

1. Наиболее целесообразным и точным способом определения нуждаемости детей в ортодонтической помощи является обращаемость больных в поликлинику:

- а) осмотры детей в организованных коллективах ортодонтом методом гнездования
- б) полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
- в) выборочный осмотр детей в организованных коллективах врачом-стоматологом-терапевтом +
- г) полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом ортодонтом

2. 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

3. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено:

- а) 0,5 ставки зубного техника
- б) ставка зубного техника +
- в) 0,25 ставки зубного техника
- г) 2 ставки зубного техника
- д) 3 ставки зубного техника

4. По штатному нормативу на 1 ставку врача ортодонта положен:

- а) 1 ставка младшего медицинского персонала
- б) 2 ставки младшего медицинского персонала
- в) 25 ставок младшего медицинского персонала
- г) 5 ставок младшего медицинского персонала
- д) 33 ставки младшего медицинского персонала +

5. 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

6. 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 +

7. 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 +

8. 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 +

9. 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

10. 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

11. 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

12. 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

13. 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 +

14. 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 +

15. 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 +

16. 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

17. 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

18. 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

19. 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

20. 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

21. 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 +

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

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

23. 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

24. 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 +

25. 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

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

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

27. 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 +

28. 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

29. 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 +

30. 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 +

31. 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 +

32. 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 +

33. 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

34. 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

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

- а) недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм
- б) макроденития
- в) мезиальное смещение боковых зубов
- г) уменьшение длины апикального базиса
- д) несоответствие величины апикального базиса и величины зубов +

36. Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают:

- а) устранение вредных привычек
- б) коррекцию мягких тканей
- в) удаление отдельных зубов
- г) шлифование бугров отдельных зубов

д) создание оптимальных условий для развития зубочелюстной системы +

37. 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

38. 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

39. 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 +

40. 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

41. 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

42. Учить ребенка чистить зубы целесообразно в возрасте:

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

43. Понятие медицинской этики определяет:

- а) понятие о долге врача
- б) правовые основы медицинского законодательства
- в) вопросы нравственности +

- г) гражданская позиция
- д) понятие коллегиальности

44. Медицинская деонтология – это:

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

45. 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

46. 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

47. 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

48. 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

49. 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

50. 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

51. Начало 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

52. 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

53. Положение нижней челюсти у новорожденного в норме:

- а) ортогнатическое
- б) ретрогнатическое +
- в) прогнатическое
- г) варибельное
- д) латерогнатическое

54. 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

55. 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

56. 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

57. 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

58. 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

59. 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

60. 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

61. 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

62. 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

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

- а) проявляется существенно

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

64. 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

65. 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

66. 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

67. 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 +

68. 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

69. 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

70. 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

71. 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

72. 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

73. 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

74. 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

75. 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

76. В 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 +

77. 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

78. Формирование вершук 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

79. Формирование вершук 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

80. Формирование вершук 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

81. Формирование вершук 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

82. Формирование вершук 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 +

83. Формирование вершук 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 +

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

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

85. Площадь неба изучают по методике:

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

86. Величину молочных и постоянных зубов сопоставляют:

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

87. 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

88. 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

89. 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

90. 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

91. Методом исследования боковых ТРГ головы является:

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

92. 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

93. 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

94. 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

95. 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

96. 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

97. Периодами развития классификаций зубочелюстных аномалий являются:

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

98. Одним из авторов эстетической классификации является:

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

99. Одним из авторов морфофункциональной классификации является:

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

100. Одним из авторов краниометрической классификации является:

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

101. Одним из авторов этиологической классификации является:

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

102. 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

103. 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

104. Топико-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

105. 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

106. 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 +

107. 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, топико-морфометрического, этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных и эстетических нарушений

108. 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

109. Для определения степени трудности ортодонтического лечения известны методики:

- а) Зиберта
- б) Айзмана
- в) Зиберта - Малыгина +
- г) Шварца
- д) Рубинова

110. 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

111. Для планирования объема и срока ортодонтического лечения существуют методики:

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

112. 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 +

113. 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

114. 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 +

115. 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

116. 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

117. Методика Малыгина - Белого используется:

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

118. 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

119. Правильной последовательность формулировки диагноза при сочетанной патологии является:

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

120. К аномалии прикуса приводят:

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

121. 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

122. 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

123. 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

124. На топографию отдельных частей лицевого отдела черепа влияет:

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

125. 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

126. 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

127. 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 +

128. 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

129. "Ключ окклюзии" определяется:

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

130. 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

131. 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 +

132. 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

133. 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

134. 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

135. 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

136. 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

137. 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

138. 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

139. 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

140. Глубокое резцовое перекрытие 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 +

141. 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

142. 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 +

143. 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

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

- а) с 0,5–1 мм
- б) с 1,5 мм
- в) с 2 мм
- г) с 3 мм +
- д) с 4 мм и более

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

- а) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица +
- б) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не 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

146. 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

147. 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

148. "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 +

149. 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 +

150. 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 +

151. 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 влияет на высоту нижней части лица +
- г) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица
- д) высота нижней части лица не имеет дифференциально диагностического значения при определении зоны нарушения

152. Нейтральный прикус характеризуется нарушением контактов:

- а) шести зубов по I классу Энгля
- б) шести зубов по II классу Энгля
- в) шести зубов по III классу Энгля
- г) передних зубов по I классу Энгля +

д) передних зубов по II классу Энгля

153. 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

154. 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)

155. 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)

156. Для устранения смещения нижней челюсти в сторону шапочку с подбородочной прачей 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 +

157. 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

158. 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

159. 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

160. 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

161. 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

162. 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

163. 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

164. 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

165. 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

166. Верхняя граница штанги для дистального перемещения клыков:

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

167. 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

168. 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

169. 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

170. Активатор Андресена - Гойпля действует:

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

171. При ношении активатора Андресена - Гойпля 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 +

172. При определении конструктивного прикуса для активатора Андресена - Гойпля:

- а) нижняя челюсть выдвигается вперед +
- б) на 2–3 мм
- в) на 5 мм
- г) на 7 мм
- д) на 10 мм
- е) в краевое смыкание

173. Кронштейны для фиксации нижнегубных пелотов активатора Андресена – Гойпля 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

174. Нижняя граница нижнегубных пелотов активатора Андресена – Гойпля вводятся:

- 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

175. 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

176. При гнатической форме мезиального прикуса удаление зачатков 48 и 38 показано в возрасте:

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

177. После окончания лечения дистального прикуса зачатки 18 и 28 необходимо удалять:

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

178. Показанием к последовательному удалению отдельных зубов является:

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

179. Показанием к применению бонатора 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 +

180. Особенностью конструктивного прикуса для изготовления бонатора 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

181. Раздражающую терапию в области ретинированного зуба надо проводить в течение:

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

182. Для лечения перекрестного прикуса с боковым смещением нижней челюсти окклюзионные накладываемые двухчелюстных аппаратов:

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

183. При применении расширяющей пластинки для верхней челюсти для лечения двустороннего вестибулярного перекрестного прикуса окклюзионные накладываемые на боковые зубы должны быть:

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

184. 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

185. 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

186. 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

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

- а) 6 мм
- б) 8 мм +
- в) 0 мм
- г) 2 мм
- д) 5 мм

188. 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

189. 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

190. К механическим приспособлениям для фиксации съемных ортодонтических аппаратов относятся:

- а) небные дуги
- б) протрагирующие пружины

- в) винты
- г) боковые щиты
- д) кламмеры +

191. 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 +

192. 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

193. При применении съемного аппарата без кламмерной фиксации происходит:

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

194. На одночелюстном съемном аппарате изготавливают:

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

195. 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 +

196. 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 +

197. 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 +

198. 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

199. 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

200. 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 +

201. 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 +

202. Кламмеры с плоскостным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть:

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

203. 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 +

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

- а) 6 мм
- б) 7 мм
- в) 8 мм +
- г) 9 мм
- д) 0 мм

205. 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 +

206. 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

207. 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 +

208. 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 +

209. Заводским путем изготавливают:

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

210. В зуботехнической лаборатории изготавливают:

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

211. 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 +

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

- а) 6 мм
- б) 7 мм +
- в) 8 мм
- г) 9 мм
- д) 0 мм

213. В отечественной ортодонтии редко применяют кламмеры Шварца:

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

214. 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 +

215. 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

216. 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 +

217. Основным принципом изгибания проволоки для изготовления кламмеров является:

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

218. 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 +

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

- а) прилегало к вестибулярной поверхности зуба
- б) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 4-5 мм
- в) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1,5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся на шейке зуба около его десневого края и располагаются под углом 45° к вестибулярной поверхности зуба +
- г) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1,5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся между экватором и шейкой зуба
- д) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1,5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся на экваторе зуба

220. После правильного прикладывания детали к коронке зуба точки для изгиба 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 +

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

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

222. Для возможности использования внеротовой тяги в сочетании со съемным ортодонтическим аппаратом и без опасности потерять сталитые 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

223. 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 +

224. 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 +

225. Лингвальные или небные дуги изготавливаются из проволоки диаметром:

- а) 6 мм
- б) 8 мм +
- в) 0 мм
- г) 2 мм
- д) 5 мм

226. 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 +

227. 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

228. 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 +

229. 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

230. 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

231. 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

232. 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

233. 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

234. Заводским путем изготавливают кламмеры:

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

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

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

236. Для фиксации съемных ортодонтических аппаратов наиболее универсальны и эффективны кламмеры:

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

237. 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

238. 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

239. 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

240. 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

241. 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

242. Пружина Коффина изгибается из проволоки диаметром:

- а) 6 мм
- б) 8 мм
- в) 0 мм
- г) 2 мм +

д) 5 мм

243. Протрагирующие и рукообразные пружины изгибаются из проволоки диаметром:

- а) 6 мм +
- б) 8 мм
- в) 0 мм
- г) 2 мм
- д) 5 мм

244. 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

245. 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

246. Методом устранения вредной привычки сосания языка является:

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

247. 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

248. 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

249. 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

250. 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

251. 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

252. 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) шлифовать бугры отдельных зубов

253. 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 +

254. 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 +

255. 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 +

256. 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

257. 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

258. 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

259. 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 +

260. 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

261. 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

262. 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

263. 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

264. 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° с незавершенным формированием верхушки корня
- в) зуб, находящийся в начальной стадии прорезывания \
- г) прорезавшийся зуб
- д) любой зуб +

265. 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

266. Диастему между 11 и 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

267. 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

268. 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

269. 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 +

270. Для мезиального наклона осей 11 и 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 +

271. 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

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

- а) компактостеотомия +
- б) электростимуляция
- в) массаж

- г) вакуумная терапия
- д) вибро-вакуумная терапия

273. 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 +

274. 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"

275. 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 +

276. 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 +

277. К физиологическому можно отнести:

- а) ортогнатический прикус
- б) прямой прикус
- в) опистогнатический прикус
- г) физиологический дистальный или мезиальный прикус
- д) все перечисленные виды прикуса +

278. Физиологическим может быть:

- а) дистальный прикус
- б) мезиальный прикус
- в) глубокое резцовое перекрытие
- г) прямой прикус

д) любой из перечисленных видов прикуса +

279. 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

280. 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

281. 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

282. 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 +

283. 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

284. 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 +

285. 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

286. 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 +

287. 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 +

288. 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 +

289. 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 +

290. 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

291. 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

292. 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 +

293. 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

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

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

д) при всех перечисленных нарушениях +

295. 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

296. Лечение по методу Хотца следует начинать в возрасте:

- а) 6-7 лет
- б) 10-11 лет
- в) 7,5-9 лет +
- г) 12-13 лет
- д) в любом возрасте

297. 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 +

298. 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

299. 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

300. 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

301. 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

302. 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

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

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

304. 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 +

305. 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

306. 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

307. 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

308. 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

309. 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

310. 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

311. 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

312. На формирование глубокого прикуса:

- а) смещение нижней челюсти влияет

- б) смещение нижней челюсти не влияет
- в) влияет смещение нижней челюсти вперед
- г) смещение нижней челюсти влияет частично +
- д) влияет смещение нижней челюсти в сторону

313. Выраженность дентальных 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

314. Укороченная уздечка языка:

- 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 42, 41, 31, 32 и недоразвитию апикального базиса нижней челюсти +
- д) не влияет на формирование глубокого прикуса

315. 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 +

316. 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 +

317. 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

318. 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 +

319. Для глубокого прикуса типичен тип роста лицевого скелета:

- а) нейтральный
- б) горизонтальный +
- в) вертикальный
- г) любой из перечисленных
- д) чрезмерный горизонтальный

320. 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

321. 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 +

322. 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 +

323. 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

324. 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 +

325. 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 +

326. 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 +

327. 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 +

328. 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 +

329. 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

330. 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

331. 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 +

332. 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 +

333. 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

334. 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 +

335. 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 +

336. 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

337. 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 +

338. 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 +

339. 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 +

340. Глубокий прикус относится:

- а) к сагиттальным аномалиям
- б) к трансверсальным аномалиям
- в) к физиологическому типу прикуса

- г) к сочетанным нарушениям
- д) к вертикальным аномалиям +

341. Глубина резцового перекрытия считается нормальной:

- а) на 1/3 нижнего резца +
- б) на 1/2 нижнего резца
- в) на 2/3 нижнего резца
- г) на величину коронки резца
- д) при краевом смыкании

342. 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

343. К физиологическому прикусу можно отнести:

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

344. 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

345. 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

346. 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

347. 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

348. 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

349. 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

350. 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

351. 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

352. 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

353. 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

354. Переходную складку на модели при изготовлении ФР III необходимо углубить:

- а) на 4-5 мм
- б) на 2-3 мм +
- в) на 6-7 мм
- г) на 7-10 мм
- д) на 10-15 мм

355. 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

356. 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

357. 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

358. 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

359. 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

360. 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

361. 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

362. 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

363. 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

364. 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

365. 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 +

366. 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

367. 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 +

368. Основной целью зубочелюстного протезирования детей является:

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

369. 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 +

370. 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

371. Объем полости рта возможно увеличить:

- а) выдвиганием 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 +

372. 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

373. 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

374. 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

375. 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

376. 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

377. 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 +

378. 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 +

379. 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

380. 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

381. 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 +

382. 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 +

383. 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 +

384. Основными общими нарушениями организма при ангидротической эктодермальной дисплазии являются:

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

385. 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

386. 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 +

387. 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

388. 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

389. 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 Мерефильду
- г) раздвижному мостовидному протезу по Ильиной - Маркосян +
- д) литому мостовидному протезу

390. 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 +

391. 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

392. 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

393. Для ускоренного раскрытия срединного небного шва предпочтение следует отдавать:

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

394. 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

395. 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 +

396. К разновидностям дуговых одночелюстных несъемных ортодонтических аппаратов относятся:

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

397. К разновидностям двучелюстных функционально-направляющих съемных ортодонтических аппаратов относятся:

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

398. К разновидностям двучелюстных функционально-действующих ортодонтических аппаратов относятся:

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

399. К разновидностям одночелюстных несъемных внеротовых ортодонтических аппаратов относятся:

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

400. Для крепления съемных аппаратов используются:

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

401. 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 +

402. 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

403. 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

404. 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

405. 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

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

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

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

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

408. Ортодонтические аппараты, имеющие пассивно-действующие элементы, называются:

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

409. 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

410. 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

411. 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

412. 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

413. 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 +

414. 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

415. 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

416. 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

417. 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

418. 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 +

419. Причинами односторонней нижней микрогнатии являются:

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

420. 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 +

421. 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 +

422. Сверхкомплектные зубы чаще бывают в области:

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

423. 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

424. По каким показателям классифицируются брекет-системы:

- а) по материалу (металлические, керамические, сапфировые)
- б) по методике исправления прикуса (обычные и самолигирующие)
- в) по способу установки (вестибулярные, устанавливаемые на внешнюю поверхность зубов, и лингвальные, устанавливаемые на внутреннюю поверхность зубов)
- д) верно а), б)
- е) верно все перечисленное +

425. В чем состоит преимущество самолигирующих брекет-систем:

- а) делает лечение более комфортным
- б) делает лечение менее болезненным
- в) сокращает сроки исправления прикуса
- г) сокращает количество посещений врача-ортодонта
- д) верно все перечисленное +

426. Что входит в элементную базу эджуайз-техники:

- а) замковые приспособления – брекет-системы
- б) щечные и небные трубки
- в) проволочные ортодонтические дуги квадратного и прямоугольного сечения
- г) верно все перечисленное +
- д) верно а), б)

427. В чем заключается функция брекет-систем:

- а) фиксируются на коронке зуба и максимально передают силовое действие проволочной ортодонтической дуги на зубы +
- б) фиксируются на коронке зуба и устраняют дефекты прикуса
- в) последовательно перемещают зубы
- г) верно все перечисленное
- д) верно а), в)

428. Сроки ортодонтического лечения брекет-системой зависят от:

- а) возраста больного
- б) наличия сопутствующих заболеваний
- в) последовательности перемещения зубов
- г) степени выраженности аномалии и умения врача пользоваться брекет-системой +
- д) верно а), б)

429. В каком направлении выполняют изгибы на проволочной дуге брекет-системы:

- а) при коррекции наклона зубов в мезиодистальном направлении
- б) торк-изгибы
- в) в вертикальной плоскости или ангуляционные изгибы
- г) последовательные изгибы во всех направлениях
- д) верно все перечисленное +
- е) верно а), б)

430. Основным принципом, обеспечивающим эффективное ортодонтическое лечение стандартной эджуайз-техникой является:

- а) выполнение торк-изгибов дуги
- б) контроль за перемещением зуба в трех плоскостях, который осуществляется постепенным увеличением сечения и профиля используемых проволочных ортодонтических дуг +
- в) оптимальная форма основания брекета, выполненная по индивидуальному контуру, учитывающему форму и размеры клинической коронки зуба
- г) верно все перечисленное
- д) верно а), б)

431. Одним из наиболее важных факторов брекет-системы при лечении техникой прямой дуги является

- а) правильное расположение брекетов на клинической коронке зуба +
- б) выравнивание зубов в зубном ряду и выведение их на окклюзионную линию
- в) контроль торка, коррекция окклюзионной кривой, закрытие промежутков
- г) верно все перечисленное

432. Преимущество лингвальных брекетов:

- а) устанавливаются на внутренней (лингвальной) поверхности зубов и абсолютно не заметны при улыбке и разговоре +
- б) сокращают сроки лечения
- в) не требуют установки ретенционного аппарата
- г) не вызывают дисфункцию ВНЧС
- д) верно все перечисленное

433. Недостатки лингвальных брекетов:

- а) большая частота посещений, трудоемкость выполнения и большая продолжительность процедур активизации
- б) возможны травмы языка и нарушения дикции.
- в) затрудненная гигиена
- г) большое количество противопоказаний, качество лингвального лечения существенно ниже вестибулярного помощью наружных брекетов и требует применения дополнительной аппаратуры
- д) стоимость лечения выше, чем лечение брекетами по традиционной технике
- е) верно все перечисленное +

434. На каком этапе ортодонтического лечения брекет-системой можно закрывать постэкстракционные пространства:

- а) на этапе стальной дуги +
- б) на этапе нитиноловой дуги
- в) на этапе нивелирования
- г) на этапе межчелюстной коррекции
- д) верно все перечисленное

435. Риски и осложнения в процессе ортодонтического лечения:

- а) появление очаговой деминерализации эмали и гингивита, рецессия десны, резорбция корней зубов
- б) дисфункция ВНЧС
- в) рецидив после ортодонтического лечения
- г) верно б), в)
- д) верно все перечисленное +

436. Функция ортодонтических микроимплантов состоит в:

- а) повышении качества работы врача-ортодонта
- б) сокращении срока лечения
- в) адекватной замене громоздких аппаратов (Nance, небный бюгель, удерживающая дуга Utility, лицевая дуга с внеротовой тягой, язычная дуга)
- г) сдерживании перемещения опорных зубов
- д) верно все перечисленное +

437. В результате применения ортодонтических микроимплантов достигаются следующие результаты:

- а) максимальное удержание опорных зубов с одновременным контролем над корпусным передвижением перемещаемых зубов
- б) сокращение длительности лечения за счет возможности одновременного удержания и выравнивания опорных зубов
- в) снижение хронического травмирующего действия на слизистую оболочку рта за счет "компактности" конструкции
- г) расширение возможностей ортодонтического лечения пациентов с врожденной или приобретенной адентией опорных зубов
- д) верно все перечисленное +

438. Применение ортодонтических микроимплантов:

- а) делает врача независимым от сотрудничества с пациентом, так как исключает необходимость съемных удерживающих аппаратов
- б) существенно экономится время лечения, так как появляется возможность одновременного перемещения больших групп зубов
- в) ношение ортодонтической аппаратуры за счет компактности конструкции и возможности широкого использования сегментарных дуг более эстетично и удобно
- г) верно а), б)
- д) верно все перечисленное +

439. Что такое ортодонтические микроимпланты:

- а) аналогичны ортопедическому импланту
- б) гладкие титановые конструкции напоминающие по форме стекловолоконные штифты
- в) высокотехнологические минивинты, которые ортодонт или хирург временно вкручивает в кости челюсти для создания надёжных точек опоры, необходимых для правильного и дифференциального ортодонтического движения зубов +
- г) верно все перечисленное
- д) верно а), б)

440. Аппаратно-хирургический метод, при котором вначале обнажается коронка (или часть коронки) ретенированного зуба, а затем проводится ортодонтическая часть лечения показан при:

- а) множественной ретенции зубов
- б) в случае глубокого залегания ретенированного зуба +
- в) при лечении перекрестного прикуса
- г) верно а), б)
- д) верно все перечисленное

441. Функциональный преортодонтический трейнер при раннем ортодонтическом лечении:

- а) направляет рост челюстей
- б) способствуют сдерживанию или стимуляции роста различных отделов челюстей
- в) устраняют неблагоприятное воздействие мимических и жевательных мышц, а также языка
- г) верно а), б)
- д) верно все перечисленное +

442. В каких случаях используется преортодонтический трейнер:

- а) для лечения детей от 5 до 8 лет с аномалиями прикуса II класса Энгля (1-2 подклассы)
- б) при скученности зубов во фронтальном отделе нижней челюсти
- в) при глубоком резцовом перекрытии
- г) при открытом прикусе во фронтальном участке, перекрестном прикусе, вредных привычках, нарушенном носовом дыхании
- д) верно все перечисленное +

443. Трейнер-программа с мягким (голубым) трейнером включает в себя:

- а) стимуляцию роста челюстей
- б) большую нагрузку на мышцы, корректирует тонус круговой мышцы рта и обеспечивает адаптацию к инородному телу +
- в) коррекцию наклона зубов в мезиодистальном направлении
- г) верно а), б)
- д) верно все перечисленное

444. Трейнер-программа с упругим (розовым) трейнером включает в себя:

- а) стимуляцию роста челюстей
- б) большую нагрузку на мышцы, корректирует тонус круговой мышцы рта и обеспечивает адаптацию к инородному телу
- в) обеспечивает более сильное механическое воздействие на положение и наклон зубов +
- г) верно а), б)
- д) верно все перечисленное

445. Какой период времени необходимо носить мягкий (голубой) трейнер:

- а) в течение 1-2 месяцев
- б) в течение 6-8 месяцев +
- в) в течение 12-16 месяцев
- г) до полного формирования постоянного прикуса
- д) верно все перечисленное

446. Какой период времени необходимо носить упругий (розовый) трейнер:

- а) в течение 1-2 месяцев
- б) в течение 6-12 месяцев +
- в) в течение 14-16 месяцев
- г) до полного формирования постоянного прикуса
- д) верно все перечисленное

447. Принцип действия упругой (розовой) модели трейнера:

- а) действует по принципу ортодонтической дуги с памятью формы +
- б) стимуляция роста различных отделов челюстей
- в) исправляют положение челюстей и форм зубных рядов
- г) способствует формированию ортогнатического прикуса
- д) верно все перечисленное

448. Время ношения трейнера в течение суток:

- а) круглые сутки без перерывов
- б) минимум 1 час в день и всю ночь во время сна +
- в) в течение дня
- г) 2-3 часа в сутки
- д) 6-7 часов днем использоваться для ретенции

449. Можно ли использовать трейнер в качестве ретейнера:

- а) да +
- б) нет

- в) в случае глубокого резцового перекрытия
- г) только при мезиальном прикусе
- д) только в период молочного прикуса

450. С какого возраста применяется преортодонтический трейнер:

- а) с 2-х лет
- б) с 3-х лет
- в) с 5 лет +
- г) с 10 лет
- д) с 12 лет

451. С какого возраста применяется несъемная ортодонтическая техники системы «2x4»:

- а) с 2-х лет
- б) с 3-х лет
- в) с 5 лет
- г) с 10 лет +
- д) с 12 лет

452. Действие техники «2?4» можно характеризовать как:

- а) функционально-механическое за счет использования в конструкции нитиноловых пружин и полноразмерных дуг +
- б) функциональное
- в) механическое
- г) верно а), б)
- д) верно все перечисленное

453. Почему нежелательно применять аппарат «2x4» ранее 10 лет:

- а) из-за несформированного постоянного прикуса
- б) во избежание негативных последствий со стороны эмали
- в) из-за денто-альвеолярного и мышечного дисбаланса ранее 10 лет
- г) верно а), б)
- д) верно все перечисленное +

454. Какие постоянные зубы должны прорезаться для применения аппарата «2x4»:

- а) 4 постоянных резца и 2 первых коренных зуба +
- б) 4 постоянных резца и 4 моляра
- в) 2 постоянных резца и 4 моляра
- г) верно а), б)
- д) верно все перечисленное

455. Можно ли использовать молочные зубы для применения аппарата «2x4»:

- а) да
- б) нет +
- в) можно в случае крупного размера коронок молочных зубов
- г) можно в случае полного формирования верхушек корней молочных зубов
- д) можно в случае врожденной адентии 12 и 22 зубов

456. Тактика раннего ортодонтического лечения аппаратом «2x4»:

- а) применяется при
- б) аномалиях прикуса по сагиттали
- в) аномалиях прикуса по вертикали
- г) аномалиях прикуса по трансверзали
- д) патологии на зубоальвеолярном уровне (скученное положение зубов, сужение и укорочение зубных рядов) +
- е) верно все перечисленное

457. Виды ретейнеров:

- а) назубные вестибулярные дуги различных конструкций
- б) проволока, крепящаяся к оральной стороне зубов
- в) гласпановая лента, крепящаяся к оральной стороне зубов
- г) пластмассовые индивидуальные каппы
- д) верно все перечисленное +

458. Срок ношения ретейнера:

- а) 6-8 месяцев
- б) 10 - 12 месяцев
- в) 1-2 года
- г) в среднем 1,5-2 срока ношения брекетов, то есть от одного года до 5-6 лет +
- д) в течение всей жизни

459. Многоцелевые ортодонтические аппараты:

- а) решают проблему перемещения зубов в конкретном направлении
- б) перемещать зубы в любом направлении, исправляя при этом форму челюсти
- в) решают проблемы черепно-лицевых деформаций
- г) верно а), б)
- д) верно все перечисленное +

460. После устранения вестибулярного положения зубов в качестве ретейнера используют:

- а) назубные вестибулярные дуги различных конструкций
- б) несъемные ортодонтические ретейнеры
- в) пластинку для верхней челюсти с вестибулярной дугой, кламмерами и наклонной полоскостью
- г) верно а), б)
- д) верно все перечисленное +