

*Раздел 1*  
**ОРГАНИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ,  
ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ**

001. Наиболее целесообразным и точным способом определения нуждемости детей в ортодонтической помощи является
- а) обращаемость больных в поликлинику
  - б) осмотры детей в организованных коллективах ортодонтом методом гнездования
  - в) полицейской метод обследования детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
  - г) выборочный осмотр детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
  - д) полицейской метод обследования детей в организованных коллективах врачом ортодонтом
002. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено
- а) 1 ставка среднего медицинского персонала
  - б) 0.5 ставки среднего медицинского персонала
  - в) 2 ставки среднего медицинского персонала
  - г) 0.25 ставки среднего медицинского персонала
  - д) 3 ставки среднего медицинского персонала
003. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено
- а) 0.5 ставки зубного техника
  - б) 1 ставка зубного техника
  - в) 0.25 ставки зубного техника
  - г) 2 ставки зубного техника
  - д) 3 ставки зубного техника
004. По штатному нормативу на 1 ставку врача ортодонта положено
- а) 1 ставка младшего медицинского персонала
  - б) 2 ставки младшего медицинского персонала
  - в) 0.25 ставки младшего медицинского персонала
  - г) 0.5 ставки младшего медицинского персонала
  - д) 0.33 ставки младшего медицинского персонала
005. Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации по ортодонтическим показаниям составляет
- а) 1 группу
  - б) 2 группы
  - в) 3 группы
  - г) 4 группы
  - д) 5 групп

006. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит
- а) в аппаратурном ортодонтическом лечении
  - б) в борьбе с вредными привычками
  - в) в нормализации нарушений функций
  - г) в протезировании
  - д) в санитарно-просветительной работе по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам
007. Ко II диспансерной группе следует отнести детей
- а) с выраженными зубочелюстными аномалиями
  - б) с ранней потерей зубов
  - в) с неправильным положением отдельных зубов
  - г) с начальной стадией аномалии прикуса
  - д) с предпосылками к развитию отклонений в прикусе
008. Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать
- а) в детских стоматологических поликлиниках
  - б) в детских садах
  - в) в школах
  - г) в детских соматических поликлиниках
  - д) в специализированных ортодонтических центрах
009. Анализ работы врача ортодонта целесообразно проводить с учетом количества
- а) посещений больных
  - б) примененных ортодонтических аппаратов
  - в) вылеченных детей
  - г) трудовых единиц
  - д) детей, взятых на ортодонтическое лечение
010. К III диспансерной группе следует отнести детей
- а) с выраженными аномалиями прикуса
  - б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
  - в) с незначительными отклонениями в прикусе или в положении отдельных зубов
  - г) со значительно выраженными аномалиями положения отдельных зубов
  - д) без морфологических функциональных и эстетических нарушений в зубочелюстной системе

011. Критерием для перевода детей в I группу практически здоровых детей является
- а) нормализация функции глотания
  - б) нормализация функции дыхания
  - в) получение положительных результатов:  
в исправлении положения зубов, зубных дуг
  - г) создание эстетического, морфологического  
и функционального оптимума
  - д) уменьшение степени выраженности зубочелюстных аномалий
012. Врач ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения
- а) при получении положительных результатов:  
исправления положения зубов
  - б) при нормализации функции
  - в) при закреплении результатов ортодонтического лечения
  - г) при сформированном правильном постоянном прикусе
  - д) при улучшении эстетики лица
013. Главными задачами диспансеризации детей ортодонтической службы являются
- а) выявление детей с выраженными зубочелюстными аномалиями
  - б) выявление детей с предпосылками к развитию аномалий прикуса
  - в) профилактика зубочелюстных аномалий
  - г) аппаратурное ортодонтическое лечение детей с аномалиями прикуса
  - д) все перечисленные задачи
014. В работу "комнаты здорового ребенка" в возрасте до 1 года в детских поликлиниках следует включить
- а) обучение родителей правильному способу вскармливания детей
  - б) массаж в области альвеолярных отростков, зубов
  - в) гигиенические навыки
  - г) устранение вредных привычек
  - д) все перечисленное
015. В работу воспитателей детских садов в связи с профилактикой аномалий прикуса следует включить
- а) борьбу с вредными привычками
  - б) правильную осанку
  - в) тренировку носового дыхания
  - г) правильное положение головы во время сна
  - д) все перечисленное

016. К IV диспансерной группе следует отнести детей
- а) с незначительными отклонениями в положении отдельных зубов
  - б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
  - в) с выраженными аномалиями прикуса
  - г) без морфологических, функциональных и эстетических отклонений
  - д) с аномалиями прикуса в начальной стадии
017. У детей IV диспансерной группы целесообразно применять следующие виды ортодонтической помощи
- а) санитарно-просветительную работу
  - б) применение ортодонтических аппаратов
  - в) нормализацию нарушений функций зубочелюстной системы
  - г) миотерапию
  - д) массаж в области отдельных зубов
018. Наиболее квалифицированно и эффективно миотерапия в ортодонтии проводится
- а) в ортодонтическом кабинете врача ортодонта
  - б) в стоматологической поликлинике - логопедом, прошедшим специализацию по ЛФК
  - в) в детских садах - воспитателями
  - г) в детских соматических поликлиниках - инструкторами по лечебной физкультуре
  - д) в домашних условиях индивидуально под руководством врача ортодонта
019. Наиболее целесообразной формой ортодонтической службы с организационной точки зрения является
- а) укрупнение ортодонтических отделений
  - б) организация ортодонтических диагностических центров
  - в) организация службы комплексного лечения зубочелюстных аномалий
  - г) укрупнение зуботехнических лабораторий
  - д) диспансеризация детей по ортодонтическим показаниям
020. Наиболее эффективной организационной формой лечения детей с врожденной патологией в зубочелюстно-лицевой области является лечение
- а) в детских соматических поликлиниках
  - б) в детских стоматологических поликлиниках
  - в) в специализированных центрах по лечению врожденной патологии
  - г) в хирургических отделениях общих больниц
  - д) в ортодонтических центрах

021. Профилактика аномалий прикуса в периоде предначального развития детей состоит
- а) в медико-генетической консультации
  - б) в пропаганде правильного режима труда, отдыха и питания будущей матери
  - в) в профилактике простудных и других заболеваний беременных женщин
  - г) в устранении вредных привычек у беременной женщины
  - д) во всем перечисленном
022. Для профилактики аномалий прикуса в работу терапевтов-стоматологов при санации полости рта дошкольника следует включить
- а) устранение вредных привычек
  - б) шлифовывание бугров временных зубов
  - в) нормализацию функции жевания, глотания
  - г) миотерапию, массаж
  - д) все перечисленное
023. У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий целесообразно применять
- а) создание благоприятных условий для правильного вскармливания
  - б) миотерапию
  - в) стандартные вестибулярные пластинки
  - г) нормализацию функции дыхания
  - д) устранение вредных привычек сосания языка
024. Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте направлена
- а) на устранение ранних признаков аномалий прикуса
  - б) на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса
  - в) на регулирование роста челюстей
  - г) на назначение ортодонтического аппаратного лечения
  - д) на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса
025. В нормализации функции дыхания первостепенное значение имеют
- а) нормализация осанки, положения головы
  - б) упражнения для тренировки круговой мышцы рта
  - в) санация носоглотки
  - г) упражнения для нормализации положения языка
  - д) дыхательная гимнастика

026. Абсолютным показанием к последовательному (серийному) удалению отдельных зубов является
- а) сужение зубных рядов
  - б) мезиальное смещение боковых зубов
  - в) макродентия
  - г) чрезмерное развитие одной из челюстей
  - д) недоразвитие одной из челюстей
027. Последствиями ранней потери временных зубов за 1 год до их смены являются
- а) сужение зубных рядов
  - б) укорочение зубных рядов
  - в) смещение отдельных зубов
  - г) нарушение сроков прорезывания постоянных зубов
  - д) все перечисленные последствия
028. При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде
- а) сосания пальцев
  - б) прикусывания губ
  - в) сосания языка
  - г) прокладывания мягких тканей языка, щек в область дефекта
  - д) неправильного глотания
029. Саморегуляция зубочелюстных аномалий наступает в результате
- а) коррекции неправильных окклюзионных контактов за счет физиологической стираемости эмали
  - б) роста челюстей
  - в) устранения вредных привычек
  - г) нормализации функций зубочелюстной системы
  - д) всего перечисленного
030. Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено
- а) на правильное положение головы и осанки
  - б) на тренировку носового дыхания
  - в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи
  - г) на понимание негативных последствий вредных привычек
  - д) на все перечисленное
031. В занятие по логопедическому обучению в связи с профилактикой аномалии прикуса следует включить
- а) нормализацию функции глотания
  - б) тренировку круговой мышцы рта
  - в) нормализацию осанки
  - г) дыхательные упражнения
  - д) все перечисленное

032. Ведущим фактором в формировании дистального прикуса в постнатальном периоде являются
- а) вредные привычки
  - б) ротовое дыхание
  - в) наследственная отягощенность
  - г) неправильное вскармливание
  - д) все перечисленное
033. Ведущим фактором выраженного открытого прикуса является
- а) неправильное положение языка в покое и во время функций сосания: языка, пальцев, различных предметов
  - б) укороченная уздечка языка
  - в) ротовое дыхание
  - г) инфантильный способ глотания
  - д) вредная привычка сосания соски
034. Применение стандартных вестибулярных пластинок целесообразно
- а) при лечении дистального глубокого прикуса
  - б) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания пальца, прикусывания губ
  - в) для нормализации функции глотания
  - г) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания языка
  - д) при лечении глубокого прикуса
035. При показании к удалению постоянных зубов при оценке измерения диагностических моделей челюстей ведущим является
- а) недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм
  - б) макроденция
  - в) мезиальное смещение боковых зубов
  - г) уменьшение длины апикального базиса
  - д) несоответствие величины апикального базиса и величины зубов
036. Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают
- а) устранение вредных привычек
  - б) коррекцию мягких тканей
  - в) удаление отдельных зубов
  - г) шлифование бугров отдельных зубов
  - д) создание оптимальных условий для развития зубочелюстной системы

037. Показанием к применению подбородочной пращи является
- а) устранение вредной привычки сосания языка
  - б) нормализация функции глотания
  - в) нормализация функции дыхания
  - г) нормализация положения нижней челюсти и задержка ее роста
  - д) оптимизация роста верхней челюсти
038. Показанием к применению нижнечелюстной пращи является
- а) лечение мезиального прикуса
  - б) лечение дистального прикуса
  - в) нормализация функции дыхания
  - г) лечение вертикальных аномалий прикуса
  - д) устранение вредной привычки сосания языка
039. Применение соски у детей первого года жизни
- а) абсолютно противопоказано
  - б) показано детям с вредной привычкой сосания пальцев
  - в) показано детям с ротовым дыханием
  - г) показано постоянное
  - д) показано ограниченное
040. Соотношение челюстных костей у новорожденных в норме - это
- а) соотношение челюстей в одной вертикальной плоскости
  - б) нижняя челюсть впереди верхней
  - в) нижняя челюсть сзади верхней до 5 мм
  - г) любое соотношение челюстей
041. Профилактикой вредных привычек у детей первого года является
- а) пластика уздечки языка
  - б) правильный режим жизни ребенка
  - в) применение рукавичек
  - г) правильный способ вскармливания
  - д) предупреждение и лечение общих заболеваний
042. Учить ребенка чистить зубы целесообразно в возрасте
- а) до 1 года
  - б) 1 года
  - в) 2 лет
  - г) 3 лет
  - д) 4-5 лет



043. Понятие медицинской этики определяет
- а) понятие о долге врача
  - б) правовые основы медицинского законодательства
  - в) вопросы нравственности
  - г) гражданская позиция
  - д) понятие коллегиальности
044. Медицинская деонтология - это
- а) понятие о долге врача
  - б) взаимоотношение врача и больного
  - в) вопросы нравственности
  - г) понятие коллегиальности
  - д) правовые основы медицинского законодательства
045. Ребенок начинает обращать внимание на лицевые признаки
- а) в 3 года
  - б) в 6 лет
  - в) в 9 лет
  - г) в 12 лет
  - д) в 15 лет
046. Психосоматическое состояние организма человека характеризует
- а) 2 типа нервной деятельности
  - б) 3 типа нервной деятельности
  - в) 4 типа нервной деятельности
  - г) 5 типов нервной деятельности
  - д) 6 типов нервной деятельности
047. Психотерапевтическая подготовка больного перед ортодонтическим лечением
- а) необходима всем больным
  - б) необходима для отдельных больных
  - в) не нужна
  - г) пагубно влияет на ортодонтическое лечение
  - д) необходима после определенного возраста
048. Применять гипнотерапию как способ лечения стойких вредных привычек у детей
- а) необходимо во всех случаях
  - б) можно только в подростковом возрасте
  - в) можно у детей со здоровой психикой
  - г) нельзя
  - д) можно у детей с нарушенной психикой

049. Принимать на ортодонтическое лечение детей с нарушенной психикой
- а) необходимо во всех случаях
  - б) можно только в детском возрасте
  - в) можно только в подростковом возрасте
  - г) можно для отдельных больных
  - д) нельзя

*Раздел 2*  
**КЛИНИЧЕСКАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ  
ПОЛОСТИ РТА**

001. Отграничение ротовой полости от носовой происходит
- а) на 3-4 неделе беременности
  - б) на 6-7 неделе беременности
  - в) на 9-10 неделе беременности
  - г) на 12-14 неделе беременности
  - д) на 14-16 неделе беременности
002. Начало закладки и обызвествления временных зубов происходит
- а) на 8-9 неделе беременности
  - б) на 12-16 неделе беременности
  - в) на 20-24 неделе беременности
  - г) на 30-32 неделе беременности
  - д) на 33-40 неделе беременности
003. Рост челюстей в период эмбриогенеза взаимосвязан
- а) сначала с ростом языка
  - б) сначала с формированием зачатков временных зубов
  - в) сначала с ростом зачатков постоянных зубов
  - г) с сочетанным действием всего перечисленного
  - д) ни с чем из перечисленного
004. Положение нижней челюсти у новорожденного в норме
- а) ортогнатическое
  - б) ретрогнатическое
  - в) прогнатическое
  - г) переменное
  - д) латерогнатическое
005. В период новорожденности для развития зубочелюстной системы роль акта сосания
- а) существенная
  - б) не существенная
  - в) существенная, но до определенного возраста
  - г) не имеет значения
  - д) очень существенная
006. Видами роста челюстных костей являются
- а) интерстициальный рост
  - б) суставной рост
  - в) суставной и шовный рост
  - г) суставной, шовный и аппозиционный рост
  - д) ремоделирующий рост

007. Временные резцы прорезываются
- а) в 6-12 месяцев
  - б) в 12-18 месяцев
  - в) в 18-24 месяцев
  - г) в 24-30 месяцев
  - д) в 34-40 месяцев
008. Временные первые моляры и клыки прорезываются
- а) в 6-12 месяцев
  - б) в 16-20 месяцев
  - в) в 20-24 месяцев
  - г) в 28-32 месяцев
  - д) в 34-40 месяцев
009. Временные клыки прорезываются
- а) в 6-12 месяцев
  - б) в 16-20 месяцев
  - в) в 20-24 месяцев
  - г) в 28-30 месяцев
  - д) в 34-40 месяцев
010. Вторые временные моляры прорезываются
- а) в 6-12 месяцев
  - б) в 16-20 месяцев
  - в) в 20-24 месяцев
  - г) в 28-30 месяцев
  - д) в 34-40 месяцев
011. I физиологическое повышение прикуса происходит
- а) в 6-12 месяцев
  - б) в 16-24 месяцев
  - в) в 28-30 месяцев
  - г) в 30-36 месяцев
  - д) в 40-46 месяцев
012. Вариантом смыкания первых постоянных моляров в норме является
- а) фиссурно-бугорковое смыкание (по I классу)
  - б) бугровое
  - в) фиссурно-бугорковое (по III классу)
  - г) фиссурно-бугорковое (по II классу)
  - д) не существенно

013. Характеристика сформированного временного прикуса в зависимости от размеров зубов и зубных дуг, межзубных контактов
- ортогнатический с мезиальной степенью или без нее у  $\frac{V!V}{V!V}$  зубов
  - прямой с мезиальной ступенью или без нее у  $\frac{V!V}{V!V}$  зубов
  - дистальный с расположением  $\frac{V!V}{V!V}$  в одной плоскости
  - мезиальный с мезиальной ступенью между  $\frac{V!V}{V!V}$  зубов
  - дистальный с дистальной ступенью между  $\frac{V!V}{V!V}$  зубов
014. II физиологическое повышение прикуса происходит
- в 3-4 года
  - в 6-8 лет
  - в 9-10 лет
  - в 10-12 лет
  - в 12-14 лет
015. Влияние внутриротовых и околоротовых мышц на установление постоянных резцов в прикусе
- проявляется существенно
  - проявляется не существенно
  - не имеет значения
  - проявляется очень существенно
  - проявляется существенно до определенного возраста
016. Зачатки зубов внутри альвеолярного отростка перемещаются
- только в мезиальном направлении
  - только в буккальном направлении
  - только в окклюзионном направлении
  - во всех трех направлениях
  - в дистальном направлении
017. III физиологическое повышение прикуса происходит
- в 3-4 года
  - в 6-7 лет
  - в 9-11 лет
  - в 10-12 лет
  - в 12-13 лет

018. Шов нижней челюсти у ребенка окостеневает
- а) к 6 месяцам
  - б) после первого года жизни
  - в) после второго года жизни
  - г) после третьего года жизни
  - д) к 5 годам
019. Срединный небный шов окостеневает
- а) после первого года жизни
  - б) к 6 годам
  - в) к 14 годам
  - г) к 18 годам
  - д) после 20 лет, к 24-25 годам
020. У ребенка инфантильный тип глотания наблюдается
- а) до 1 года
  - б) до 1.5-2 лет
  - в) до 3-6 лет
  - г) до 7-10 лет
  - д) в течение всей жизни
021. IV физиологическое повышение прикуса происходит
- а) в 3-4 года
  - б) в 6-7 лет
  - в) в 9-11 лет
  - г) в 12-15 лет
  - д) в 15-18 лет
022. У ребенка устанавливается соматический тип глотания в возрасте
- а) 1 года
  - б) 3-4 лет
  - в) 5-6 лет
  - г) 8-10 лет
  - д) после 10 лет
023. Временный прикус формируется в возрасте
- а) до 1 года
  - б) до 2 лет
  - в) до 3 лет
  - г) до 4 лет
  - д) до 5 лет

024. Временный прикус считается сформированным
- а) от 1 года до 3 лет
  - б) от 3 до 5 лет
  - в) от 6 до 9 лет
  - г) от 9 до 11 лет
  - д) от 11 до 13 лет
025. Начальный период смешанного прикуса соответствует возрасту
- а) от 1 года до 3 лет
  - б) от 3 до 6 лет
  - в) от 6 до 9 лет
  - г) от 9 до 12 лет
  - д) от 12 до 15 лет
026. Конечный период смешанного прикуса соответствует возрасту
- а) от 3 до 6 лет
  - б) от 6 до 9 лет
  - в) от 9 до 12 лет
  - г) от 12 до 15 лет
  - д) после 15 лет
027. Постоянный прикус формируется в возрасте
- а) от 6 до 12 лет
  - б) от 12 до 15 лет
  - в) от 15 до 18 лет
  - г) от 18 до 24 лет
  - д) после 24 лет
028. V физиологическое повышение прикуса происходит в возрасте
- а) 3-4 лет
  - б) 6-12 лет
  - в) 12-15 лет
  - г) 15-18 лет
  - д) 18-24 года
029. Завершение формирования постоянного прикуса происходит в возрасте
- а) от 9 до 12 лет
  - б) от 12 до 15 лет
  - в) от 15 лет до 21 года
  - г) от 21 до 24 лет
  - д) после 25 лет

030. Формирование верхушек корней резцов и первых моляров нижней челюсти завершается в возрасте
- а) 7-8 лет
  - б) 8-9 лет
  - в) 9-10 лет
  - г) 10-11 лет
  - д) 11-12 лет
031. Формирование верхушек корней первых премоляров завершается в возрасте
- а) 11-12 лет
  - б) 12-13 лет
  - в) 13-14 лет
  - г) 14-15 лет
  - д) 15-16 лет
032. Формирование верхушек корней вторых премоляров завершается в возрасте
- а) 11-12 лет
  - б) 12-13 лет
  - в) 13-14 лет
  - г) 14-15 лет
  - д) 15-16 лет
033. Формирование верхушек корней клыков завершается в возрасте
- а) 11-12 лет
  - б) 12-13 лет
  - в) 13-14 лет
  - г) 14-15 лет
  - д) 15-16 лет
034. Формирование верхушек корней вторых моляров завершается в возрасте
- а) 11-12 лет
  - б) 12-13 лет
  - в) 13-14 лет
  - г) 14-15 лет
  - д) 15-16 лет
035. Формирование верхушек корней третьих моляров завершается в возрасте
- а) 9-12 лет
  - б) 12-15 лет
  - в) 15-18 лет
  - г) 18-21 год
  - д) 21-24 года



*Раздел 3*  
**ДИАГНОСТИКА В ОРТОДОНТИИ**

001. Дифференциальную диагностику физиологической и патологической асимметрии зубных дуг можно провести по методике
- а) Нансе
  - б) Герлаха
  - в) Шварца
  - г) Фуса
  - д) Хорошилкиной
002. Площадь неба изучают по методике
- а) Коркзаузе
  - б) Снагиной
  - в) Хауса
  - г) Герлаха
  - д) Шмута
003. Величину молочных и постоянных зубов сопоставляют
- а) по методике Мичиганского университета
  - б) по Миргазизову
  - в) по Долгополовой
  - г) по Герлаху
  - д) по Шварцу
004. Недостаток места для неправильного расположения зубов выявляют
- а) по размеру зуба и места для него в зубной дуге
  - б) по Нансе
  - в) по Миргазизову
  - г) по методике Мичиганского университета
  - д) по данным рентгенографии
005. Рентгенографию кистей рук делают
- а) для уточнения сроков окостенения
  - б) для прогноза роста челюстей
  - в) для сопоставления костного и зубного возраста
  - г) для изучения динамики роста организма
  - д) для выяснения аномалий развития скелета
006. Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить
- а) возможности роста челюстей
  - б) форму и размер суставных головок
  - в) характер движения суставов
  - г) размеры суставной щели
  - д) форму и размер суставного диска

007. Ортопантограммы челюстей делают
- а) для определения количества и расположения зубов
  - б) для изучения строения лицевого отдела черепа
  - в) для прогноза роста челюстей
  - г) для изучения динамики роста челюстей
  - д) для определения показаний к удалению зубов
008. Методом исследования боковых ТРГ головы является
- а) метод Парма
  - б) метод Шварца
  - в) метод Шулера
  - г) метод Паатера
  - д) метод Колоткова
009. Сопоставление боковых ТРГ головы проводят
- а) для уточнения показаний к удалению зубов
  - б) для выявления характера морфологической перестройки
  - в) для лицевого отдела черепа
  - г) для выяснения искажений при ТРГ исследовании
  - д) для уточнения костного и зубного возраста
010. На прямых ТРГ головы возможно выявить
- а) количество и положение зубов
  - б) форму и размеры лицевого отдела черепа
  - в) показания к удалению отдельных зубов перед ортодонтическим лечением
  - г) динамику роста челюстей
  - д) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника
011. На аксиальных ТРГ головы возможно выявить
- а) количество и положение зубов
  - б) асимметрию развития черепа
  - в) динамику роста челюстей
  - г) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника
  - д) костный возраст
012. При использовании ЭВМ для анализа ТРГ головы возможно
- а) ускорить расшифровку ТРГ
  - б) расширить возможности анализа
  - в) сделать компьютерную диагностику
  - г) прогнозировать отдаленные результаты лечения
  - д) выбрать метод лечения

013. Преимущества электрорентгенографии перед обычной рентгенографией состоят
- а) в уменьшении лучевой нагрузки
  - б) в ускорении получения результатов
  - в) в экономии серебра и химреактивов
  - г) в получении изображения в позитиве
  - д) ни в чем из перечисленного
014. Преимущества рентгенокинематографии по сравнению с обычной рентгенографией состоят
- а) в ускорении исследования
  - б) в динамическом изучении
  - в) в удешевлении всего процесса
  - г) в уменьшении лучевой нагрузки
  - д) ни в чем из перечисленного
015. Периодами развития классификаций зубочелюстных аномалий являются
- а) доэнглевский
  - б) Энглевский
  - в) Шварцевский
  - г) Симоновский
  - д) все перечисленные периоды
016. Одним из авторов эстетической классификации является
- а) Энгль
  - б) Ильина - Маркосян
  - в) Симон
  - г) Шварц
  - д) Андресен
017. Одним из авторов морфофункциональной классификации является
- а) Энгль
  - б) Штернфельд
  - в) Катц
  - г) Бетельман
  - д) Андресен
018. Одним из авторов краниометрической классификации является
- а) Энгль
  - б) Симон
  - в) Шварц
  - г) Курляндский
  - д) Ильина - Маркосян

019. Одним из авторов этиологической классификации является
- а) Энгль
  - б) Катц
  - в) Конторович - Коркхаузе - Шварц
  - г) Калвелис
  - д) Курляндский
020. В основе построения симптоматического ортодонтического диагноза лежит
- а) характер смыкания зубных рядов
  - б) этиология зубочелюстных аномалий
  - в) морфологические отклонения в строении лицевого отдела черепа
  - г) функциональные нарушения
  - д) эстетические нарушения
021. Симптоматический диагноз - это
- а) установление вида прикуса
  - б) определение функциональных нарушений
  - в) характеристика строения челюстей и их взаимоотношения
  - г) эстетические нарушения
  - д) сопутствующие стоматологические нарушения
022. 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
023. Симптоматический диагноз отличается от дифференциального
- а) выявлением характера смыкания сегментов зубных дуг
  - б) определением вида прикуса
  - в) локализацией зон морфологических отклонений в строении зубочелюстной системы
  - г) определением функциональных и эстетических нарушений
  - д) характеристикой строения лицевого отдела черепа
024. Определение степени тяжести заболевания
- а) достаточно по характеристике диагноза
  - б) требует дополнительного изучения по специальным методикам
  - в) не требует дополнительного изучения по специальным методикам
  - г) возможно на основании рентгенологических исследований
  - д) возможно на основании биометрических исследований

025. Окончательный диагноз устанавливается
- а) на основании клинических данных
  - б) после анализа данных клинических и лабораторных исследований
  - в) на основании симптоматического диагноза с дополнительной характеристикой функциональных и эстетических нарушений
  - г) на основании симптоматического, топографического, морфологического диагнозов
  - д) на основании симптоматического, топоико-морфометрического, этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных и эстетических нарушений
026. Степень трудности лечения определяют
- а) для углубленной качественной характеристики патологии
  - б) для углубленной количественной характеристики патологии
  - в) для уточнения плана и прогноза лечения
  - г) для выражения в количественной форме качественных изменений в зубочелюстной системе
  - д) для разработки организационных мероприятий
027. Для определения степени трудности ортодонтического лечения известны методики
- а) Зиберга
  - б) Айзмана
  - в) Зиберга - Малыгина
  - г) Шварца
  - д) Рубинова
028. Определение степени трудности ортодонтического лечения используют
- а) для определения стоимости лечения
  - б) для планирования объема и срока лечения
  - в) для выявления эффективности лечения
  - г) для уточнения эффективности различных методов лечения
  - д) для научной организации труда
029. Для планирования объема и срока ортодонтического лечения существуют методики
- а) Зиберга - Малыгина
  - б) Малыгина - Белого
  - в) Айзмана
  - г) Хорошилкиной
  - д) Токаревича

030. Объем и сроки ортодонтического лечения зависят преимущественно
- а) от времени лечения в месяцах
  - б) от количества посещений больным врача
  - в) от степени трудности лечения
  - г) от количества трудовых единиц
  - д) от комплекса перечисленных факторов
031. Степень трудности ортодонтического лечения и его эффективность находятся в следующей зависимости
- а) эффективность прямо зависит от степени трудности
  - б) эффективность обратно зависит от степени трудности
  - в) эффективность не зависит от степени трудности
  - г) эффективность больше зависит от продолжительности лечения
  - д) эффективность зависит от удаления отдельных зубов
032. Степень трудности ортодонтического лечения и его продолжительность
- а) находятся в прямой сильной зависимости
  - б) находятся в обратной сильной зависимости
  - в) не зависят друг от друга
  - г) обратно зависят друг от друга при определенных обстоятельствах
  - д) прямо зависят друг от друга при учете количества посещений
033. Степень трудности ортодонтического лечения и его объем
- а) находятся в прямой сильной зависимости
  - б) находятся в обратной сильной зависимости
  - в) прямо сильно зависят без учета продолжительности лечения
  - г) обратно сильно зависят с учетом продолжительности лечения
  - д) не зависят друг от друга
034. Эффективность ортодонтического лечения и его продолжительность
- а) находятся в прямой сильной зависимости
  - б) находятся в обратной сильной зависимости
  - в) не зависят друг от друга
  - г) зависят от удаления отдельных зубов
  - д) зависят от других причин
035. Методика Малыгина - Белого используется
- а) для ортодонтического лечения
  - б) для хирургического лечения
  - в) для комплексного лечения
  - г) для протетического лечения
  - д) для сочетанного лечения

036. При изучении объема и срока комплексного лечения дистального прикуса дополнительно требуется
- а) таблица Малыгина - Белого
  - б) ортопланимер
  - в) таблица Токаревича
  - г) расчетная таблица Пона - Линдер - Харта - Коркхаузе - Шварца
  - д) ничего из перечисленного
037. Правильной последовательность формулировки диагноза при сочетанной патологии является
- а) ортодонтический симптоматический диагноз и характеристика других заболеваний
  - б) 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
038. К аномалии прикуса приводят
- а) аномалии положения зубов
  - б) зубоальвеолярные нарушения
  - в) зубочелюстные аномалии
  - г) все перечисленные отклонения
039. Зубо-альвеолярные разновидности аномалий прикуса характеризует
- а) соотношение зубных дуг
  - б) положение зубов
  - в) топография зубов
  - г) топография зубов, зубных рядов и альвеолярных дуг
  - д) топография челюстей
040. Гнатические разновидности аномалий прикуса характеризует
- а) соотношение зубных дуг
  - б) топография альвеолярных дуг
  - в) топография и размеры челюстных костей
  - г) топография других лицевых костей
  - д) размер и положение зубов
041. Скелетные разновидности аномалий прикуса характеризует
- а) соотношение зубных дуг
  - б) топография альвеолярных дуг
  - в) топография челюстных дуг
  - г) топография пограничных костей лицевого отдела черепа
  - д) топография мозговых костей черепа

042. На топографию отдельных частей лицевого отдела черепа влияет
- а) размер частей
  - б) положение частей
  - в) размер и местоположение частей
043. Изучаемая структура лицевого отдела черепа по своему размеру имеет
- а) 1 значение
  - б) 2 значения
  - в) 3 значения
  - г) 4 значения
  - д) 5 и более значений
044. Изучаемая структура лицевого отдела черепа по своему местоположению имеет
- а) 1 значение
  - б) 2 значения
  - в) 3 значения
  - г) 4 значения
  - д) 5 и более значений
045. Инклинация структуры
- а) является самостоятельным нарушением
  - б) не является самостоятельным нарушением
  - в) иногда является самостоятельным нарушением
  - г) является комбинированным, самостоятельным нарушением
  - д) является комбинированным, несамостоятельным нарушением
046. Динамическое нарушение местоположения характеризует
- а) челюсти
  - б) верхнюю часть лицевого отдела черепа
  - в) нижнюю часть лицевого отдела черепа
  - г) зубо-альвеолярные дуги челюстей
  - д) пограничные кости лицевого скелета
047. "Ключ окклюзии" определяется
- а) всегда соотношением шестых зубов
  - б) всегда соотношением пятых временных зубов
  - в) всегда соотношением клыков
  - г) часто соотношением пятых временных зубов
  - д) иногда соотношением шестых зубов



048. Соотношение первых постоянных моляров может нарушить
- а) размер временных моляров
  - б) разница в размерах между нижними и верхними временными молярами
  - в) отсутствие трем между зубами
  - г) наличие трем между временными зубами
  - д) отсутствие стираемости временных зубов
049. Первые постоянные моляры по I классу Энгля устанавливаются
- а) в 6 лет
  - б) в 7-8 лет
  - в) в 12 лет
  - г) после 12 лет
  - д) в зависимости от варианта физиологического формирования прикуса
050. Коррекция установления первых постоянных моляров может происходить
- а) при I физиологическом повышении прикуса
  - б) при II физиологическом повышении прикуса
  - в) при III физиологическом повышении прикуса
  - г) при IV физиологическом повышении прикуса
  - д) при V физиологическом повышении прикуса
051. Укажите отличие между ортогнатическим и нейтральным прикусом
- а) ортогнатический прикус можно назвать нейтральным
  - б) нейтральный прикус нельзя назвать ортогнатическим
  - в) нейтральный прикус можно назвать ортогнатическим
  - г) при нейтральном прикусе имеются любые отклонения в положении передних зубов
  - д) при нейтральном прикусе имеются отклонения в положении боковых зубов
052. Отличием между сагиттальными аномалиями прикуса и ортогнатическими является
- а) соотношение всех боковых зубов
  - б) соотношение передних зубов
  - в) соотношение первых постоянных моляров
  - г) соотношение клыков
  - д) ничего из перечисленного
053. Вид прикуса можно определить по соотношению
- а) первых постоянных моляров
  - б) шестых зубов и клыков
  - в) шестых сегментных зубных дуг
  - г) зубных рядов в трех взаимно перпендикулярных направлениях
  - д) передних зубов

054. Отличие между сагиттальными аномалиями прикуса состоит в нарушении контактов
- а) между шестыми зубами
  - б) между клыками
  - в) между резцами
  - г) боковых зубов
  - д) передних зубов
055. Дистальный прикус характеризуется нарушением контактов
- а) шестых зубов по III классу Энгля
  - б) клыков по III классу Энгля
  - в) боковых зубов по II классу Энгля
  - г) передних зубов по I классу Энгля
  - д) боковых зубов по I классу Энгля
056. Мезиальный прикус характеризуется нарушением контактов
- а) шестых зубов по III классу Энгля
  - б) клыков по III классу Энгля
  - в) боковых зубов по III классу Энгля
  - г) передних зубов по III классу Энгля
  - д) боковых зубов по I классу Энгля
057. Прямой прикус характеризуется
- а) нарушением контактов боковых зубов
  - б) нарушением контактов передних зубов
  - в) нарушением контактов всех зубов
  - г) укорочением овала верхней зубной дуги
  - д) укорочением овала нижней зубной дуги
058. Глубокое резцовое перекрытие характеризуется
- а) нарушением контактов боковых зубов
  - б) нарушением контактов передних зубов
  - в) нарушением контактов всех зубов
  - г) укорочением овала нижней зубной дуги
  - д) укорочением овала верхней зубной дуги
059. Дезокклюзия зубов характеризуется
- а) нарушением контактов передних зубов
  - б) нарушением контактов боковых зубов
  - в) отсутствием контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели
  - г) отсутствием контактов большинства зубов с появлением сагиттальной щели

060. Глубокий прикус характеризуется
- а) нарушением контактов передних зубов
  - б) нарушением контактов боковых зубов
  - в) нарушением контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели
  - г) отсутствием контактов между передними зубами с наличием сагиттальной щели
061. Дифференциальное отличие между различными разновидностями глубокого прикуса с функциональной точки зрения состоит в том, что
- а) глубокое резцовое перекрытие является состоянием физиологическим
  - б) глубокое резцовое перекрытие является состоянием патологическим
  - в) глубокий снижающий прикус является состоянием патологическим
  - г) глубокий снижающий прикус является состоянием физиологическим
  - д) глубокий травмирующий прикус является состоянием физиологическим
062. Морфологические отклонения, влияющие на физиологические возможности передних зубов в сагиттальном и вертикальном направлениях, находятся в пределах
- а)  $\pm 0.5-1$  мм
  - б)  $\pm 1.5$  мм
  - в)  $\pm 2$  мм
  - г)  $\pm 3$  мм
  - д)  $\pm 4$  мм и более
063. Дифференциальной диагностикой глубины фронтального перекрытия, обусловленного нарушением в области передних зубов, является
- а) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не влияет на высоту нижней части лица
  - б) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица
  - в) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица
  - г) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица
  - д) высота нижней части лица не имеет дифференциально диагностического значения при определении зоны нарушения
064. При вестибуло-перекрестном прикусе
- а) верхние боковые зубы перекрывают нижние
  - б) нижние боковые зубы перекрывают верхние
  - в) верхние и нижние боковые зубы находятся в бугровых контактах
  - г) все верхние зубы перекрывают нижние
  - д) все нижние зубы перекрывают верхние

065. При лингво-перекрестном прикусе
- а) нижние боковые зубы полностью перекрывают верхние
  - б) верхние боковые зубы полностью перекрывают нижние
  - в) верхние боковые зубы и нижние находятся в бугорковых контактах
  - г) все верхние зубы перекрывают нижние
  - д) все нижние зубы перекрывают верхние
066. "Косой" перекрестный прикус является
- а) односторонним вестибуло-перекрестным
  - б) односторонним лингво-перекрестным
  - в) двусторонним лингво-перекрестным
  - г) двусторонним вестибуло-перекрестным
  - д) двусторонним лингво-вестибуло-перекрестным
067. Характеристика прикуса дается
- а) в одной плоскости
  - б) в двух плоскостях
  - в) в трех плоскостях
  - г) в одной плоскости, но с учетом передних и боковых сегментов
  - д) в нескольких плоскостях и с описанием контактов передних и боковых сегментов
068. Клиническая дифференциальная диагностика смещения нижней челюсти представляет собой несовпадение средней линии
- а) между зубами
  - б) лица и зубов
  - в) лица и верхнего зубного ряда
  - г) лица и нижнего зубного ряда
  - д) лица и нижней челюсти
069. Дифференциальная диагностика глубины фронтального перекрытия, обусловленного нарушением в области боковых зубов
- а) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не влияет на высоту нижней части лица
  - б) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица
  - в) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица
  - г) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица
  - д) высота нижней части лица не имеет дифференциально диагностического значения при определении зоны нарушения

070. Нейтральный прикус характеризуется нарушением контактов
- а) шестых зубов по I классу Энгля
  - б) шестых зубов по II классу Энгля
  - в) шестых зубов по III классу Энгля
  - г) передних зубов по I классу Энгля
  - д) передних зубов по II классу Энгля
071. Вид прикуса определяет
- а) соотношение отдельных зубов
  - б) соотношение зубных рядов в состоянии физиологического покоя
  - в) смыкание зубных рядов в состоянии центральной окклюзии
  - г) смыкание зубных рядов в состоянии привычной окклюзии
  - д) смыкание зубных рядов в положении передней окклюзии
072. Основной задачей ортодонтического лечения является
- а) устранение морфологических нарушений
  - б) устранение функциональных нарушений
  - в) устранение эстетических нарушений
  - г) создание морфологического, эстетического и функционального оптимума в зубочелюстной системе
  - д) устранение функциональных и эстетических нарушений
073. Тип прикуса человека определяется
- а) по характеру соотношения резцов
  - б) по характеру соотношения клыков
  - в) по характеру соотношения премоляров
  - г) по характеру соотношения моляров
  - д) по нескольким ориентирам
074. Существует
- а) 2 типа лица человека
  - б) 3 типа лица человека
  - в) 4 типа лица человека
  - г) 5 типов лица человека
  - д) более 5 типов лица человека
075. Сагиттальная щель между резцами определяется
- а) от вестибулярной поверхности верхних резцов до язычной поверхности нижних
  - б) от вестибулярной поверхности верхних резцов до вестибулярной поверхности нижних
  - в) от язычной поверхности верхних резцов до вестибулярной поверхности нижних
  - г) от язычной поверхности верхних резцов до язычной поверхности нижних
  - д) измерить невозможно

076. Вертикальная щель между резцами измеряется
- а) от режущего края верхних резцов до режущего края нижних
  - б) от бугорков верхних резцов до режущего края нижних
  - в) от бугорков верхних резцов до бугорков нижних резцов
  - г) от пришеечной части верхних резцов до режущего края нижних
  - д) от режущего края верхних резцов до пришеечной части нижних
077. Изучить диагностические модели челюстей по сагиттали позволяет методика
- а) Пона
  - б) Линдера - Харта
  - в) Коркхауза
  - г) Снагиной
  - д) Герлаха
078. Изучить диагностические модели челюстей по трансверсали позволяет методика
- а) Пона
  - б) Герлаха
  - в) Коркхауза
  - г) Изара
  - д) Фуса
079. Выявить мезиальное смещение боковых зубов на диагностических моделях челюстей позволяет методика
- а) Пона
  - б) Шмута
  - в) Изара
  - г) Снагиной
  - д) Фриеля
080. Выявить укорочение переднего отрезка на диагностических моделях челюстей позволяет методика
- а) Герлаха
  - б) Коркхауза
  - в) Хауса
  - г) Пона
  - д) Снагиной
081. Измерительным точкам по методике Пона на молярах верхней челюсти соответствует
- а) середина межбугровой фиссуры
  - б) переднее углубление межбугровой фиссуры
  - в) передний щечный бугор
  - г) задний щечный бугор
  - д) небные поверхности

082. Измерительным точкам по методике Пона на молярах нижней челюсти соответствует
- а) середина межбугровой фиссуры
  - б) переднее углубление межбугровой фиссуры
  - в) передний щечный бугор
  - г) задний щечный бугор
  - д) небные поверхности
083. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах верхней челюсти соответствует
- а) середина межбугровой фиссуры
  - б) щечный бугор
  - в) дистальный скат щечного бугра
  - г) мезиальный скат щечного бугра
  - д) язычный бугор
084. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах нижней челюсти соответствует
- а) середина межбугровой фиссуры
  - б) щечный бугор
  - в) дистальный скат щечного бугра
  - г) мезиальный скат щечного бугра
  - д) язычный бугор
085. Ширину лица изучают по методике
- а) Фуса
  - б) Изара
  - в) Фриеля
  - г) Нанса
  - д) Пона
086. Длину зубной дуги по окклюзионной плоскости изучают по методике
- а) Шварца
  - б) Коркхауза
  - в) Нанса
  - г) Пона
087. Выявлению укорочения боковых сегментов зубной дуги позволяет методика
- а) Герлаха
  - б) Нанса
  - в) Снагиной
  - г) Пона
  - д) Фриеля

088. Выявить макродентию позволяет методика
- а) Фуса
  - б) Герлаха
  - в) Фриеля
  - г) Хорошилкиной
  - д) Пона
089. Выявить одностороннее смещение боковых зубов позволяет методика
- а) Хорошилкиной
  - б) Пона
  - в) Хауса
  - г) Нанса
  - д) Снагиной
090. Индекс фасциальный морфологический, равный 96-100, определяет
- а) очень узкое лицо
  - б) узкое лицо
  - в) среднее лицо
  - г) широкое лицо
  - д) очень широкое лицо
091. Ширина апикального базиса на верхней челюсти определяется между точками, расположенными в области
- а) проекции корней моляров
  - б) проекции корней премоляров
  - в) проекции корней клыков
  - г) собачьих ямок
  - д) определить невозможно
092. Ширина апикального базиса на нижней челюсти определяется между точками, расположенными в области
- а) проекции корней моляров
  - б) проекции корней премоляров
  - в) у десневого края клыков
  - г) между проекциями корней клыков и первых премоляров, отступая 8 мм от десневого края
  - д) определить невозможно
093. Длина апикального базиса верхней челюсти определяется между касательной к дистальной поверхности
- а) 6 $\perp$ 6 до режущего края 1 $\perp$ 1 по средней линии
  - б) 6 $\perp$ 6 до межзубного сосочка между 1 $\perp$ 1 по средней линии
  - в) 7 $\perp$ 7 до межзубного сосочка между 1 $\perp$ 1 по средней линии
  - г) 7 $\perp$ 7 до режущего края 1 $\perp$ 1
  - д) определить невозможно



094. Длина апикального базиса нижней челюсти определяется между касательной к дистальной поверхности
- а) 6└6 до режущего края 1└1 по средней линии
  - б) 6└6 до межзубного сосочка между 1└1 по средней линии
  - в) 7└7 до режущего края 1└1 по средней линии
  - г) 7└7 до межзубного сосочка между 1└1 по средней линии
  - д) определить невозможно
095. Длина апикального базиса от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов составляет
- а) 20%
  - б) 30%
  - в) 40%
  - г) 50%
  - д) 60%
096. Орбитальной плоскости на диагностических моделях соответствует линия,
- а) проходящая через вершину резцового сосочка
  - б) проходящая через задний край резцового сосочка
  - в) соединяющая точки Фриеля на премолярах
  - г) проходящая через передний край резцового сосочка
  - д) соединяющая моляры
097. Орбитальная плоскость в норме проходит через
- а) боковые резцы
  - б) клыки
  - в) первые премоляры
  - г) вторые премоляры
  - д) первые моляры
098. Функциональные нарушения челюстно-лицевой области исследуют
- а) близкофокусной внутриротовой рентгенографией
  - б) ортопантомографией челюстей
  - в) панорамной рентгенографией
  - г) телерентгенографией
  - д) рентгенокинематографией
099. Ширина апикального базиса от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов составляет
- а) 20%
  - б) 30%
  - в) 40%
  - г) 50%
  - д) 60%

100. Рентгеновская трубка при внутриротовой близкофокусной рентгенографии расположена
- а) перпендикулярно оси снимаемого зуба
  - б) перпендикулярно рентгеновской пленке
  - в) перпендикулярно биссектрисе угла, образованного осью зуба и пленкой
  - г) параллельно окклюзионной плоскости
  - д) любым образом
101. При внутриротовой близкофокусной рентгенографии рентгеновская трубка направляется на проекцию
- а) коронки зуба
  - б) верхушки корня зуба
  - в) середины корня зуба
  - г) 1/3 корня зуба
  - д) не имеет значения
102. Во время проведения панорамной рентгенографии пленка расположена
- а) в полости рта неподвижно
  - б) вне полости рта неподвижно
  - в) вне полости рта подвижно
  - г) любым образом
  - д) в полости рта подвижно
103. Во время проведения панорамной рентгенографии рентгеновская трубка расположена
- а) в полости рта неподвижно
  - б) вне полости рта неподвижно
  - в) вне полости рта подвижно
  - г) в полости рта подвижно
  - д) любым образом
104. Во время ортопантомографии челюстей пленка расположена
- а) в полости рта неподвижно
  - б) в полости рта подвижно
  - в) вне полости рта неподвижно
  - г) вне полости рта подвижно
  - д) любым образом
105. Во время ортопантомографии челюстей рентгеновская трубка располагается
- а) в полости рта неподвижно
  - б) в полости рта подвижно
  - в) вне полости рта неподвижно
  - г) вне полости рта подвижно
  - д) любым образом

106. При телерентгенографии головы рентгеновская трубка расположена от исследуемого объекта на расстоянии
- 50 см
  - 1 м
  - 1.5 м
  - 2-3 м
  - 4-5 м
107. Ортопантомографию челюстей необходимо проводить
- в краевом смыкании резцов
  - при выдвижении нижней челюсти до соотношения  $\frac{6!6}{6!6}$   
по I классу Энгля
  - при привычной окклюзии
  - в состоянии физиологического покоя
  - при любом смыкании челюстей
108. Для определения смещения нижней челюсти в сторону необходимо применять
- жевательные пробы по Рубинову
  - пробу Битнера - Эйшлера
  - пробу Ильиной - Маркосян
  - глотательные пробы
  - любую пробу из перечисленных
109. Для определения смещения нижней челюсти вперед необходимо применять
- жевательные пробы по Рубинову
  - пробу Битнера - Эйшлера
  - пробу Ильиной - Маркосян
  - глотательные пробы
  - любую пробу из перечисленных
110. Глубину преддверия полости рта измеряют
- от режущего края резцов до переходной складки
  - от вершины межзубных сосочков до переходной складки
  - от десневого края резцов до переходной складки
  - от экватора резцов до переходной складки
  - любым способом

*Раздел 4*  
**ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И СПОСОБЫ  
ОРТОДОНТИЧЕСКОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ**

001. Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу в области боковых зубов верхней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги
- а) припаивают на вестибулярной поверхности
  - б) припаивают на небной поверхности
  - в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности
  - г) место припаивания не имеет значения
  - д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)
002. Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу в области боковых зубов нижней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги
- а) припаивают на вестибулярной поверхности
  - б) припаивают на небной поверхности
  - в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности
  - г) место припаивания не имеет значения
  - д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)
003. Для устранения смещения нижней челюсти в сторону шапочку с подбородочной пращей и внеротовой резиновой тягой
- а) можно применять с вертикальной тягой
  - б) можно применять с горизонтальной тягой
  - в) можно применять с косой тягой
  - г) можно применять с любой тягой
  - д) применять не рекомендуется
004. Асимметрия лица у больных с гнатической формой перекрестного прикуса усиливается в возрасте
- а) 3-6 лет
  - б) 6-7 лет
  - в) 10-11 лет
  - г) 15-16 лет
  - д) после 20 лет
005. При ношении бионатора величина разобращения в переднем участке
- а) без разобращения
  - б) составляет 2-3 мм
  - в) составляет до 5 мм
  - г) составляет более 5 мм
  - д) не имеет значения

006. Применение бionatoра показано
- а) во временном прикусе
  - б) в раннем смешанном прикусе
  - в) в позднем смешанном прикусе
  - г) в постоянном прикусе
  - д) в любом периоде формирования прикуса
007. Применение регулятора функции I типа показано
- а) при дистальном блокирующем прикусе
  - б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
  - в) при мезиальном прикусе
  - г) при перекрестном прикусе
  - д) при прямом прикусе
008. Применение регулятора функции II типа показано
- а) при дистальном блокирующем прикусе
  - б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
  - в) при мезиальном прикусе
  - г) при перекрестном прикусе
  - д)
009. Применение регулятора функции III типа показано
- а) при дистальном блокирующем прикусе
  - б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
  - в) при мезиальном прикусе
  - г) при перекрестном прикусе
  - д) при открытом прикусе
010. У регулятора функции I типа боковые щиты
- а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
  - б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
  - в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках
  - г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках
  - д) не имеют существенного значения

011. У регулятора функции II типа боковые щиты
- а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
  - б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
  - в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках
  - г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках
  - д) не имеют существенного значения
012. У регулятора функции III типа боковые щиты
- а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
  - б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
  - в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках
  - г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках
  - д) не имеют существенного значения
013. У регулятора функции I типа пелоты
- а) изготавливаются в области верхней губы
  - б) изготавливаются в области нижней губы
  - в) изготавливаются в области верхней и нижней губы
  - г) не применяются
  - д) применяются в зависимости от возраста ребенка
014. У регулятора функции II типа пелоты
- а) изготавливаются в области верхней губы
  - б) изготавливаются в области нижней губы
  - в) изготавливаются в области верхней и нижней губы
  - г) не применяются
  - д) применяются в зависимости от возраста ребенка
015. У регулятора функции III типа пелоты
- а) изготавливаются в области верхней губы
  - б) изготавливаются в области нижней губы
  - в) изготавливаются в области верхней и нижней губы
  - г) не применяются
  - д) применяются в зависимости от возраста ребенка

016. Для изготовления регулятора функции I типа особенностью конструктивного прикуса является
- выдвижение нижней челюсти на I классу Энгля
  - выдвижение нижней челюсти на 3-5 мм
  - выдвижение нижней челюсти до краевого смыкания резцов
  - выдвижение нижней челюсти до обратного перекрытия в области резцов
  - отсутствие выдвижения нижней челюсти
017. Для изготовления регулятора функции III типа особенностью конструктивного прикуса является
- смещение нижней челюсти назад до соотношения  $\frac{6!6}{6!6}$  по I классу Энгля
  - смещение нижней челюсти до краевого смыкания резцов
  - максимальное смещение нижней челюсти назад
  - отсутствие смещения нижней челюсти
  - не имеет существенного значения
018. У регулятора функции I типа небный бюгель
- проходит впереди 5⊥5
  - проходит впереди 6⊥6
  - проходит позади 6⊥6
  - прохождение небного бюгеля не имеет значения
  - не применяется
019. У регулятора функции III типа небный бюгель
- проходит впереди 5⊥5
  - проходит впереди 6⊥6
  - проходит позади 6⊥6
  - прохождение небного бюгеля не имеет значения
  - не применяется
020. Разновидности регуляторов функции I типа отличаются от II типа
- разным расположением губных пелотов
  - введением небной дуги
  - отсутствием вестибулярной дуги
  - различным расположением небного бюгеля
  - ничем из перечисленного

021. Верхняя граница верхнегубных пелотов проходит
- а) на уровне прикрепления уздечки верхней губы
  - б) не доходя до основания носа
  - в) доходя до основания носа
  - г) выше уровня основания носа
  - д) вариабельно
022. Передняя граница боковых щитов у регулятора функции проходит
- а) между боковыми резцами и клыками
  - б) между клыками и первыми премолярами
  - в) между первыми и вторыми премолярами
  - г) вариабельно
  - д) между вторыми премолярами и первыми молярами
023. Граница боковых щитов у регуляторов функции проходит
- а) за вторыми премолярами
  - б) у дистальной поверхности первых верхних моляров
  - в) у дистальной поверхности первых нижних моляров
  - г) за последними зубами
  - д) вариабельно
024. Границы опорных колец или коронок на коронковой части зуба
- а) проходят на 1/3 коронки зуба
  - б) проходят на 1/2 коронки зуба
  - в) доходят до клинической шейки зуба
  - г) доходят до анатомической шейки зуба
  - д) не имеет значения
025. Место припаивания опорных трубок для дуг Энгля
- а) находится на расстоянии 2 мм от жевательной поверхности
  - б) находится на уровне экватора зуба
  - в) находится на расстоянии 2 мм от десневого края
  - г) не имеет значения
  - д) зависит от вида прикуса
026. Место припаивания штанги для дистального перемещения клыков
- а) находится ближе к мезиальной поверхности коронки
  - б) находится ближе к дистальной поверхности коронки
  - в) находится посередине коронки
  - г) не имеет значения
  - д) зависит от вида прикуса



027. Нижняя граница штанги для дистального перемещения клыков
- а) находится ниже режущего бугра
  - б) находится на уровне режущего бугра
  - в) находится выше уровня режущего бугра
  - г) не имеет значения
  - д) зависит от вида прикуса
028. Верхняя граница штанги для дистального перемещения клыков
- а) находится на уровне десневого края
  - б) не доходит до десневого края на  $1/3$  высоты коронки
  - в) находится на уровне проекции  $1/3$  величины корня
  - г) находится на уровне проекции  $1/2$  величины корня
  - д) находится на уровне проекции верхушки корня у переходной складки
029. Место припаивания штанги для медиального перемещения резцов
- а) находится ближе к медиальной поверхности коронки
  - б) находится ближе к латеральной поверхности коронки
  - в) находится посередине коронки
  - г) не имеет значения
  - д) зависит от вида прикуса
030. Для равномерного расширения зубного ряда дуга Энгля
- а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
  - б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
  - в) прилегает к передним и боковым зубам
  - г) отступает от передних и боковых зубов
  - д) не имеет значения
031. Для удлинения зубного ряда дуга Энгля
- а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
  - б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
  - в) прилегает к передним и боковым зубам
  - г) отступает от передних и боковых зубов
  - д) не имеет значения
032. Для укорочения зубного ряда дуга Энгля
- а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
  - б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
  - в) прилегает к передним и боковым зубам
  - г) отступает от передних и боковых зубов
  - д) не имеет значения

033. Место припаивания крючков или штанг на скользящей вестибулярной дуге находится
- а) в области боковых резцов
  - б) у мезиальной поверхности клыков
  - в) у дистальной поверхности клыков
  - г) в области первых премоляров
  - д) в области вторых премоляров
034. Место припаивания крючков или штанг на выскальзывающей вестибулярной дуге находится
- а) в области боковых резцов
  - б) у мезиальной поверхности клыков
  - в) у дистальной поверхности клыков
  - г) в области первых премоляров
  - д) в области вторых премоляров
035. Уровень припаивания П-образных крючков на кольцах с небной стороны
- а) проходит у режущего корня
  - б) проходит посередине кольца
  - в) проходит на 2 мм ниже десневого края кольца
  - г) не имеет значения
  - д) крючки не припаивают с небной стороны
036. Показанием для применения аппарата Хербста - Кожокару является
- а) дистальный прикус
  - б) мезиальный прикус
  - в) глубокий прикус
  - г) открытый прикус
  - д) перекрестный прикус
037. Действие аппарата Хербста - Кожокару направлено
- а) на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти
  - б) на зубоальвеолярное вытяжение боковых зубов верхней челюсти
  - в) на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти
  - г) на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов нижней челюсти
  - д) на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти, на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти
038. Аппарат Герлинга - Гашимова применяется
- а) при резком сужении зубного ряда
  - б) при макродентии
  - в) для дистального перемещения боковых зубов
  - г) для поворота зубов по оси
  - д) для вертикального вытяжения зубов

039. Показанием для применения аппарата Дерихсвайлера является
- а) укорочение зубной дуги
  - б) удлинение зубной дуги
  - в) резкое сужение зубного ряда верхней челюсти
  - г) резкое сужение зубного ряда нижней челюсти
  - д) мезиальное смещение боковых зубов
040. Верхняя граница коронки Катца с вестибулярной поверхности
- а) доходит до анатомической шейки зуба
  - б) доходит до клинической шейки зуба
  - в) проходит, отступая от десневого края на 2-3 мм
  - г) доходит до середины коронки зуба
  - д) не имеет значения
041. Активатор Андресена - Гойпля относится
- а) к механически-действующим аппаратам
  - б) к функционально-действующим аппаратам
  - в) к функционально-направляющим аппаратам
  - г) к внеротовым аппаратам
  - д) к блоковым аппаратам сочетанного действия
042. Активатор Андресена - Гойпля действует
- а) в сагитальной плоскости
  - б) в трансверсальной плоскости
  - в) в вертикальной плоскости
  - г) в 3 плоскостях
  - д) в 2 плоскостях
043. При ношении активатора разобщение в боковых участках составляет
- а) 1-2 мм
  - б) 3-4 мм
  - в) 5-6 мм
  - г) до 10 мм
  - д) разобщение не нужно
044. При определении конструктивного прикуса для активатора нижняя челюсть выдвигается вперед
- а) на 2-3 мм
  - б) на 5 мм
  - в) на 7 мм
  - г) на 10 мм
  - д) в краевое смыкание

045. Кронштейны для фиксации нижнегубных пелотов вводятся
- а) в переднем участке нижней челюсти
  - б) в боковых участках нижней челюсти
  - в) в переднем участке верхней челюсти
  - г) в боковых участках верхней челюсти
  - д) не имеет значение
046. Нижняя граница нижнегубных пелотов
- а) проходит выше супраментальной складки
  - б) проходит на уровне супраментальной складки
  - в) проходит ниже уровня супраментальной складки
  - г) не имеет значения
  - д) зависит от выраженности дистального прикуса
047. При лечении активатором Андресена - Гойпля нормализуются функции
- а) жевания
  - б) глотания
  - в) речи
  - г) все перечисленные
  - д) дыхания
048. Лечение активатором Андресена - Гойпля лучше проводить в возрасте
- а) 4-5 лет
  - б) 6-7 лет
  - в) 9-10 лет
  - г) 11-12 лет
  - д) в любом из перечисленных возрастов
049. При гнатической форме мезиального прикуса удаление зачатков 8 $\perp$ 8 показано в возрасте
- а) 10 лет
  - б) 12-14 лет
  - в) 16 лет
  - г) 18 лет
  - д) 20 лет
050. После окончания лечения дистального прикуса зачатки 8 $\perp$ 8 необходимо удалять
- а) при нарушении функции дыхания
  - б) при нарушении функции глотания
  - в) при адентии 8 $\perp$ 8
  - г) при неправильном наклоне осей 8 $\perp$ 8
  - д) при недостатке места для 8 $\perp$ 8

051. Показанием к последовательному удалению отдельных зубов является
- а) кариозное разрушение коронок зубов
  - б) макроденития
  - в) сагиттальная щель
  - г) протрузия резцов
  - д) открытый прикус
052. Показанием к применению бионатора Янсона является
- а) резкое сужение верхней челюсти
  - б) ретрузия передних зубов на верхней челюсти
  - в) мезиальное смещение боковых зубов
  - г) протрузия передних зубов на верхней челюсти
  - д) ретрузия передних зубов на нижней челюсти
053. Особенностью конструктивного прикуса для изготовления бионатора Янсона является
- а) выдвижение нижней челюсти на 3 мм
  - б) выдвижение нижней челюсти по I классу Энгля
  - в) выдвижение нижней челюсти до краевого смыкания верхних и нижних резцов
  - г) без смещения нижней челюсти
  - д) не имеет значения
054. Раздражающую терапию в области ретинированного зуба надо проводить в течение
- а) 3-5 месяцев
  - б) 1 месяца
  - в) 8-10 месяцев
  - г) 1.5-2 лет
  - д) срок не имеет значения
055. Съемные протезы у детей заменяют
- а) каждый год
  - б) 1 раз в 2 года
  - в) 1 раз в 3 года
  - г) 1 раз в 4 года
  - д) 1 раз в 5 лет
056. Для лечения перекрестного прикуса с боковым смещением нижней челюсти окклюзионные накладки двухчелюстных аппаратов
- а) готовят на стороне смещения
  - б) готовят на противоположной стороне
  - в) готовят с двух сторон
  - г) не делают
  - д) не имеет значения

057. При применении расширяющей пластинки для верхней челюсти для лечения двустороннего вестибулярного перекрестного прикуса окклюзионные накладки на боковые зубы должны быть
- а) с отпечатками противоположных зубов
  - б) гладкие
  - в) окклюзионные накладки не нужны
  - г) с одной стороны с отпечатками, с другой - гладкие
  - д) форма не имеет значения
058. Для применения межчелюстной резиновой тяги для лечения лингвального перекрестного прикуса крючки припаивают на боковые зубы верхней челюсти
- а) на вестибулярной поверхности
  - б) на небной поверхности
  - в) на вестибулярной и небной поверхности
  - г) место припаивания не имеет значения
  - д) перемещение проводится без крючков
059. Для применения межчелюстной резиновой тяги для лечения лингвального перекрестного прикуса крючки припаивают на боковые зубы нижней челюсти
- а) на вестибулярной поверхности
  - б) на язычной поверхности
  - в) на вестибулярной и язычной поверхности
  - г) место припаивания не имеет значения
  - д) перемещение проводится без крючков

*Раздел 5*  
**ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ТЕХНИКА**

001. Пластмассовый базис аппарата Дерихсвайлера
- а) касается пришеечной части зубов верхней челюсти
  - б) касается купола неба и альвеолярного отростка верхней челюсти
  - в) имеет укороченные границы, но опирается на небо
  - г) имеет укороченные границы и отходит от свода неба
  - д) граница не имеет значения
002. Диаметр проволоки для изготовления касательных и направляющих в аппарате Дерихсвайлера должен быть
- а) 0.6 мм
  - б) 0.8 мм
  - в) 1.0 мм
  - г) 1.2 мм
  - д) 1.5 мм
003. Каппа Бынина, аппарат Брюкля, аппарат Башаровой относятся
- а) к механически действующим аппаратам
  - б) к функционально-действующим аппаратам
  - в) к функционально-направляющим аппаратам
  - г) к аппаратам сочетанного действия
  - д) к ретенционным аппаратам
004. Аппарат Брюкля действует по принципу
- а) орального наклона передних нижних зубов
  - б) вестибулярного перемещения передних верхних зубов
  - в) перемещения нижней челюсти назад
  - г) сочетанного действия
  - д) сдерживания роста нижней челюсти
005. К механическим приспособлениям для фиксации съемных ортодонтических аппаратов относятся
- а) небные дуги
  - б) протрагирующие пружины
  - в) винты
  - г) боковые щиты
  - д) кламмеры

006. Использование анатомической ретенции для фиксации съемных ортодонтических аппаратов достигается с помощью
- а) кламмеров
  - б) вестибулярных дуг
  - в) кап
  - г) окклюзионных накладок
  - д) получения качественного оттиска всех анатомических образований зубных рядов и челюстей
007. Адгезия - силы сцепления, возникающие между двумя плотно соприкасающимися увлажненными поверхностями, -
- а) улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов
  - б) не улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов
  - в) относительно улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов
  - г) имеет место только при фиксации полных съемных протезов
  - д) не имеет значения
008. При применении съемного аппарата без кламмерной фиксации происходит
- а) эффективное перемещение зубов и исправление формы зубных рядов
  - б) фиксация аппарата за счет активизирования пружин и дуг различных конструкций
  - в) фиксация аппарата за счет активирования винтов
  - г) фиксация аппарата за счет противодействия активной и реактивной сил, развиваемых аппаратом
  - д) недостаточная фиксация аппарата в полости рта, его смещение в процессе действия в более широкую часть зубной дуги, что приводит к удерживанию аппарата языком, нарушению его функции, либо отказа от пользования аппаратом, что удлиняет сроки лечения
009. На одночелюстном съемном аппарате изготавливают
- а) 1 кламмер
  - б) 2 кламмера
  - в) 3 кламмера
  - г) 4 кламмера
  - д) 5 кламмеров
010. На зубах нижней челюсти для наилучшей фиксации аппарата кламмеры следует располагать
- а) асимметрично
  - б) симметрично
  - в) по диагонали
  - г) на одноименных жевательных зубах
  - д) по возможности симметрично для равномерной передачи нагрузки на базис аппарата



011. Кламмер состоит
- а) из плеча и тела
  - б) из тела, плеча и отростка, с помощью которого кламмер фиксируется в базисе аппарата
  - в) из плеча и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
  - г) из плеча, рабочего угла и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
  - д) из плеча, рабочего угла, тела и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
012. Фиксирующий элемент кламмера на вестибулярной поверхности боковых зубов располагают
- а) ближе к окклюзионной поверхности зуба
  - б) между окклюзионной и средней третью вестибулярной поверхности зуба
  - в) в области средней трети вестибулярной поверхности зуба
  - г) на границе между средней и пришеечной третью вестибулярной поверхности зуба
  - д) в области пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба
013. У детей экватор на вестибулярной поверхности боковых зубов располагается
- а) ближе к окклюзионной поверхности зуба
  - б) на границе окклюзионной и средней трети вестибулярной поверхности зуба
  - в) в области средней трети вестибулярной поверхности зуба
  - г) на границе средней и пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба
  - д) в области пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба
014. У детей с глубоким прикусом экватор на вестибулярной поверхности боковых зубов располагается
- а) ближе к окклюзионной поверхности зуба
  - б) на границе окклюзионной и средней трети зуба
  - в) в области средней трети зуба
  - г) на границе средней и пришеечной трети части
  - д) в области пришеечной трети части
015. Фиксирующий эффект кламмера достигается
- а) правильным прилеганием плеча к коронке зуба
  - б) правильным изгибанием тела, обуславливающим опору кламмера
  - в) правильным направлением отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
  - г) правильным изгибанием всех перечисленных элементов кламмера
  - д) наличием рабочего угла между телом и плечом кламмера при правильном изгибании всех перечисленных элементов

016. Кламмеры классифицируются
- а) по способу изготовления
  - б) по диаметру проволоки
  - в) по способу фиксации в базисе аппарата
  - г) по технологии изготовления
  - д) по прилеганию плеча к коронке зуба
017. Кламмеры с плоскостным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть
- а) круглые
  - б) пуговчатые
  - в) кламмеры Адамса
  - г) ленточные
  - д) рамочные
018. Кламмеры с линейным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть
- а) рамочные
  - б) круглые, перекидной Джексона
  - в) кламмер Адамса, кламмер Шварца
  - г) все перечисленные
  - д) некоторые из перечисленных
019. Кламмеры с линейным прилеганием плеча к коронке изгибают из проволоки диаметром
- а) 0.6 мм
  - б) 0.7 мм
  - в) 0.8 мм
  - г) 0.9 мм
  - д) 1.0 мм
020. Для фиксации съемных аппаратов у пациентов в периоде смешанного прикуса следует применять кламмер с линейным прилеганием плеча к коронке
- а) круглый
  - б) перекидной Джексона
  - в) Дуйзингса
  - г) фиксатор Нападава
  - д) рамочный
021. Круглый кламмер
- а) выполняет опорно-удерживающую функцию
  - б) выполняет удерживающую функцию
  - в) используется как активно действующий элемент для поворота опорного зуба вокруг оси
  - г) используется для перемещения отдельных зубов или их групп
  - д) используется для фиксации резиновых лигатур

022. Для фиксации съемного аппарата, использующегося для межжелюстной тяги, следует изготавливать
- а) 2 круглых кламмера
  - б) 3 круглых кламмера
  - в) 4 круглых кламмера
  - г) 5 круглых кламмеров
  - д) 6 и более круглых кламмеров
023. Кламмером с точечным прилеганием плеча под экватором к коронке зуба является
- а) кламмер Дуйзингса
  - б) рамочный
  - в) пуговчатый, крючкообразный, копьевидный
  - г) кламмер Шварца
  - д) кламмер Адамса
024. Заводским путем изготавливают
- а) пуговчатые кламмеры
  - б) крючкообразные кламмеры
  - в) копьевидные кламмеры
  - г) кламмеры Адамса
  - д) все перечисленные кламмеры
025. В зуботехнической лаборатории изготавливают
- а) пуговчатые кламмеры
  - б) кламмеры Шварца, Адамса
  - в) крючкообразные кламмеры
  - г) копьевидные кламмеры
  - д) все перечисленные кламмеры
026. Кламмеры Шварца наиболее часто изготавливают
- а) на 1 боковой зуб
  - б) на 2 боковых зуба
  - в) на группу боковых зубов
  - г) на группу передних зубов
  - д) на группу боковых зубов справа и слева
027. Кламмеры с точечным прилеганием плеча к коронке зуба изгибают из проволоки диаметром
- а) 0.6 мм
  - б) 0.7 мм
  - в) 0.8 мм
  - г) 0.9 мм
  - д) 1.0 мм

028. В отечественной ортодонтии редко применяют кламмеры Шварца
- а) из-за отсутствия набора щипцов для их изгибания
  - б) из-за недостаточно хорошего качества проволоки
  - в) из-за недостаточно надежной фиксации с их помощью аппарата
  - г) из-за затруднений при их коррекции
  - д) из-за всех перечисленных причин
029. В отечественной ортодонтии для фиксации съемных ортодонтических аппаратов наиболее широко используется кламмер Адамса
- а) из-за затрудненного изготовления кламмеров других конструкций
  - б) из-за отсутствия материала для изготовления кламмеров других конструкций
  - в) из-за более простого его изготовления, чем кламмеров других конструкций
  - г) из-за надежной фиксации ортодонтических аппаратов
  - д) из-за его универсальности и эффективности
030. Размер плеча кламмера Адамса соответствует
- а) размеру вестибулярной поверхности опорного зуба
  - б) размеру опорного зуба между его контактными точками с соседними зубами
  - в) высоте коронки опорного зуба
  - г) размеру, соответствующему расстоянию между точками, маркированными на экваторе зуба в месте перехода вестибулярной поверхности в проксимальную
  - д) всем перечисленным размерам
031. Различные разновидности конструкции кламмеров Адамса созданы
- а) с целью улучшения их фиксации
  - б) для фиксации кламмера не только на опорном, но и на соседних зубах
  - в) для использования кламмера как активно действующего элемента для перемещения соседних зубов и их групп
  - г) с целью использования кламмера для фиксации межчелюстной и внеротовой тяги
  - д) для многофункционального использования
032. Основным принципом изгибания проволоки для изготовления кламмеров является
- а) изгибание проволоки пальцами
  - б) изгибание проволоки крампонными щипцами
  - в) расположение прямой поверхности крампонных щипцов к месту изгиба
  - г) расположение округлой поверхности крампонных щипцов к месту изгиба
  - д) изгибание кламмеров на всех этапах проводится после отметки места изгиба карандашом

033. Для изгибания фиксирующих отростков кламмера Адамса необходимо определить их высоту по расстоянию
- от межбугровой фиссуры до десневого края по середине вестибулярной поверхности зуба
  - от режущего мезиального бугра бокового зуба до десневого края
  - от режущего дистального бугра бокового зуба до десневого края
  - от экватора зуба до десневого края по середине его вестибулярной поверхности
  - от точек, маркированных на экваторе, в месте перехода вестибулярной поверхности в апроксимальную, до контактного пункта
034. После изгибания плеча и фиксирующих отростков для дальнейшего изготовления остальных деталей кламмера необходимо прикладывать его к зубу так, чтобы плечо
- прилегало к вестибулярной поверхности зуба
  - отходило от вестибулярной поверхности зуба на 4-5 мм
  - отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся на шейке зуба около его десневого края и располагаются под углом  $45^\circ$  к вестибулярной поверхности зуба
  - отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся между экватором и шейкой зуба
  - отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся на экваторе зуба
035. После правильного прикладывания детали к коронке зуба точки для изгибания рабочего угла следует отмечать карандашом
- на уровне шейки
  - посередине между экватором и шейкой зуба
  - на уровне экватора
  - между экватором и окклюзионной поверхностью зуба
  - в месте контакта опорного зуба с соседними
036. При припасовывании тела кламмера Адамса к мезиальной и дистальной контактными поверхностям опорного зуба
- можно изгибать тело кламмера в вертикальной плоскости
  - можно изгибать тело кламмера в трансверсальной плоскости
  - можно изгибать тело кламмера по контактной поверхности опорного зуба
  - можно изгибать тело кламмера по контактной поверхности среднего зуба с опорным
  - тела кламмера должны быть параллельны друг другу

037. Для возможности использования внеротовой тяги в сочетании со съёмным 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
038. Кламмеры Адамса не препятствуют зубоальвеолярному удлинению опорных зубов вследствие
- а) конструктивных особенностей их изготовления
  - б) точечного прилегания плеча к коронке опорного зуба
  - в) невозможности достаточно плотного прилегания кламмера к коронке опорного зуба
  - г) наличия расстояния между плечом и вестибулярной поверхностью зуба
  - д) перемещения аппарата в вертикальном направлении вместе с зубами и альвеолярным отростком
039. В процессе лечения пациентов съёмными аппаратами с фиксирующими кламмерами Адамса физиологическое мезиальное перемещение
- а) происходит
  - б) не происходит
  - в) не может происходить, так как боковые зубы фиксированы кламмерами Адамса
  - г) происходит, так как кламмеры могут быть изготовлены недостаточно точно
  - д) происходит, так как аппараты постоянно перемещаются вместе с зубными рядами
040. Лингвальные или небные дуги изготавливаются из проволоки диаметром
- а) 0.6 мм
  - б) 0.8 мм
  - в) 1.0 мм
  - г) 1.2 мм
  - д) 1.5 мм
041. Граница лингвальной дуги в области боковых зубов проходит
- а) на жевательной поверхности
  - б) у жевательной поверхности
  - в) в области экватора
  - г) в пришеечной части
  - д) в подъязычной области или вдоль ската неба

042. Граница лингвальной дуги в области передних зубов проходит
- а) у режущего края
  - б) на небных буграх
  - в) в пришеечной части
  - г) в области экватора
  - д) место прохождения границы не имеет значения
043. Назубные дуги изготавливают из проволоки диаметром
- а) до 0.6 мм
  - б) до 0.8 мм
  - в) до 1.0 мм
  - г) до 1.2 мм
  - д) любого размера
044. Граница назубной дуги проходит
- а) ближе к режущему краю зуба
  - б) в области экватора коронки зуба
  - в) в пришеечной части
  - г) по вершинам межзубных сосочков
  - д) место прохождения границы не имеет значения
045. Кламмер состоит
- а) из плеча, рабочего угла, отростка для фиксации в базисе аппарата
  - б) из плеча, тела, рабочего угла, отростка для фиксации в базисе аппарата
  - в) из плеча, отростка для фиксации в базисе аппарата
  - г) из плеча, тела
  - д) из тела, отростка для фиксации в базисе аппарата
046. Для наилучшей фиксации аппарата элементы кламмера на зубе следует располагать
- а) ближе с окклюзионной поверхности зуба
  - б) на середине между окклюзионной и десневой поверхностями зуба
  - в) в десневой части коронки зуба, сразу же за экватором
  - г) ближе к десневой части коронки зуба
  - д) место расположения не имеет значения
047. Для наилучшей фиксации аппарата кламмеры следует располагать
- а) на одной стороне зубного ряда
  - б) на обеих сторонах зубного ряда
  - в) симметрично
  - г) асимметрично
  - д) по диагонали

048. Рамочный кламмер показано применять
- а) в период временного прикуса
  - б) в период сменного прикуса
  - в) в период постоянного прикуса
  - г) в любой из перечисленных периодов
  - д) при множественной адентии
049. Заводским путем изготавливают кламмеры
- а) стреловидные Шварца, Адамса, пуговчатый крупный
  - б) крючкообразный, стреловидный Шварца, рамочный Джексона
  - в) пуговчатый, крючкообразный, копьеобразный
  - г) никакие из перечисленных
  - д) все перечисленные
050. Группу кламмеров с линейным прилеганием плеча к коронке зуба составляют кламмеры
- а) крючкообразный, пуговчатый
  - б) стреловидный Шварца
  - в) круглый, перекидной Джексона, рамочный
  - г) Адамса
  - д) копьевидный, ленточный
051. Для фиксации съемных ортодонтических аппаратов наиболее универсальны и эффективны кламмеры
- а) с плоскостным прилеганием плеча к коронке зуба
  - б) с линейным прилеганием плеча к коронке зуба
  - в) с точечным прилеганием плеча к коронке зуба
  - г) с сочетанным прилеганием
  - д) с любым прилеганием
052. С целью фиксации съемного ортодонтического аппарата кламмеры Адамса можно изгибать
- а) на моляры
  - б) на резцы
  - в) на клыки
  - г) на любые зубы
  - д) на премоляры
053. Фиксирующие выступы кламмера Адамса должны располагаться
- а) в области экватора зуба
  - б) между экватором и пришеечной частью зуба
  - в) в пришеечной части зуба
  - г) у шейки зуба на месте перехода вестибулярной поверхности в проксимальную
  - д) место расположения не имеет значения



054. При необходимости использования кламмера Адамса для перемещения отдельных зубов следует применять
- а) кламмер с одним фиксирующим отростком, с крючком для резиновой тяги, с навитым плечом по Вольскому
  - б) кламмер с завитком в области плеча, с двумя фиксирующими отростками, многозвеньевой кламмер Адамса
  - в) кламмеры с крючками для резиновой тяги, с завитком в области плеча, с петлями, изогнутыми на отростках, фиксирующих кламмер в базисе аппарата по типу петель вестибулярной дуги
  - г) кламмер с двумя фиксирующими отростками
  - д) все виды кламмеров Адамса
055. Для протрагирующих пружин, перемещающих зуб без поворота по оси, оптимальным является
- а) 1 изгиб
  - б) 2 изгиба
  - в) 3 изгиба
  - г) 4 изгиба
  - д) количество изгибов не имеет значения
056. Рукообразная пружина располагается
- а) в плоскости перемещаемого зуба
  - б) впереди плоскости перемещаемого зуба
  - в) позади плоскости перемещаемого зуба
  - г) место расположения не имеет значения
  - д) перпендикулярно перемещаемому зубу
057. Пружина Коффина изгибается из проволоки диаметром
- а) 0.6 мм
  - б) 0.8 мм
  - в) 1.0 мм
  - г) 1.2 мм
  - д) 1.5 мм
058. Протрагирующие и рукообразные пружины изгибаются из проволоки диаметром
- а) 0.6 мм
  - б) 0.8 мм
  - в) 1.0 мм
  - г) 1.2 мм
  - д) 1.5 мм

059. Нижняя граница вертикальных упоров для языка проходит
- а) на уровне режущих краев резцов верхней челюсти
  - б) на уровне режущих краев резцов нижней челюсти
  - в) отступая на 1/3 от режущего края резцов нижней челюсти
  - г) на уровне середины коронки резцов нижней челюсти
  - д) ниже уровня десневого края резцов нижней челюсти
060. Нижняя граница горизонтальных упоров для языка проходит
- а) на уровне режущих краев резцов нижней челюсти
  - б) отступая на 1/3 от режущего края резцов нижней челюсти
  - в) на уровне середины коронки резцов нижней челюсти
  - г) на уровне десневого края резцов нижней челюсти
  - д) ниже уровня десневого края резцов нижней челюсти
061. При дистальном перемещении боковых зубов винт располагается
- а) перпендикулярно к перемещенным зубам
  - б) в куполе неба
  - в) параллельно перемещаемым зубам на скате альвеолярного отростка
  - г) с противоположной стороны
  - д) место расположения не имеет значения
062. Назубная часть вестибулярной дуги доходит
- а) до дистальной поверхности клыков
  - б) до дистальной поверхности первых премоляров
  - в) до латеральной поверхности боковых резцов
  - г) до латеральной поверхности центральных резцов
  - д) граница не имеет значения
063. Изгибы вестибулярной дуги должны иметь
- а) П-образную форму
  - б) U-образную форму
  - в) У-образную форму
  - г) полукруглую форму
  - д) любую форму
064. Высота полукруглых изгибов должна быть
- а) 0.5 мм
  - б) 1 мм
  - в) 3 мм
  - г) 5 мм
  - д) 7 мм

065. Ширина полукруглых изгибов равняется
- а) 3 мм
  - б) 5 мм
  - в) 7 мм
  - г) мезиодистальному размеру клыка
  - д) величине, большей мезиодистального размера клыка
066. Отросток для межжелюстной тяги равен
- а) 2 мм
  - б) 4 мм
  - в) 6 мм
  - г) 8 мм
  - д) 10 мм
067. Крючковидный отросток фасонной вестибулярной дуги для дистального перемещения клыка должен охватывать
- а) вестибулярную поверхность зуба
  - б) мезиальную поверхность зуба
  - в) небную поверхность зуба
  - г) вестибулярную, мезиальную и частично небную поверхность зуба
  - д) не имеет значения
068. Отросток для межжелюстной тяги изгибается
- а) на назубной части
  - б) на мезиальном колене изгиба
  - в) на дистальном колене изгиба
  - г) на вершине изгиба
  - д) место изгиба не имеет значения
069. Показанием к применению М-образного изгиба вестибулярной дуги является
- а) дистальное перемещение зубов
  - б) мезиальное перемещение зубов
  - в) ретрузия зубов
  - г) вертикальное вытяжение зубов
  - д) фиксация аппарата
070. Одиночный винт для вестибулярного отклонения резца располагается
- а) перпендикулярно к перемещаемому зубу
  - б) на скате альвеолярного отростка
  - в) в куполе неба
  - г) в области моляров
  - д) параллельно перемещаемым зубам

071. Угол наклонной плоскости у аппарата Брюкля составляет
- а) 15°
  - б) 30°
  - в) 45°
  - г) 60°
  - д) величина угла не имеет значения
072. Показания к применению аппарата Брюкля имеются
- а) при открытом прикусе
  - б) при прямом прикусе
  - в) при перекрытии верхними резцами на 1/3 нижних
  - г) при глубоком резцовом перекрытии
  - д) не имеет значения
073. Для вестибулярного перемещения верхних резцов при дистальном блокирующем прикусе винт располагается
- а) в куполе неба
  - б) на скате альвеолярного отростка неба
  - в) в переднем участке пластинки
  - г) место расположения не имеет значения
  - д) винт не применяется
074. Для дистального перемещения боковых зубов винт располагается
- а) в куполе неба
  - б) перпендикулярно перемещаемым зубам на альвеолярном отростке
  - в) параллельно перемещаемым зубам на альвеолярном отростке
  - г) место расположения не имеет значения
  - д) винт не применяется
075. Аппараты, предназначенные для раскрытия срединного небного шва, относятся
- а) к механически действующим аппаратам
  - б) к функционально-действующим аппаратам
  - в) к функционально-направляющим аппаратам
  - г) к аппаратам сочетанного действия
  - д) к ретенционным аппаратам
076. Для вестибулярного перемещения верхних резцов при мезиальном прикусе винт располагается
- а) в куполе неба
  - б) на скате альвеолярного отростка неба
  - в) в переднем участке пластинки
  - г) место расположения не имеет значения
  - д) винт не применяется

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

*Раздел 6*  
**ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ПРОФИЛАКТИКА  
ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ**

001. Методом устранения вредной привычки сосания пальца днем является
- а) фиксация руки в локтевом лучезапястном суставе
  - б) применение вестибулярной пластинки
  - в) применение метода внушения, гипноза
  - г) одевание перчатки
  - д) применение вестибуло-оральной пластинки
002. Методом устранения вредной привычки сосания языка является
- а) пластика аномальной уздечки языка
  - б) применение вестибулярной пластинки
  - в) применение вестибуло-оральной пластинки
  - г) применение пластинки с наклонной плоскостью
  - д) санация носоглотки
003. Функцию смыкания губ можно нормализовать
- а) миотерапией для круговой мышцы рта после санации полости рта
  - б) пластикой низко прикрепленной уздечки верхней губы
  - в) устранением аномалии прикуса
  - г) пластикой укороченной уздечки нижней губы
  - д) тренировкой правильного глотания
004. Методом нормализации функции жевания является
- а) исправление аномалий прикуса
  - б) своевременная санация и протезирование полости рта
  - в) пластика укороченной уздечки языка
  - г) пластика укороченной уздечки нижней губы
  - д) миотерапия для тренировки жевательных мышц
005. Тактикой врача при ранней потере моляров на одной из челюстей при временном нейтральном прикусе является
- а) изготовление съемного протеза
  - б) рентгенообследование, массаж
  - в) удаление зубов на противоположной челюсти
  - г) наблюдение
  - д) закрытие дефекта за счет соседних зубов

006. Тактикой врача при ранней потере постоянных моляров (в возрасте 11 лет) является
- а) протезирование - изготовление съемного протеза
  - б) изготовление несъемного протеза
  - в) закрытие дефекта за счет 7 и 8 зубов
  - г) удаление зубов на противоположной челюсти
  - д) наблюдение
007. Ранним признаком формирующегося глубокого прикуса является
- а) углубление резцового перекрытия
  - б) увеличение степени фронтального перекрытия
  - в) зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти
  - г) зубоальвеолярное укорочение боковых участков челюстей
  - д) уменьшение высоты нижней части лица
008. При лечении детей, имеющих ранние признаки мезиального прикуса, следует
- а) стимулировать рост верхней челюсти
  - б) задержать рост нижней челюсти
  - в) устранить причину, способствующую усугублению патологии
  - г) обеспечить условия для физиологического развития челюстей
  - д) шлифовать бугры отдельных зубов
009. При лечении детей, имеющих ранние признаки дистального прикуса, обусловленного задним положением нижней челюсти, следует
- а) стимулировать рост нижней челюсти
  - б) назначить миотерапию для перемещения нижней челюсти вперед
  - в) назначить аппаратное лечение, направленное на перемещение нижней челюсти вперед
  - г) задержать рост верхней челюсти
  - д) устранить причины развития дистального прикуса
010. При лечении детей, имеющих ранние признаки глубокого прикуса в период формирования временного прикуса, следует
- а) назначить аппаратное лечение с учетом дезартикуляции прикуса
  - б) провести коррекцию артикуляции челюстей в вертикальном направлении
  - в) способствовать росту челюстных костей в боковых участках
  - г) устранить глубокое перекрытие во фронтальном участке челюстей
  - д) устранить вредные привычки, нормализовать функции

011. При лечении детей, имеющих ранние признаки открытого прикуса в периоде формирования временного прикуса, следует
- а) провести коррекцию артикуляции челюстей в вертикальном направлении
  - б) способствовать росту челюстных костей во фронтальном участке
  - в) назначить аппаратное лечение с целью дезартикуляции прикуса
  - г) задержать рост челюстных костей в боковых участках
  - д) устранить вредные привычки, нормализовать функции
012. Тактикой врача при ранней потере передних зубов у детей в возрасте 8-9 лет при нейтральном прикусе является
- а) изготовление съемного протеза
  - б) изготовление несъемного протеза
  - в) удаление отдельных зубов на противоположной челюсти
  - г) наблюдение
  - д) закрытие дефекта за счет перемещения соседних зубов
013. Тактикой врача при ретенции клыка и его закладки вне направления прорезывания в возрасте 16 лет является
- а) протезирование
  - б) массаж альвеолярного отростка
  - в) создание для него места в зубном ряду
  - г) обнажение коронки клыка или ее части хирургом
  - д) наблюдение
014. Для нормализации функции дыхания применяется
- а) миотерапия для круговой мышцы губ после санации носоглотки
  - б) пластика укороченной уздечки языка
  - в) исправление аномалии прикуса
  - г) применение активатора Андресена - Гойпля
  - д) исправление осанки
015. Показанием к применению в лечебных целях стандартных вестибулярных пластинок является
- а) нормализация функции глотания
  - б) устранение вредных привычек сосания пальцев, губ
  - в) устранение вредной привычки сосания языка
  - г) исправление глубокого прикуса
  - д) устранение протрузии верхних резцов и расширение верхнего зубного ряда



016. Прямым показанием к пластике уздечки языка в грудном возрасте служит
- а) затрудненное сосание
  - б) наличие короткой уздечки языка
  - в) короткая уздечка в сочетании с ретрогенией
  - г) неправильное соотношение челюстей
  - д) макроглоссия
017. Показанием к пластике уздечки языка является
- а) нарушение глотания
  - б) нарушение звукопроизношения
  - в) укороченная уздечка языка, ограничивающая его подвижность
  - г) вредная привычка прокладывать язык между зубами
  - д) ротовое дыхание
018. Показанием к пластике укороченной уздечки верхней губы является
- а) несмыкание губ
  - б) укороченная уздечка верхней губы
  - в) диастема более 8 мм
  - г) нарушение звукопроизношения
  - д) низкое прикрепление уздечки верхней губы  
с вплетением волокон в срединный небный шов

## Раздел 7

### АНОМАЛИИ И ДЕФОРМАЦИИ ЗУБОВ И ЗУБНЫХ РЯДОВ

001. Основной задачей ортодонтического лечения является
- устранение морфологических нарушений
  - устранение функциональных нарушений
  - устранение эстетических нарушений
  - создание морфологического, функционального и эстетического оптимума в зубочелюстной системе
  - уменьшение степени тяжести патологии
002. Немедленному удалению подлежит сверхкомплектный
- ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, имеющий несформированный корень
  - ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, но с наклоном его оси по отношению к корням соседних зубов до 30° с незавершенным формированием верхушки корня
  - зуб, находящийся в начальной стадии прорезывания
  - прорезавшийся зуб
  - любой зуб
003. Саморегуляцию диастемы до 5 мм между резцами верхней челюсти после удаления сверхкомплектного зуба между ними можно ожидать в возрасте
- до 6 лет
  - до 7 лет
  - до 8 лет
  - до 9 лет
  - до 11 лет
004. Диастему между 1 $\perp$ 1 и параллельное расположение их продольных осей наиболее часто обуславливает
- вредная привычка сосания пальца
  - вредная привычка сосания нижней губы
  - адентия 2 $\perp$ 2
  - ретенция сверхкомплектного зуба, локализующегося в области верхушек корней резцов
  - одонтома в области верхушек корней резцов

005. Диастему, латеральное отклонение осей центральных резцов наиболее часто обуславливает
- а) сосание большого пальца руки
  - б) сосание и прикусывание нижней губы
  - в) ранняя потеря постоянного бокового резца
  - г) сосание языка
  - д) укороченная уздечка языка
006. Диастему, мезиальный наклон осей центральных резцов, латеральный наклон вершук корней наиболее часто обуславливает
- а) адентия 2⊥2
  - б) ранняя потеря 2⊥2
  - в) небное положение 2⊥2
  - г) наличие одонтомы в области корней 1⊥1 или сверхкомплектного поперечно расположенного зуба
  - д) все перечисленное
007. Причиной, вызывающей поворот зубов по оси, является
- а) сужение зубного ряда
  - б) индивидуальная макродонтия
  - в) абсолютная макродонтия
  - г) ранняя потеря отдельных временных зубов и мезиальное смещение позади расположенных зубов
  - д) любая из перечисленных причин
008. Для мезиального наклона осей 1⊥1 и устранения диастемы применяют
- а) пластинку с рукообразными пружинами или пружинами с завитком
  - б) пластинку с пружинами двойной тяги
  - в) пластинку с двумя вестибулярными дугами
  - г) пластинку со скользящими элементами, навитыми на вестибулярную дугу и резиновой тягой
  - д) любой из перечисленных съемных ортодонтических аппаратов
009. Для корпусного мезиодистального перемещения отдельных зубов противопоказано
- а) Эджуайз-техника
  - б) кольца с вертикальными штангами
  - в) пластинка с рукообразными пружинами или пружинами с завитком
  - г) аппарат Энгля в сочетании с кольцами на перемещаемые зубы с трубками или штангами
  - д) кольца с канюлями, дугой и резиновой тягой

010. Облегчает поворот зуба по оси и обеспечивает достижение устойчивости достигнутых результатов
- а) компактостеотомия
  - б) электростимуляция
  - в) массаж
  - г) вакуумная терапия
  - д) вибро-вакуумная терапия
011. Основными причинами ретенции центральных резцов верхней челюсти являются
- а) сверхкомплектный зуб на пути прорезывания
  - б) резкое нарушение формы коронки и корня
  - в) раннее завершение формирования верхушки корня
  - г) травматическое повреждение
  - д) все перечисленные причины
012. Основной причиной открытого прикуса, развившегося за счет зубоальвеолярного укорочения в области передних зубов верхней и нижней челюстей, является
- а) сосание (двух-трех) пальцев руки с опорой на нижнюю челюсть
  - б) сосание языка
  - в) неправильная артикуляция языка при произношении звука "К"
  - г) неправильная артикуляция языка при произношении звука "Р"
  - д) неправильная артикуляция языка при произношении звуков "Ш", "С"
013. Причинами открытого прикуса, развившегося за счет зубоальвеолярного укорочения в области передних зубов только нижней челюсти, являются
- а) резкое укорочение уздечки языка
  - б) сосание большого пальца руки
  - в) сосание нижней губы
  - г) прикусывание ручки, карандаша
  - д) все перечисленные причины
014. Причиной, вызывающей открытый прикус, является
- а) вредная привычка сосания пальцев
  - б) резко выраженный рахит
  - в) заболевания в раннем детском возрасте, ослабляющие организм
  - г) укороченная уздечка языка или уздечка, прикрепленная близко к кончику языка
  - д) любая из перечисленных причин

015. К физиологическому можно отнести
- а) ортогнатический прикус
  - б) прямой прикус
  - в) опистогнатический прикус
  - г) физиологический дистальный или мезиальный прикус
  - д) все перечисленные виды прикуса
016. Физиологическим может быть
- а) дистальный прикус
  - б) мезиальный прикус
  - в) глубокое резцовое перекрытие
  - г) прямой прикус
  - д) любой из перечисленных видов прикуса
017. Расширения не только зубного ряда, но и его апикального базиса достигают с помощью
- а) аппарата Энгля
  - б) расширяющей пластинки с винтом
  - в) расширяющей пластинки с пружиной Коффина, Коллера
  - г) регулятора функций Френкеля
  - д) любого из перечисленных аппаратов
018. Регулятор функций Френкеля для раннего лечения наиболее показан в возрасте
- а) от 3 до 4 лет
  - б) от 4 до 5.5 лет
  - в) от 5.5 до 7 лет
  - г) от 9 до 10 лет
  - д) в любом из перечисленных возрастов
019. Регулятор функций Френкеля для позднего лечения для девочек наиболее показан в возрасте
- а) от 9 до 9.5 лет
  - б) от 9.5 до 10 лет
  - в) от 11 до 13 лет
  - г) от 13 до 15 лет
  - д) 15 лет и старше
020. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля I типа, способствующими оптимизации роста нижней челюсти, являются
- а) небный бюгель
  - б) проволочные элементы на клыки верхней челюсти
  - в) вестибулярная дуга в области верхних передних зубов
  - г) щечные пелоты
  - д) нижнегубные пелоты

021. Конструктивной деталью регулятора функций Френкеля I типа, способствующей торможению роста верхней челюсти, является
- а) небный бюгель
  - б) проволочные элементы на клыки верхней челюсти
  - в) вестибулярная дуга на передние зубы верхней челюсти
  - г) концы небного бюгеля в виде стопоров
  - д) все перечисленное
022. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля I типа, способствующими оптимизации роста нижней челюсти, являются
- а) нижнегубные пелоты
  - б) боковые щиты
  - в) лингвальная дуга
  - г) лингвальный пелот с пружинами в области переднего участка нижней челюсти
  - д) все перечисленные детали
023. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля II типа, отличающими его от регулятора функций Френкеля I типа, являются
- а) небный бюгель и его концы и виде стопора
  - б) небная дуга и проволочные элементы на клыки верхней челюсти
  - в) боковые щиты в области зубов и альвеолярного отростка верхней челюсти и нижней челюсти
  - г) нижнегубные пелоты и проволочные элементы, соединяющие их между собой и с боковыми щитами
  - д) все перечисленные детали
024. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля III типа, способствующими оптимизации роста верхней челюсти, являются
- а) небный бюгель, расположенный позади последних моляров верхней челюсти
  - б) верхнегубные пелоты
  - в) гладкая поверхность окклюзионных накладок на боковые зубы верхней челюсти
  - г) боковые щиты, не прилегающие к зубам и альвеолярному отростку верхней челюсти
  - д) все перечисленные детали
025. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля III типа, способствующими торможению роста нижней челюсти, являются
- а) вестибулярная дуга в переднем участке нижнего зубного ряда
  - б) боковые щиты, прилегающие к вестибулярной поверхности зубов и альвеолярного отростка нижней челюсти
  - в) окклюзионные накладки на боковые зубы нижней челюсти
  - г) металлические скобы на последние моляры нижней челюсти
  - д) все перечисленные детали

026. При техническом выполнении регулятора функций Френкеля III типа устранение мезиального прикуса затрудняет
- а) наличие окклюзионных накладок на жевательную поверхность боковых зубов верхней челюсти
  - б) расположение верхнегубных пелотов на расстоянии 0.5 мм от поверхности альвеолярного отростка
  - в) расположение верхнегубных пелотов на расстоянии 1 мм от поверхности альвеолярного отростка
  - г) соприкосновение концов небной протрузионной дуги с зубами верхней челюсти
  - д) все перечисленное
027. Верхнегубные пелоты регулятора функций Френкеля III типа должны отстоять от альвеолярного отростка
- а) на 0.5 мм
  - б) на 1 мм
  - в) на 1.5 мм
  - г) на 2 мм
  - д) на 3-3.5 мм
028. Нижнегубные пелоты регулятора функций Френкеля I типа должны отстоять от альвеолярного отростка
- а) на 0.5 мм
  - б) на 1 мм
  - в) на 1.5 мм
  - г) на 2 мм
  - д) на 2.5 мм
029. Нижнегубные пелоты регулятора функций Френкеля II типа должны отстоять от альвеолярного отростка
- а) на 0.5 мм
  - б) на 1 мм
  - в) на 1.5 мм
  - г) на 2 мм
  - д) на 2.5 мм
030. Боковые щиты регулятора функций Френкеля I типа должны отстоять от альвеолярного отростка
- а) на 0.5 мм
  - б) на 1 мм
  - в) на 1.5 мм
  - г) на 2 мм
  - д) на 2.5 мм

031. Удаление IV┐IV вместе с зачатками IV┐IV на верхней челюсти (при дистальном соотношении  $\frac{6!6}{6!6}$  и  $\frac{3!3}{3!3}$  в прикусе) показано
- при тесном положении резцов верхней челюсти, их значительной протрузии без трем, недостатке места для 2-х в зубной дуге на половину ширины коронки и более
  - при адентии зачатков отдельных постоянных зубов на нижней челюсти
  - при значительном мезиальном смещении боковых зубов верхней челюсти
  - при всех перечисленных нарушениях
  - удаление не показано
032. Удаление временных моляров вместе с зачатками первых премоляров на обеих челюстях показано при следующих нарушениях нейтрального прикуса
- при сумме мезиодистальных размеров 4 резцов верхней челюсти, равной более 33 мм
  - при индексе фасциальном морфологическом более 104
  - при недостатке места для боковых резцов в зубной дуге более половины ширины их коронки
  - при глубоком прикусе и тесном положении передних зубов у ребенка и сходных нарушениях прикуса у одного или обоих родителей
  - при всех нарушениях
033. Удаление временных первых моляров вместе с зачатками первых премоляров на нижней челюсти (при мезиальном соотношении первых постоянных моляров и клыков в прикусе) показано
- при тесном положении передних зубов на нижней челюсти и недостатке места для 2 из них на половину ширины коронки и более
  - при правильных осевых наклонах резцов нижней челюсти по отношению к плоскости ее основания или ретрузии в пределах до 7°
  - при адентии зачатков отдельных постоянных зубов на верхней челюсти
  - при значительном мезиальном смещении боковых зубов нижней челюсти в сторону рано потерянных временных зубов
  - при всех перечисленных нарушениях
034. Метод Хотца показан к применению
- при плохом гигиеническом состоянии полости рта
  - при отсутствии хороших зуботехнических условий
  - при макродентии
  - при наличии сверхкомплектных зубов
  - при наличии ретинированных зубов



035. Лечение по методу Хотца следует начинать в возрасте
- а) 6-7 лет
  - б) 8-9 лет
  - в) 10-11 лет
  - г) 12-13 лет
  - д) в любом возрасте
036. Поворот по оси резцов исправляют с помощью следующих одночелюстных съемных ортодонтических аппаратов
- а) пластинки с секторальным распилом
  - б) пластинки с накусочной плоскостью
  - в) пластинки с протрагирующими пружинами
  - г) пластинки с рукообразными пружинами
  - д) пластинки с вестибулярной дугой и протрагирующей пружиной
037. Под физиологической асимметрией подразумевается
- а) одностороннее сужение зубного ряда
  - б) одностороннее расширение зубного ряда
  - в) одновременное сужение зубного ряда с одной стороны и расширение дуги с другой
  - г) неравномерное сужение зубного ряда
  - д) все перечисленное
038. При выборе показаний к применению расширяющих аппаратов с винтом ведущим является
- а) недостаток места для имеющихся зубов
  - б) мезиальное смещение боковых зубов
  - в) уменьшение ширины зубного ряда
  - г) уменьшение переднего отрезка зубной дуги
  - д) все перечисленное
039. Наиболее частой причиной сужения зубного ряда верхней челюсти является
- а) привычка сосать палец
  - б) привычка прикусывать верхнюю губу
  - в) неправильное глотание
  - г) ротовое дыхание
  - д) все перечисленное
040. Ведущим признаком сужения зубных рядов является
- а) уменьшение ширины зубного ряда
  - б) уплощение фронтального участка
  - в) тесное положение зубов
  - г) увеличение фронтального участка
  - д) все перечисленное

*Раздел 8*  
**АНОМАЛИИ ПРИКУСА**

001. При глубоком прикусе заболевания тканей пародонта развиваются в результате
- а) изменения расположения зубов
  - б) увеличения жевательной нагрузки при потере отдельных боковых зубов
  - в) функциональной перегрузки неправильно расположенных зубов и окклюзионной травмы их пародонта, а также увеличения жевательной нагрузки на оставшиеся зубы при разрушении жевательной поверхности зубов и ранней потере отдельных, особенно боковых, зубов
  - г) всего перечисленного
  - д) множественной потери зубов
002. При глубоком прикусе воспаление тканей краевого пародонта чаще наблюдается в области
- а) 76┐67 зубов
  - б) 21┐12 зубов
  - в) 21<sup>А</sup>12 зубов
  - г) всех зубов верхней и нижней челюсти
  - д) воспаление не наблюдается
003. Формированию глубокого прикуса способствуют
- а) нарушение функции дыхания
  - б) нарушение функции глотания
  - в) нарушение функции смыкания губ
  - г) парафункции жевательных и мимических мышц
  - д) все перечисленные функциональные нарушения
004. Семейные особенности развития в формировании глубокого прикуса
- а) имеют значение
  - б) не имеют значения
  - в) имеют ограниченное значение
  - г) имеют значение при наличии аналогичной патологии у родителей
  - д) имеют значение при наличии у родителей
005. Диагностику зубоальвеолярных и гнатических форм глубокого прикуса проводят на основании
- а) клинического обследования пациентов
  - б) клинического обследования пациентов, их ближайших родственников и данных рентгенологического обследования
  - в) изучения боковых ТРГ головы
  - г) изучения диагностических моделей челюстей
  - д) изучения фотографии лица

006. При нейтральном и дистальном соотношении зубных рядов на развитие глубокого прикуса влияют
- а) абсолютная макроденция
  - б) нормальные размеры верхних и нижних резцов при нормальной ширине лица
  - в) нормальные размеры верхних и нижних резцов у пациентов с узким лицом
  - г) микроденция верхних и особенно нижних резцов с тремами между ними
  - д) все перечисленные нарушения размеров зубов
007. На формирование глубокого прикуса влияет
- а) несоответствие размеров сегментов в пределах одного зубного ряда
  - б) несоответствие размеров передних сегментов верхнего и нижнего зубных рядов
  - в) несоответствие размеров боковых сегментов зубных рядов
  - г) несоответствие передних и боковых сегментов зубных рядов
  - д) ничего из перечисленного
008. На формирование глубокого прикуса при нейтральном соотношении зубных рядов
- а) уменьшение количества зубов не влияет
  - б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюсти
  - в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти
  - г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти
  - д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти
009. На формирование глубокого прикуса при дистальном соотношении зубных рядов
- а) уменьшение количества зубов не влияет
  - б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюстях
  - в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти
  - г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти
  - д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти
010. На формирование глубокого прикуса при мезиальном соотношении зубных рядов
- а) уменьшение количества зубов не влияет
  - б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюстях
  - в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти
  - г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти
  - д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти

011. На формирование глубокого прикуса
- смещение нижней челюсти влияет
  - смещение нижней челюсти не влияет
  - смещение нижней челюсти влияет частично
  - влияет смещение нижней челюсти вперед
  - влияет смещение нижней челюсти в сторону
012. Выраженность денальных бугров верхних резцов
- влияет на увеличение глубины резцового перекрытия
  - не влияет на увеличение глубины резцового перекрытия
  - влияет частично на увеличение глубины резцового перекрытия
  - является одной из основных причин формирования патологии
  - имеет очень существенное значение
013. Укороченная уздечка
- способствует удлинению переднего участка верхней зубной дуги
  - приводит к сужению верхней зубной дуги
  - обуславливает низкое расположение языка и распластывание его между зубными рядами
  - способствует лингвальному наклону 21<sup>A</sup>12 и недоразвитию апикального базиса нижней челюсти
  - не влияет на формирование глубокого прикуса
014. На формирование глубокого прикуса влияют следующие нарушения в расположении передних зубов в вестибулярно-оральном направлении
- протрузия верхних резцов
  - протрузия нижних резцов
  - ретрузия верхних резцов
  - ретрузия верхних и нижних резцов
  - протрузия и ретрузия верхних резцов и ретрузия нижних
015. При мезиальном перемещении боковых зубов на место разрушенных и удаленных углублению резцового перекрытия способствует
- укорочение обоих зубных рядов
  - укорочение одного зубного ряда
  - стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на обеих челюстях
  - стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на одной из челюстей
  - ранняя потеря зубов
016. При глубоком прикусе трансверсальные размеры зубных дуг изменяются следующим образом
- равномерное сужение зубных дуг между 4<sub>1</sub>4 и 6<sub>1</sub>6
  - большее сужение верхней зубной дуги в области 4<sub>1</sub>4 и 6<sub>1</sub>6
  - большее сужение нижней зубной дуги в области 4<sub>1</sub>4 и 6<sub>1</sub>6
  - большее сужение нижней зубной дуги в области 4<sub>1</sub>4 и 3<sub>1</sub>3
  - сужение в области 3<sub>1</sub>3

017. На формирование глубокого прикуса соотношение ширины зубных дуг между клыками на верхней и нижней челюстях влияет следующим образом
- а) не влияет
  - б) уменьшение ширины между клыками на обеих челюстях
  - в) увеличение ширины верхней зубной дуги между клыками при ее нормальной ширине между нижними клыками
  - г) нормальная ширина верхней зубной дуги между клыками и уменьшение этого размера на нижней челюсти
  - д) увеличение ширины между клыками на обеих челюстях
018. Сагиттальные размеры зубных дуг в зависимости от вестибуло-орального расположения  $1 \perp 1$  больше всего изменяются при следующих нарушениях
- а) не изменяются
  - б) укорочение зубных рядов при нормальном расположении  $1 \perp 1$
  - в) укорочение зубных рядов при ретрузии  $1 \perp 1$
  - г) нормальные сагиттальные размеры зубных рядов при протрузии  $1 \perp 1$
  - д) удлинение зубных рядов при протрузии  $1 \perp 1$
019. Для определения особенностей строения лицевого скелета при глубоком прикусе следует изучать параметры, характеризующие
- а) расположение зубов
  - б) расположение челюстей
  - в) расположение апикальных базисов
  - г) вертикальные размеры лицевого скелета
  - д) все перечисленное
020. Для глубокого прикуса типичен тип роста лицевого скелета
- а) нейтральный
  - б) горизонтальный
  - в) вертикальный
  - г) любой из перечисленных
  - д) чрезмерный горизонтальный
021. Нарушение строения лицевого скелета у пациентов с глубоким прикусом и нейтральным типом роста наблюдается
- а) в области зубных рядов
  - б) в области апикальных базисов
  - в) в гнатической области
  - г) в краниальной области
  - д) в целом

022. Прогноз лечения больных с глубоким прикусом и вертикальным типом роста лицевого скелета
- а) благоприятный
  - б) неблагоприятный
  - в) благоприятный для уменьшения глубины резцового перекрытия
  - г) благоприятный для вертикального роста альвеолярных отростков челюстей
  - д) не имеет значения
023. Прогноз лечения больных с глубоким прикусом и горизонтальным типом роста лицевого скелета
- а) благоприятный
  - б) неблагоприятный
  - в) не совсем благоприятный, так как вращение нижней челюсти вперед и вверх способствует углублению резцового перекрытия
  - г) благоприятный, если лечение проводится в периоды физиологического повышения прикуса
  - д) не имеет значения
024. При выборе плана лечения больных с глубоким прикусом учитывают
- а) возраст
  - б) период формирования прикуса
  - в) вид смыкания боковых зубов (нейтральное, дистальное, мезиальное)
  - г) типичные нарушения размеров зубных дуг, степень их выраженности и особенности строения лицевого скелета
  - д) все перечисленные факторы
025. Общие принципы лечения глубокого нейтрального и дистального прикуса заключаются
- а) в исправлении формы зубных дуг
  - б) в нормализации соотношения размеров верхней и нижней зубных дуг в трансверсальном и сагиттальном направлениях
  - в) в зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов и зубоальвеолярном укорочении в области нижних передних зубов
  - г) в оптимизации роста нижней челюсти и торможении роста верхней
  - д) в исправлении положения зубов и формы зубных дуг, зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов, оптимизации роста нижней челюсти
026. Быстро и эффективно вылечить глубокий прикус можно
- а) в периоде временного прикуса от 2.5 до 5 лет
  - б) в начальном периоде смешанного прикуса от 6 до 9 лет
  - в) в периоде постоянного прикуса
  - г) во всех периодах физиологического прикуса
  - д) в конечном периоде сменного прикуса от 9 до 11 лет

027. Профилактическими мероприятиями, которые следует проводить у пациентов с глубоким прикусом, являются
- а) восстановление коронок разрушенных зубов и замещение дефектов зубных рядов протезами
  - б) санация носоглотки
  - в) устранение функциональных нарушений
  - г) мероприятия, направленные на улучшение состояния тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта
  - д) все перечисленные мероприятия
028. Для достижения устойчивых результатов лечения в первую очередь необходимо
- а) устранить функциональные и морфологические нарушения и выдержать ретенционный период до завершения активного роста челюстей
  - б) лечение ортодонтическими аппаратами
  - в) удаление по показаниям отдельных временных или постоянных зубов
  - г) диспансерное наблюдение с целью выбора наиболее оптимальных сроков лечения
  - д) создание множественных контактов между зубными рядами
029. Применение ортодонтических аппаратов после удаления отдельных зубов проводится
- а) в период временного прикуса
  - б) в начальном периоде смешанного прикуса
  - в) в конечном периоде смешанного прикуса
  - г) в начальном периоде постоянного прикуса
  - д) в различных периодах формирования прикуса
030. Показания к удалению отдельных зубов определяют на основании
- а) клинического обследования
  - б) изучения диагностических моделей челюстей
  - в) определения степени выраженности морфологических и функциональных нарушений
  - г) рентгенологических методов исследования - ОПТГ челюстей и боковых ТРГ головы
  - д) всех перечисленных методов исследования
031. Удаление отдельных зубов необходимо
- а) при I степени трудности лечения
  - б) при II степени трудности лечения
  - в) при III степени трудности лечения
  - г) при IV степени трудности лечения
  - д) вне зависимости от степени трудности лечения с учетом индивидуальных особенностей морфологического строения зубочелюстной системы

032. В процессе лечения пациентов с глубоким прикусом можно удалить
- а) 1 зуб
  - б) 2 зуба
  - в) 3 зуба
  - г) 4 зуба
  - д) от 1 до 4 зубов с учетом морфологических нарушений и их выраженности
033. Показания к удалению отдельных зубов расширяют
- а) при III и IV степенях трудности лечения
  - б) при макродентии
  - в) при адентии и стойкой ретенции отдельных зубов
  - г) в старшем возрасте при резком недоразвитии нижней челюсти и чрезмерном развитии верхней
  - д) при всех перечисленных нарушениях
034. В процессе лечения нейтрального глубокого прикуса отдельные зубы удаляют
- а) на верхней челюсти
  - б) на нижней челюсти
  - в) на верхней и нижней челюстях
  - г) большее количество зубов на верхней челюсти и меньшее - на нижней
  - д) зубы не удаляют
035. В процессе лечения дистального глубокого прикуса отдельные зубы удаляют
- а) на верхней челюсти
  - б) на нижней челюсти
  - в) на верхней и нижней челюстях
  - г) преимущественно только на верхней челюсти
  - д) зубы не удаляют
036. При решении вопроса о необходимости удаления отдельных зубов при планировании метода лечения у пациентов с глубоким прикусом и незначительными морфологическими и функциональными нарушениями (I и II степени их выраженности) следует учитывать
- а) сужение зубных рядов
  - б) удлинение или укорочение зубных рядов
  - в) наличие тесного расположения передних зубов
  - г) наличие или отсутствие зачатков третьих моляров
  - д) все перечисленные нарушения



037. При лечении глубокого прикуса удаляют
- а) симметрично расположенные зубы
  - б) асимметрично расположенные зубы
  - в) одноименные зубы
  - г) разноименные зубы
  - д) различные зубы с учетом конкретных особенностей морфологического строения зубных рядов и их соотношения
038. Метод Хотца является наилучшим сочетанным методом лечения
- а) в периоде временного прикуса
  - б) в начальном периоде смешанного прикуса
  - в) в конечном периоде смешанного прикуса
  - г) в периоде постоянного прикуса
  - д) во всех периодах формирования прикуса
039. Для лечения глубокого прикуса пациентов в период временного и начальном периоде смешанного прикусов наиболее эффективными аппаратами являются
- а) несъемные
  - б) съемные одночелюстные
  - в) механически-действующие
  - г) функционально-действующие
  - д) съемные аппараты различных конструкций с накусочной площадкой
040. Для лечения глубокого прикуса у пациентов в конечном периоде смешанного прикуса наиболее эффективными ортодонтическими аппаратами являются
- а) съемные одночелюстные
  - б) несъемные
  - в) съемные ортодонтические аппараты (механически и функционально-действующие) в сочетании с несъемными
  - г) съемные ортодонтические аппараты различных конструкций, включающие накусочную площадку, в сочетании с несъемными
  - д) все перечисленные ортодонтические аппараты
041. У пациентов с горизонтальным типом роста лицевого скелета особенностями лечения глубокого прикуса является
- а) исправление расположения отдельных зубов и форм зубных рядов
  - б) расширение, укорочение или удлинение зубных дуг
  - в) мезиальное перемещение боковых зубов
  - г) зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов и ограничение прорезывания нижних передних зубов
  - д) дистальное перемещение боковых зубов

042. У пациентов с вертикальным типом роста лицевого скелета особенностями лечения глубокого прикуса является
- а) зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов и ограничение прорезывания нижних передних зубов
  - б) расширение, укорочение или удлинение зубных дуг
  - в) дистальное перемещение боковых зубов
  - г) зубоальвеолярное удлинение в области верхних боковых зубов и зубоальвеолярное укорочение в области верхних передних зубов
  - д) мезиальное перемещение боковых зубов с одновременной интрузией резцов
043. Большое количество рецидивов после окончания лечения глубокого прикуса обусловлено
- а) горизонтальным типом роста лицевого скелета
  - б) нарушением режуще-бугровых контактов в переднем участке зубных дуг вследствие изменения вестибуло-орального расположения резцов
  - в) укорочением зубных дуг в результате физиологического мезиального перемещения боковых зубов
  - г) сужением зубных дуг, особенно нижней в области резцов, клыков и премоляров
  - д) всеми перечисленными нарушениями
044. Рецидиву глубокого прикуса способствует
- а) неправильный метод лечения
  - б) неустраненные функциональные нарушения
  - в) кариозное разрушение и удаление зубов
  - г) недостаточное развитие нижней челюсти в процессе лечения
  - д) все перечисленное
045. Глубокий прикус относится
- а) к сагитальным аномалиям
  - б) к трансверсальным аномалиям
  - в) к вертикальным аномалиям
  - г) к сочетанным нарушениям
  - д) к физиологическому типу прикуса
046. Глубина резцового перекрытия считается нормальной
- а) на 1/3 нижнего резца
  - б) на 1/2 нижнего резца
  - в) на 2/3 нижнего резца
  - г) на величину коронки резца
  - д) при краевом смыкании
047. Воспаление слизистой оболочки десневого края и альвеолярного отростка при глубоком прикусе чаще наблюдается в области
- а) боковых зубов на верхней челюсти
  - б) боковых зубов на нижней челюсти

- в) передних зубов на верхней челюсти
  - г) передних зубов на нижней челюсти
  - д) воспаление не наблюдается
048. Физиологическим прикусом является прикус, при котором
- а) обеспечивается морфологический оптимум
  - б) обеспечивается эстетический оптимум
  - в) обеспечивается функциональный оптимум
  - г) обеспечивается, морфологический, функциональный и эстетический оптимум
  - д) имеет место привычное смыкание зубных рядов
049. К физиологическому прикусу можно отнести
- а) дистальный прикус
  - б) мезиальный прикус
  - в) глубокий прикус
  - г) прямой прикус
  - д) все перечисленные прикусы
050. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти при их прорезывании показаны съемные одночелюстные ортодонтические аппараты в виде пластинки
- а) для верхней челюсти с кламмерами и рукообразными пружинами, не закрытыми базисом аппарата
  - б) для верхней челюсти с кламмерами и восьмиобразными пружинами, расположенными под базисом аппарата
  - в) для нижней челюсти с кламмерами, вестибулярной дугой и наклонной плоскостью
  - г) с секторальным распилом, расположенным в куполе неба
  - д) с небной дугой
051. Для исправления небного положения верхних центральных резцов при обратном резцовом перекрытии на 1/3 высоты коронки показаны следующие ортодонтические аппараты
- а) аппарат Брюкля для нижней челюсти
  - б) пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы и протрагирующими небными пружинами
  - в) направляющие коронки Катца
  - г) пластинки для верхней челюсти с секторальным распилом
  - д) открытый активатор
052. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти, если их режущие края находятся на одном уровне с режущими краями резцов нижней челюсти, показаны следующие съемные одночелюстные ортодонтические аппараты
- а) пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом, расположенным в области свода неба, и секторальным распилом
  - б) пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом, расположенным на уровне небной поверхности перемещаемых зубов,

- и секторальным распилом
  - в) ортодонтические кольца, укрепленные на перемещаемые зубы с припаянными с их вестибулярной стороны скобами; пластинка для верхней челюсти с кламмерами, вестибулярными полудугами, заканчивающимися вертикально изогнутыми концами, располагаемыми в скобах
  - г) аппарат Брюкля для нижней челюсти
  - д) коронки Катца
053. Для исправления небного положения резцов верхней челюсти при глубоком резцовом перекрытии показано
- а) пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы, винтом и секторальным распилом
  - б) аппарат Брюкля для нижней челюсти
  - в) аппарат Энгля для верхней челюсти
  - г) направляющие коронки Катца
  - д) открытый активатор
054. Для исправления небного положения верхних резцов при наличии сагиттальной щели между резцами показано
- а) аппарат Брюкля
  - б) два аппарата Энгля с межчелюстной тягой
  - в) каппа на нижние передние зубы
  - г) направляющие коронки Катца
  - д) открытый активатор
055. Для исправления небного положения резцов верхней челюсти при протрузии резцов нижней челюсти предпочтение можно отдать
- а) направляющим коронкам Катца
  - б) двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой
  - в) аппарату Брюкля
  - г) пластинке для верхней челюсти с секторальным распилом
  - д) открытому активатору

056. Для устранения небного положения верхних передних зубов при обратном резцовом перекрытии наиболее универсальным является
- а) бионатор Бальтерса III типа
  - б) аппарат Башаровой
  - в) аппарат Брюкля
  - г) активатор Андресена - Гойпля
  - д) пластинка для верхней челюсти с секторальным распилом
057. При устранении небного положения верхних передних зубов и минимальном обратном резцовом перекрытии предпочтение следует отдать следующим несъемным аппаратам
- а) направляющим коронкам Катца
  - б) двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой
  - в) каппе Шварца
  - г) аппарату Гашимова
  - д) открытому активатору
058. Для оптимизации роста верхней челюсти при мезиальном прикусе наиболее показан
- а) бионатор Бальтерса III типа
  - б) активатор Вундерера
  - в) регулятор функций Френкеля (III типа)
  - г) активатор Андресена - Гойпля
  - д) аппарат Брюкля
059. Для лечения мезиального прикуса и расширения верхней челюсти наиболее показан (двучелюстной ортодонтический аппарат)
- а) открытый активатор Кламмта с верхнегубными пелотами
  - б) активатор Андресена с винтом
  - в) регулятор функций Френкеля III типа
  - г) активатор Андресена - Гойпля
  - д) аппарат Брюкля
060. Удлинить верхний зубной ряд в переднем участке и достигнуть устойчивых результатов возможно с помощью
- а) пластинки для верхней челюсти с кламмерами, винтом и секторальным распилом
  - б) пластинки для верхней челюсти с кламмерами, винтом, секторальным распилом и верхнегубными пелотами
  - в) регулятора функции Френкеля III типа
  - г) аппарата Брюкля для нижней челюсти
  - д) открытого активатора

061. При лечении мезиального прикуса наибольшее задерживание роста нижней челюсти обеспечивает
- а) бионатор Бальтерса III типа
  - б) регулятор функций Френкеля III типа
  - в) активатор Вундерера
  - г) аппарат Брюкля для нижней челюсти
  - д) аппарат Брюкля
062. При применении подбородочной пращи с целью задерживания роста нижней челюсти и уменьшения величины ее углов наиболее показано
- а) горизонтальное направление внеротовой резиновой тяги
  - б) косое (кзади и кверху) направление внеротовой резиновой тяги
  - в) горизонтальное и косое (кзади и кверху) направление внеротовой резиновой тяги
  - г) вертикальное направление внеротовой резиновой тяги
  - д) вертикальное, косое кзади направление внеротовой резиновой тяги
063. В первые сутки пользования аппаратом Брюкля, подбородочной пращой, шапочкой и внеротовой тягой пациент должен пользоваться аппаратом
- а) и приспособлениями днем, снимать шапочку во время приема пищи
  - б) и приспособлениями днем и ночью, шапочку во время приема пищи не снимать
  - в) и приспособлениями только ночью
  - г) днем и ночью, во время приема пищи снимать
  - д) только днем
064. Для лечения мезиального прикуса при наличии глубокого обратного резцового перекрытия, небного наклона резцов верхней челюсти и смещения нижней челюсти применение аппарата Брюкля не показано в возрасте
- а) 4 года - во временном прикусе
  - б) 6 лет - в раннем смешанном прикусе
  - в) 8 лет и старше - в позднем смешанном прикусе
  - г) 11 лет и старше - в постоянном прикусе
  - д) не имеет значения
065. Гравировку моделей челюстей при изготовлении пелотов для регулятора функции Френкеля III типа проводят
- а) в области переходной складки на верхней челюсти
  - б) в области переходной складки на нижней челюсти
  - в) в области переходной складки на верхней и нижней челюстях
  - г) не доходя до переходной складки
  - д) в любом месте

066. Переходную складку на модели при изготовлении ФР III необходимо углубить
- а) на 2-3 мм
  - б) на 4-5 мм
  - в) на 6-7 мм
  - г) на 7-10 мм
  - д) на 10-15 мм
067. Боковые щиты ФР III должны
- а) плотно прилегать к альвеолярному отростку верхней челюсти
  - б) плотно прилегать к альвеолярному отростку нижней челюсти
  - в) плотно прилегать к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюстей
  - г) отстоять от альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей
  - д) ничего из перечисленного
068. После лечения мезиального прикуса аппаратом ФР III необходим период ретенции
- а) 1 год
  - б) 0.5 года
  - в) 2-3 мес
  - г) период ретенции не требуется
  - д) 1 мес
069. При лечении мезиального прикуса на аппарате Энгля для верхней челюсти для межчелюстной тяги следует припаять крючки в области
- а) 3└3
  - б) 4└4
  - в) 5└5
  - г) 6└6
  - д) резцов
070. При лечении мезиального прикуса на аппарате Энгля для нижней челюсти для межчелюстной тяги следует припаять крючки в области
- а) 3└3
  - б) 4└4
  - в) 5└5
  - г) 6└6
  - д) резцов

071. Ортодонтическую шапочку с подбородочной прачей для лечения мезиального прикуса следует
- а) применять в любом возрасте
  - б) применять в периодах активного роста
  - в) применять в периоде активного лечения
  - г) не применять
  - д) применять в смешанном периоде
072. В начале лечения мезиального прикуса аппаратом Энгля межчелюстная резиновая тяга должна иметь
- а) горизонтальное направление
  - б) вертикальное направление
  - в) косое направление
  - г) сочетанное направление
  - д) направление не имеет значения
073. В заключительном периоде лечения мезиального прикуса аппаратом Энгля межчелюстная резиновая тяга должна иметь
- а) горизонтальное направление
  - б) вертикальное направление
  - в) косое направление
  - г) тяга не применяется
  - д) направление не имеет значения
074. Глубокий прикус относится к аномалиям
- а) трансверсальным
  - б) сагиттальным
  - в) вертикальным
  - г) сочетанным
  - д) не является аномалией прикуса
075. Предварительный диагноз глубокого прикуса устанавливается
- а) по аномалии расположения зубов в вестибуло-оральном направлении
  - б) по аномалии расположения зубов в сагиттальном направлении
  - в) по аномалии смыкания зубов в вертикальном направлении
  - г) по краевому смыканию передних зубов
  - д) по отсутствию смыкания
076. Нормальной считается глубина резцового перекрытия
- а) на 0-0.5 мм
  - б) на 1.0-2.0 мм
  - в) на 2.0-3.0 мм
  - г) на 4.0-5.0 мм
  - д) на 5.0 мм и более



077. Степеней глубины резцового перекрытия существует
- а) 2
  - б) 4
  - в) 3
  - г) 5
  - д) более 5
078. Суть классификации глубокого прикуса Б.Н.Бынина заключается
- а) в степени глубокого резцового перекрытия
  - б) в выборе терминологии для определения патологии
  - в) в динамике развития патологического процесса
  - г) в сочетании всех перечисленных проявлений
  - д) ни в одном из перечисленных проявлений
079. Глубокий прикус чаще встречается
- а) при всех аномалиях прикуса
  - б) при дистальном соотношении зубных рядов
  - в) при мезиальном соотношении зубных рядов
  - г) при нейтральном прикусе
  - д) при перекрестном прикусе
080. Наиболее целесообразным термином для характеристики патологии прикуса по вертикали является
- а) глубокий прикус
  - б) глубокое резцовое перекрытие
  - в) супраокклюзия нижних передних зубов
  - г) инфраокклюзия верхних передних зубов
  - д) травмирующий прикус
081. У пациентов с глубоким прикусом
- а) стоматологический статус остается без изменений
  - б) возрастает степень активности кариозного процесса
  - в) наблюдается сочетание активности кариеса и ухудшение гигиенического состояния полости рта
  - г) возрастает степень активности кариозного процесса, увеличивается число заболеваний краевого пародонта и ухудшается гигиеническое состояние полости рта
  - д) ухудшается гигиеническое состояние полости рта

*Раздел 9*

**ДЕФЕКТЫ ЗУБОВ, ЗУБНЫХ РЯДОВ И БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА**

001. Основным возрастным периодом роста челюстей до 6 месяцев является период
- а) до 1 мес
  - б) от 1 до 2 мес
  - в) от 2 до 3 мес
  - г) от 3 до 4 мес
  - д) от 4 до 6 мес
002. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей от 6 до 12 месяцев является период
- а) от 6 до 7 мес
  - б) от 7 до 8 мес
  - в) от 8 до 9 мес
  - г) от 9 до 10 мес
  - д) от 10 до 12 мес
003. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей от 12 месяцев до 3 лет является период
- а) от 1 года до 1.5 лет
  - б) от 1.5 до 2 лет
  - в) от 2 до 2.5 лет
  - г) от 2.5 до 3 лет
  - д) все перечисленные периоды
004. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей от 3 до 6 лет является период
- а) от 3 до 3.5 лет
  - б) от 3.5 до 4 лет
  - в) от 4 до 4.5 лет
  - г) от 4.5 до 5 лет
  - д) от 5 до 6 лет
005. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей от 6 до 10 лет является период
- а) от 6 до 9 лет
  - б) от 6 до 7 лет
  - в) от 8 до 9 лет
  - г) от 9 до 10 лет
  - д) все перечисленные периоды
006. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей у девочек от 9 до 13 лет является период
- а) от 9 до 9.5 лет
  - б) от 9.5 до 10 лет
  - в) от 10 до 10.5 лет

- г) от 10.5 до 13 лет
  - д) все перечисленные периоды
007. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей у мальчиков от 13 до 30 лет является период
- а) от 13 до 14 лет
  - б) от 14 до 15 лет
  - в) от 15 до 18 лет
  - г) от 18 до 30 лет
  - д) все перечисленные периоды
008. Вертикальный размер коронок первых постоянных моляров нижней челюсти в периоде от 6 до 30 лет изменяется
- а) от 6 до 9 лет
  - б) от 9 до 13 лет
  - в) от 13 до 15 лет
  - г) от 15 до 30 лет
  - д) во все возрастные периоды
009. Мезиодистальный размер коронок первых постоянных моляров нижней челюсти в периоде от 6 до 15 лет изменяется
- а) от 6 до 9 лет
  - б) от 9 до 13 лет
  - в) от 6 до 15 лет
  - г) не изменяется от 6 до 15 лет
010. Под действием ортодонтических аппаратов зубы легче перемещаются
- а) в дистальном направлении
  - б) в мезиальном направлении
  - в) в вертикальном направлении
  - г) в оральном направлении
  - д) во всех перечисленных направлениях
011. При пародонтозе нагрузка на жевательные зубы и пародонт у взрослых неблагоприятна
- а) в дистальном направлении
  - б) в мезиальном направлении
  - в) в вертикальном направлении
  - г) в вестибулярном направлении
  - д) во всех перечисленных направлениях

012. Для изготовления съемных протезов детям с аллергическими заболеваниями следует избирать следующую пластмассу отечественного производства
- а) редонт
  - б) базисную пластмассу розовую для горячей полимеризации
  - в) базисную пластмассу без красителя
  - г) самоотверждающую пластмассу
  - д) любую из перечисленных
013. Дети в возрасте до 6 лет легче осваивают протез при расположении задней границы съемного протеза для верхней челюсти
- а) позади последних моляров - ровная линия границы
  - б) позади последних моляров - округлая граница с небольшой выемкой кпереди
  - в) укороченный базис протеза граница между предпоследним и последним моляром - без выемки
  - г) то же с небольшой выемкой
  - д) позади последних моляров - с большой выемкой до небных складок
014. Основной целью зубочелюстного протезирования детей является
- а) нормализация жевания
  - б) нормализация глотания
  - в) нормализация речи
  - г) нормализация положения нижней челюсти
  - д) профилактика
015. Целью повышения прикуса на съемных протезах у детей является
- а) нормализация резцового перекрытия
  - б) нормализация положения нижней челюсти и функции височно-нижнечелюстных суставов
  - в) предупреждение зубоальвеолярного удлинения в области зубов, противостоящих дефекту зубного ряда
  - г) предупреждение смещения зубов в сторону дефекта и улучшения их осевого наклона
  - д) все перечисленное
016. В процессе применения аппарата Дерихсвайлера изменения происходят в следующих областях лицевого отдела черепа
- а) срединного небного шва
  - б) носовых костей
  - в) скуловых костей
  - г) сошника
  - д) во всех перечисленных

017. Объем полости рта возможно увеличить
- а) выдвижением нижней челюсти
  - б) расширением зубных рядов
  - в) повышением прикуса  
с помощью окклюзионных накладок на боковые зубы
  - г) повышением прикуса с помощью накусочной площадки  
в области передних зубов
  - д) всеми перечисленными мероприятиями
018. Изготовление вкладок с парапальпарными штифтами без депульпации зуба не показано при следующих дефектах коронок центральных резцов в верхней челюсти
- а) при отломе угла у области нижней трети коронки
  - б) при горизонтальном отломе в области нижней четвертой части коронки
  - в) при горизонтальном отломе половины коронки и более
  - г) при косом отломе от одного угла  
до нижней трети противоположной стороны коронки
  - д) при всех перечисленных видах отломов
019. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при широком лице составляет
- а) от 29 до 30 мм
  - б) от 30 до 31 мм
  - в) от 31 до 32 мм
  - г) от 32 до 33 мм
  - д) от 33 до 34 мм
020. Средний индекс фациальный морфологический по Изару при широком лице равен
- а) от 90 до 96
  - б) от 96 до 104
  - в) от 104 до 108
  - г) от 108 до 110
  - д) от 110 до 112
021. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при лице средней ширины и индивидуальной макродонтии составляет
- а) от 29 до 30 мм
  - б) от 30 до 31 мм
  - в) от 31 до 32 мм
  - г) от 32 до 33 мм
  - д) от 33 мм и более

022. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при узком лице и индивидуальной макродонтии составляет
- а) от 29 до 30 мм
  - б) от 30 до 31 мм
  - в) от 31 до 32 мм
  - г) от 32 до 33 мм
  - д) от 33 до 34 мм
023. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при абсолютной макродонтии составляет
- а) от 32 до 33 мм
  - б) от 33 до 34 мм
  - в) от 34 до 35 мм
  - г) от 35 до 36 мм
  - д) от 36 до 37 мм
024. При нейтральном прикусе и индивидуальной макродонтии показано
- а) расширение зубных рядов
  - б) удлинение зубных рядов
  - в) мезиальное перемещение боковых зубов
  - г) дистальное перемещение боковых зубов
  - д) удаление отдельных зубов
025. Показанием к изготовлению временных коронок на центральные резцы при частичном отломе коронки является
- а) реакция пульпы зуба на термические раздражители
  - б) реакция пульпы зуба на химические раздражители
  - в) травма губ, языка в результате соприкосновения с острыми краями коронки зуба в области его отлома
  - г) профилактика пульпита и создание условий для образования заместительного дентина
  - д) все перечисленное
026. Показанием к изготовлению "постоянных" коронок на центральные резцы верхней челюсти является
- а) зубы с жизнеспособной пульпой при отломе зуба до половины высоты коронки
  - б) восстановление анатомической формы зуба при его разрушении
  - в) открытый прикус
  - г) умеренная глубина резцового перекрытия
  - д) все перечисленное

027. Причиной недостаточной физиологической стираемости временных клыков является
- а) позднее прорезывание временных клыков и запоздалое наступление их физиологической старости
  - б) ранняя потеря временных моляров, снижение высоты прикуса
  - в) привычное смещение нижней челюсти вперед и несоприкосновение временных клыков
  - г) резко выраженные сагиттальные аномалии прикуса и отсутствие контактов между клыками
  - д) все перечисленное
028. Основной причиной наличия промежутка между зубами является
- а) ранняя потеря отдельных зубов
  - б) ретенция зубов
  - в) частичная адентия
  - г) чрезмерная протрузия передних зубов
  - д) все перечисленное
029. Последствием множественного врожденного отсутствия зубов является
- а) наклон зубов в сторону дефекта зубного ряда
  - б) зубоальвеолярное удлинение в области зубов, не имеющих антагонистов
  - в) снижение высоты прикуса и нижней части лица
  - г) нарушение формы лица
  - д) все перечисленное
030. Основными общими нарушениями организма при ангидротической эктодермальной дисплазии являются
- а) нарушение осанки
  - б) плоскостопие
  - в) кривошея
  - г) нарушение терморегуляции
  - д) все перечисленные нарушения
031. Триада при ангидротической эктодермальной дисплазии включает
- а) нарушение терморегуляции, осанки, плоскостопие
  - б) адентия, нарушение терморегуляции и осанки
  - в) ангидроз, адентия, гипотрихоз
  - г) ангидроз, гипотрихоз, кривошея
  - д) гипотрихоз, адентия, нарушение осанки

032. Последствиями адентии более 10 зубов является
- а) смещение зубов и их наклоны
  - б) зубоальвеолярное удлинение в области зубов, не имеющих антагонистов
  - в) смещение нижней челюсти
  - г) снижение высоты прикуса
  - д) все перечисленное
033. Край коронки для детей располагается
- а) под десной до 1.5 мм
  - б) под десной до 1 мм
  - в) под десной до 0.5 мм
  - г) до десневого края
  - д) на 0.5 мм короче
034. В области отсутствующих временных моляров следует отдавать предпочтение
- а) коронке на постоянный моляр с литой распоркой и тройной лапкой напереди расположенный зуб (по Ильиной - Маркосян)
  - б) кольцу на постоянный моляр с литой распоркой и тройной лапкой напереди расположенный зуб
  - в) коронке на постоянный моляр с припаянной к ней П-образной рамкой
  - г) кольцу на постоянный моляр с припаянной к нему П-образной рамкой
  - д) коронке на постоянный моляр с пружинящей П-образной рамкой
035. В возрасте до 15 лет при недостатке места в области передних зубов следует отдавать предпочтение следующим несъемным протезам
- а) мостовидному протезу с коронками на опорные зубы и фасеткой или фасетками
  - б) консольному протезу при отсутствии бокового резца
  - в) мостовидному протезу по Мерфилю
  - г) раздвижному мостовидному протезу по Ильиной - Маркосян
  - д) литому мостовидному протезу
036. При применении раздвижного съемного протеза с 1 или 2 искусственными резцами язычную поверхность коронок боковых зубов следует покрывать базисом аппарата
- а) на 0.5 мм
  - б) на 1 мм
  - в) на 2 мм
  - г) на 3 мм
  - д) всю язычную поверхность



037. Съемные протезы у детей в периоде временного прикуса следует заменять
- а) через 2-4 мес
  - б) через 4-6 мес
  - в) через 6-8 мес
  - г) через 8-10 мес
  - д) более, чем через 1 год
038. Съемные протезы у детей в периоде смешанного прикуса следует заменять
- а) через 2-4 мес
  - б) через 4-6 мес
  - в) через 6-8 мес
  - г) через 8-10 мес
  - д) более, чем через 1 год
039. Для ускоренного раскрытия срединного небного шва предпочтение следует отдавать
- а) каркасному литому из металла аппарату с коронками и штангами на опорные зубы и винтом
  - б) аппарату Дерихсвайлера
  - в) коронкам на опорные зубы с припаянными штангами, сваренными в базис небной пластинки, с винтом
  - г) кольцам на опорные зубы с трубками с их вестибулярной стороны, с оральными штангами на, в том числе, соседние зубы, сваренными в базис аппарата, не прилегающей к десневым сосочкам и придесневым участкам, и винтом
  - д) любой из перечисленных конструкций
040. Для ускорения прорезывания ретинированного клыка на верхней челюсти в возрасте 15 лет наиболее пригоден
- а) мостовидный протез
  - б) съемный протез с винтом и секторальным распилом
  - в) съемный протез с винтом и продольным распилом
  - г) съемный протез с винтом, продольным распилом и накусочной площадкой для резцов и клыков нижней челюсти
  - д) съемный протез с винтом, секторальным распилом, накусочной площадкой и пружинами для раздвижения соседних зубов
041. Праща опирается
- а) на подбородок
  - б) на тело нижней челюсти
  - в) на углы нижней челюсти
  - г) на губы
  - д) на различные участки в зависимости от лечебных целей и конструкции

042. К разновидностям пластинчатых одночелюстных съемных ортодонтических аппаратов относятся
- а) оральные
  - б) вестибулярные
  - в) назубные
  - г) блоковые
  - д) каркасные
043. К разновидностям дуговых одночелюстных несъемных ортодонтических аппаратов относятся
- а) оральные
  - б) вестибулярные
  - в) назубные
  - г) блоковые
  - д) каркасные
044. К разновидностям двучелюстных функционально-направляющих съемных ортодонтических аппаратов относятся
- а) оральные
  - б) вестибулярные
  - в) назубные
  - г) блоковые
  - д) каркасные
045. К разновидностям двучелюстных функционально-действующих ортодонтических аппаратов относятся
- а) пластинчатые
  - б) дуговые
  - в) блоковые
  - г) эластичные
  - д) каркасные
046. К разновидностям одночелюстных несъемных внеротовых ортодонтических аппаратов относятся
- а) пластинчатые
  - б) эластичные
  - в) блоковые
  - г) дуговые
  - д) каркасные

047. К разновидностям одночелюстных съемных внеротовых ортодонтических аппаратов относятся
- а) пластинчатые
  - б) эластичные
  - в) блоковые
  - г) дуговые
  - д) каркасные
048. Для крепления съемных аппаратов используются
- а) адгезия
  - б) анатомическая ретенция
  - в) механические способы
  - г) сочетанные способы
  - д) ничего из перечисленного
049. Для механической фиксации съемных аппаратов в процессе лечения используется
- а) кламмерная фиксация
  - б) дуговая фиксация
  - в) капповая фиксация
  - г) фиксирующее действие активных элементов
  - д) сочетанная фиксация
050. Аппараты, которые оказывают взаимнопротивоположное воздействие на передние и боковые зубы челюсти, называют
- а) одночелюстными межчелюстного действия
  - б) одночелюстными одночелюстного действия
  - в) одночелюстными внеротового действия
  - г) межчелюстными двучелюстного действия
  - д) сочетанными
051. Одночелюстные аппараты, которые оказывают взаимнопротивоположное действие на верхний и нижний зубные ряды, называют
- а) одночелюстными межчелюстного действия
  - б) одночелюстными одночелюстного действия
  - в) одночелюстными внеротового действия
  - г) межчелюстными двучелюстного действия
  - д) сочетанными

052. Аппараты, которые оказывают взаимнопротивоположное воздействие на челюсть и голову, называют
- а) одночелюстными одночелюстного действия
  - б) одночелюстными межчелюстного действия
  - в) одночелюстными внеротового действия
  - г) межчелюстными двучелюстного действия
  - д) сочетанными
053. Внеротовая часть ортодонтического аппарата максимально опирается
- а) на лобную часть головы
  - б) на лобно-теменную часть головы
  - в) на лобно-теменно-затылочную часть головы
  - г) на шею
  - д) на подбородок
054. При исправлении положения аномалийно стоящего зуба необходимо соблюдать 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) соблюдать все перечисленные физические условия
055. При исправлении положения аномалийно стоящего зуба необходимо соблюдать следующие биологические условия
- а) оценить качество коронок и корней зубов
  - б) учесть степень формирования корня зуба
  - в) оценить состояние зубоальвеолярной дуги с позиций нормогенеза тканей
  - г) оценить состояние зубоальвеолярной дуги с позиций патогенеза тканей
  - д) учесть анатомо-физиологические условия развития зубоальвеолярной дуги с позиции ее нормо- и патогенеза, а также особенностей перестройки тканей под воздействием ортодонтических аппаратов
056. Ортодонтические аппараты, имеющие активно-действующие элементы, называются
- а) функционально-направляющими
  - б) механически-действующими
  - в) функционально-действующими
  - г) аппаратами сочетанного действия
  - д) никак не называются

057. Ортодонтические аппараты, имеющие пассивно-действующие элементы, называются
- а) функционально-направляющими
  - б) механически-действующими
  - в) функционально-действующими
  - г) аппаратами сочетанного действия
  - д) никак не называются
058. Источником силы в функционально-действующих аппаратах является
- а) винт, пружина, дуга, резиновая тяга, магнитная тяга и др.
  - б) наклонная плоскость, направляющие петли, накладки, каппы, пелоты и т.д.
  - в) энергия жевательных мышц
  - г) энергия мимических мышц
  - д) энергия жевательных и мимических мышц

*Раздел 10*  
**ТРАВМА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.  
ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ**

001. Дефекты зубных рядов в периоде временного прикуса следует замещать съемными протезами
- а) с 2 лет
  - б) с 3 лет
  - в) с 4 лет
  - г) с 5 лет
  - д) с 6 лет
002. Тактикой врача при наличии вколоченных временных резцов верхней челюсти является
- а) удаление вколоченных резцов
  - б) вытяжение вколоченных резцов
  - в) наблюдение
  - г) применение противовоспалительных средств и наблюдение
  - д) невмешательство
003. При вывихе центрального резца верхней челюсти в случае глубокого резцового перекрытия наилучшей конструкцией шинирующего приспособления является
- а) 3 кольца - на травмированный и соседние зубы - спаянные вместе и укрепленные на цементе
  - б) кольцо на травмированный зуб со штангами на соседние с их вестибулярной и оральной стороны, укрепленное на цементе
  - в) съемная пластинка для верхней челюсти с вестибулярной дугой и накусочной площадкой
  - г) кольцо на травмированный зуб со штангами на соседние с их вестибулярной поверхностью, укрепленное на цементе
  - д) съемная пластинка для верхней челюсти с пружинами на травмированный и соседние зубы
004. При переломе нижней челюсти с возрастом наибольшие нарушения ее роста наблюдаются
- а) по средней линии
  - б) в области клыка
  - в) в области премоляра или моляра
  - г) в области углов
  - д) в области шеек суставных отростков
005. Среди врожденных пороков в челюстно-лицевой области наиболее часто встречается
- а) изолированное несращение губы, губы и альвеолярного отростка, неба
  - б) сквозное одностороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба

- в) сквозное двустороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба
  - г) расщелина лица косая, срединная
  - д) синдром I и II жаберных дуг
006. При оказании ортодонтической и ортопедической помощи младенцам с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба наиболее эффективным является способ
- а) Шаровой
  - б) Рубежовой
  - в) Мак Нила
  - г) Ильиной - Маркосян
  - д) Кеза
007. Применение способа Мак Нила является наиболее эффективным в возрасте
- а) от рождения до 2 мес
  - б) от 2 до 4 мес
  - в) от 4 до 6 мес
  - г) от 6 до 8 мес
  - д) от 8 мес до 1 года
008. Для детей, не имеющих возможность получить хирургическую помощь, наиболее эффективными являются obturatory
- а) Ильиной - Маркосян с подвижной небной занавеской
  - б) типа Кеза
  - в) РИС-1
  - г) РИС-2
  - д) РИС-3
009. Причиной двусторонней нижней микрогнатии является
- а) травма в период беременности
  - б) травма во время родов при неправильном расположении плода
  - в) гематогенная инфекция
  - г) синдром Робина
  - д) все перечисленное

010. Причинами односторонней нижней микрогнатии являются
- а) травма бытовая
  - б) травма спортивная
  - в) стоматологические заболевания
  - г) заболевания среднего уха
  - д) все перечисленные причины
011. После оказания хирургической помощи детям по поводу воспалительных, травматических и неопластических заболеваний применяют ортопедические аппараты и приспособления
- а) репонирующие
  - б) фиксирующие
  - в) замещающие
  - г) формирующие
  - д) любые по показаниям
012. При адентии верхних боковых резцов без сокращения размера верхнего зубного ряда тактикой ортодонтического лечения является
- а) перемещение 3 $\perp$ 3 дистально с последующим протезированием недостающих 2 $\perp$ 2 зубов
  - б) мезиальное перемещение 3 $\perp$ 3 с удалением III $\perp$ III
  - в) мезиальное перемещение 3 $\perp$ 3 с сохранением III $\perp$ III
  - г) покрытие 1 $\perp$ 1 коронками больших размеров
  - д) невмешательство
013. При ретенции третьих нижних моляров при мезиальном прикусе тактикой лечения является
- а) сдерживание роста нижней челюсти внеротовой тягой
  - б) вылуцивание 8<sup>A</sup>8
  - в) удаление отдельных зубов на нижней челюсти
  - г) раздражающая терапия
  - д) наблюдение
014. После возрастного периода физиологического прорезывания зубов диагноз их ретенции можно поставить
- а) через полгода
  - б) через 1 год
  - в) через 2 года
  - г) через 3 года
  - д) через 4 года



015. Сверхкомплектные зубы чаще бывают в области
- а) моляров
  - б) премоляров
  - в) клыков
  - г) резцов
  - д) определенной закономерности нет
016. Дефекты зубных рядов в периоде сменного прикуса следует замещать съемными протезами
- а) с 7-8 лет
  - б) с 8-9 лет
  - в) с 9-10 лет
  - г) с 10-11 лет
  - д) с 12 лет
- 003 - в            007 - б            011 - д            015 - г  
004 - д            008 - б            012 - а            016 - а

## СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. Организация ортодонтической помощи населению, врачебная этика и деонтология .....	3
Раздел 2. Клиническая и функциональная анатомия полости рта .....	13
Раздел 3. Диагностика в ортодонтии .....	19
Раздел 4. Общие принципы и способы ортодонтического и комплексного лечения больных с патологией зубочелюстной системы .....	38
Раздел 5. Ортодонтическая лабораторная техника .....	49
Раздел 6. Этиология, патогенез и профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций .....	64
Раздел 7. Аномалии и деформации зубов и зубных рядов .....	68
Раздел 8. Аномалии прикуса .....	76
Раздел 9. Дефекты зубов, зубных рядов и болезни пародонта .....	92
Раздел 10. Травма в челюстно-лицевой области. Пороки развития лица и челюстей .....	104
Эталоны ответов .....	108