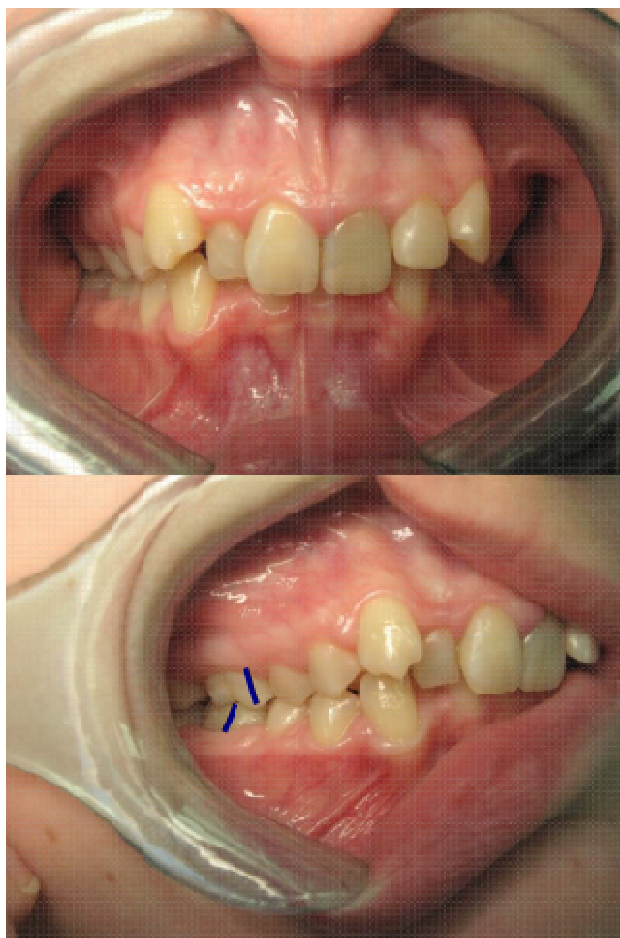
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21**

Пациентка К., 21 г., направлена врачом-стоматологом-хирургом к врачу-ортодонту с жалобами на боль в ВНЧС.

Объективно: выпуклый профиль лица, на ТРГ выявлена ретропозиция нижней челюсти, высота прикрепленной слизистой в области передней группы зубов нижней челюсти 3 мм.



1. Опишите состояние полости рта пациента.
2. Поставьте предварительный диагноз.

3. Опишите возможную причину болей в ВНЧС.

4. Составьте план лечения и назовите основную цель с учетом жалоб со стороны ВНЧС.

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20**

Пациент П., 8 лет обратился к врачу-ортодонту с жалобами на скол центрального резца.

Объективно: сагиттальная щель 6 мм, ротовое дыхание.

Из анамнеза: травма передних зубов около года назад, на данный момент зуб не беспокоит.



1. Назовите дополнительные методы диагностики.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Предложите несколько планов лечения.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19**

Пациентка Ж., 22 года, направлена на консультацию к врачу-ортодонт. Из анамнеза у родственников девушки имеется схожая патология прикуса.



**Задание:**

1. Опишите состояние полости рта.
2. Поставьте предварительный диагноз.



3. Какие дополнительные методы диагностики провести?

4. Составьте план лечения.

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

«Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

### **ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18**

Пациент Ч., 12 лет, направлен на ортодонтическое лечение после оперативного вмешательства на левой верхней челюсти. Объективно: преждевременное удаление зуба 2.2





1. Опишите внешний вид и состояние полости рта пациента.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести?
4. Составьте план лечения.

Зав. кафедрой

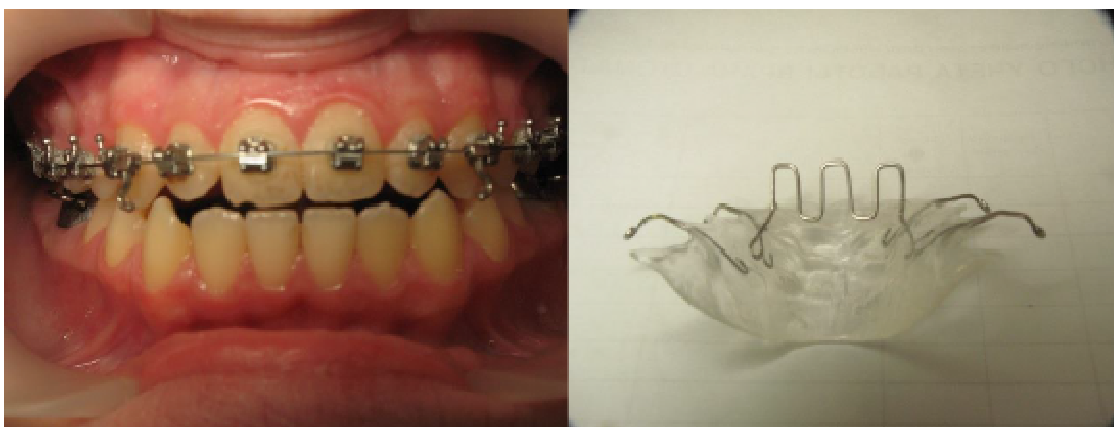
С.В. Дмитриенко

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

**ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН**  
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17**

Пациент С., находится на активном ортодонтическом лечении. На этапе лечения был изготовлен съемный ортодонтический аппарат на верхнюю челюсть.



1. Назовите и охарактеризуйте аппараты (съёмные и несъёмные).
2. Перечислите показания к применению данного аппарата.
3. Назовите осложнения, возникающие при использовании данного аппарата.

Зав. кафедрой

С.В. Дмитриенко