

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

На заседании

Учебно-методического совета

«02» сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
Председатель Учебно-методического совета
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому и дополнительному
профессиональному образованию,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы ординатуры по специальности

31.08.76 «Стоматология детская»

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой,
д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

И.В. Орлова

(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
стоматологии;

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

« 31 » 08

2021 г., протокол заседания №

1

стоматологии;

Заведующий кафедрой

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

Д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Перечень компетенций и этапы их формирования по уровням освоения.

№ п/п	Номер / индекс с компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
Универсальные компетенции					
1.	УК -1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	Методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию.	Излагать самостоятельно точку зрения, анализировать и логически мыслить, словесно оформлять публичное выступление, аргументировать, вести дискуссии.	Соотношение мнения, веры, понимания, интерпретации и знания. Рациональное и эмпирическое познание. Иррациональное познание: интуиция в медицине. Отражение мира в сознании как познание.
2.	УК -2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.	Тенденции культурной универсализации в мировом современном процессе. Культура и природа. Культура и общество. Особенности правового регулирования профессиональной деятельности.	Регулировать труд медицинских работников. ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде, применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях; защищать гражданские права врачей и пациентов различного возраста;	Принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов различных возрастных групп и их родственников и близких в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; иностранным языком в объеме, необходимом для возможности получения информации из зарубежных источников.

3.	УК -3	Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.	Основные направления психологии, общие и индивидуальные особенности психики детей, подростков и взрослого человека, психологию личности и малых групп. Объект, предмет, задачи, функции, методы педагогики.	Анализировать и оценивать объекты, предметы, задачи, функции, методы педагогики. Ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о педагогике, применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях;	Основными категориями педагогики: образованием, воспитанием, обучением, педагогической деятельностью, педагогическим взаимодействием, педагогической технологией. Медицинской педагогикой. Педагогическими аспектами профессиональной деятельности врача. Обучением больных, медицинского персонала. Обучающей программы в работе с семьей пациента.
Профессиональные компетенции					
4.	ПК -1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включение в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение	Основные закономерности развития и жизнедеятельности организма человека, гистофункциональные особенности тканевых элементов, методы их исследования. Анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития организма	Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности. Пользоваться лабораторным оборудованием. Проводить статистическую обработку экспериментальных	Базовыми технологиями преобразования информации Методами изучения наследственности (цитологический, генеалогический, близнецовый). Основами врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию врачебной помощи. Основами

		возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	человека, функциональные системы организма человека, их регуляция и саморегуляция при воздействии с внешней средой в норме и при патологических процессах.	данных. Обосновать необходимость клинико-иммунологического обследования больного.	назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике патологических процессов.
5.	ПК -2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	Проблемы медико-санитарной и стоматологической помощи лицам, связанные с проблемами; осуществление специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний; принципы диспансерного стоматологического наблюдения различных возрастных половых и социальных групп населения.	Уметь анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи состоянию здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи.	Оценками состояния стоматологического здоровья населения различных возрастно-половых групп. Алгоритмом постановки предварительного диагноза, при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование к врачам-специалистам.
6.	ПК -3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Основные принципы диагностики, лечения и реабилитации инфекционных больных; показания к реабилитации. Эпидемиологию инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний, осуществление противоэпидемических мероприятий, защиту населения в очагах опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях.	Уметь использовать медицинскую информацию. Дать характеристику биологических препаратов, используемых для лечения. Выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях.	Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи пострадавшим при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

7.	ПК -4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	Теоретические основы информатики, сбор, хранение, поиск, переработка, преобразование информации в медицинских системах, использование информац. комп. систем.	Использовать информационные компьютерные системы в медицине и здравоохранении.	Сбором, хранением, поиском, переработкой, преобразованием информации в медицинских и биологических системах.
8.	ПК -5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме; клинические проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения; особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях.	Интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; Сформулировать клинический диагноз. вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.	Алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам и при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным.
9	ПК -6	готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	Основы страховой медицины в Российской Федерации, структуру современной системы здравоохранения Российской Федерации; особенности работы врача-стоматолога при заключении договоров на оказание медицинских услуг в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования с пациентами, с любыми предприятиями, учреждениями, страховыми компаниями в установленном законом порядке	Анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи; вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.	Методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях; Правовыми основами по проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы.

10	ПК -7	готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в стоматологической помощи	Методы диагностики, лечения и профилактики стоматологических детских заболеваний у детей. Общую характеристику и особенности течения мультифакториальных болезней; принципы классификации патологии человека с ортодонтологической точки зрения.	Установить предварительный диагноз и провести дифференциальную диагностику; клинику наиболее распространенных мультифакториальных болезней;	Новейшими методами исследования, применяемыми в ортодонтической стоматологии. Знаниями о современных материалах, применяемых в ортодонтической стоматологии. Современными методами лечения, применяемыми в стоматологии.
11	ПК -8	готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Виды и методы современной анестезии; способы и методы профилактики послеоперационных осложнений; особенности проведения интенсивной терапии; особенности организации оказания медицинской помощи, проведения реанимационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях, при катастрофах в мирное и военное время;	Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия при заболеваниях челюстно-лицевой области;	Методами инфильтрационной и проводниковой анестезии в полости рта для проведения хирургического, хирургического, ортопедического и ортодонтического лечения, устранения возможных осложнений при проведении анестезии у детей и взрослых;
12	ПК -9	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Основные физические явления и закономерности, лежащие в основе процессов, протекающих в организме человека; характеристики воздействия физических факторов на организм; физические основы функционирования медицинской аппаратуры; правила использования ионизирующего облучения и риски, связанные с их воздействием на биологические ткани; методы защиты и снижения дозы воздействия; принципы, лежащие в основе стомат.радиографии.	Пользоваться физиотерапевтическим оборудованием; работать с увеличительной техникой при изучении физики, химии, биологии; работать с увеличительной техникой; проводить статистическую обработку экспериментальных данных; анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для стоматологического лечения больных;	Медицинским и стоматологическим инструментарием; основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных стоматологических заболеваний и патологических процессов. Методами реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии.

13 .	ПК -10	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	Учение о здоровье детского и взрослого населения, методах его сохранения; взаимоотношения «врач-пациент», «врач-родственники»;	Анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи;	Навыками информирования пациентов различных возрастных групп и их родственников и близких;
14 .	ПК -11	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Современные полиотологические школы. Гражданское общество, его происхождение и особенности. Политический менеджмент. Государство и право. Мед. право. Права пациентов и медицинских работников. Трудовую дисциплину и ответственность за ее нарушение.	Применять правовые основания управления здравоохранения. Пользоваться основами законодательства РФ об охране здоровья граждан. Регулировать труд медицинских работников. Заключать трудовой договор (контракт).	Медицинским правом, биоэтикой и деонтологией – важными нормативными системами в сфере охраны здоровья граждан. Врачебной тайной. Актуальными проблемами медицины и права.
15	ПК -12	готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей;	Конкуренцию, структуру рынка. Оценка результатов стоматологической деятельности. Основы маркетинга.	Организовать мед. помощь населению. Оценивать показ. здоровья населения, бюджетно-страхов. медицину.	Методами планирования, финансирования и экономики здравоохранения. Владеть медицинской статистикой.

16	ПК-13	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Методы проведения неотложных, реанимационных мероприятий в ЧС, при катастрофах, в мирное и военное время.	Выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь пострадавшим в ЧС.	Алгоритмом выполнения основных врачебных диагност. и леч. мероприятий. по оказ. перв. врачебной пом. при ЧС.
----	-------	---	---	--	--

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.76 «Стоматология детская»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1Б.1 «Стоматология детская»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
3.	Б.1Б.3 «Педагогика»	УК-1 ПК-5	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
4.	Б.1Б.4 «Патология»	УК-1 ПК-5	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
5.	Б.1Б.5 «Медицина чрезвычайных ситуаций»	УК-1 ПК-3 ПК-8	- тесты	- тестирование
6.	Б.1.В.ОД.1 «Стоматология терапевтическая»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
7.	Б.1.В.ДВ.1 «Ортодонтия»	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
8.	Б.1.В.ДВ.2 «Стоматология хирургическая»	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

		ПК-9		
9.	Б.2.1 Производственная практика (базовая часть)	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
10.	Б.2.2 Производственная практика (вариативная часть)	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

1-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-120	1-120	1-25	1-19
2.	ПК-1	1-120	1-120	1-25	1-19
3.	ПК-2	1-25	10-20		1-19
4.	ПК-5	1-20	10-20		1-19
5	ПК-7	1-20	12-27	20-25	1-19
6	ПК-9	21-40	12-27		1-19

Матрица компетенций выпускника, формируемых в результате освоения аккредитуемой ОП по специальности 31.08.76 Стоматология детская

Индекс	Наименование учебных циклов, разделов, модулей, практик и ГИА	УК-1	УК-2	УК-3	ПК-1	ПК-2	ПК-3	ПК-4	ПК-5	ПК-6	ПК-7	ПК-8	ПК-9	ПК-10	ПК-11	ПК-12	Промежуточная аттестация	Семестр
Б1.Б	Базовая часть																	
Б1.Б.1	Стоматология детская	+			+	+			+	+		+		+	+		1,2,3,4	1,2
Б1.Б.2	Общественное здоровье и здравоохранение	+	+		+			+					+	+	+			1
Б1.Б.3	Педагогика	+	+	+									+					2
Б1.Б.4	Микробиология	+																1
Б1.Б.5	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций	+					+				+					+		2
Б1.В	Вариативная часть																	
Б1.В.ОД	Обязательные дисциплины																	
Б1.В.ОД.1	Стоматология терапевтическая	+			+	+	+		+	+		+						1
Б1.В.ДВ	Дисциплины по выбору																	
Б1.В.ДВ.1.1	Ортодонтия	+			+	+			+	+								2
Б1.В.ДВ.1.2	Стоматология хирургическая	+						+						+	+			2
Б2	Практики																	
Б2.1	Производственная практика (Баз)	+			+	+	+		+	+	+	+	+				2,3,4	2,3,4
Б2.2	Производственная практика (Вар)	+			+	+			+	+		+	+				4	4
Б3	Государственная итоговая аттестация	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		4

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ

знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности

31.08.76 «Стоматология детская»

Перечень вопросов для проведения устного собеседования

1. Основные структурные подразделения лечебно-профилактических стоматологических учреждений. Стоматологическая поликлиника, ее виды, категории. Штатные нормативы и функциональные обязанности медицинского персонала.
2. Предметы и задачи терапевтической стоматологии. Организация и оборудование стоматологического кабинета. Нормативы и требования к организации стоматологического кабинета. Основные принципы асептики в стоматологическом кабинете.
3. Организация стоматологического приема, медицинская документация врача-стоматолога, требования к ее заполнению. Психологические аспекты профессионального взаимодействия врача - стоматолога и пациента. Деонтология и врачебная этика в стоматологии. Эргономические основы организации работы врача - стоматолога.
4. Основы диагностики стоматологических заболеваний. Понятие здоровья, адаптации, болезни (нозологии), этиологии, патогенеза, синдрома, симптома, семиотики (семиологии). Правила (алгоритм) диагностического процесса.
5. Медицинская карта стоматологического больного. Основные клинические методы обследования стоматологического пациента. Дополнительные методы обследования. Рентгенологические методы обследования. Клинические, функциональные, лабораторные методы обследования. Дополнительные методы обследования. Содержание и формулировка диагноза. Прогноз. Эпикриз.
6. Цель и задачи обезболивания в стоматологии. Оценка основных компонентов болевой реакции пациента: сенсорный, психоэмоциональный, вегетативный, психомоторный.
7. Клинико-фармакологическая характеристика местно-анестезирующих препаратов, используемых в стоматологии. Применение сосудосуживающих средств при местной анестезии (показания, противопоказания).
8. Назовите виды обезболивания, используемые в стоматологии.
9. Назовите виды общего обезболивания, используемые в стоматологии. Перечислите показания к использованию общего обезболивания в стоматологии. Методы наркоза: масочный, назофарингеальный, эндотрахеальный, внутривенный. Посленаркозный период.
10. Назовите виды местного обезболивания, используемые в стоматологии. Перечислите показания к использованию местного обезболивания в стоматологии.
11. Какие формы лекарственных средств, используемых для аппликационной анестезии, вы знаете?
12. Назовите виды инфильтрационной анестезии.
13. Расскажите о препаратах, используемых для инфильтрационной анестезии.
14. Назовите препараты группы сложных эфиров. Назовите препараты группы амидов.
15. Какова цель использования вазоконстрикторов. Назовите их. Какой должна быть концентрация вазоконстрикторов, используемых для местной анестезии?
16. Перечислите инструменты, используемые для проведения анестезий, и методы их обработки.
17. Расскажите о методике проведения подслизистой, поднадкостничной, интрасептальной, интралигаментарной анестезий.
18. Назовите неинъекционные (аппликационная, электроаналгезия) способы местной анестезии. Показания и методы проведения неинъекционной местной анестезии на верхней челюсти?
19. Перечислите отличительные особенности прямой и непрямой инфильтрационной анестезии

верхней челюсти. В чем заключаются особенности инфильтрационной анестезии на верхней челюсти.

20. Показания, техника и зона обезболивания при проведении туберальной анестезии.
21. Показания и метод проведения анестезии у большого нёбного отверстия. Обозначьте зону обезболивания при проведении резцовой анестезии.
22. Показания и метод проведения анестезии у резцового отверстия. Обозначьте зону обезболивания при проведении резцовой анестезии.
23. Назовите ветви нерва, которые выключаются при мандибулярной анестезии. Показания и методика ее проведения.
24. Назовите ветви нерва, которые выключаются при инфраорбитальной анестезии. Показания и методика ее проведения.
25. Особенности инфильтрационного обезболивания инъекторами и карпульными анестетиками, показания и противопоказания к их применению.
26. Стволовая: (региональная) анестезия у овального и круглого отверстия.
27. Кариес зуба. Понятие. Классификация. Методика лечения.
28. Принципы и этапы препарирования кариозных полостей по Блеку.
29. Этапы препарирования кариозных полостей по Блеку. Выбор инструмента. Методика работы.
30. Основные требования, предъявляемые к сформированной кариозной полости.
31. Ретенционные пункты. Виды. Назначение.
32. Дополнительная площадка. Назначение. Требования, предъявляемые к дополнительной площадке. Особенности формирования при различных классах.
33. Парапальпарные штифты. Виды. Показания к применению, методика.
34. Кариозные полости I класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
35. Кариозные полости II класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
36. Кариозные полости III класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
37. Кариозные полости IV класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
38. Кариозные полости V класса по Блеку. Особенности препарирования. Ошибки. Профилактика.
39. Цель, этапы и особенности препарирования кариозных полостей под композиционные пломбировочные материалы.
40. Цель и этапы пломбирования кариозных полостей.
41. Пломбировочные материалы. Классификация. Выбор пломбировочного материала.
42. Постоянные пломбировочные материалы. Требования, предъявляемые к материалу.
43. Временные пломбировочные материалы. Показания к применению. Физико-химические свойства. Методика приготовления и пломбирования.
44. Постоянные пломбировочные материалы. Классификация. Сравнительная характеристика.
45. Стоматологические прокладки (лечебные, изолирующие). Назначение.
46. Лечебные стоматологические прокладки. Виды. Состав. Показания к применению. Методика пломбирования.
47. Изолирующие стоматологические прокладки. Виды. Состав. Назначение. Методика пломбирования.
48. Цементы. Классификация. Состав. Свойства. Показания к применению. Методика приготовления и пломбирования.
49. Силикатные цементы. Состав. Свойства. Показания к применению. Методика приготовления и пломбирования.
50. Силикофосфатные цементы. Состав. Свойства. Показания к применению. Методика

приготовления и пломбирования.

51. Амальгамы. Классификация. Состав. Свойства. Методика приготовления и пломбирования. Техника безопасности. Показания к применению.
52. Стеклоиономерные цементы: состав, свойства, назначение.
53. Композиционные пломбировочные материалы. Классификация. Показания к применению.
54. Композиционные пломбировочные материалы химического отверждения. Состав. Свойства. Методика приготовления и пломбирования.
55. Светоотверждаемые пломбировочные материалы. Классификация. Состав. Свойства. Методика приготовления и пломбирования.
56. Вспомогательные инструменты для пломбирования кариозных полостей. Матрицы, матрицедержатели, клинья. Назначение.
57. Отделка пломбы. Значение. Сроки проведения. Оценка качества пломбы.
58. Кариозные полости I класса по Блеку. Методика пломбирования.
59. Кариозные полости II класса по Блеку. Методика пломбирования.
60. Кариозные полости III класса по Блеку. Методика пломбирования.
61. Кариозные полости IV класса по Блеку. Методика пломбирования.
62. Кариозные полости V класса по Блеку. Методика пломбирования.
63. Контактный пункт. Физиологическое значение. Методика восстановления.
64. Кариес зуба. Этапы лечения.
65. Средний кариес. Методика и этапы лечения. Ошибки.
66. Глубокий кариес. Методика и этапы лечения. Ошибки.
67. Пульпит. Понятие. Классификация. Методы лечения.
68. Трепанация коронки интактного зуба при эндодонтических вмешательствах. Показания. Методика.
69. Методы обезболивания, применяемые в детской терапевтической стоматологии.
70. Особенности препарирования кариозной полости при эндодонтических вмешательствах. Требования к сформированной полости.
71. Метод витальной ампутации. Методика. Ошибки и их последствия.
72. Метод витальной экстирпации. Методика. Ошибки. Защита врача и больного от ВИЧ-инфекции.
73. Препарирование корневого канала: прохождение, расширение, формирование. Инструментарий. Методика. Ошибки.
74. Медикаментозная обработка корневых каналов, контроль чистоты канала.
75. Метод девитализации пульпы Методика проведения: вскрытие полости зуба, наложение мышьяковистой пасты, обезболивающих препаратов.
76. Метод девитальной экстирпации. Этапы. Ошибки.
77. Труднопроходимые (проблемные) корневые каналы. Причины. Методы и методика расширения корневых каналов.
78. Метод девитальной ампутации. Этапы. Ошибки и их последствия.
79. Методика эндодонтического лечения в многокорневых зубах: инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов. Апекслокация.
80. Методы расширения корневых каналов: механический, химический, физический. Методика.
81. Методика расширения корневых каналов: от меньшего размера к большему (Step Back).
82. Методика расширения корневых каналов: от большего размера к меньшему (Crown Down). Ошибки при эндодонтических манипуляциях. Методы их предупреждения и устранения.
83. Периодонтит. Понятие. Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов при периодонтитах.
84. Пломбировочные материалы для корневых каналов. Классификация. Выбор пломбировочных материалов.
85. Сравнительная характеристика пломбировочных материалов для корневых каналов.
86. Методы и методика пломбирования корневого канала.

87. Штифты для корневых каналов. Виды. Методика пломбирования.
88. Методика пломбирования корневых каналов пастами, цементами. Оценка качества.
89. Методика пломбирования корневых каналов иглой, каналонаполнителем.
90. Распломбирование корневых каналов. Показания. Методика.
91. Профилактика как философия. Основные понятия и определения. Клиника как посредник профилактики.
92. Общение и профилактика. Концепция маркетинга в профилактике.
93. Эпидемиология. Организационные формы профилактики. Классификация профилактических мероприятий.
94. Индивидуальная профилактика. Мотивация пациента.
95. Питание и стоматологическое здоровье. Индивидуальная гигиена полости рта. Профессиональная гигиена полости рта.
96. Специальные стоматологические индексы. Пародонтальный индекс. Индексы гигиены полости рта. Средства для окрашивания налета.
97. Организационные формы профилактики. Этиология болезней пародонта.
98. Клиника и диагностика болезней пародонта. Особенности обследования пациента с заболеваниями тканей пародонта.
99. Виды зубных отложений. Зубные отложения. Схема образования зубного камня. Влияние зубных отложений на возникновение стоматологических заболеваний. Оценка гигиенического состояния полости рта. Средства и инструменты, используемые при удалении зубных отложений.
100. Лечение болезней пародонта. Домашняя профилактика патологии пародонта. Профессиональная профилактика заболеваний пародонта. Мероприятия профессиональной профилактики заболеваний пародонта. Профессиональная профилактика на стадиях лечения заболевания пародонта.
101. Ручные инструменты для профессиональной чистки зубов. Машинные методы удаления зубных отложений.
102. Медикаментозная поддержка профессиональной профилактики. Профилактика кариеса корня.
103. Предупреждение рецидива пародонтального кармана. Профилактика пародонтита методами, препятствующими передаче микробов. Сохранение терапевтического успеха после лечения пародонта.
104. Рациональное питание в профилактике болезней пародонта. Дифференцированный выбор зубных паст. Массаж десен.
105. Хирургические методы лечения. Ортодонтические и ортопедические мероприятия.
106. Скрининг риска развития патологии пародонта. Гигиена полости рта с использованием фторидов.
107. Профилактика кариеса зубов. Индивидуальная профилактика кариеса.
108. Этиология кариеса зубов. Домашняя профилактика. Зубная щетка. Питание и управление питанием. Гигиена полости рта. Средства для гигиены полости рта.
109. Фториды. Значение фторидов для профилактики кариеса зубов. Слюна и здоровье полости рта.
110. Профессиональная профилактика зубов. Определение риска возникновения кариеса зубов. Герметизация фиссур.
111. Профессиональная чистка зубов.
112. Реставрационная терапия, ориентированная на профилактику. Первичное лечение кариозного поражения.
113. Сохранение и коррекция имеющихся реставраций – ремонт реставраций. Коррекция цвета и формы зубов прямым методом.
114. Поддерживающая терапия. Профилактика прироста кариеса. Профилактика кариеса методами, препятствующими передаче микробов. Скрининг для оценки риска кариеса зубов.

- 115.Диагностика кариеса. Методы и вспомогательные средства. Кариес гладких и проксимальных поверхностей. Кариес ямок и фиссур. Кариес корня.
- 116.Документация и план лечения. Групповая профилактика кариеса зубов с использованием фторидов. Питание и кариес зубов.
- 117.Болезни зубов некариозного происхождения.Некариозные поражения твердых тканей зубов, возникающие в период фолликулярного развития их тканей. Гипоплазия. Эндемический флюороз зубов.
- 118.Аномалии развития, прорезывания зубов, изменение их цвета. Наследственные нарушения развития зубов. Формирования неполноценной эмали. Формирование неполноценного дентина.
- 119.Поражения зубов, возникающие после их прорезывания. Профилактика износа зубов. Клинические формы дефектов твердых тканей зуба. Дисколорит. Стирание твердых тканей зубов. Абразивный, клиновидный дефекты. Эрозия зубов, профилактика.
- 120.Медикаментозные и токсические нарушения развития твердых тканей зуба. Некроз твердых тканей зубов. Травма зубов. Основы для оценки методов диагностики и прогнозирования.
- 121.Рецессия десны. Обнажение фуркации. Профилактика лучевого поражения. Реконструктивная концепция ориентированная на профилактику.
- 122.Последствия потери зуба. Протез вместо утраченного зуба. Реставрационные концепции. Несъемное или съемное протезирование. Профилактика атрофии альвеолярного гребня. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.
- 123.Групповая профилактика. Профилактика, стоматологическая помощь детям и обслуживание в дошкольных учреждениях и школе. Профилактика в ортодонтии. Профилактика функциональных и морфологических нарушений. Профилактические мероприятия в различные возрастные периоды. Профилактика функциональных нарушений зубочелюстных системы.
- 124.Лечебная гимнастика для нормализации функции мышц челюстно-лицевой области. Хирургические и терапевтические профилактические мероприятия.
- 125.Профилактика морфологических нарушений – аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии. Ортодонтия и риск кариеса зубов. Домашняя чистка зубов ортодонтическими пациентами. Профессиональная чистка зубов ортодонтических пациентов. Ранняя диагностика нарушений прикуса. Распознавание мукогингивальных проблем. Контроль смены зубов, контроль опорных зон. Подрывная резорбция и депрессия моляров. Смещение клыка.
- 126.Перекрестный прикус. Прогенические формы. Класс Энгля II,I. Глубокий прикус. Открытый прикус. Раннее распознавание: своевременное восприятие. Профилактика травмы защитой рта. Особенности профилактики стоматологических заболеваний у беременных, детей и подростков.
- 127.Персонал, выполняющий мероприятия по индивидуальной профилактике. Планирование комплекса профилактических мероприятий с учетом особенностей стоматологического статуса.
- 128.Общие представления о заболеваниях слизистой оболочки полости рта. Строение слизистой оболочки полости рта. Элементы поражения СОПР. Патоморфологические процессы на СОПР. Профилактика травмы СОПР. Вирусные поражения СОПР.
- 129.Профилактика, ранняя диагностика и лечение карциномы и предраковых состояний в полости рта. Ранняя диагностика, лечение внеротовых злокачественных новообразований. Ответственность стоматолога при изменениях кожи и красной каймы губ.
- 130.Дифференциальный диагноз лейкоплакии. Ранняя диагностика/первичная профилактика. Вторичная профилактика/лечение. Табак, алкоголь и изменения слизистой оболочки рта. Небо курильщика, лейкодема, меланоз курильщика.
- 131.Анемия, лейкоз, буллезные дерматозы. Гепатиты, синдромы, инфекционные заболевания. Профилактика, диагностика, лечение.

132. Общие вопросы стоматологии детского возраста. Профилактика стоматологических заболеваний. Диспансеризация детского населения у стоматолога.
133. Обезболивание. Интенсивная терапия. Реанимация.
134. Организация стоматологической помощи детского возраста. Особенности обследования стоматологического больного в стоматологии детского возраста.
135. Анатомия зубочелюстной системы. Стадии развития зуба. Развитие временных и постоянных зубов. Общее строение зуба. Механизм смены зубов. Зубная формула во временном, сменном и постоянном прикусе. Временный и сменный прикус. Постоянный прикус. Группы зубов временного прикуса, сроки прорезывания, сроки минерализации и сроки смены временных зубов. Группы зубов постоянного прикуса и сроки прорезывания.
136. Клинические особенности анатомо - гистологического строения зубов. Анатомия временных зубов. Анатомия постоянных зубов. Зубная дуга. Альвеолярная дуга. Апикальная (базальная) дуга. Факторы, обеспечивающие устойчивость зубов. Анатомическая и клиническая коронка зуба. Анатомическая и клиническая шейка зуба. Поражения твердых тканей зуба. Процессы де- и реминерализации эмали.
137. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области.
138. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Болезни пародонта. Строение пародонта. Функции пародонта. Десневая бороздка. Десневая жидкость. Зубодесневое соединение. Пародонт.
139. Врожденные пороки развития лица, челюстей и зубов. Аномалии развития СОПР. Сверхкомплектные зубы. Расщелины лица. Пороки развития верхней губы. Расщелины неба.
140. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Повреждение зубов, челюстных костей и мягких тканей лица.
141. Опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей и костей лица. Особенности опухолей у детей. Новообразования мягких тканей полости рта, лица и шеи. Опухоли и дисплазии лицевых костей.
142. Анатомия зубочелюстной системы. Нормальное развитие зубочелюстной системы. Период внутриутробного развития. Анатомо - физиологические основы челюстно-лицевой области. Основы гнатологии. Основные положения гнатологии.
143. Процесс функционирования зубочелюстной системы. Реконструктивные формы лечения зубов, зубных рядов и заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Стоматогнатическая система. Функции стоматогнатической системы.
144. Жевательный аппарат. Биомеханика жевательного аппарата. Компоненты жевательной системы и функциональное взаимодействие. Структуры стоматогнатической системы. Основные понятия и термины в гнатологии. Биодинамика прикуса. Оклюзия. Виды и компоненты окклюзии. Центральная окклюзия. Контакты зубов при центральной окклюзии. Передняя окклюзия. Задняя контактная окклюзия. Боковая (трансверзальная) окклюзия.
145. Патологическая окклюзия. Травматическая окклюзия. Ретрузия. Протрузия. Латеротрузия. Рабочая сторона. Балансирующая сторона. Медиотрузия. Парафункции. Дизокклюзия. Оклюзионная плоскость. Оклюзионная поверхность. Артикуляция («динамическая окклюзия»).
146. Прикус. Физиологические виды прикуса. Аномалийные виды прикуса. Высота окклюзии. Положение физиологического покоя. Высота покоя. Межокклюзионное пространство.
147. Строение ВНЧС. Височный компонент сустава. Нижнечелюстной компонент сустава. Регуляция движений в ВНЧС. Сознательные, рефлексорные и ритмичные движения. Движения нижней челюсти. Движения нижней челюсти в сагитальной плоскости. Открывание и закрывание рта. Движения нижней челюсти в трансверсальной плоскости. Жевательная функция. Цикл жевательных движений по U.Posselt в трех плоскостях. зубочелюстных аномалий.

- 148.Этиология зубочелюстных аномалий. Обоснование ортодонтического лечения. Прикус. Классификация физиологических типов прикуса. Классификация аномалий зубов и челюстей. Классификация аномалий прикуса.
- 149.Методы лечения зубочелюстных аномалий. Биологические основы ортодонтического лечения. Этиология и классификация прикуса. Лечение во время прорезывания зубов. Челюстно-лицевой рост, клеточные основы перемещения. Ортодонтическая оценка. Цефалометрия.
- 150.Ортодонтическое лечение взрослых пациентов. Ортодонтия и ортодонтическая хирургия. Расщелина губы и твердого неба и другие челюстно - лицевые аномалии. Первая помощь в ортодонтии.
- 151.Методы диагностики зубочелюстных аномалий. Сагитальная, фронтальная и сагитальная плоскости. Схема плоскостей. Оклюзионная (жевательная) плоскость. Компенсационная кривая Уилсона. Сагитальная кривая Шпее. Камперовская линия (горизонталь). Франкфускрсткая горизонталь. НIP- плоскость (Hamulus Incisive Papilla). Горизонтальная плоскость черепа. Протетическая плоскость. Соотношение челюстей. Центральное соотношение челюстей. Шарнирная ось.
- 152.Прикус. Классификация ортодонтических аппаратов. Бреккет – система (лечебный, внутриротовой, назубный, несъемный, механически действующий аппарат). Морфологические изменения в зубочелюстной системе под влиянием ортодонтического лечения. Ортодонтический инструментарий.
- 153.Строение зубов и основы моделирования. Принципы препарирования под ортопедические конструкции.
- 154.Вкладка (вставка, inlay, onlay, overlay, pinlay), виниры. Микропротез. Методы изготовления и материалы под вкладки. Понятие о восстановлении разрушенных коронок зубов. Подготовка корней под литые культевые вкладки.
- 155.Искусственные коронки. Показания и противопоказания к применению коронок. Принципы препарирования под коронки.
- 156.Ортопедические методы замещения дефектов зубов. Классификация дефектов зубных рядов. Классификация дефектов протезов.
- 157.Артикуляторы. Классификация артикуляторов. Биомеханика нижней челюсти. Изменения височно-нижнечелюстного сустава в связи с потерей зубов.
- 158.протезов. Этапы протезирования при полном отсутствии зубов. Функциональные слепки. Индивидуальная ложка. Определение центрального соотношения челюстей. Определение высоты прикуса. Центральная окклюзия. Постановка искусственных зубов. Смешанная постановка зубов. Ближайшие и отдаленные результаты протезирования.
- 159.Челюстно-лицевая ортопедия и травматология. Ортопедическое лечение больных с переломами челюстей, последствий травмы челюстей. Протезирование после резекции челюстей. Протезирование больных с приобретенными дефектами твердого и мягкого неба. Ортопедические аспекты лечения.
- 160.Протезирование при дефектах лица (экзопротезы). Ортопедическая помощь при восстановительной хирургии лица и челюсти. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта и ВНЧС.
- 161.Эндодонтия. Основные клинко-анатомические понятия. Неотложная помощь в эндодонтии. Эндодонтическая подготовка к проведению хирургических методов лечения заболеваний пульпы и периодонта.
- 162.Стоматогенный очаг инфекции, очагово-обусловленные заболевания. Гистология и физиология пульпы. Функции пульпы. Современные представления об этиологии, патогенезе и клинике пульпита. Влияние на пульпу зуба факторов старения и патологических состояний организма.

163. Клиническая характеристика пульпита. Пульпит. Классификация. Острые формы пульпита. Хронические формы пульпита. Хронические формы пульпита в стадии обострения. Ретроградный пульпит. Клиника,
164. диагностика, дифференциальная диагностика. Ошибки в диагностике пульпитов. Методы лечения пульпитов. Гистология и физиология периодонта. Функции периодонта. Современные представления об этиологии, патогенезе и клинике периодонта. Влияние на периодонт зуба факторов старения и патологических состояний организма.
165. Клиническая характеристика периодонтита. Современные методы лечения периодонтита в зависимости от формы. Лечение острого апикального периодонтита. Лечение хронического апикального периодонтита. Комплексное лечение верхушечного периодонтита. Консервативные методы лечения периодонтита. Повторное эндодонтическое лечение. Роль физиотерапии в лечении верхушечного периодонтита.
166. Предмет и основные этапы развития хирургической стоматологии и челюстно – лицевой хирургии. Организация хирургической стоматологической помощи больным с патологией челюстно – лицевой области. Контроль инфекции в хирургической стоматологии.
167. Обследование хирургического стоматологического больного. Удаление зубов.
168. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно – лицевой области. Периодонтит, периостит, остеомиелит челюсти. Абсцессы и флегмоны лица и шеи. Лимфангит, лимфаденит, аденофлегмона лица и шеи. Болезни прорезывания зубов. Одонтогенное воспаление верхнечелюстной пазухи. Специфические инфекционные воспалительные заболевания лица и шеи, полости рта, челюстей.
169. Инфекционные и протозальные заболевания и поражения челюстно – лицевой области и полости рта. Заболевания и повреждения слюнных желез. Диагностика и лечение осложнений воспалительных заболеваний челюстно – лицевой области.
170. Неогнестрельные и огнестрельные повреждения, ожоги, отморожения, лучевые поражения челюстно – лицевой области. Заболевания и поражения нервов лица и челюстей. Заболевания и поражения височно -нижнечелюстного сустава.
171. Кисты челюстей. Опухоли и опухолеподобные образования челюстно – лицевой области.
172. Врожденные пороки челюстно – лицевой области и шеи. Восстановительные операции на мягких тканях лица и шеи. Костная пластика нижней челюсти. Аллопластика височно -нижнечелюстного сустава. Хирургическое лечение аномалий и деформаций челюстей. Хирургическое лечение посттравматических деформаций лицевого черепа. Компрессионно –дистракционные методы лечения при реконструкции верхней и нижней челюстей.
173. Основы эстетической хирургии лица и шеи. Основы эндопротезирования и эктопротезирования лица. Зубная и челюстно – лицевая имплантация. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта.
174. Понятие о материаловедении. Классификация материалов и требования, предъявляемые к ним.
175. Основные(конструкционные) и вспомогательные материалы.
176. Классификация материалов, применяемых в стоматологии, оттисковые материалы. Характеристика оттисков (слепков) и методика их получения. Ложки для оттисков.
177. Металлы и сплавы. Полимеры. Керамика (стоматологический фарфор, ситталы).
178. Моделировочные, формовочные, абразивные материалы.
179. Фиксирующие материалы (временные и постоянные), применяемые в ортопедической стоматологии.
180. Стоматологические цементы (минеральные и полимерные). Механизмы соединения цемента с культей препарированного зуба.
181. Композиционные материалы («цементы») и алгоритм их применения для постоянной фиксации различных несъемных протезов.
182. Стоматологическое материаловедение. Классификация материалов и требования предъявляемые к ним.

- 183.Современные пломбировочные материалы и технологии, используемые при лечении кариеса. Понятие «пломбирование» и «реставрация» зуба. Требования к «идеальному» пломбировочному материалу.
- 184.Варианты наложения постоянных пломб, изолирующих и лечебных прокладок. Классификация пломбировочных материалов.
- 185.Современные инструменты и аксессуары для пломбирования дефектов твердых тканей зубов, шлифования и полирования пломб.
- 186.Материалы для повязок, временных пломб, лечебных прокладок. Стоматологические цементы. СИЦ.
- 187.Композиционные материалы. Компомеры. Ормомеры. Наноккомпозиты. Общие сведения: состав, способы отверждения, полимеризационная усадка. Адгезивные технологии при пломбировании композитами. Методики клинического применения композитов.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

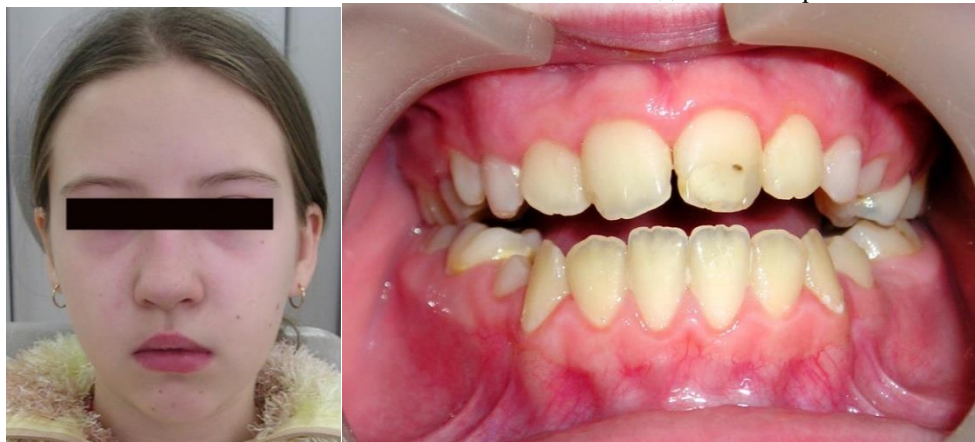
«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Задачи для проведения собеседования

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1.

Стоматология детского возраста



Пациентка Е., 11 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и эстетический недостаток. При осмотре выявлено увеличение высоты нижней части лица, сглаженность носогубных складок, напряжение мышц околоротовой области. В полости рта: вертикальная щель между резцами до 3 мм. При исследовании функции глотания – «симптом напёрстка» на подбородке, прокладывание языка между зубными рядами. 21 – изменение цвета и истончение эмали на вестибулярной поверхности от режущего края до середины коронки, при зондировании эмаль

гладкая, в пигментированном участке – дефект эмали. ИГПР = 2,8.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.
3. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.
4. Предложите комплекс лечебно-профилактических мероприятий.
5. Назовите элементы, которые необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2.

Стоматология детского возраста



Пациент Б., 16 лет. Жалобы: на изменение цвета коронки верхнего резца. Объективно: цвет коронки 11 зуба имеет коричнево-серый оттенок. На вестибулярной и медиальной поверхности 11, медиальной поверхности 21 - пломбы. Перкуссия безболезненная.

Задание:

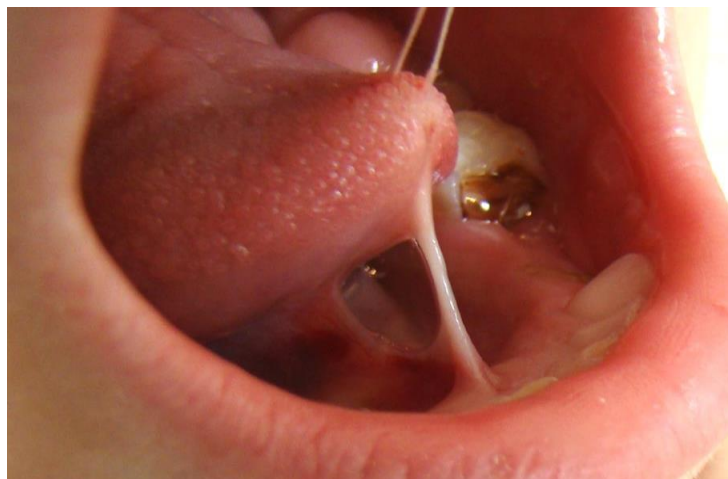
1. Предположите причины изменения цвета коронки зуба.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Укажите метод лечения для достижения косметического эффекта.
5. Составьте план комплексного лечения данного пациента.

Вопросы.

1. Зубной камень. Виды. Образование, состав, методы выявления. Влияние различных факторов на скорость образования зубного камня. Роль минерализованных зубных отложений в возникновении и течении заболеваний пародонта.
2. А트равматичная восстановительная технология для лечения кариеса молочных зубов у детей. Показания к проведению, материалы, методика выполнения.
3. Методика обследования ребенка при аномалиях зубо-челюстного аппарата. История болезни ортодонтического больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3.

Стоматология детского возраста



Пациент Д., 5 лет, направлен к стоматологу логопедом. Жалобы (со слов родителей): на нарушение звукопроизношения. Объективно: ограничение подвижности языка, уздечка прикрепляется к кончику языка, кариозная полость в зубе 75.

Задание.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие последствия может иметь данная ситуация, если лечение не будет проведено?
3. Составьте план комплексного стоматологического лечения ребенка.
4. Какое обследование пациента требуется провести перед хирургическим вмешательством?
5. Перечислите методы лечения 75.

Вопросы

1. Индивидуальная гигиена полости рта. Назначение комплекса гигиены детям с заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта.
2. Глубокий кариес постоянных зубов у детей. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Особенности лечения в зубах с несформированными корнями. Профилактика осложнений.
3. Периодонтиты временных и постоянных зубов. Клинико-рентгенологическая диагностика. Тактика хирургического лечения в зависимости от возраста ребенка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4. Стоматология детского возраста



Ребёнок Р., 16 лет, жалуется на кровоточивость десен. В анамнезе – ортодонтическое лечение в течение двух лет. В полости рта: синюшность, отек десневых сосочков и маргинальной десны, деформация десневого края у фронтальных зубов нижней челюсти. Рецессия десны 32. Брекеты на нижних зубах, кроме 32, 43, дуга отсутствует. ИГПР = 3,5.

Задание.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для постановки диагноза?
2. Назовите причины данной клинической ситуации.
3. Составьте план комплексного лечения ребенка.

4. Какие предметы, средства и методы гигиены полости рта показаны в данной ситуации?
5. Назовите недостатки ортодонтического лечения с применением несъемной аппаратуры.

Вопросы

1. Первичная. Вторичная, третичная профилактика кариеса зубов. Роль в повышении уровня и резервов здоровья человека. Основные и вспомогательные мероприятия первичной профилактики. Популяционный, групповой, индивидуальный уровни профилактики.
2. Острый и обострившийся хронический пульпит молочных зубов. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика осложнений.
3. Принцип действия аппаратов Брюкля, Андресена-Гойпла, Френкеля. Клинико-лабораторные этапы изготовления.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5.

Стоматология детского возраста



Пациента А., 4-х лет, привели родители на профилактический осмотр. Жалоб ребенок не предъявляет. Из анамнеза выяснено, что ребенок находился на искусственном вскармливании, любит сладкое, зубы чистит нерегулярно.

Задание:

1. Оцените состояние зубов ребенка и поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите патогенетические факторы развития данной клинической ситуации.
3. Составьте индивидуальный план лечения ребенка.
4. Каким пломбирочным материалам необходимо отдать предпочтение при лечении данного пациента?
5. Каков прогноз для данной клинической ситуации?

Вопросы

1. Особенности гигиены полости рта при заболеваниях твердых тканей зубов (кариес, гипоплазия, флюороз, патологическая стираемость, гиперестезия, клиновидные дефекты и др.)
2. Выбор пломбирочного материала в зависимости от возраста ребенка, анатомической принадлежности зуба, состояния корней зубов, локализации кариозной полости, степени активности кариеса. Технология применения различных пломбирочных материалов (стеклоиономерный цемент, амальгама и др.)
3. Операция удаления зубов. Показания к удалению молочных зубов. Особенности техники удаления молочного зуба. Осложнения во время и после операции. Предупреждение осложнений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6.

Стоматология детского возраста



Пациентка А., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонт с целью профилактического осмотра и определения нужности ребенка в лечении. При осмотре полости рта ребенка: справа щечные бугорки нижних боковых зубов перекрывают щечные бугорки верхних, диастема между медиальными резцами на верхней челюсти, отсутствует

латеральный резец на верхней челюсти слева.

Задание:

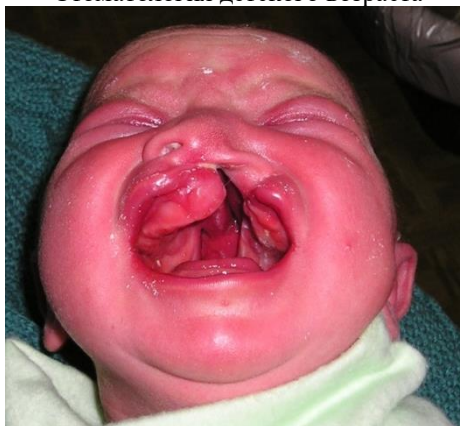
1. Назовите имеющиеся аномалии.
2. Укажите, в какой плоскости классифицируется данная аномалия прикуса.
3. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?
4. С чем надо провести дифференциальную диагностику гиподонтии?
5. Составьте план комплексного лечения пациента.

Вопросы.

1. Пародонтит у детей. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Прикус молочных (временных) зубов. Формирование. Характеристика.
3. Фторирование молока и соли. Показания к применению, технология изготовления, дозировка фторидов, персонал, стоимость программ, эффективность, контроль безопасности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7.

Стоматология детского возраста



Родители жалуются на наличие обезображивающего дефекта лица новорождённого ребёнка К., затруднения при вскармливании. Ребёнок родился в срок, вес 3000 г. Из беседы с мамой выяснено, что на 3-ем месяце беременности она переболела ОРВИ, принимала антибиотики. На 6-ом месяце беременности перенесла стресс, была угроза выкидыша.

Задание:

1. Опишите местный стоматологический статус (statuslocalis). Укажите функциональные и анатомические нарушения, имеющие место у данного ребёнка.
2. Поставьте диагноз.
3. Предположите этиологический фактор данного порока.
4. Составьте план комплексной реабилитации ребёнка.
5. В какой помощи нуждается ребёнок в данный момент?

Вопросы

1. Классификация предметов гигиены полости рта. Характеристика зубных щеток. Специальные зубные щетки. Показания к применению. Уход за зубной щеткой, частота смены.
2. Средний кариес молочных и постоянных зубов у детей. Клиника в зависимости от активности течения кариозного процесса, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика осложнений.
3. Сменный прикус. Сроки и очередность прорезывания постоянных зубов. Методы профилактики деформаций, возникающих в период смены зубов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8.

Стоматология детского возраста



Ребёнок Р., 8 лет, находится на диспансерном наблюдении по поводу врождённой патологии лица. Родители обратились для планирования дальнейшего лечения у ортодонта и хирурга.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите выполненные операции.
3. Какие методы диагностики необходимо провести для составления плана лечения?
4. Составьте план дальнейшей реабилитации.
5. В какие сроки будет планироваться хирургическое лечение?

Вопросы.

1. Санитарное просвещение населения в области стоматологии: цель, принципы. Объекты, виды, средства, формы, методы проведения. Мотивация населения к поддержанию здоровья полости рта. Особенности медико-педагогического убеждения различных возрастных групп.
2. Этиология, закономерности клинического течения, дифференциальная диагностика, особенности комплексного лечения кариеса у детей раннего возраста.
3. Ретенция зубов у детей. Причины ретенции. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9.

Стоматология детского возраста



Пациентка К., 14 лет, обратилась с жалобами на затруднения при приёме пищи, нарушение звукопроизношения, нарушение эстетики лица. В полости рта на нижней челюсти справа отсутствуют все зубы, за исключением резцов, альвеолярная часть и тело нижней челюсти. В анамнезе хирургическое лечение.

Задание:

1. Опишите данные внешнего осмотра пациентки.
2. Назовите хирургическое вмешательство, проведенное пациентке.
3. Назовите возможные причины данной операции.
4. Составьте план дальнейшей реабилитации.
5. Каков прогноз данной клинической ситуации?

Вопросы.

1. Средства гигиены полости рта. Классификация. Зубные порошки: состав, свойства, показания и противопоказания к применению.
2. Показания и противопоказания к лечению у детей пульпита методом витальной ампутации. Этапы проведения. Профилактика ближайших и отдаленных осложнений.
3. Деформация зубных рядов и прикуса при преждевременной потере молочных зубов. Особенности протезирования дефектов зубов и зубных рядов в период прикуса молочных зубов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10.

Стоматология детского возраста



Пациент С., 16 лет, находится на диспансерном учёте у ортодонта после лечения по поводу аномалии прикуса. Жалобы на кровоточивость десны во время чистки зубов.

Задание:

1. Опишите местный статус.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Сделайте предположения о причинах заболевания.
4. Назовите методы диагностики, которые можно использовать для уточнения диагноза.
5. Назначьте лечение.

Вопросы.

1. Профилактика заболеваний пародонта в различные возрастные периоды жизни ребенка. Общегосударственные врачебные и индивидуальные меры профилактики. Программа профилактики болезней пародонта.
2. Травматический стоматит у детей. Классификация. Механическая травма слизистой рта. Причины, клиника, лечение, профилактика.
3. Аномалии положения отдельных зубов: клиника, профилактика и лечение всех видов проявления.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11.

Стоматология детского возраста



Пациент У., 8 лет. Жалобы: на эстетический недостаток, обнажение корня 31, которое постепенно увеличивается в течение 1,5 лет после прорезывания зуба. Объективно: КПУ = 2, ИГПР = 3; РМА = 16%; рецессия десны 31 = 2,5 мм

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Составьте план комплексного лечения.
4. Перечислите составляющие комплекса профессиональной гигиены полости рта.
5. Какие методы лечения применяются для устранения тесного положения зубов у детей?

Вопросы.

1. Зубная бляшка. Локализация, состав, механизм образования, строение. Микроорганизмы зубной бляшки. Патогенное действие зубной бляшки на твердые ткани зуба и пародонт. Влияние различных факторов на скорость образования зубной бляшки.
2. Классификация кариеса зубов у детей. Клиническое течение кариеса постоянных зубов в зависимости от степени активности кариозного процесса.
3. Переломы верхней и нижней челюсти и других костей лицевого скелета. Реабилитация ребенка после травмы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12.

Стоматология детского возраста



Пациентка Л., 6,5 лет. Родители жалуются на необычный вид, разрушение зубов у ребенка, затруднение в пережевывании пищи. Анамнез: зубы прорезывались в обычные сроки, имели сероватый оттенок, постепенно стирались. Объективно: слизистая оболочка полости рта розового цвета, влажная, блестящая, чистая; коронки 31, 41, 82, 83, 73, 52, 53, 62, 63 – водянисто-серого цвета, обычной формы; коронки 54, 55, 64, 65, 74, 75, 84, 85 стерты до уровня десны, обнажившийся дентин имеет янтарно-желтый цвет, зондирование, перкуссия безболезненны; 72, 51, 61 отсутствуют; зубоальвеолярная деформация, щель по вертикали в переднем отделе 0,5 см.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие изменения будут выявлены на ортопантомограмме?
3. Какие дополнительные сведения следует узнать у родителей?
4. Составьте план комплексного лечения.
5. Составьте прогноз развития заболевания, дайте рекомендации родителям.

Вопросы

1. Стоматологический осмотр полости рта у ребенка. Исследование твердых тканей зубов.
2. Анатомо-физиологические особенности пульпы временных и постоянных зубов в зависимости от состояния корней (формирующиеся, сформированные, рассасывающиеся). Значение для клиники
3. Аппаратура Френкеля. Клинико-лабораторные этапы изготовления. Понятие о конструктивном прикусе.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13.

Стоматология детского возраста



Пациент А., 7 лет. Родители жалуются на прорезывание у ребенка постоянных зубов необычного вида и цвета.

Задание:

1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какой метод обследования необходим для уточнения диагноза?
4. Составьте план комплексного лечения.
5. Назовите особенности реставрации при врожденных некариозных поражениях зубов.

Вопросы.

1. Плоскостная и циркулярная формы кариеса временных зубов у детей. Причины возникновения, клиническое течение, осложнения, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Острый одонтогенный остеомиелит. Этиология. Особенности клинического течения. Лечение.
3. Диастема. Этиология. Клиника. Профилактика, методы лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14.

Стоматология детского возраста



Пациент Р., 8 лет, жалуется на отлом части коронки 11, кратковременную боль на холодное. Травма зуба произошла 2 дня назад. Объективно: гиперемия, отек десны в области 11, 12; отлом медиальной части режущего края коронки 11 в пределах эмали и дентина без обнажения полости зуба, зондирование линии отлома болезненно; слабо болезненная перкуссия, подвижность 1 степени 11, 21 зубов.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Опишите представленную рентгенограмму.
4. Предложите методы лечения 11.
5. Назовите возможные исходы заболевания.

Вопросы.

1. Стоматологический осмотр полости рта у ребенка. Исследование слизистой оболочки полости рта и пародонта. Индексы, регистрирующие состояние пародонта (РМА, СРІ и др.)
2. Острый и обострившийся хронический пульпит молочных зубов. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика осложнений.
3. Профилактика аномалий и деформаций челюстно-лицевой области в периоде прикуса молочных зубов. Роль и методы миогимнастики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15.

Стоматология детского возраста



Пациент П., 8 лет. Обратился к стоматологу с целью санации. При осмотре полости рта пальпируется выбухание кортикальной пластики в области молочных моляров нижней челюсти справа 84, 85 изменены в цвете, ранее лечены по поводу осложненного кариеса резорцин-формалиновым методом.

Задание:

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести ребенку?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие ошибки в технологии лечения 84, 85 могли привести к данному осложнению?
4. Составьте план лечения ребенка.
5. Выберите метод обезболивания и анестетик.

Вопросы.

1. Пути повышения кариесрезистентности эмали зубов в различные периоды жизни ребенка
2. Профилактика ошибок и осложнений на различных этапах диагностики и лечения кариеса временных и постоянных зубов у детей.
3. «Открытый» прикус. Этиология, клинические формы, профилактика. Методы лечения в зависимости от формы аномалии и возраста.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16.

Стоматология детского возраста



Пациентка К., 4 года. Поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на болезненную припухлость в области верхней челюсти слева. Со слов родителей 2 дня назад были удалены 64, 65 по поводу обострения хронического периодонтита. Общее состояние ребенка тяжелое, температура тела 39,5. Ребенок отказывается от еды, плохо спит, капризничает.

Задание:

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

3. Какой метод обследования необходим для уточнения диагноза?
4. Составьте план комплексного лечения.
5. Каковы исходы данного заболевания?

Вопросы.

1. Гигиена полости рта как метод профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта.
2. Девитальный метод лечения пульпита у детей. Показания и противопоказания к ампутиационному и экстирпационному методу. Этапы проведения. Виды современных девитализирующих препаратов, сроки наложения. Положительные и отрицательные характеристики резорцин-формалинового метода лечения пульпита.
3. Острая травма зубов у детей. Причины травмы, клиника, методы диагностики. Оказание помощи в условиях поликлиники. Показания к госпитализации ребенка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17.

Стоматология детского возраста



Пациент Ш., 5 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на наличие у ребенка множественных кариозных поражений зубов. Зубы начали интенсивно разрушаться в течение последних 6 месяцев. Ребенок боится звука бормашины.

Задание:

1. Перечислите возможные причины быстрого разрушения зубов у ребенка.
2. Опишите состояние языка у ребенка.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план лечения ребенка.
5. Выберите для ребенка метод препарирования и материал для пломбирования кариозных полостей в резцах верхней челюсти.

Вопросы.

1. Гипертрофический гингивит у детей. Причины, клинические формы, течение, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Анатомо-физиологические особенности детского организма, челюстно-лицевой области и их роль в проявлениях в гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей лица, лимфатических узлов, слюнных желез у детей.
3. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппаратов механического действия (с винтом, пружиной Коффина, с различными проволоочными элементами.)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18.

Стоматология детского возраста



Пациент С., 6 лет, жалуется на боли от сладкого, холодного в 85 зубе. Со слов родителей ребенок жалуется на боли в течение нескольких недель. Последний раз был у стоматолога год назад. Объективно: 85 - кариозная полость в пределах глубоких слоев дентина, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование болезненно по дну, перкуссия безболезненна. 46 – жевательная поверхность покрыта зубным налетом, зонд свободно проникает в фиссуры. ИГПР = 2,8.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз для 85, 46.
2. С какими видами патологии следует дифференцировать заболевание 85 зуба?
3. Составьте план лечения ребенка.
4. Перечислите последовательность манипуляций при лечении 85 зуба.
5. Назовите методы и материалы для проведения герметизации фиссур зубов у детей.

Вопросы.

1. Кариесогенная ситуация в полости рта. Механизм действия местных кариесогенных факторов. Значение изменений свойств и состава ротовой жидкости.
2. Этиология, закономерности клинического течения, дифференциальная диагностика, особенности комплексного лечения кариеса у детей раннего возраста.
3. Аномалии формы зубных рядов. Этиология, клиника, методы диагностики (симметроскопия и симетрография зубных дуг). Лечение в зависимости от формы и возраста

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19.

Стоматология детского возраста



Пациент Ф., 6 лет. Жалобы на боль, кровоточивость трещин в углах рта, затруднения при пережевывании пищи. Зубы ранее не лечили, при возникновении боли – удаляли. Трещины в углах рта появились давно, лечение не проводилось. Объективно: ребенок худой, бледный, в углах рта – трещины, инфильтрированные и уплотненные по краям, покрыты беловатым налетом. В полости рта сохранены молочные зубы 53,63,64,73,72, 82, 83, прорезались

постоянные 16,26,36,31,41,46. В первых постоянных молярах кариозные полости на жевательной поверхности в пределах поверхностных зон дентина, зондирование болезненно по эмалево-дентинному соединению, перкуссия безболезненна. Зубы покрыты обильным налетом, ИГПР=4,5.

Задание:

1. Перечислите методы выявления зубного отложений и критерии оценки для детей разного возраста.
2. Какие дополнительные методы обследования следует провести?
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план лечения ребенка.
5. Назовите вероятные причины появления у ребенка трещин в углах рта.

Вопросы.

- 1.Зубные эликсиры и ополаскиватели. Классификация. Состав, свойства, показания к применению, методы применения.
- 2.Хронический фиброзный пульпит временного зуба. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика осложнений.
- 3.Кисты челюстей у детей. Классификация. Одонтогенные воспалительные кисты от временных и постоянных зубов. Клинико-рентгенологическая картина, лечение, реабилитация.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20.

Стоматология детского возраста



Пациент Б., 12 лет. Жалобы на боль, возникающую на кислое, холодное, при чистке зубов, жевании твердой пищи. При осмотре выявлено: истончение эмали на вестибулярных поверхностях большинства зубов; чашеобразные углубления на жевательной поверхности первых моляров, обнаженный дентин гладкий, блестящий. Прикосновение зондом к эмали и дентину зубов болезненно. 47,37 – прорезались не полностью (дистальный край зуба закрыт десной), кончик зонда «задерживается» в глубине фиссур.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите причины данного заболевания.
3. Составьте план лечения ребенка.
4. Назовите методы восстановления жевательной поверхности 46 зуба.
5. Какое лечение необходимо для 47, 37 зубов?

Вопросы.

- 1.Очаговая деминерализация эмали. Распространенность, причины возникновения, патогенез, классификация, патанатомия. Клиническое течение быстро- и медленно текущей формы очаговой деминерализации, дифференциальная диагностика, лечение.
- 2.Хронические периодонтиты временных зубов у детей. Причины, клиника, дифференциальная диагностика. Показания к выбору консервативного метода лечения. Прогноз
- 3.«Перекрестный» прикус. Классификация. Этиология, клиника.Профилактика. методы лечения зубоальвеолярных форм в различные возрастные периоды.

Критерии оценки:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» -правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Тесты

001. При организации стоматологической помощи детям применимы следующие формы хозяйственного механизма
- а) бригадный метод
 - б) сдельно-премиальная система
 - в) арендные отношения
 - г) медицинское страхование
 - д) все перечисленные выше
002. Стоматологическая заболеваемость в детской стоматологии изучается с целью
- а) определения структуры стоматологической заболеваемости
 - б) определения уровня оказания стоматологической помощи детям
 - в) получения объективных данных для оценки эффективности действующих стоматологических оздоровительных программ
 - г) формирования и стимулирования общественного сознания в поддержку развития стоматологического обслуживания детей
 - д) определения комплекса указанных выше задач
003. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=1.0 у детей 12 лет?
- а) очень низкой
 - б) низкой
 - в) умеренной
 - г) высокой
 - д) очень высокой
004. К какой зоне интенсивности кариеса зубов можно отнести регион с КПУ=2.0 у детей 12 лет?
- а) очень низкой
 - б) низкой
 - в) умеренной
 - г) высокой
 - д) очень высокой
005. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=3.0 у детей 12 лет?
- а) очень низкой
 - б) низкой
 - в) умеренной
 - г) высокой
 - д) очень высокой
006. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=5.0 у детей 12 лет?
- а) очень низкой
 - б) умеренной
 - в) высокой
 - г) очень высокой
 - д) ничего из перечисленного
007. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=7.0 у детей 12 лет?
- а) очень низкой
 - б) низкой

- в) умеренной
 - г) высокой
 - д) очень высокой
008. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта - "факторы риска", находящегося на диспансерном учете у стоматологов необходимо
- а) один раз в год
 - б) диспансерный осмотр 2 раза в год
 - в) диспансерный осмотр по показаниям, но не реже 2 раз в год
 - г) диспансерный осмотр 3 раза в год
 - д) диспансерный осмотр по показаниям, но не реже 3 раз в год
009. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего здоровую полость рта
- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
 - б) диспансерный осмотр 2 раза в год
 - в) диспансерный осмотр 3 раза в год
 - г) диспансерный осмотр по показаниям
 - д) диспансерные осмотры не целесообразны
010. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего кариес зубов
- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
 - б) диспансерный осмотр 2 раза в год
 - в) диспансерный осмотр 3 раза в год
 - г) диспансерный осмотр 4 раза в год
 - д) диспансерные осмотры по показаниям с учетом формы активности кариеса
011. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития, осложнений и сочетающийся с кариесом
- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
 - б) диспансерный осмотр 2 раза в год
 - в) диспансерный осмотр 3 раза в год
 - г) диспансерный осмотр по показаниям
 - д) диспансерные осмотры с учетом формы активности кариеса
012. Укажите модель диспансерного наблюдения для школьника, имеющего III степень активности кариеса
- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
 - б) диспансерный осмотр 2 раза в год
 - в) диспансерный осмотр 3 раза в год
 - г) диспансерный осмотр по показаниям
 - д) диспансерный осмотр 3 раза в год, через каждые 3-4 месяца
013. Для оценки эффективности работы врача, работающего в школе 5 лет, главным является
- а) количество пломб, поставленных в новые кариозные полости
 - б) нуждаемость в лечении
 - в) общее количество пломб в день
 - г) охват плановой санации
 - д) комплекс перечисленных показателей
014. Обязательными мероприятиями при осуществлении стоматологической диспансеризации школьников являются
- а) прием детей по обращаемости
 - б) сплошная двухразовая санация детей, начиная с первого класса
 - в) распределение детей на диспансерные группы с учетом степени активности кариеса 1 раз в году
 - г) перевод детей из одной диспансерной группы в другую при каждом диспансерном осмотре
 - д) ежемесячная оценка эффективности диспансеризации
015. Осуществлять диспансерное наблюдение детей с нарушениями функций (речи, дыхания, жевания, глотания) в организованных детских коллективах целесообразнее
- а) заведующему детским стоматологическим отделением

- б) врачу-стоматологу амбулаторного поликлинического приема
 - в) детскому врачу-стоматологу, осуществляющему санацию организованных детских коллективов
 - г) детскому стоматологу-ортодонт
 - д) специально выделенному детскому врачу-стоматологу профилактического отделения
016. Как следует проводить очистку, обработку и стерилизацию стоматологического инструмента после проведения гнойных манипуляций?
- а) достаточно дезинфекции
 - б) необходима дезинфекция с последующей стерилизацией
 - в) необходима предстерилизационная подготовка и стерилизация
 - г) достаточно только стерилизации
 - д) обязательное проведение дезинфекции, предстерилизационной подготовки и стерилизации
017. Как следует проводить очистку, обработку и стерилизацию стоматологических наконечников?
- а) обязательная стерилизация
 - б) достаточно дезинфекции
 - в) необходима предстерилизационная подготовка с последующей дезинфекцией
 - г) обязательная дезинфекция и стерилизация
 - д) стерилизация с предварительной предстерилизационной подготовкой
018. Экстренной личной профилактикой врача-стоматолога при подозрении на СПИД у пациента является
- а) закапать в глаза альбуцид
 - б) закапать в нос 1% раствор протаргола
 - в) прополаскать рот и нос 0.05% раствором марганцевокислого калия
 - г) обработать руки 70° спиртом
 - д) использовать комплекс вышеуказанных мер
019. Пульпа формируется
- а) из мезенхимы зубного мешочка
 - б) из мезенхимы зубного сосочка
 - в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
 - г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
 - д) из передней половины эпителиальной пластинки
020. Дентин формируется
- а) из мезенхимы зубного мешочка
 - б) из мезенхимы зубного сосочка
 - в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
 - г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
 - д) из передней половины эпителиальной пластинки
021. Цемент корня зуба формируется
- а) из мезенхимы зубного мешочка
 - б) из мезенхимы зубного сосочка
 - в) из эпителиальной ткани, образующей верхний слой эмалевого органа
 - г) из передней половины эпителиальной пластинки
 - д) из эпителиального влагалища
022. Периодонт формируется
- а) из мезенхимы зубного мешочка
 - б) из мезенхимы зубного сосочка
 - в) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
 - г) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
 - д) из передней половины эпителиальной пластинки
023. Эмаль зуба формируется
- а) из мезенхимы зубного мешочка
 - б) из мезенхимы зубного сосочка

- в) из эпителиальных клеток,
образующих внутренний слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
- д) ничего из перечисленного

024. Насмитова оболочка формируется
- а) из мезенхимы зубного мешочка
 - б) из мезенхимы зубного сосочка
 - в) из эпителиальной ткани,
образующей внутренний слой эмалевого органа
 - г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

III

025. Минерализация III зубов начинается
- а) на 2-3 месяце утробной жизни
 - б) на 4-5 месяце утробной жизни
 - в) на 6-7 месяце утробной жизни
 - г) на 7-8 месяце утробной жизни
 - д) на 8-9 месяце утробной жизни

II ! II

026. Минерализация II ! II зубов начинается
- а) на 3-4 месяце утробной жизни
 - б) на 4-4.5 месяце утробной жизни
 - в) на 5-6 месяце утробной жизни
 - г) на 6-7 месяце утробной жизни
 - д) на 8-9 месяце утробной жизни

III ! III , V ! V

027. Минерализация III ! III , V ! V зубов начинается
- а) на 3-м месяце утробной жизни
 - б) на 5-м месяце утробной жизни
 - в) на 6-м месяце утробной жизни
 - г) на 7-м месяце утробной жизни
 - д) на 8-м месяце утробной жизни

IV ! IV

028. Минерализация IV ! IV зубов начинается
- а) на 3-м месяце утробной жизни
 - б) на 5-м месяце утробной жизни
 - в) на 6-м месяце утробной жизни
 - г) на 7-м месяце утробной жизни
 - д) на 8-м месяце утробной жизни

I ! I

029. Зубы I ! I прорезываются
- а) на 4-5 месяце жизни ребенка
 - б) на 5-6 месяце жизни ребенка
 - в) на 6-8 месяце жизни ребенка
 - г) на 9-10 месяце жизни ребенка
 - д) на 11-12 месяце жизни ребенка

II ! II

030. Зубы II ! II прорезываются
- а) на 2-5 месяце жизни ребенка
 - б) на 6-12 месяце жизни ребенка
 - в) на 7-8 месяце жизни ребенка
 - г) на 12-17 месяце жизни ребенка
 - д) на 17-20 месяце жизни ребенка

III ! III

031. Зубы III ! III прорезываются
- а) на 8-10 месяце жизни ребенка
 - б) на 10-12 месяце жизни ребенка
 - в) на 12-15 месяце жизни ребенка
 - г) на 16-20 месяце жизни ребенка
 - д) на 17-19 месяце жизни ребенка

IV ! IV

032. Зубы IV ! IV прорезываются
- а) на 9-12 месяце жизни ребенка
 - б) на 12-16 месяце жизни ребенка

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

V!V

033. Зубы V!V прорезываются
- а) на 9-10 месяце жизни ребенка
 - б) на 10-12 месяце жизни ребенка
 - в) на 12-18 месяце жизни ребенка
 - г) на 18-20 месяце жизни ребенка
 - д) на 20-30 месяце жизни ребенка

!!!

034. Формирование корней !!! зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 1.5 года
 - б) в возрасте ребенка 2-2.5 года
 - в) в возрасте ребенка 3 года
 - г) в возрасте ребенка 4 года
 - д) в возрасте ребенка 5 лет

!!!!

035. Формирование корней !!!! зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 2 года
 - б) в возрасте ребенка 3 года
 - в) в возрасте ребенка 4 года
 - г) в возрасте ребенка 5 лет
 - д) в возрасте ребенка 6 лет

!!!!!!

036. Формирование корней !!!!!! зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 2-3 года
 - б) в возрасте ребенка 3-3.5 года
 - в) в возрасте ребенка 3-4 лет
 - г) в возрасте ребенка 4-5 лет
 - д) в возрасте ребенка 5-5.5 лет

IV!IV

037. Формирование корней IV!IV зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 2-3 года
 - б) в возрасте ребенка 3-4 года
 - в) в возрасте ребенка 4-5 лет
 - г) в возрасте ребенка 5-6 лет
 - д) в возрасте ребенка 6-7 лет

V!V

038. Формирование корней V!V зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 3 года
 - б) в возрасте ребенка 4 года
 - в) в возрасте ребенка 5 лет
 - г) в возрасте ребенка 6 лет
 - д) в возрасте ребенка 7 лет

!!!

039. Сроки максимального рассасывания корней !!! зубов
- а) в возрасте ребенка 3-3.5 года
 - б) в возрасте ребенка 4-4.5 года
 - в) в возрасте ребенка 5-5.5 лет
 - г) в возрасте ребенка 5.5-6.5 лет
 - д) в возрасте ребенка 6.5-7 лет

!!!!

040. Сроки максимального рассасывания корней !!!! зубов
- а) в возрасте ребенка 3-4 лет
 - б) в возрасте ребенка 4-5 лет
 - в) в возрасте ребенка 5-6 лет
 - г) в возрасте ребенка 5.5-7 лет
 - д) в возрасте ребенка 8 лет

!!!!!!

041. Сроки минимального рассасывания корней !!!!!! зубов
- а) в возрасте ребенка 5-6 лет
 - б) в возрасте ребенка 6-7 лет

- в) в возрасте ребенка 8.5-9 лет
- г) в возрасте ребенка 10-11 лет
- д) в возрасте ребенка 11-12 лет

$\frac{IV!IV}{IV!IV}$

042. Сроки максимального рассасывания корней $\frac{IV!IV}{IV!IV}$ зубов

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

$\frac{V!V}{V!V}$

043. Сроки максимального рассасывания корней $\frac{V!V}{V!V}$ зубов

- а) в возрасте ребенка 6-7 лет
- б) в возрасте ребенка 8-8.5 лет
- в) в возрасте ребенка 9-9.5 лет
- г) в возрасте ребенка 9-10 лет
- д) в возрасте ребенка 10-11 лет

044. Какой тип резорбции корней молочных зубов является физиологическим?

- а) I - равномерная резорбция всех корней
- б) II - резорбция с преобладанием процесса в области одного корня
- в) III - резорбция с преобладанием процесса в области бифуркации корней
- г) резорбция корней в результате хронического воспаления тканей периодонта
- д) I, II, III типы резорбции корней

045. Какой вид резорбции корней молочных зубов при хроническом воспалении периодонтита?

- а) равномерная резорбция всех корней
- б) резорбция с преобладанием в области одного корня
- в) резорбция с преобладанием процесса в области бифуркации
- г) патологический вид резорбции
- д) физиологический вид резорбции

046. Укажите сроки закладки зачатков постоянных зубов

- а) на 1-м месяце утробной жизни
- б) на 5-6 месяце утробной жизни
- в) на 5-6 месяце жизни ребенка
- г) на 2-м году жизни ребенка
- д) на 4-5 году жизни ребенка

$\frac{6!6}{6!6}$

047. Минерализация $\frac{6!6}{6!6}$ зубов начинается

- а) на 5-м месяце утробной жизни
- б) на 3-4-м месяце жизни ребенка
- в) в конце антенатального периода
- г) в возрасте ребенка 1-1.5 года
- д) в возрасте 2-2.5 лет

$\frac{1!1}{1!1}$

048. Минерализация $\frac{1!1}{1!1}$ зубов начинается

- а) на 8-м месяце утробной жизни
- б) при рождении ребенка
- в) на 5-м месяце жизни ребенка
- г) на 1-м году жизни ребенка
- д) на 2-м году жизни ребенка

$\frac{5!5}{5!5}$

049. Минерализация $\frac{5!5}{5!5}$ зубов начинается

- а) на 6-м месяце утробной жизни
- б) на 1-м году жизни ребенка
- в) на 2-2.5 году жизни ребенка
- г) в возрасте ребенка 3 лет
- д) в возрасте ребенка 4 года

$\frac{7!7}{7!7}$

050. Минерализация $\frac{7!7}{7!7}$ зубов начинается

- а) на 7-м месяце утробной жизни

- б) в возрасте ребенка 1-1.5 года
 в) в возрасте ребенка 1.5-2.5 года
 г) в возрасте ребенка 2.5-3 года
 д) в возрасте ребенка 3-4 года
- 1! 1
051. Зубы 1! 1 прорезываются
 а) в возрасте ребенка 5-6 лет
 б) в возрасте ребенка 6-7 лет
 в) в возрасте ребенка 6-8 лет
 г) в возрасте ребенка 8 лет
 д) в возрасте ребенка 9 лет
- 2! 2
052. Зубы 2! 2 прорезываются
 а) в возрасте ребенка 5-6 лет
 б) в возрасте ребенка 5-7 лет
 в) в возрасте ребенка 6-8 лет
 г) в возрасте ребенка 8 лет
 д) в возрасте ребенка 9 лет
- 3! 3
053. Зубы 3! 3 прорезываются
 а) в возрасте ребенка 5-7 лет
 б) в возрасте ребенка 7-9 лет
 в) в возрасте ребенка 7-11 лет
 г) в возрасте ребенка 8-12 лет
 д) в возрасте ребенка 9-10 лет
- 5! 45
054. Зубы 5! 45 прорезываются
 а) в возрасте ребенка 5-7 лет
 б) в возрасте ребенка 7-11 лет
 в) в возрасте ребенка 8-10 лет
 г) в возрасте ребенка 8-12 лет
 д) в возрасте ребенка 9-13 лет
- 6! 6
055. Зубы 6! 6 прорезываются
 а) в возрасте ребенка 5-7 лет
 б) в возрасте ребенка 7-9 лет
 в) в возрасте ребенка 7-11 лет
 г) в возрасте ребенка 8-10 лет
 д) в возрасте ребенка 8-12 лет
- 7! 7
056. Зубы 7! 7 прорезываются
 а) в возрасте ребенка 7-9 лет
 б) в возрасте ребенка 8-11 лет
 в) в возрасте ребенка 9-13 лет
 г) в возрасте ребенка 10-12 лет
 д) в возрасте ребенка 11-14 лет
- 1! 1
057. Формирование корней 1! 1 зубов заканчивается
 а) в возрасте 8-9 лет
 б) в возрасте 9-10 лет
 в) в возрасте 10-12 лет
 г) в возрасте 10-13 лет
 д) в возрасте 11-12 лет
- 2! 2
058. Формирование корней 2! 2 зубов заканчивается
 а) в возрасте ребенка 8-10 лет
 б) в возрасте ребенка 9-10 лет
 в) в возрасте ребенка 10-11 лет
 г) в возрасте ребенка 11-12 лет
 д) в возрасте ребенка 12-13 лет
- 3! 3
059. Формирование корней 3! 3 зубов заканчивается
 а) в возрасте ребенка 9-10 лет
 б) в возрасте ребенка 10-12 лет

- в) в возрасте ребенка 12-14 лет
 г) в возрасте ребенка 13-15 лет
 д) в возрасте ребенка 15-16 лет
- 4! 4
060. Формирование корней 4! 4 зубов заканчивается
 а) в возрасте ребенка 9-10 лет
 б) в возрасте ребенка 10-11 лет
 в) в возрасте ребенка 11-12 лет
 г) в возрасте ребенка 12 лет
 д) в возрасте ребенка 13-14 лет
- 5! 5
061. Формирование корней 5! 5 зубов заканчивается
 а) в возрасте ребенка 9-10 лет
 б) в возрасте ребенка 10-11 лет
 в) в возрасте ребенка 11-12 лет
 г) в возрасте ребенка 12-13 лет
 д) в возрасте ребенка 14 лет
- 6! 6
062. Формирование корней 6! 6 зубов заканчивается
 а) в возрасте ребенка 9-10 лет
 б) в возрасте ребенка 10-11 лет
 в) в возрасте ребенка 12 лет
 г) в возрасте ребенка 13 лет
 д) в возрасте ребенка 14 лет
- 7! 7
063. Формирование корней 7! 7 зубов заканчивается
 а) в возрасте ребенка 9 лет
 б) в возрасте ребенка 10 лет
 в) в возрасте ребенка 13 лет
 г) в возрасте ребенка 14 лет
 д) в возрасте ребенка 15 лет
064. Чтобы снизить комплекс негативных реакций организма ребенка на лечение у стоматолога необходимо выполнить следующие мероприятия
 а) во время манипуляции должны присутствовать родители
 б) консультация невропатолога
 в) мобилизация волевых усилий ребенка для повышения уровня мотивации к лечению
 г) установление психологического контакта с ребенком
 д) выбирается индивидуально
065. Для снятия психоэмоционального напряжения ребенка в условиях поликлиники чаще используются
 а) снотворные
 б) транквилизаторы диазепамового ряда
 в) наркотические препараты
 г) обезболивающие
 д) не применяются
066. При удалении временного зуба в стадии значительной резорбции корней
 дает достаточную анестезию
 а) проводниковое обезболивание
 б) аппликационное обезболивание
 в) ингаляционный наркоз
 г) инфильтрационное обезболивание
 д) внутрикостное обезболивание
067. Укажите наиболее частое показание к применению местного инъекционного обезболивания в детской терапевтической стоматологии
 а) неосложненный кариес
 б) кюретаж зубодесневых карманов
 в) хронический периодонтит
 г) хронический пульпит
 д) острая травма зуба с повреждением пульпы
068. Раствор адреналина в обезболивающий раствор детям до 3 лет
 а) не добавляют
 б) добавляют 2 капли раствора адреналина на 5 мл обезболивающего раствора

- в) добавляют 2 капли раствора адреналина на 10 мл обезболивающего раствора
 - г) добавляют 1 каплю раствора адреналина на 5 мл раствора анестетика
 - д) добавляют 1 каплю р-ра адреналина на 10 мл анестетика
069. Укажите оптимальное нахождение конца инъекционной иглы при проведении проводниковой анестезии у нижнечелюстного отверстия у детей?
- а) обязательно продвигать конец инъекционной иглы в нижнечелюстное отверстие
 - б) требуется точность проведения конца иглы к устью отверстия
 - в) можно ввести обезболивающий раствор в окружающие отверстие ткани
 - г) можно ввести обезболивающий раствор на 2 см кпереди от нижнечелюстного отверстия
 - д) этот метод обезболивания не применяется
070. Тактика по отношению к проведению туберальной анестезии при удалении временных жевательных зубов
- а) обязательно проводить
 - б) не требуется
 - в) туберальную анестезию сочетать с местно-инфильтрационной
 - г) является методом выбора
 - д) не имеет значительных преимуществ перед местно-инфильтрационной
071. Лучшим анестетиком для периостомии при гнойном воспалительном процессе является
- а) тримекаин 1%
 - б) новокаин 2% с добавлением адреналина
 - в) новокаин 2% без добавления адреналина
 - г) лидокаин 2% с добавлением адреналина
 - д) новокаин 1% с добавлением адреналина
072. Максимальная доза (допустимая) новокаина 2% для ребенка 5 лет
- а) 1 мл
 - б) 2 мл
 - в) 5 мл
 - г) 10 мл
 - д) 20 мл
073. Преимущества тримекаина перед новокаином
- а) более сильный анестетик
 - б) седативный эффект
 - в) менее выражены аллергические свойства
 - г) быстрее наступает эффект
 - д) все перечисленное
074. На возможность возникновения обморока у пациента не влияет
- а) ребенок пришел натощак
 - б) долгое ожидание в очереди
 - в) беспокойное поведение других пациентов
 - г) суровость врача
 - д) не назван
075. При лечении обморока главным является
- а) введение супрастина
 - б) введение средств, стимулирующих сердечную деятельность
 - в) горизонтальное положение больного
 - г) горизонтальное положение больного и рефлекторная стимуляция дыхания и кровообращения
 - д) не назван
076. С дефектом техники мандибулярной анестезии можно связать
- а) неврит лицевого нерва
 - б) альвеслит в зоне удаленного зуба
 - в) воспалительную контрактуру крыловидных мышц
 - г) гематому в области ментального отверстия
 - д) ни один из перечисленных
077. Методикой проведения внутрикостной анестезии является
- а) обезболивающий раствор вводится только путем электрофореза
 - б) в основание десневого сосочка
 - в) перфорируя кость в периапикальной области
 - г) у детей не используется

- д) место введения раствора в кость не имеет значения
078. Более рациональными способами обезболивания при вскрытии абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области у детей являются
- проводниковая местная анестезия
 - местно-инфильтрационное обезболивание с премедикацией
 - интубационный наркоз
 - масочный ингаляционный наркоз
 - аппликационная анестезия с премедикацией
079. Противопоказанием к использованию наркоза для санации полости рта в поликлинике может явиться
- возраст до 3-х лет
 - наличие острого респираторного заболевания
 - аллергия к местным анестетикам
 - ребенок имеет болезнь Дауна
 - не названо
080. Укажите наиболее эффективный метод обезболивания при витальной экстирпации пульпы 321 + 123
- инфильтрационная анестезия
 - аппликационная анестезия
 - проводниковая анестезия
 - проводниково-инфильтрационная анестезия
 - ни одна из названных
081. Укажите наиболее частое показание к применению местного инъекционного обезболивания в детской терапевтической стоматологии
- неосложненный кариес
 - лечение пульпитов
 - при острых и обострившихся хронических периодонтитах
 - при снятии зубных отложений
 - кюретаж зубодесневых карманов
082. Показанием к применению аппликационного обезболивания в терапевтической стоматологии не может быть
- обработка патологических зубодесневых карманов
 - препарирование твердых тканей постоянных зубов
 - лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта
 - обезболивание места вкола инъекционной иглы
 - при повреждении слизистой оболочки полости рта
083. Укажите профилактику аллергических осложнений местного инъекционного обезболивания
- правильное приготовление и хранение местных анестетиков
 - проведение цветной пробы по Лукомскому
 - взаимодействие в работе медперсонала
 - точное соблюдение методики проведения местной инъекционной анестезии
 - тщательное выяснение аллергического анализа
084. Положительными свойствами лидокаина являются
- вызывать быстро наступающую глубокую и продолжительную анестезию
 - не вызывать существенных изменений пульса, артериального давления, дыхания
 - совместимости с сульфаниламидами, наркотическими веществами, антибиотиками
 - малотоксичность
 - все перечисленное
085. Укажите наиболее рациональный метод обезболивания для удаления 76 по поводу хронического периодонтита
- электрообезболивание
 - общее обезболивание
 - аппликационное обезболивание
 - проводниковое обезболивание
 - акупунктура
086. При удалении моляров верхней челюсти у детей наиболее целесообразна
- проводниковая анестезия
 - инфильтрационная анестезия при помощи шприца
 - общее обезболивание
 - аппликационная анестезия
 - акупунктура
087. Рост челюстных корней у детей происходит
- равномерно по годам

- б) наиболее активно: в 1-3 года, 6-8 лет, 13-15 лет
 - в) наиболее активно: 3-5 лет, 10-12 лет
 - г) наиболее активно до года
 - д) наиболее активно после 15 лет
088. У новорожденных зачатки зубов на верхней челюсти находятся
- а) в десневом валике
 - б) в альвеолярном отростке
 - в) прилежат к дну глазницы
 - г) резцы уже прорезались
 - д) отсутствуют
089. Для челюстных костей детского возраста характерны следующие анатомические особенности
- а) губчатое вещество преобладает над компактным, слабо минерализовано, богато васкуляризовано
 - б) компактный слой преобладает над губчатым, хорошо минерализован, слабо васкуляризован
 - в) компактный слой преобладает над губчатым, слабо васкуляризован и минерализован
 - г) преобладает губчатое вещество, хорошо минерализовано
 - д) компактное и губчатое вещества представлены поровну
090. Срастание костей неба происходит
- а) на первом году жизни
 - б) в первом триместре беременности
 - в) во втором триместре беременности
 - г) в третьем триместре беременности
 - д) не срастается никогда
091. У детей одонтогенные воспалительные процессы чаще встречаются
- а) после 10 лет
 - б) в 1-3 года
 - в) в 6-8 лет
 - г) в 3-5 лет
 - д) в 10-12 лет
092. Временные зубы у детей имеют
- а) большую пульповую камеру, широкие каналы
 - б) большую пульповую камеру, узкие каналы
 - в) маленькую пульповую камеру, широкие каналы и большое верхушечное отверстие
 - г) пульповая камера не сформирована
 - д) маленькая пульповая камера, узкие каналы и узкое верхушечное отверстие
093. Становление дезинтоксикационной функции печени и почек происходит
- а) к 1 году
 - б) к 3-4 годам
 - в) к 6-8 годам
 - г) к 10 годам
 - д) после 15 лет
094. Иммунологическая реактивность у новорожденного
- а) у доношенных высокая, у недоношенных низкая
 - б) у доношенных низкая, у недоношенных высокая
 - в) как у доношенных, так и у недоношенных высокая
 - г) как у доношенных, так и у недоношенных низкая
 - д) у новорожденных иммунологической реактивности нет
095. Барьерная способность лимфатической системы у детей завершается
- а) к периоду новорожденности
 - б) формируется к году
 - в) заканчивается формирование после 15 лет
 - г) формируется к 7 годам
 - д) формируется к 10 годам
096. Экспозиция диатермокоагуляции пульпы при методе витальной экстирпации
- а) 3-4 с
 - б) 6-7 с
 - в) 60 с
 - г) 20 с

- д) 1 мин 20 с
097. Целесообразным физиотерапевтическим методом при обострении после пломбирования канала при наличии отека, гиперемии является
- а) гидротерапия
 - б) микроволны
 - в) УВЧ
 - г) электрофорез новокаина
 - д) излучение гелий-неонового лазера
098. При кариесе наиболее целесообразен
- а) электрофорез
 - б) общее ультрафиолетовое облучение
 - в) КУФО
 - г) микроволны
 - д) дарсенваль
099. При лечении так называемого остаточного или корневого пульпита в зубе с плохопроходимыми корневыми каналами лучше применять
- а) диатермокоагуляцию
 - б) внутриканальное УВЧ
 - в) электрофорез иода (10% настойка)
 - г) электрофорез трипсина
 - д) флуоризацию
100. УВЧ-терапия показана при следующих заболеваниях
- а) при кариесе
 - б) при хроническом периодонтите
 - в) при пороке зубов
 - г) при острой форме периодонтита
 - д) при хроническом пульпите
101. Лекарственные вещества вводятся
- а) с положительного полюса
 - б) с полюса, имеющего одинаковый заряд с ионом лекарственного вещества
 - в) с полюса, имеющего заряд, противоположный иону лекарственного вещества
 - г) с отрицательного полюса
 - д) с любого полюса
102. Электрофорез - это
- а) применение с лечебной целью электротока
 - б) применение с лечебной целью электротока высокой частоты
 - в) введение лекарственных веществ в ткани посредством тока
 - г) введение лекарственных веществ в ткани посредством светового излучения
 - д) введение лекарственных веществ с помощью ультразвукового аппарата
103. Гидрофильная прокладка должна
- а) предохранять кожу от ожога
 - б) способствовать равномерному распределению тока
 - в) уменьшать сопротивление ткани постоянному току
 - г) уменьшать нагревание ткани
 - д) уменьшать раздражающее действие переменного тока
104. Гальванизация в стоматологии - это
- а) применение с лечебной целью постоянного электрического тока высокого напряжения
 - б) применение с лечебной целью переменного электрического тока высокого напряжения
 - в) применение с лечебной целью постоянного электрического тока низкого напряжения и небольшой силы
 - г) применение света с лечебной целью
 - д) применение с лечебной целью импульсного тока низкого напряжения и частоты
105. Физиологическое действие постоянного тока на живые ткани обусловлено
- а) перемещением ионов, нарушением ионной конъюнктуры тканей
 - б) нагреванием тканей вследствие образования значительного количества топлива
 - в) раздражающим действием тока
 - г) воздействием постоянного тока на лимфатические и кровеносные сосуды
 - д) воздействием на нервные рецепторы
106. Физическими факторами, применяемыми для профилактики кариеса, являются

- а) импульсный ток низкого напряжения и частоты
 - б) криотерапия и гипотерапия
 - в) переменные электрические токи и электромагнитные поля
 - г) электрофорез и светолечение
 - д) парафино-, озокерито- и грязелечение
107. При нарушении функции глотания клинически определяются нарушения состояния
- а) жевательных мышц
 - б) всех мышц челюстно-лицевой области
 - в) мышцы мягкого неба
 - г) височные мышцы
 - д) мышцы приротовой области
108. В ортодонтии применяют панорамную рентгенографию нижней челюсти
- а) для определения длины нижней челюсти
 - б) для определения состояния зачатков
 - в) для измерения размеров зубов нижней челюсти
 - г) для измерения ширины зубного ряда
 - д) для определения длины корней
109. Ортопантомографию челюстей в сменном прикусе используют
- а) для определения размеров челюстей
 - б) для диагностики очагов одонтогенной инфекции
 - в) для определения состояния суставов
 - г) для определения наличия зачатка постоянных зубов
 - д) для всего вышеперечисленного
110. Реография - это
- а) метод исследования диаметра кровеносных сосудов
 - б) функциональный метод исследования кровоснабжения тканей организма
 - в) метод исследования только венозных сосудов организма
 - г) метод исследования подвижности зубов
 - д) метод исследования кровеносной системы слизистой оболочки полости рта
111. Реографию в стоматологии целесообразнее всего применять
- а) для изучения функционального состояния пульпы
 - б) для диагностики кровоснабжения мышц
 - в) для диагностики заболеваний слизистой
 - г) для диагностики функционального состояния сосудов пародонта
 - д) не используется
112. Электромиография - это
- а) регистрация движений нижней челюсти
 - б) регистрация движений височнонижнечелюстного сустава
 - в) исследование гемодинамики пародонта
 - г) исследование лимфообращения
 - д) функциональный метод исследования состояния мышц на основе регистрации биопотенциалов
113. Для определения функциональной нагрузки в стоматологии используется
- а) ЭОД
 - б) ортопантомография
 - в) реопародонтография
 - г) гнатодинамометрия
 - д) электромиография
114. Какое функциональное задание используют при электромиографических исследованиях мышц челюстно-лицевой области в стадии отправного толчка при глотании?
- а) движение нижней челюсти в сторону
 - б) круговые движения языка
 - в) перемещение нижней челюсти вперед
 - г) открывание и закрывание рта
 - д) проглатывание воды
115. Физиологическому состоянию околоротных мышц при глотании соответствует следующий лицевой признак
- а) губы слегка напряжены
 - б) отмечается напряжение мышц подбородка
 - в) напрягаются щечные мышцы
 - г) губы сомкнуты спокойно

- д) напрягаются мышцы шеи
116. В детской стоматологии применяются нижеперечисленные методики рентгенологического исследования
- а) телерентгенография
 - б) ортопантомография
 - в) панорамная рентгенография
 - г) внутриротовая рентгенография
 - д) все перечисленные выше методики
117. Для профилактики аномалий прикуса в работу детской стоматологии в ДДУ целесообразно включать
- а) тренировку правильного смыкания губ
 - б) тренировку правильного положения языка в покое, в стадии отправочного толчка при глотании
 - в) упражнения для формирования правильной осанки
 - г) тренировка носового дыхания
 - д) все перечисленное
118. Более эффективным периодом развития ребенка для профилактики аномалий прикуса является
- а) период новорожденности
 - б) грудной период
 - в) период дошкольного возраста
 - г) предшкольный период
 - д) школьный возраст
119. Целесообразными профилактическими мероприятиями, которые надо включить детскому стоматологу в работу комнаты здорового ребенка для детей грудного возраста являются
- а) обучение родителей правильному способу вскармливания ребенка
 - б) устранение вредных привычек
 - в) обучение родителей правильному положению ребенка в кровати
 - г) рациональному использованию соски-пустышки
 - д) все вышеперечисленное
120. На формирование аномалий прикуса у дошкольников не влияет
- прикуса
- а) ознакомление детей с различными этиологическими факторами, влияющими на формирование правильного
 - б) устранение активных привычек, способствующих развитию аномалий прикуса
 - в) обучение навыкам ухода за полостью рта
 - г) обучение правильному откусыванию и пережевыванию пищи
 - д) обучение правильной позе во время еды и сна
121. Для профилактики аномалий прикуса в работу детского стоматолога при санации полости рта дошкольников следует включить
- а) устранение вредных привычек
 - б) коррекцию неправильных окклюзионных контактов
 - в) тренировку носового дыхания
 - г) применение стандартных вестибулярных пластинок
 - д) все вышеперечисленное
122. В комплексном лечении тесного положения зубов во фронтальном участке нижней челюсти может быть использовано
- а) пришлифовывание окклюзионных контактов
 - б) миогимнастика
 - в) нормализация носового дыхания
 - г) сепарация зубов
 - д) удаление зубов
123. При наследственной предрасположенности к увеличению размеров нижней челюсти целесообразно изготовление шапочки для фиксации
- а) вертикальной тяги
 - б) горизонтальной тяги
 - в) косой тяги
 - г) горизонтальной и косой тяги
 - д) односторонней тяги
124. Основное физиологическое назначение соски-пустышки - это
- а) обеспечение носового дыхания
 - б) предупредить вредную привычку сосания
 - в) успокоить при неприятных для ребенка ситуациях
 - г) сформировать рефлекс быстрого засыпания

- д) обеспечить удовлетворение сосательного рефлекса после кормления
125. Ребенка от сосания соски-пустышки надо отучить
- а) в 9-12 мес
 - б) в 1.0-1.5 года
 - в) в 1.5-2.0 года
 - г) в 6-9 мес
 - д) не надо отучать вообще
126. Молочная соска для искусственного вскармливания должна быть
- а) длинной и упругой
 - б) длинной и мягкой
 - в) короткой и упругой
 - г) короткой и мягкой
 - д) любого вида из перечисленных
127. Оптимальное время одного молочного кормления через соску
- а) 5-10 мин
 - б) 15-20 мин
 - в) 25-30 мин
 - г) 10-15 мин
 - д) более 30 мин
128. Ребенок должен уметь есть из ложки (снимать пищу губами)
- а) в 3-6 мес
 - б) в 6-9 мес
 - в) в 9-12 мес
 - г) после 1 года
 - д) после 1.5 года
129. Основным показателем для назначения массажа приротовой области (круговой мышцы рта) является
- а) вялое сосание
 - б) нарушение смыкания губ
 - в) переднее низкое положение языка
 - г) вредная привычка сосания пальца
 - д) верного ответа нет
130. Показанием продолжительности сеанса массажа и гимнастики должны быть
- а) тонус мышц
 - б) состояние ребенка
 - в) возраст ребенка
 - г) все вышеизложенное
 - д) вид аномалии прикуса
131. Кормление с помощью молочной соски должно быть исключено
- а) к 6-9 мес
 - б) к 9-12 мес
 - в) после 1 года
 - г) к 12-15 мес
 - д) в 1.5 года
132. Твердая пища должна начинать вводиться в рацион ребенка
- а) с 3-6 мес
 - б) с 6-9 мес
 - в) с 9-12 мес
 - г) после 1 года
 - д) во все указанные периоды
133. Задачей врача при диспансеризации детей до 1 года в 1-й диспансерной группе является
- а) устранить факторы риска
 - б) предупредить возникновение факторов риска
 - в) повысить уровень здоровья
 - г) назначить коррегирующие (лечебные) мероприятия
 - д) все перечисленные
134. Задачей врача при диспансеризации детей до 1 года

- во 2-й диспансерной группе является
- устранение факторов риска
 - предупреждение возникновения факторов риска
 - повышение уровня здоровья
 - назначение коррегирующих мероприятий
 - все перечисленное
135. Задачей врача при диспансеризации детей до 1 года в 3-й диспансерной группе является
- устранить факторы риска
 - предупредить возникновение факторов риска
 - повысить уровень здоровья
 - назначить коррегирующие мероприятия
 - все перечисленные
136. В течение первого года жизни ребенок 1-й диспансерной группы должен быть осмотрен
- 1 раз в год
 - 2 раза в год
 - 3 раза в год
 - 4 раза в год
 - правильного ответа нет
137. В течение первого года жизни ребенок 2-й диспансерной группы должен быть осмотрен
- 1 раз в год
 - 2 раза в год
 - 3 раза в год
 - 4 раза в год
 - более 4 раз
138. В течение первого года жизни ребенок 3-й диспансерной группы (имеющих этиолог. факторы развития зубочелюстных аномалий) должен быть осмотрен
- 1 раз в год
 - 2 раза в год
 - 3 раза в год
 - 4 раза в год
 - более 4 раз в год
139. При ранней потере временных зубов с целью профилактики деформаций зубных рядов необходимо
- стимулировать прорезывание постоянных зубов
 - сошлифовать нестершиеся бугры временных зубов
 - зубное протезирование
 - назначить потребление жесткой пищи
 - назначить массаж
140. Профилактическими мероприятиями, которые необходимо проводить в период развития ребенка с целью профилактики антенатальных пороков зубов, являются
- назначение сбалансированного режима питания будущей матери
 - ограничение применения лекарств в период беременности
 - определение щадящего режима работы беременной женщины
 - устранение вредных привычек
 - все перечисленные факторы
141. Наиболее эффективным упражнением для коррекции смыкания губ является
- сжатие зубных рядов
 - выдвижение нижней челюсти
 - последовательное напряжение и расслабление губ
 - надувание нижней губы
 - надавливание языком в область переднего участка твердого неба
142. Миогимнастика при лечении дистального прикуса назначается
- для мышц подбородка
 - для круговой мышцы рта
 - для мышц, поднимающих нижнюю челюсть
 - для жевательных мышц

- д) для мышц, участвующих в перемещении нижней челюсти вперед
143. С целью профилактики аномалий прикуса у детей необходимо обратить внимание родителей
- а) на тренировку носового дыхания
 - б) на правильное положение головы
 - в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи
 - г) на воспитание навыка откусывания пищи передними зубами
 - д) все перечисленное
144. В работу воспитателей детского дошкольного учреждения следует включить
- а) тренировку правильного положения головы
 - б) тренировку носового дыхания
 - в) обучение навыку спокойного смыкания губ
 - г) тренировку правильного глотания
 - д) все перечисленное
145. В комплекс упражнений по лечебной физкультуре для детей, имеющих аномалии прикуса, детский стоматолог должен включить
- а) тренировку правильного положения головы
 - б) тренировку мышц, перемещающих нижнюю челюсть вперед
 - в) упражнения для мышц челюстно-лицевой области
 - г) упражнения с приспособлениями для миотерапии
 - д) все перечисленное
146. Для определения методов эффективной индивидуальной профилактики кариеса зубов в комплексное обследование ребенка целесообразно включить
- а) физическое состояние (уровень соматического здоровья)
 - б) исследование зубного налета
 - в) исследование твердых тканей зубов
 - г) исследование слюны
 - д) все вышеперечисленное
147. О необходимости упорядочить прием сладкого свидетельствуют
- а) повышенная скорость отложения зубного налета
 - б) повышенный уровень сахара в слюне после нагрузки удерживается долго
 - в) РН слюны отклонена в кислую сторону
 - г) проницаемость эмали высокая
 - д) все перечисленные показатели
148. Фтор обладает следующими функциями
- а) снижает кислотообразующие свойства бактерий
 - б) увеличивает рем-реактивность слюны
 - в) активно включается в структуру гидрооксипатита эмали
 - г) является катализатором обменных процессов "эмаль-слюна"
 - д) всеми перечисленными
149. Образованию кислоты в полости рта способствуют
- а) пищевые остатки
 - б) микроорганизмы полости рта
 - в) зубной налет
 - г) чрезмерное употребление углеводов
 - д) все перечисленное
150. Какие из перечисленных показателей можно считать главным в оценке эффективности вторичной профилактики кариеса временных зубов в ДДУ?
- а) стабилизация интенсивности кариеса
 - б) уменьшение числа осложнений кариеса
 - в) снижение числа вторичного кариеса
 - г) все перечисленные медицинские аспекты
 - д) уменьшение затрат времени врача на санацию полости рта детей
151. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ = 6.6 у детей 12 лет?
- а) низкой
 - б) средней

- в) определить нельзя
 - г) очень высокой
 - д) высокой
152. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести детей 12 лет с КПУ = 6.5?
- а) очень высокой
 - б) средней
 - в) высокой
 - г) низкой
 - д) определить нельзя
153. В каких из перечисленных групп детей в возрасте 7 лет имеются показания к первичной профилактике кариеса зубов?
- а) I степень активности
 - б) II степень активности
 - в) III степень активности
 - г) дети, имеющие КПУ = 0
 - д) здоровые дети
154. Для объективной оценки эффективности гигиены полости рта наиболее подходит
- а) индекс окрашивания по Федорову-Володкиной
 - б) подбирается индивидуально
 - в) упрощенный индекс ВОЗ
 - г) полный индекс ВОЗ
 - д) периодический индекс ВОЗ
155. В каких из перечисленных групп детей в возрасте 12 лет имеются показания к первичной профилактике кариеса постоянных зубов?
- а) степень активности кариеса
 - б) II степень активности кариеса
 - в) III степень активности кариеса
 - г) дети, имеющие КПУ=0
 - д) здоровые дети
156. Показателем, характеризующим эффективность плановой санации, является
- а) увеличение % ранее санированных
 - б) уменьшение % нуждающихся в санации
 - в) уменьшение количества осложненного кариеса на 1000 осмотренных
 - г) уменьшение количества удаленных постоянных зубов на 1000 осмотренных
 - д) все
157. Из анамнеза ребенка с гипоплазией постоянных зубов необходимо обратить внимание
- а) на состояние здоровья матери в период беременности
 - б) на здоровье ребенка на первом году жизни
 - в) на наличие у матери проф.вредностей
 - г) на характер течения родов
 - д) на все перечисленные выше моменты
158. Тестами, которые целесообразно включить в комплексное обследование ребенка для определения индивидуальной программы профилактики кариеса, являются
- а) тест кислотной резистентности эмали
 - б) гигиенический индекс
 - в) РН-налета
 - г) определение тягучести и вязкости слюны
 - д) все перечисленные выше
159. Какие рекомендации необходимо дать родителям ребенка 1.5 лет, имеющему пятна и множественные дефекты твердых тканей на фронтальных зубах
- а) обычная гигиена полости рта
 - б) гигиена полости рта с кальцийсодержащим раствором
 - в) рациональное употребление углеводов
 - г) прием фторсодержащих таблеток

- д) гигиена полости рта с фторсодержащей пастой
160. В каких случаях при наличии на эмали зубов показана ремтерапия?
- а) флюороз
 - б) мраморная эмаль
 - в) гипоплазия системная
 - г) очаговая деминерализация
 - д) гипоплазия местная (очаговая)
161. Наиболее прочно герметизирует фиссуры
- а) амальгама
 - б) стеклоиономерный цемент
 - в) композиционный материал
 - г) фтористый фосфат-цемент
 - д) твердеющий лак
162. Укажите наиболее простую и эффективную методику подготовки зубов к аппликационной терапии
- а) гигиеническая обработка зубов специальным абразивным порошком
 - б) обработка зубов 2% раствором перекиси водорода
 - в) гигиеническая обработка зубов с помощью зубной щетки и пасты
 - г) гигиеническая обработка зубов специальными приспособлениями и инструментами
 - д) все перечисленные выше
163. Назовите наиболее целесообразный период для первичной эндогенной профилактики кариеса молочных резцов
- а) антенатальный период
 - б) первое полугодие жизни
 - в) второе полугодие 1-го года жизни
 - г) второй год жизни
 - д) не имеет значения
164. Реагенты для определения гигиенического индекса
- а) метиленовый синий
 - б) иодсодержащий раствор
 - в) таблетки с красителем
 - г) фуксин
 - д) любой из перечисленных
165. Срок службы зубной щетки
- а) 2 месяца
 - б) 4 месяца
 - в) 6 месяцев
 - г) 1 год
 - д) определяется индивидуально
166. При очаговой деминерализации наиболее показано
- а) препаровка деминерализованной эмали и пломбирование
 - б) сошлифовка деминерализованной эмали
 - в) сошлифовка деминерализованной эмали и покрытие этого участка ремпрепаратом
 - г) реминерализующая терапия
 - д) чистка зубов лечебно-профилактическими зубными пастами
167. Показанием к покрытию зубов фторсодержащими лаками в лечебных целях является
- а) флюороз
 - б) очаговая деминерализация
 - в) очаговая гипоплазия
 - г) поверхностный кариес
 - д) несовершенный эмелогенез
168. Покрывать зубы фторсодержащими лаками в лечебных целях нужно
- а) ежедневно в течение 12-15 дней
 - б) один раз в месяц
 - в) один раз в год
 - г) определяется индивидуально
 - д) три-четыре сеанса с недельным интервалом
169. Покрытие зубов фторсодержащими лаками в целях первичной профилактики показано

- а) временные зубы в 5-6 лет
 - б) временные и постоянные зубы на 1-3 году после прорезывания
 - в) постоянные зубы в 12-15 лет
 - г) все зубы, имеющиеся во рту при сменном прикусе
 - д) определяется индивидуально
170. Показанием к заливке фиссур является
- а) возраст ребенка
 - б) глубина фиссур
 - в) форма фиссур
 - г) "возраст" зуба
 - д) все перечисленное
171. Факторы риска кариеса зубов определяются
- а) с помощью анамнеза
 - б) РН-метрии, гигиенический индекс, вязкость слюны и др.
 - в) клиническое обследование
 - г) аппаратные методы исследования
 - д) определяются индивидуально
172. Гигиеническое обучение и воспитание (ГОиВ) необходимо начинать
- а) с начала прорезывания первых постоянных зубов (5-6 лет)
 - б) со времени прорезывания всех постоянных зубов (12-13 лет)
 - в) в возрасте 3-4 года
 - г) с двух лет
 - д) в возрасте прорезывания первых временных зубов
173. Наиболее эффективной методикой для профилактики кариеса фиссур является
- а) герметизация композиционными материалами
 - б) герметизация амальгамами
 - в) герметизация фторсодержащим цементом
 - г) покрытие фторлаком
 - д) определяется индивидуально
174. Какие средства гигиены вы назначите младшему школьнику с интактными зубами, живущему в местности с оптимальным содержанием фтора в питьевой воде?
- а) лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую фтор
 - б) гигиенический зубной порошок
 - в) гигиеническую зубную пасту
 - г) лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую фосфорно-кальциевые соли
 - д) лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую экстракт лечебных трав
175. Какие средства гигиены вы назначите ребенку с третьей степенью активности кариеса?
- а) солевые зубные пасты
 - б) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора
 - в) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав
 - г) гигиенические зубные пасты-эликсиры
 - д) не имеет значения
176. При каком заболевании в комплексе проводимых лечебных мероприятий обязательным является осуществление профессиональной гигиены полости рта?
- а) очаговая деминерализация
 - б) III степень активности кариеса
 - в) генерализованный пародонтит
 - г) зубочелюстные аномалии (ребенок находится на лечении у ортодонта)
 - д) при всех вышеперечисленных
177. Противопоказаниями к работе турбинной бормашиной являются
- а) вскрытие пульповой камеры при периодонтите
 - б) вскрытие пульповой камеры при пульпите
 - в) препарирование дна и стенок кариозной полости с живой пульпой без водяного охлаждения

- г) удаление нависающих краев кариозной полости с живой пульпой
- д) удаление пломбы

178. Наиболее эффективными методами лечения гипоплазии твердых тканей фронтальных постоянных зубов у детей являются

- а) протезирование, покрытие гипоплазированных зубов фарфоровыми коронками
- б) протезирование гипоплазированных зубов пластмассовыми коронками
- в) косметическое пломбирование композиционными материалами
- г) косметическое пломбирование иономерными цементами
- д) метод выбирается индивидуально

179. Оптимальная концентрация фтора в питьевой воде (в умеренных широтах) по гостандарту

- а) 0.3-0.8 мг/л
- б) 0.5-0.9 мг/л
- в) 1.0-1.2 мг/л
- г) 2.0-3.0 мг/л
- д) свыше 6.0 мг/л

180. Электроодонтодиагностика на молярах при возможности проводится

- а) с фиссуры
- б) пришеечная область
- в) с линии экватора зуба
- г) с вершины переднечечного бугра
- д) с вершины заднечечного бугра

Клинические условия

Во время санации полости рта у ребенка 10 лет на вестибулярной поверхности в пришеечной области 21 = 12 обнаружены меловидные пятна. Поверхность эмали матовая, гладкая, болезненной реакции на температурные раздражители нет. КПУ + кп = 6, гигиенический индекс = 2. Прикус прогнатический. Ребенок родился в срок, рос и развивался в соответствии с возрастом. На первом году жизни часто болел ОРЗ, перенес ветряную оспу.

181. Предполагаемый диагноз -

- а) системная гипоплазия эмали
- б) флюороз
- в) начальный кариес
- г) очаговая гипоплазия эмали
- д) эрозия эмали

182. Какие дополнительные данные скорее всего подтвердят диагноз?

- а) рентгенологическое исследование
- б) данные анамнеза
- в) метод прижизненной окраски
- г) ЭОД
- д) стоматоскопия в ультрафиолетовом свете

183. В первую очередь следует провести

- а) шлифование поврежденного участка эмали
- б) реминерализующую терапию препаратами кальция и фтора
- в) тщательную гигиену полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст
- г) иссечение пораженного участка с последующим пломбированием
- д) лечебное питание

184. Дополнительно необходимо назначить

- а) лечебное питание
- б) внутрь препараты кальция и фтора
- в) гигиену полости рта с лечебно-профилактической пастой
- г) витаминотерапию
- д) реминерализующую терапию с препаратами кальция и фтора

185. Фактором, активизирующим возникновение заболевания, является

- а) перенесенные соматические заболевания
- б) избыточное содержание фтора в питьевой воде
- в) избыточное употребление углеводов
- г) плохое гигиеническое состояние полости рта
- д) наследственный фактор

186. Фактором, ведущим в патогенезе данного заболевания, является

- а) дисминерализация
- б) реминерализация

- в) деминерализация
- г) разрушение белков эмали
- д) разрушение углеводов эмали

187. Электроодонтодиагностика в кариозном зубе проводится
- а) с поверхности пломбы
 - б) со стенок кариозной полости
 - в) со дна кариозной полости
 - г) с эмалево дентинной границы
 - д) с эмали нависающего края кариозной полости

Клинические условия

Ребенок 13 лет обратился к врачу с жалобами на наличие белых пятен на зубах. При осмотре: на всех поверхностях зубов имеются белые пятна. Поверхность блестящая, гладкая. КПУ - 1. Гигиенический индекс = 2. Ребенок родился в срок, рос и развивался в соответствии с возрастом. На первом году жизни перенес отит. Часто болел ОРЗ.

188. Предполагаемый диагноз -
- а) очаговая деминерализация
 - б) очаговая гипоплазия
 - в) флюороз
 - г) системная гипоплазия
 - д) эрозия эмали
189. Скорее всего подтвердят диагноз следующие дополнительные данные
- а) метод прижизненной окраски
 - б) рентгенологическое исследование
 - в) ЭОД
 - г) данные анамнеза
 - д) исследование с помощью оптики
190. В первую очередь следует назначить больному
- а) ремтерапию с препаратами Са и F
 - б) сошлифование пораженных участков
 - в) гигиену полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст
 - г) лечебное питание
 - д) ограничение поступления фтора в организм
191. Дополнительным лечением в данном случае может быть
- а) ремтерапия с использованием Са и F
 - б) дефторирующая терапия
 - в) общеукрепляющая терапия
 - г) витаминотерапия
 - д) гигиена полости рта с использованием гигиенических зубных паст
192. Этиологическим фактором, сыгравшим ведущую роль в возникновении заболевания, является
- а) плохое гигиеническое состояние полости рта
 - б) наследственный фактор
 - в) избыточное содержание фтора в питьевой воде
 - г) перенесенные соматические заболевания
 - д) избыточное употребление углеводов
193. Ведущим фактором в патогенезе данного заболевания является
- а) деминерализация
 - б) разрушение белков эмали
 - в) реминерализация
 - г) дисминерализация
 - д) разрушение углеводов эмали
194. Порог возбуждения здоровой пульпы сформированного зуба при электроодонтодиагностике
- а) 2-6 мкА
 - б) 20-30 мкА
 - в) 35-45 мкА
 - г) 60-80 мкА
 - д) 100-150 и более мкА

Клинические условия

При санации полости рта у ребенка 8 лет обнаружены белые пятна на вестибулярной поверхности в области режущего

1!1

!6

края 1!1 и жевательной поверхности 6. На жевательных поверхностях 6! КПУ + кп = 8. Гигиенический индекс = 2. Ребенок родился в срок с малым весом. Перенес желтуху новорожденного, пневмонию.

195. Предполагаемый диагноз

- а) системная гипоплазия эмали
- б) флюороз
- в) начальный кариес
- г) очаговая гипоплазия эмали
- д) эрозия эмали

196. Скорее всего подтвердят диагноз данные

- а) рентгенологического исследования
- б) метода прижизненной окраски
- в) данные анамнеза
- г) ЭОД
- д) стоматоскопии

197. В первую очередь следует назначить

- а) сошлифование пораженного участка
- б) ремтерапию с препаратами Са и F
- в) иссечение пораженного участка и пломбирование
- г) лечебное питание
- д) гигиену полости рта с лечебно-профилактическими зубными пастами

198. Дополнительно необходимо назначить

- а) пломбирование (восстановление коронки зуба)
- б) препараты Са, Р, F внутрь
- в) дефторирующую терапию
- г) лечебное питание (ограничение углеводов)
- д) ремтерапию

199. Этиологическими факторами, сыгравшими роль в возникновении заболевания, являются

- а) перенесенные соматические заболевания на 1-м году жизни
- б) избыточное употребление углеводов
- в) плохое гигиеническое состояние
- г) наследственный фактор
- д) повышенное содержание фтора в питьевой воде

200. Ведущим фактором в патогенезе данного заболевания является

- а) дисминерализация
- б) порок формирования
- в) деминерализация
- г) разрушение белков и углеводов эмали
- д) реминерализация

201. Какое вещество следует применять для внутриканального электрофореза во фронтальных зубах?

- а) трипсин
- б) дистиллированную воду
- в) азотнокислое серебро
- г) иодистый калий
- д) фурагин

Клинические условия

Во время санации полости рта ребенка 14 лет на вестибулярной поверхности в пришеечной области 4 3 2 1 1 2 3 4 обнаружены меловидные пятна. Поверхность эмали матовая, пористая, КПУ = 5, гигиенический индекс = 2. Находится на ортодонтическом лечении по поводу глубокого травмирующего прикуса.

Проба Шиллера-Писарева положительная. Ребенок родился в срок, рос и развивался в соответствии с возрастом.

На первом году жизни перенес дважды отит, болел ОРЗ.

202. Предполагаемый диагноз

- а) начальный кариес

- б) очаговая деминерализация
 - в) флюороз
 - г) системная гипоплазия эмали
 - д) эрозия эмали
203. Скорее всего подтвердят диагноз данные
- а) метода прижизненной окраски
 - б) анамнеза
 - в) рентгенологического исследования
 - г) визуального исследования после гигиенической обработки
 - д) ЭОД
204. В первую очередь следует назначить ребенку
- а) реминерализующую терапию с препаратами Са и F
 - б) тщательную гигиену полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст
 - в) сошлифование пораженного участка эмали
 - г) лечебное питание
 - д) внутрь препараты Са, Р и F
205. Дополнительно необходимо провести
- а) ремтерапию с препаратами Са и F
 - б) витаминотерапию
 - в) лечебное питание
 - г) гигиену полости рта с лечебно-профилактическими зубными пастами
 - д) ультрафиолетовое облучение
206. Ведущим фактором в патогенезе данного заболевания является
- а) дисминерализация
 - б) деминерализация
 - в) разрушение белков эмали
 - г) реминерализация
 - д) разрушение углеводов эмали

Клинические условия

Ребенок 13 лет нормального телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные. На коже лица себорейные угри. Кожные покровы бледные. Волосы тусклые, ломкие. Жалобы на быстрое, малоблезненное разрушение зубов. Боль в зубах при приеме холодной и сладкой пищи, при чистке зубов. Десны кровоточат. Запах изо рта. Данные объективного исследования: хронический катаральный гингивит, проба Шиллера-Писарева положительная. Индекс РМА = 16. Индекс КПУ = 14. КПУ верх.=30. Кариозные полости расположены в пришеечной области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти. На вестибулярной поверхности и в пришеечной области наряду с запломбированными и незапломбированными зубами маловидные пятна.

207. Предполагаемый диагноз
- а) флюороз
 - б) системная гипоплазия
 - в) начальный кариес
 - г) цветущий кариес
 - д) III степень активности кариеса
208. Дополнительным методом исследования, скорее всего подтверждающим диагноз, является
- а) визуальное исследование с подсчетом индексов КПУ
 - б) исследование с помощью волоконной оптики
 - в) рентгенологическое исследование
 - г) метод прижизненной окраски
 - д) стоматоскопия в ультрафиолетовом свете
209. В первую очередь следует назначить
- а) общеукрепляющую терапию
 - б) санацию полости рта
 - в) гигиену полости рта с использованием лечебно-профилактических средств
 - г) реминерализующую терапию
 - д) витаминотерапию, препараты фтора, кальция, фосфора

210. Какое дополнительное лечение можно применить в данном случае?
- лечебное питание с преобладанием белков и минеральных солей
 - витаминотерапию
 - реминерализующую терапию
 - санацию полости рта
 - все перечисленное выше
211. Причинами гипоплазии тканей временных зубов являются
- пониженное содержание фтора в питьевой воде
 - отягощенная наследственность
 - замедленное прорезывание зубов
 - кариесогенные факторы
 - нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы
212. Клиническими формами, общими для гипоплазии и кариеса, являются
- пятно
 - изменение формы
 - аплазия эмали
 - полосы
 - все перечисленные выше
213. При системной гипоплазии эмали чаще поражены
- все молочные зубы
 - все постоянные зубы
 - молочные резцы
 - постоянные премоляры
 - группа зубов одного периода минерализации
214. Причинами, чаще всего приводящими к системной гипоплазии 621126
621126, являются
- заболевания матери в период беременности
 - заболевания ребенка (рахит, диспепсия) на 1-м году жизни
 - отсутствие гигиены полости рта
 - распространение воспаления от корней молочных зубов на зачаток постоянного зуба
 - включенный вывих молочного зуба с внедрением в фолликул постоянного
215. Наиболее рациональным методом лечения начального кариеса является
- иссечение патологически измененных тканей с последующим пломбированием
 - аппликация реминерализующих растворов
 - электрофорез препаратов кальция и фтора
 - гигиена полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст
 - все перечисленное выше
216. Укажите наиболее эффективный и доступный метод диагностики очаговой деминерализации
- визуальный метод
 - метод витальной окраски
 - метод рентгенологического исследования
 - метод волоконной оптики
 - все перечисленные
217. Наиболее эффективной методикой при лечении среднего кариеса у детей с третьей степенью активности является
- применение кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта постоянным пломбировочным материалом
 - применение лечебной прокладки из фосфатцемента, содержащего серебро
 - применение в первое посещение раствора антибиотиков под временную повязку, а во второе посещение - кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки
 - отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении

- д) эвгеноловой пасты, сроком на 1-1.5 мес.
не названа
218. Достаточным для практической работы врача методом определения активности кариеса зубов у детей является
- а) гигиенический индекс
 - б) ЦРТ-тест
 - в) индексы КПУ, кп, КПУ+кп
 - г) лактобациллен тест
 - д) все вышеперечисленные
219. При диагностике кариеса к рентгенологическому исследованию прибегают
- а) для диагностики скрытых кариозных полостей
 - б) для определения глубины распространения кариозного процесса
 - в) для диагностики вторичного кариеса
 - г) для диагностики кариеса у детей с пороками формирования зубов
 - д) при всех перечисленных выше ситуациях
220. Наиболее часто в молочных зубах встречается
- а) глубокий кариес
 - б) кариес в стадии пятна
 - в) средний кариес
 - г) поверхностный кариес
 - д) все вышеперечисленное
221. Для обработки кариозной полости при глубоком кариесе при третьей степени активности применяется
- а) перекись водорода, хлорамин
 - б) камфора-фенол, эвгенол
 - в) спирт, эфир
 - г) раствор антисептиков
 - д) воздух

Клинические условия

Ребенок в возрасте 9 лет обратился к врачу с жалобами на боли от температурных раздражителей. Ребенок часто болеет респираторными заболеваниями. Объективно: КПУ = 5; кп = 3.

На жевательной и медиальной поверхностях 6 - кариозная полость, с подрезными краями выполнена влажным размягченным дентином.

При механической обработке полости болезненность по эмалево-дентинной

границе, дентин снимается пластинами,

дно полости безболезненно, реакция на температурный раздражитель быстро проходящая.

222. Предполагаемый диагноз

- а) I степень активности кариеса, 6 средний кариес
- б) II степень активности кариеса, 6 глубокий кариес
- в) III степень активности кариеса, 6 глубокий кариес
- г) III степень активности кариеса, 6 средний кариес
- д) II степень активности кариеса, 6 глубокий кариес

223. Показан следующий метод лечения

- а) формирование кариозной полости, прокладка фосфат-цемент и восстановление анатомической формы зуба
- б) формирование кариозной полости, прокладка фосфат-цемент с серебром и восстановление анатомической формы зуба
- в) формирование кариозной полости, кальцийсодержащая прокладка и восстановление анатомической формы зуба
- г) щадящее препарирование кариозной полости, закрытие цинкэвгенольной пастой на 1-1.5 месяца
- д) не названо

224. Какое дополнительное лечение следует применять в данном случае?

- а) ремтерапию препаратами Ca и F
- б) таблетки фтористого натрия
- в) гигиену полости рта с лечебно-профилактическими пастами
- г) лечебное питание
- д) препараты Ca внутрь

225. Кариес может возникнуть в результате действия таких причин как

- а) оптимальное содержание фтора в питьевой воде

- б) отягощенная наследственность
 - в) замедленное прорезывание зубов
 - г) кариесогенные факторы
 - д) нарушение внутриутробного формирования челюстной системы плода
226. Какой из цинк-фосфатных цементах или его аналогов обладает свойством химического соединения с кальцием твердых тканей зуба?
- а) висфат
 - б) поликарбоксилатный цемент
 - в) цемент-фосфат, содержащий серебро
 - г) бактерицидный цемент
 - д) фосфат-цемент для фиксации несъемных протезов
227. Можно ли использовать как прокладку цинк-фосфатный цемент, содержащий серебро, на фронтальную группу зубов под силикатные материалы, акриловые пластмассы или композиционные материалы?
- а) можно
 - б) нельзя
 - в) можно, т.к. материал обладает повышенной адгезией к тканям зуба и механической прочностью
 - г) можно, т.к. цемент, содержащий серебро, предотвращает развитие вторичного кариеса зубов
 - д) можно, т.к. это единственный материал, обладающий олигодинамическим воздействием на окружающие ткани
228. Завершающую обработку пломбы из композиционного материала после полимеризации можно начинать
- а) непосредственно сразу
 - б) через 1 минуту
 - в) через 2 минуты
 - г) через 6-10 минут
 - д) через 24 часа
229. Подлежат ли тщательному моделированию силикатные пломбировочные материалы после их внесения в подготовленную кариозную полость зуба?
- а) силикатные материалы подлежат тщательному моделированию, т.к. время схватывания этих материалов вполне достаточно
 - б) силикатные материалы не подлежат тщательному моделированию, т.к. при проведении этих манипуляций образуется множество невидимых мелких трещин, приводящих в последующем к повышенной растворимости материалов
 - в) т.к. силикатные материалы имеют короткий период пластичности, они не подлежат тщательному моделированию
 - г) любое моделирование силикатных материалов приводит к нарушению процесса схватывания
 - д) тщательное моделирование пломбы из силикатных материалов необходимо, т.к. экономит время врача при отсроченной обработке
230. Чтобы тщательно перемешать адгезионные смолы (типа "Стомадент") перед нанесением на протравленную эмаль достаточно
- а) 10 секунд
 - б) 30 секунд
 - в) 1 минута
 - г) 5 секунд
 - д) 2 минуты
231. Правильный и рациональный выбор постоянного пломбировочного материала для лечения кариеса зубов у детей зависит
- а) от степени активности кариеса зубов у детей
 - б) только от физико-механических свойств применяемого материала
 - в) зависит от расположения полости на поверхности зуба (учитывая классификацию Блэка)
 - г) зависит от степени токсичности пломбировочного материала
 - д) зависит от возраста ребенка
232. Сочетание достаточной прочности и эстетичности после полимеризации будет иметь композиционный материал,
- а) имеющий макрополнитель

- б) имеющий микронаполнитель
 - в) имеющий гибридный наполнитель
 - г) имеющий микрогибридный наполнитель
 - д) не назван
233. Наиболее правильной методикой приготовления цинк-фосфатных цемента перед замешиванием является
- а) цинк-фосфатные цементы перед замешиванием наносятся на гладкую поверхность стекла в количестве не менее 2-х капель жидкости (0.5 см³) и соответственно порошка при приготовлении минимальной величины пломбы или прокладки
 - б) цинк-фосфатные цементы приготавливают на шероховатой поверхности стекла в количестве не менее 2-х капель жидкости и соответственно порошка
 - в) процесс приготовления и замешивания на шероховатой или гладкой поверхности стекла не влияет на качество приготовления материала
 - г) процесс приготовления и замешивания цинк-фосфатных цемента допускается по упрощенной произвольной методике применения
 - д) количество порошка и жидкости при приготовлении цинк-фосфатных цемента борется произвольно и не зависит от величины пломбы
234. Высокой прочностью обладает композиционный материал,
- а) имеющий макронаполнитель
 - б) имеющий микронаполнитель
 - в) имеющий гибридный наполнитель
 - г) имеющий микрогибридный наполнитель
 - д) не назван
235. Наивысшей эстетичностью обладает композиционный материал,
- а) имеющий макронаполнитель
 - б) имеющий микронаполнитель
 - в) имеющий гибридный наполнитель
 - г) имеющий микрогибридный наполнитель
 - д) не назван
236. Укажите основной недостаток быстротвердеющих акриловых пластмасс
- а) трудность моделирования материала
 - б) несовпадение коэффициента теплового расширения быстротвердеющих пластмасс и твердых тканей зубов
 - в) токсичность мономера
 - г) недостаточная механическая прочность
 - д) все вышеперечисленное
237. Наиболее эффективной методикой пломбирования быстротвердеющими пластмассами является
- а) приготовленная пластмасса вводится в подготовленную полость с избытком как по высоте, так и по ширине кариозной полости с последующим давлением на нее с помощью различных приспособлений (целлулоидной пластинки, вкладкой, целлулоидным колпачком и т.д.)
 - б) быстротвердеющая пластмасса после приготовления вводится в подготовленную полость без избытка и давления, но с последующим моделированием контактного пункта
 - в) приготовленная пластмасса вводится с помощью так называемого метода напластывания или "кисточкового" метода
 - г) методика пломбирования быстротвердеющей пластмассой напоминает методику, приемлемую для различных видов композитов
 - д) приготовленная масса вводится методом "стечения", пломба не завывается и тщательно моделируется
238. Быстротвердеющие пластмассы ускоряют полимеризацию
- а) при температуре окружающей среды выше 30°C и недостатке мономера в приготовлении материала
 - б) при низкой температуре и избытке мономера в приготовлении материала
 - в) при низкой температуре окружающей среды и повышенной влажности
 - г) при высокой температуре окружающей среды и повышенной влажности

- д) при низкой температуре и избытке мономера в приготовленном материале
239. Нужно ли промывать серебряную амальгаму, приготовленную из сплава серебряного тонкодисперсного ССТА-01?
- нужно, т.к. амальгама загрязнена окислами металлов, способных окрасить в последующем ткани зуба
 - нужно в отдельных случаях
 - не только нужно, но обязательно должна промываться, т.к. промытая амальгама не только не окрашивает зуб, но и после полирования имеет приятный металлический блеск, который и в дальнейшем не меняет окраску
 - нельзя, т.к. влага, попавшая в состав амальгамы, нарушает качество пломбы
 - нельзя, т.к. это загрязняет окружающую среду
240. Обязательно ли покрытие прокладочного материала в полости зуба адгезивом перед нанесением композита?
- обязательно, т.к. увеличивается сила адгезии пломбировочного материала в этом участке
 - не нужно
 - не имеет значения
 - нужно для некоторых поколений композитов
 - резко ухудшает адгезию материала
241. Кислотное травление эмали применяется
- для удаления бляшек с поверхности эмали
 - для создания химической адгезии
 - для создания участка микроретенции
 - для улучшения физико-механических свойств материала
 - все вышеперечисленные
242. Для удаления кислоты (гель для протравливания с поверхности эмали струей воды) необходимо
- не менее 5 минут
 - время нейтрализации кислоты струей воды должно соответствовать времени протравливания до 15 секунд
 - длительность времени нейтрализации кислоты струей воды с поверхности эмали не имеет значения
 - вообще не требуется промывания
243. Не имеет в своем составе ртути
- материал ССТА-01
 - галлодент (металлодент)
 - сферический сплав для амальгамы
 - сплав с высоким содержанием меди
 - амальгама без фазы X-2
244. К наполненным пластмассам относятся
- норакрил-65
 - акрилоксид, норакрил-100
 - дуракрил
 - стомадент
 - АСТ-2
245. Основным компонентом, входящим в состав композиционных пломбировочных материалов, является
- эпоксидные смолы
 - неорганический наполнитель, обработанный силаном
 - индикаторы, стабилизаторы и красители
 - кварц
 - в композиционном материале основного компонента нет
246. Укажите пломбировочный материал для лечения фронтальной группы постоянных зубов
- пломбировочные материалы на основе акриловых смол
 - подбирается по индивидуальным показаниям

- в) композиционные пломбировочные материалы
 - г) иономерные цементы
 - д) силикатные цементы
247. Эффективным пломбировочным материалом для отсроченного метода лечения глубокого кариеса при III степени активности кариозного процесса является
- а) кальмецин
 - б) цинк-фосфат, содержащий серебро
 - в) эвгеноловая паста
 - г) бактерицидный цемент
 - д) фтор цемент
248. Рабочее время композиционных материалов химической полимеризации можно регулировать
- а) путем введения в материал адгезива
 - б) изменением соотношения при замешивании (базис: катализатор)
 - в) охлаждением композиционного материала
 - г) этого нельзя делать, кроме случаев специально оговоренных инструкцией
 - д) нагреванием композиционного материала
249. Наиболее длительной бактерицидностью обладает
- а) резорцин-формалиновая паста
 - б) серебряная паста Гениса
 - в) эвгеноловая паста
 - г) эндометазоновая паста
 - д) паста АН-26
250. Какой из перечисленных пломбировочных материалов для корневых каналов зубов содержит в своем составе эпоксидную смолу?
- а) парацин
 - б) цебанит
 - в) эндодент
 - г) эндометазон
 - д) гуттаперча
251. Какая из паст для корневых каналов зубов с незаконченным ростом корней и сохранением ростковой зоны является наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей?
- а) резорцин-формалиновая паста
 - б) серебряная паста Гениса
 - в) эвгеноловая паста
 - г) кальмецин
 - д) ни одна из перечисленных
252. Какой из пломбировочных материалов не может быть применен для пломбирования корневых каналов фронтальной группы зубов?
- а) гуттаперчевый штифт
 - б) эндодент
 - в) парацин
 - г) цинк-фосфат
 - д) эндометазоновая паста
253. Укажите наиболее рациональный пломбировочный материал для лечения среднего кариеса (I класс, моляр) при I степени активности кариеса
- а) серебряная амальгама
 - б) пломба на основе акриловой пластмассы
 - в) пломба из галлодента
 - г) пломба из композиционного материала
 - д) пломба из керметного цемента
254. Какова рекомендуемая площадь протравливаемой эмали при восстановлении зуба по IV классу, необходимая для хорошей фиксации пломбы?
- а) 1 мм
 - б) 2 мм

- в) 1/2 от ширины пломбы
 - г) прямо пропорционально величине пломбы, но не менее 2 мм
 - д) ни один из вышеперечисленных
255. Рекомендуется ли по современной методике препарирования полостей для композиционных материалов закруглять внутренние углы полостей?
- а) допускается произвольное препарирование
 - б) необходимо закруглять внутренние углы полостей
 - в) необходимо строгое соблюдение правил препаровки по Блэку
 - г) закругление внутренних углов полостей не имеет значения
 - д) ни одна из вышеперечисленных
256. Правильным методом приготовления пломбировочного материала ССТА-01 является
- а) дозирование порошка и ртути на глаз, отжимание, промывание
 - б) измерение материала дозаторами для порошка и ртути в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе, отжимание
 - в) измерение материалов дозаторами для порошка и ртути в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе, обработка материала в хирургической резиновой перчатке
 - г) измерение материала дозаторами для порошка и ртути в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе, промывание
 - д) ни один из перечисленных
257. Укажите наиболее быстрый, эффективный и косметический метод устранения дефектов твердых тканей зуба (пример: IV класс на фронтальном резце верхней челюсти)
- а) устранение дефекта армированной вкладкой, выпиленной из гарнитурного зуба
 - б) устранение дефекта композиционным материалом
 - в) предварительное снятие слепка, изготовление вкладки в лаборатории и фиксации ее на фосфат цемент
 - г) устранение дефекта пломбированием акриловым пломбировочным материалом
 - д) ни один из перечисленных
258. За счет чего пульпа может погибнуть после применения силикатных пломбировочных материалов, если допущена погрешность в правильном наложении прокладочного материала?
- а) за счет действия мышьяка, входящего в состав силикатных цемента
 - б) за счет свободных фосфорных кислот
 - в) за счет диффузии через пломбу различных вредных веществ из слюны
 - г) за счет фосфорных соединений, входящих в состав силикатных цемента
 - д) ни один из перечисленных
259. Потребность избыточного наложения пластмассы при пломбировании кариозных полостей вызвана
- а) чем больше объем быстротвердеющей пластмассы, тем выше экзотермическая реакция полимеризации и тем меньше остаточного мономера
 - б) избыток материала дает возможность более качественного моделирования пломбы во время ее обработки и создания хороших контактных пунктов в полостях II класса
 - в) избыток быстротвердеющей пластмассы в кариозной полости не дает возможности отрыва материала в местах краевого прилегания, при прохождении им стадии "сокращения" в момент полимеризации пломбы
 - г) все вышеперечисленное
 - д) не названа
260. Герметики-силанты применяются
- а) только с профилактической целью
 - б) только с лечебной целью
 - в) с лечебно-профилактической целью
 - г) с эстетической целью
 - д) ни одна из выше перечисленных
261. Основным удерживающим моментом герметиков-силантов

- в фиссурах зубов является
- а) механическая микроетенция (проникновение материала в протравленную кислотой эмаль)
 - б) химическое соединение с твердыми тканями зубов
 - в) удержание за счет неровностей и углублений в фиссурах
 - г) удержание за счет правильно сформированной полости зуба
 - д) ни один из выше перечисленных
262. Пломбировочный материал "Витакрил" относится
- а) к композиционным пломбировочным материалам
 - б) к иономерным цементам
 - в) к ненаполненным пластмассам
 - г) к быстротвердеющим акриловым пластмассам
 - д) ни к одним из перечисленных выше
263. В состав жидкости иономерных цементах входит
- а) высокомолекулярная полиакриловая кислота
 - б) низкомолекулярная полиакриловая кислота
 - в) эпоксидные смолы
 - г) органические кислоты
 - д) ни одна из перечисленных выше
264. Возможно ли применение иономерных цементах с целью герметизации фиссур у детей?
- а) возможно, т.к. материал химически соединяется с тканями зуба
 - б) невозможно, т.к. материал плохо адгезируется с твердыми тканями зубов
 - в) невозможно, т.к. обладает малой прочностью
 - г) возможно только в случаях неполностью сформированных фиссур у детей
 - д) невозможно, т.к. иономерные цементы обладают повышенной токсичностью
265. Какой из перечисленных пломбировочных материалов наиболее эффективно предотвращает развитие вторичного кариеса зубов?
- а) цинкфосфатцемент, содержащий серебро
 - б) эвикрол
 - в) силицин
 - г) амальгама
 - д) все вышеперечисленные
266. Укажите наиболее эффективный пломбировочный материал (из перечисленных) для пломбирования фронтальной группы зубов при декомпенсированной форме кариеса
- а) пломбировочные материалы на основе акриловой смолы
 - б) силико-фосфатные пломбировочные материалы
 - в) фторсодержащие цементы
 - г) композиционные пломбировочные материалы
 - д) все вышеперечисленные
267. Наиболее эффективным материалом для изоляции пломбы от слюны является
- а) воск
 - б) гидроксил-силиконовая паста
 - в) эпоксидный лак
 - г) вазелин
 - д) все одинаковы
268. Материал для лечения глубокого кариеса должен обладать
- а) хорошей пластичностью, быстрым твердением
 - б) быть механически прочным, высоко адгезивным
 - в) противовоспалительным и одонтотропным действием
 - г) не обладать пористостью
 - д) не обладать токсичностью
269. Защитные свойства пульпы обеспечивают
- а) коллагеновые волокна
 - б) нервные элементы

- в) одонтобласты
 - г) кровеносные сосуды
 - д) эластические волокна
270. Большой процент несовпадений клинического и гистологического диагноза пульпита объясняется
- а) несовершенством методов диагностики пульпитов
 - б) поздним обращением больных
 - в) закрытой полостью зуба
 - г) гиперэргическим характером воспалений
 - д) не назван
271. Осложнения, возникшие при биологических методах лечения пульпита, связаны
- а) с ошибками диагноза
 - б) с неправильным выбором лекарственного препарата
 - в) с плохой фиксацией пломбы
 - г) с нарушением правил антисептики
 - д) со всем перечисленным
272. Укажите наиболее рациональный метод лечения острого воспаления пульпы в постоянных зубах с незаконченным ростом корней и степенью активности кариеса
- а) биологический метод
 - б) метод, предусматривающий удаление всей пульпы
 - в) метод прижизненной ампутации
 - г) метод девитальной ампутации
 - д) не назван
273. Укажите наиболее рациональный и эффективный метод лечения воспаления пульпы временных зубов у детей в возрасте от 4 до 7 лет
- а) биологический метод
 - б) метод девитализации с последующей мумификацией
 - в) метод прижизненной ампутации
 - г) метод полного удаления пульпы (экстирпация)
 - д) не назван
274. Какая из методик наиболее целесообразна и эффективна при применении диатермокоагуляции в тонких корневых каналах зубов у детей?
- а) ввести тонкий ручной дрель до верхушки корня зуба, а затем коснуться активным электродом к ручке ручного дильбора, т.е. использовать передачу "тока с металла на металл"
 - б) ввести на величину прохождения тонкий пульпоэкстрактор, а затем провести диатермокоагуляцию передачей тока "с металла на металл"
 - в) продвигая корневую иглу активного электрода диатермокоагулятора, провести последовательную коагуляцию пульпы на протяжении всего корневого канала
 - г) удалить пульпу из корневого канала, а затем активным электродом провести диатермокоагуляцию
 - д) ни одна из перечисленных методик
275. Какой из методов лечения воспаления пульпы постоянных зубов у детей предусматривает сохранение жизнеспособности корневой пульпы?
- а) биологический метод
 - б) метод прижизненной ампутации
 - в) метод девитальной ампутации
 - г) комбинированные методы
 - д) не назван
276. Какой из методов приготовления инструментов для проведения прижизненной ампутации является наиболее простым и эффективным?
- а) приготовление заранее всех инструментов и материалов в специальной матерчатый пакет
 - б) приготовление всех инструментов и материалов непосредственно в то время, когда пришел больной

- в) приготовление заранее инструментов и материалов в стоматологический лоток
 - г) материалы приготовить заранее в стеклянных баночках
 - д) не назван
277. Ведущим при проведении метода прижизненной ампутации является
- а) хорошее качество обезболивания
 - б) качественное проведение этапа ампутации пульпы
 - в) готовность к методу (инструменты, материалы и т.д.)
 - г) хорошее знание этапов проведения методов
 - д) все вышеперечисленное
278. Укажите, какой из перечисленных этапов метода прижизненной ампутации наиболее важный для достижения цели этого метода?
- а) формирование кариозной полости
 - б) ампутация пульпы
 - в) правильное и качественное наложение лекарственных препаратов
 - г) снятие крышки полости зуба
 - д) все вышеперечисленное
279. Ведущей причиной, указывающей на ограниченность применения биологического метода лечения воспаления пульпы молочных зубов в широкой стоматологической практике, является
- а) отсутствие объективных тестов для диагностики пульпитов молочных зубов, позволяющих определить характер и степень распространения патологического очага
 - б) недостаточная эффективность методов обезболивания, позволяющих безболезненно обрабатывать кариозную полость, а также при необходимости ампутировать коронковую часть пульпы
 - в) отсутствие надежных пломбировочных материалов, позволяющих при относительно небольших дефектах коронок молочных зубов изолировать пульпу от вторичного инфицирования
 - г) все вышеперечисленные причины
 - д) не названа
280. Дифференциальным симптомом между острым пульпитом и периодонтитом временного зуба является
- а) боль от температурных раздражителей
 - б) боль при касании языком, инструментом и малейшей перкуссии зуба
 - в) наличие вскрытой полости зуба
 - г) наличие закрытой полости зуба
 - д) не названы
281. Наиболее эффективным методом при лечении воспаления пульпы постоянных зубов у детей с неполностью сформированной верхушкой корня является
- а) метод диатермокоагуляции
 - б) метод прижизненной ампутации коронковой пульпы
 - в) метод глубокой ампутации
 - г) метод девитальной ампутации
 - д) метод прижизненной экстирпации

Клинические условия

Ребенку 4 года. Жалобы на острые самопроизвольные боли в области ΓIV с короткими светлыми промежутками в течение ночи, на боли от холодного и горячего, а также на боли при накусывании. Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса (КПУ=9). Ребенок бледный, рот приоткрыт, усиленное слюноотделение, с ΓIV имеется глубокая кариозная полость, выполненная большим количеством размягченного дентина. После снятия экскаватором дентина зондирование дна кариозной полости болезненно. Перкуссия резко болезненная. Десна в области ΓIV слегка гиперемирована, при пальпации болезненна.

282. Предполагаемый диагноз
- а) острый периодонтит
 - б) острый тотальный пульпит
 - в) обострение хронического периодонтита
 - г) острый частичный серозный пульпит

д) ни один из перечисленных выше

283. Скорее всего подтвердит диагноз

- а) реакция на температурные раздражители
- б) рентгенологическое исследование
- в) ЭОД
- г) анализ крови
- д) ни один из перечисленных

284. В первую очередь следует предпринять

- а) вскрытие полости зуба с девитализацией пульпы
- б) вскрытие полости зуба с мумификацией пульпы
- в) вскрытие полости зуба с наложением противовоспалительных средств (антибиотики, кортикостероиды и т.д.)
- г) вскрытие полости зуба (зуб оставить открытым)
- д) удаление зуба

Клинические условия

Ребенок 8 лет обратился с жалобами на периодические самопроизвольные боли в 6₁. Боли чаще возникали после приема пищи, но после тщательного полоскания рта проходили.

Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса.

В 6₁ аппроксимальная кариозная полость, заполненная остатками пищи и размягченным дентином. Реакция на температурные раздражители болезненная. Перкуссия безболезненная. После удаления остатков пищи и частично размягченного дентина зондирование болезненно в одной точке.

На рентгенограмме имеется сообщение кариозной полости с полостью зуба; патологических изменений в периодонте нет.

Степень формирования корней соответствует возрасту.

285. Предполагаемый диагноз

- а) острый общий серозный пульпит
- б) хронический пролиферативный пульпит
- в) хронический гангренозный пульпит
- г) хронический простой пульпит
- д) обострение хронического пульпита

286. Скорее всего подтвердит диагноз

- а) ЭОД
- б) рентгенологическое исследование
- в) анализ крови
- г) кратковременная боль на температурные раздражители
- д) ни один из вышеперечисленных

287. В первую очередь необходимо назначить

- а) девитализацию пульпы
- б) биологический метод
- в) метод прижизненной ампутации
- г) метод прижизненной экстирпации
- д) метод девитальной ампутации

288. Какой прогноз или исход является желаемым при правильном выборе лечения?

- а) завершение формирования корня зуба
- б) формирование корня зуба за счет одного цемента
- в) гиперцементноз верхушки корня зуба
- г) закрытие корня зуба без завершения роста в длину
- д) стабилизация первоначальной ситуации

289. После лечения пульпита у ребенка методом девитальной ампутации с проведением резорцин-формалинового метода в зубе отмечается боль от холодного, горячего, при накусывании на зуб.

Боли возникли за счет

- а) грубой механической травмы пульпы при лечении
- б) раздражения пульпы медикаментами
- в) некроза пульпы
- г) хронического воспаления корневой пульпы
- д) распада корневой пульпы

290. Предпочтительным методом лечения при хроническом пульпите в стадии обострения у ребенка 5 лет является
- а) биологический метод
 - б) витальная ампутация коронковой пульпы
 - в) высокая ампутация
 - г) девитальная ампутация
 - д) девитальная экстирпация
291. Предпочтительным методом лечения у ребенка 7 лет, страдающего хронической пневмонией, повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам, при хроническом фиброзном пульпите в I-IV является
- а) биологический метод
 - б) витальная ампутация
 - в) девитальная ампутация
 - г) девитальная экстирпация
 - д) удаление зуба
292. Основными свойствами коллагеновых волокон периодонта являются
- а) они удерживают зуб в правильном положении, равномерно распределяя давление на стенки альвеолы
 - б) они способны набухать в кислой среде, ощелачивая ее и создавая благоприятные условия для фагоцитоза при воспалении
 - в) они обеспечивают физиологическую подвижность зуба, устойчивы к переваривающему действию тканевых ферментов и играют большое значение в репаративных процессах
 - г) все вышеперечисленные
 - д) не названы
293. Каково происхождение эпителия гранулемы, кист?
- а) это вегетировавший через десневой карман многослойный плоский эпителий полости рта
 - б) это вегетировавший через свищевой ход многослойный плоский эпителий полости рта
 - в) эпителиальную выстилку гранул и кист образует эпителиальные островки Малайясе, клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления
 - г) идиопатическое происхождение
 - д) не названо
294. Основной функцией периодонта является
- а) опорная, т.к. периодонт способен воспринимать большие нагрузки и распределять давление на стенки альвеолы
 - б) трофическая функция, ибо она обеспечивает питание цемента зуба
 - в) пластическая функция, заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген и полисахарады, т.е. строить саму ткань периодонта
 - г) защитная функция, т.е. она обеспечивает активную борьбу с воспалением
 - д) все вышеуказанные
295. Какую тактику следует предпочесть в случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала в зубе ранее леченном по поводу пульпита с давно выпавшей пломбой?
- а) удалить зуб, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент зуба
 - б) применить мышьяковистую пасту, поскольку лечить такой зуб надо как пульпитный
 - в) провести диатермокоагуляцию и непосредственное пломбирование
 - г) провести под обезболиванием тщательную инструментальную, медикаментозную обработку и запломбировать канал
 - д) не названа
296. Можно ли пломбировать каналы не отвердевающими пастами при лечении хронических гранулирующих периодонтитов?
- а) можно, ибо контакт с тканями воспаленного периодонта дает

- лечебный эффект и будет способствовать его регенерации
- б) не следует, потому что эти пасты будут быстро рассасываться за счет грануляционной ткани
 - в) можно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить дефекты пломбирования, а при наличии свищевого хода тем более целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие в состав пасты, будут способствовать его закрытию
 - г) нет, т.к. при пломбировании этими пастами нельзя добиться герметичности
 - д) не названо
297. Чем объяснить отсутствие успеха в лечении хронических периодонтитов при пломбировании на уровне верхушечного отверстия канала однокорневого зуба?
- а) дельтавидным разветвлением макроканала
 - б) плохой предварительной медикаментозной обработкой
 - в) отсутствием герметичности пломбирования канала и снижением реактивности организма
 - г) плохой инструментальной обработкой канала
 - д) все перечисленные
298. Наиболее эффективным для разжижения, расщепления и нейтрализации некротических масс при лечении хронических периодонтитов у детей является
- а) перекись водорода
 - б) антибиотики широкого спектра действия
 - в) антисептик
 - г) ферменты (трипсина)
 - д) не назван
299. Вид резорбции корней, наиболее часто обуславливающий раннее удаление молочного зуба, -
- а) резорбция идиопатическая
 - б) резорбция в результате новообразований
 - в) патологическая резорбция при хроническом воспалении
 - г) физиологическая резорбция (III тип в области бифуркации корней)
 - д) не назван
300. Какая из паст для корневых каналов зубов с незаконченным ростом корней и сохранением зоны роста является наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей?
- а) серебряная паста Гениса
 - б) резорцин-формалиновая паста
 - в) эвгеноловая паста
 - г) иодоформная паста
 - д) не названа
301. 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
302. 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
303. 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

304. 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
305. Для фиксации съемных детских 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
306. С целью фиксации съемного детского аппарата кламмеры Адамса можно изгибать
- а) на моляры
 - б) на резцы
 - в) на клыки
 - г) на любые зубы
 - д) на премоляры
307. 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
308. 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
309. 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
310. 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
311. 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
312. 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
313. 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
314. 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
315. 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
316. 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
317. Изгибы вестибулярной дуги должны иметь
- а) П-образную форму
 - б) U-образную форму
 - в) У-образную форму
 - г) полукруглую форму
 - д) любую форму
318. Высота полукруглых изгибов должна быть
- а) 0.5 мм
 - б) 1 мм
 - в) 3 мм
 - г) 5 мм
 - д) 7 мм
319. Ширина полукруглых изгибов равняется
- а) 3 мм
 - б) 5 мм
 - в) 7 мм
 - г) мезиодистальному размеру клыка
 - д) величине, большей мезиодистального размера клыка
320. Отросток для межчелюстной тяги равен
- а) 2 мм
 - б) 4 мм
 - в) 6 мм
 - г) 8 мм
 - д) 10 мм
321. 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
322. Отросток для межчелюстной тяги изгибается
а) на назубной части
б) на мезиальном колене изгиба
в) на дистальном колене изгиба
г) на вершине изгиба
д) место изгиба не имеет значения
323. 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
324. 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
325. Угол наклонной плоскости у аппарата Брюкля составляет
а) 15°
б) 30°
в) 45°
г) 60°
д) величина угла не имеет значения
326. 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
327. 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
328. 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
329. 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
330. 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
331. Аппарат Дерихсвайлера имеет
- 2 опорных коронки
 - 4 опорных коронки
 - 6 опорных коронок
 - 8 опорных коронок
 - количество опорных коронок не имеет значения
332. Методом устранения вредной привычки сосания пальца днем является
- фиксация руки в локтевом лучезапястном суставе
 - применение вестибулярной пластинки
 - применение метода внушения, гипноза
 - одевание перчатки
 - применение вестибуло-оральной пластинки
333. Методом устранения вредной привычки сосания языка является
- пластика аномалийной уздечки языка
 - применение вестибулярной пластинки
 - применение вестибуло-оральной пластинки
 - применение пластинки с наклонной плоскостью
 - санация носоглотки
334. Функцию смыкания губ можно нормализовать
- миотерапией для круговой мышцы рта после санации полости рта
 - пластикой низко прикрепленной уздечки верхней губы
 - устранением аномалии прикуса
 - пластикой укороченной уздечки нижней губы
 - тренировкой правильного глотания
335. Методом нормализации функции жевания является
- исправление аномалий прикуса
 - своевременная санация и протезирование полости рта
 - пластика укороченной уздечки языка
 - пластика укороченной уздечки нижней губы
 - миотерапия для тренировки жевательных мышц
336. Тактикой врача при ранней потере моляров на одной из челюстей при временном нейтральном прикусе является
- изготовление съемного протеза
 - рентгенообследование, массаж
 - удаление зубов на противоположной челюсти
 - наблюдение
 - закрытие дефекта за счет соседних зубов
337. Тактикой врача при ранней потере постоянных моляров (в возрасте 11 лет) является
- протезирование - изготовление съемного протеза
 - изготовление несъемного протеза
 - закрытие дефекта за счет 7 и 8 зубов
 - удаление зубов на противоположной челюсти
 - наблюдение
338. Ранним признаком формирующегося глубокого прикуса является
- углубление резцового перекрытия
 - увеличение степени фронтального перекрытия
 - зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти
 - зубоальвеолярное укорочение боковых участков челюстей
 - уменьшение высоты нижней части лица
339. При лечении детей, имеющих ранние признаки мезиального прикуса, следует
- стимулировать рост верхней челюсти
 - задержать рост нижней челюсти
 - устранить причину, способствующую усугублению патологии
 - обеспечить условия для физиологического развития челюстей
 - пришлифовать бугры отдельных зубов

340. 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
341. 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
342. 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
343. 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
344. 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
345. 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
346. 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
347. 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
348. 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
349. 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
350. Основной задачей детского лечения является
- а) устранение морфологических нарушений
 - б) устранение функциональных нарушений
 - в) устранение эстетических нарушений
 - г) создание морфологического, функционального и эстетического оптимума в зубочелюстной системе
 - д) уменьшение степени тяжести патологии
351. Немедленному удалению подлежит сверхкомплектный
- а) ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, имеющий несформированный корень
 - б) ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, но с наклоном его оси по отношению к корням соседних зубов до 30° с незавершенным формированием верхушки корня
 - в) зуб, находящийся в начальной стадии прорезывания
 - г) прорезавшийся зуб
 - д) любой зуб
352. Саморегуляцию диастемы до 5 мм между резцами верхней челюсти после удаления сверхкомплектного зуба между ними можно ожидать в возрасте
- а) до 6 лет
 - б) до 7 лет
 - в) до 8 лет
 - г) до 9 лет
 - д) до 11 лет
353. Диастему между 111 и параллельное расположение их продольных осей наиболее часто обуславливает
- а) вредная привычка сосания пальца
 - б) вредная привычка сосания нижней губы
 - в) адентия 212
 - г) ретенция сверхкомплектного зуба, локализующегося в области верхушек корней резцов
 - д) одонтома в области верхушек корней резцов
354. 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
355. Диастему, мезиальный наклон осей центральных резцов, латеральный наклон верхушек корней наиболее часто обуславливает
- а) адентия 212
 - б) ранняя потеря 212
 - в) небное положение 212
 - г) наличие одонтомы в области корней 111 или сверхкомплектного поперечно расположенного зуба
 - д) все перечисленное
356. 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
357. Для мезиального наклона осей $1 \perp 1$ 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 детских аппаратов
358. 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
359. Облегчает поворот зуба по оси и обеспечивает достижение устойчивости достигнутых результатов
- а) компактоостеотомия
 - б) электростимуляция
 - в) массаж
 - г) вакуумная терапия
 - д) вибро-вакуумная терапия
360. 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
361. 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"
362. 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
363. 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
364. К физиологическому можно отнести
- а) ортогнатический прикус
 - б) прямой прикус

- в) опистогнатический прикус
 - г) физиологический дистальный или мезиальный прикус
 - д) все перечисленные виды прикуса
365. Физиологическим может быть
- а) дистальный прикус
 - б) мезиальный прикус
 - в) глубокое резцовое перекрытие
 - г) прямой прикус
 - д) любой из перечисленных видов прикуса
366. 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
367. 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
368. 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
369. 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
370. 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
371. 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
372. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля II типа, отличающими его от регулятора функций Френкеля I типа, являются
- а) небный бюгель и его концы в 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
373. 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
374. 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
375. 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
376. 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
377. 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
378. 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
379. 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
380. Удаление IV $\perp$ IV вместе с зачатками IV $\perp$ IV на верхней челюсти

- 6!6 3!3
- (при дистальном соотношении 6!6 и 3!3 в прикусе) показано
- а) при тесном положении резцов верхней челюсти, их значительной протрузии без трем, недостатке места для 2-х в зубной дуге на половину ширины коронки и более
 - б) при адентии зачатков отдельных постоянных зубов на нижней челюсти
 - в) при значительном мезиальном смещении боковых зубов верхней челюсти
 - г) при всех перечисленных нарушениях
 - д) удаление не показано
381. Удаление временных моляров вместе с зачатками первых премоляров на обеих челюстях показано при следующих нарушениях нейтрального прикуса
- а) при сумме мезиодистальных размеров 4 резцов верхней челюсти, равной более 33 мм
 - б) при индексе фасциального морфологического более 104
 - в) при недостатке места для боковых резцов в зубной дуге более половины ширины их коронки
 - г) при глубоком прикусе и тесном положении передних зубов у ребенка и сходных нарушениях прикуса у одного или обоих родителей
 - д) при всех нарушениях
382. Удаление временных первых моляров вместе с зачатками первых премоляров на нижней челюсти (при мезиальном соотношении первых постоянных моляров и клыков в прикусе) показано
- а) при тесном положении передних зубов на нижней челюсти и недостатке места для 2 из них на половину ширины коронки и более
 - б) при правильных осевых наклонах резцов нижней челюсти по отношению к плоскости ее основания или ретрузии в пределах до 7°
 - в) при адентии зачатков отдельных постоянных зубов на верхней челюсти
 - г) при значительном мезиальном смещении боковых зубов нижней челюсти в сторону рано потерянных временных зубов
 - д) при всех перечисленных нарушениях
383. Метод Хотца показан к применению
- а) при плохом гигиеническом состоянии полости рта
 - б) при отсутствии хороших зуботехнических условий
 - в) при макродентии
 - г) при наличии сверхкомплектных зубов
 - д) при наличии ретинированных зубов
384. 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
385. Поворот по оси резцов исправляют с помощью следующих одночелюстных съемных детских 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
386. 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
387. 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
388. 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
389. 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
390. 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
391. При глубоком прикусе воспаление тканей краевого пародонта чаще наблюдается в области
- а) 76±67 зубов
 - б) 21±12 зубов
 - в) 21±12 зубов
 - г) всех зубов верхней и нижней челюсти
 - д) воспаление не наблюдается
392. 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
393. 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
394. 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
395. При нейтральном и дистальном соотношении зубных рядов на развитие глубокого прикуса влияют
- а) абсолютная макроденция
 - б) нормальные размеры верхних и нижних резцов

- в) при нормальной ширине лица 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
- 396. 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
- 397. 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
- 398. 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
- 399. 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
- 400. На формирование глубокого прикуса
 - а) смещение нижней челюсти влияет
 - б) смещение нижней челюсти не влияет
 - в) смещение нижней челюсти влияет частично
 - г) влияет смещение нижней челюсти вперед
 - д) влияет смещение нижней челюсти в сторону
- 401. Выраженность дентальных бугров верхних резцов
 - а) влияет на увеличение глубины резцового перекрытия
 - б) не влияет на увеличение глубины резцового перекрытия
 - в) влияет частично на увеличение глубины резцового перекрытия
 - г) является одной из основных причин формирования патологии
 - д) имеет очень существенное значение
- 402. Укороченная уздечка
 - а) способствует удлинению переднего участка верхней зубной дуги
 - б) приводит к сужению верхней зубной дуги
 - в) обуславливает низкое расположение языка и распластывание его между зубными рядами
 - г) способствует лингвальному наклону 21-12 и недоразвитию апикального базиса нижней челюсти
 - д) не влияет на формирование глубокого прикуса
- 403. На формирование глубокого прикуса влияют следующие нарушения в расположении передних зубов в вестибулярно-оральном направлении
 - а) протрузия верхних резцов

- б) протрузия нижних резцов
 - в) ретрузия верхних резцов
 - г) ретрузия верхних и нижних резцов
 - д) протрузия и ретрузия верхних резцов и ретрузия нижних
404. При мезиальном перемещении боковых зубов на место разрушенных и удаленных углублению резцового перекрытия способствует
- а) укорочение обоих зубных рядов
 - б) укорочение одного зубного ряда
 - в) стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на обеих челюстях
 - г) стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на одной из челюстей
 - д) ранняя потеря зубов
405. При глубоком прикусе трансверсальные размеры зубных дуг изменяются следующим образом
- а) равномерное сужение зубных дуг между 4 $\perp$ 4 и 6 $\perp$ 6
 - б) большее сужение верхней зубной дуги в области 4 $\perp$ 4 и 6 $\perp$ 6
 - в) большее сужение нижней зубной дуги в области 4 $\perp$ 4 и 6 $\perp$ 6
 - г) большее сужение нижней зубной дуги в области 4 $\perp$ 4 и 3 $\perp$ 3
 - д) сужение в области 3 $\perp$ 3
406. 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
407. 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
408. 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
409. Для глубокого прикуса типичен тип роста лицевого скелета
- а) нейтральный
 - б) горизонтальный
 - в) вертикальный
 - г) любой из перечисленных
 - д) чрезмерный горизонтальный
410. 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
411. 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
412. 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
413. 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
414. 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
415. 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
416. 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
417. 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 детскими 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
418. Применение детских 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
419. 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
420. 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
421. 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
422. 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
423. 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
424. 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
425. 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
426. 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
427. 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
428. 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
429. Для лечения глубокого прикуса у пациентов в конечном периоде смешанного прикуса наиболее эффективными детскими аппаратами являются
- а) съемные одночелюстные
 - б) несъемные
 - в) съемные детские аппараты (механически и функционально-действующие) в сочетании с несъемными
 - г) съемные детские аппараты различных конструкций, включающие накусочную площадку, в сочетании с несъемными
 - д) все перечисленные детские аппараты
430. 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
431. 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
432. 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
433. 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
434. Глубокий прикус относится
- а) к сагиттальным аномалиям
 - б) к трансверсальным аномалиям
 - в) к вертикальным аномалиям
 - г) к сочетанным нарушениям
 - д) к физиологическому типу прикуса
435. 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
436. 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
437. 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
438. К физиологическому прикусу можно отнести
- а) дистальный прикус
 - б) мезиальный прикус
 - в) глубокий прикус
 - г) прямой прикус
 - д) все перечисленные прикусы
439. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти при их прорезывании показаны съемные одночелюстные детские 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
440. Для исправления небного положения верхних центральных резцов при обратном резцовом перекрытии на 1/3 высоты коронки показаны следующие детские аппараты
- а) аппарат Брюкля для нижней челюсти
 - б) пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы и протрагирующими небными пружинами направляющие коронки Катца
 - г) пластинки для верхней челюсти с секторальным распилом
 - д) открытый активатор
441. 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 детские 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) детские 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
442. 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
443. 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
444. 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
445. 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
446. 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
447. 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
448. Для лечения мезиального прикуса и расширения верхней челюсти наиболее показан (двучелюстной детский аппарат)
- а) открытый активатор Кламмга с верхнегубными пелотами
 - б) активатор Андресена с винтом
 - в) регулятор функций Френкеля III типа
 - г) активатор Андресена - Гойпля
 - д) аппарат Брюкля

449. 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
450. 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
451. 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 вверх) направление внеротовой резиновой тяги
 - в) горизонтальное и косое (кзади и вверх) направление внеротовой резиновой тяги
 - г) вертикальное направление внеротовой резиновой тяги
 - д) вертикальное, косое кзади направление внеротовой резиновой тяги
452. В первые сутки пользования аппаратом Брюкля, подбородочной пращей, шапочкой и внеротовой тягой пациент должен пользоваться аппаратом
- а) и приспособлениями днем, снимать шапочку во время приема пищи
 - б) и приспособлениями днем и ночью, шапочку во время приема пищи не снимать
 - в) и приспособлениями только ночью
 - г) днем и ночью, во время приема пищи снимать
 - д) только днем
453. 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
454. 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
455. 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
456. 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
457. 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
458. 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
459. 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
460. Детскую шапочку с подбородочной пращей для лечения мезиального прикуса следует
 а) применять в любом возрасте
 б) применять в периодах активного роста
 в) применять в периоде активного лечения
 г) не применять
 д) применять в смешанном периоде
461. 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
462. 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
463. Глубокий прикус относится к аномалиям
 а) трансверсальным
 б) сагиттальным
 в) вертикальным
 г) сочетанным
 д) не является аномалией прикуса
464. 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
465. 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
466. Степеней глубины резцового перекрытия существует
- а) 2
 - б) 4
 - в) 3
 - г) 5
 - д) более 5
467. 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
468. 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
469. 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
470. 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
471. 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
472. 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
473. 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

474. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей от 3 до 6 лет является период
- от 3 до 3.5 лет
 - от 3.5 до 4 лет
 - от 4 до 4.5 лет
 - от 4.5 до 5 лет
 - от 5 до 6 лет
475. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей от 6 до 10 лет является период
- от 6 до 9 лет
 - от 6 до 7 лет
 - от 8 до 9 лет
 - от 9 до 10 лет
 - все перечисленные периоды
476. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей у девочек от 9 до 13 лет является период
- от 9 до 9.5 лет
 - от 9.5 до 10 лет
 - от 10 до 10.5 лет
 - от 10.5 до 13 лет
 - все перечисленные периоды
477. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей у мальчиков от 13 до 30 лет является период
- от 13 до 14 лет
 - от 14 до 15 лет
 - от 15 до 18 лет
 - от 18 до 30 лет
 - все перечисленные периоды
478. Вертикальный размер коронок первых постоянных моляров нижней челюсти в периоде от 6 до 30 лет изменяется
- от 6 до 9 лет
 - от 9 до 13 лет
 - от 13 до 15 лет
 - от 15 до 30 лет
 - во все возрастные периоды
479. Мезиодистальный размер коронок первых постоянных моляров нижней челюсти в периоде от 6 до 15 лет изменяется
- от 6 до 9 лет
 - от 9 до 13 лет
 - от 6 до 15 лет
 - не изменяется от 6 до 15 лет
480. Под действием детских аппаратов зубы легче перемещаются
- в дистальном направлении
 - в мезиальном направлении
 - в вертикальном направлении
 - в оральном направлении
 - во всех перечисленных направлениях
481. При пародонтите нагрузка на жевательные зубы и пародонт у взрослых неблагоприятна
- в дистальном направлении
 - в мезиальном направлении
 - в вертикальном направлении
 - в вестибулярном направлении
 - во всех перечисленных направлениях
482. Для изготовления съемных протезов детям с аллергическими заболеваниями следует избирать следующую пластмассу отечественного производства
- редонт
 - базисную пластмассу розовую для горячей полимеризации
 - базисную пластмассу без красителя

- г) самотвердеющую пластмассу
 - д) любую из перечисленных
483. 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
 - г) граница между предпоследним и последним моляром - без выемки
 - д) то же с небольшой выемкой
 - е) позади последних моляров - с большой выемкой до небных складок
484. Основной целью зубочелюстного протезирования детей является
- а) нормализация жевания
 - б) нормализация глотания
 - в) нормализация речи
 - г) нормализация положения нижней челюсти
 - д) профилактика
485. 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
486. 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
487. 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
488. Изготовление вкладок с парапульпарными штифтами без депульпации зуба не показано при следующих дефектах коронок центральных резцов в верхней челюсти
- а) при отломе угла у области нижней трети коронки
 - б) при горизонтальном отломе в области нижней четвертой части коронки
 - в) при горизонтальном отломе половины коронки и более
 - г) при косом отломе от одного угла до нижней трети противоположной стороны коронки
 - д) при всех перечисленных видах отломов
489. 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
490. 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
491. 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
492. 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
493. 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
494. 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
495. 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
 - д) и создание условий для образования заместительного дентина
496. 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
497. 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

498. 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
499. 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
500. Основными общими нарушениями организма при ангидротической эктодермальной дисплазии являются
- а) нарушение осанки
 - б) плоскостопие
 - в) кривошея
 - г) нарушение терморегуляции
 - д) все перечисленные нарушения
501. Наиболее рациональным методом лечения начального кариеса является
- а) иссечение патологически измененных тканей с последующим пломбированием
 - б) аппликация реминерализующих растворов
 - в) электрофорез препаратов кальция и фтора
 - г) гигиена полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст
 - д) все перечисленное выше
502. Укажите наиболее эффективный и доступный метод диагностики очаговой деминерализации
- а) визуальный метод
 - б) метод витальной окраски
 - в) метод рентгенологического исследования
 - г) метод волоконной оптики
 - д) все перечисленные
503. Наиболее эффективной методикой при лечении среднего кариеса у детей с третьей степенью активности является
- а) применение кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта постоянным пломбировочным материалом
 - б) применение лечебной прокладки из фосфатцемента, содержащего серебро
 - в) применение в первое посещение раствора антибиотиков под временную повязку, а во второе посещение - кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки
 - г) отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении эвгеноловой пасты, сроком на 1-1.5 мес.
 - д) не названа
504. Достаточным для практической работы врача методом определения активности кариеса зубов у детей является
- а) гигиенический индекс
 - б) ЦРТ-тест
 - в) индексы КПУ, кп, КПУ+кп
 - г) лактобациллен тест
 - д) все вышеперечисленные
505. При диагностике кариеса к рентгенологическому исследованию прибегают
- а) для диагностики скрытых кариозных полостей
 - б) для определения глубины распространения кариозного процесса
 - в) для диагностики вторичного кариеса
 - г) для диагностики кариеса у детей с пороками формирования зубов
 - д) при всех перечисленных выше ситуациях

506. Наиболее часто в молочных зубах встречается
- а) глубокий кариес
 - б) кариес в стадии пятна
 - в) средний кариес
 - г) поверхностный кариес
 - д) все вышеперечисленное
507. Для обработки кариозной полости при глубоком кариесе при третьей степени активности применяется
- а) перекись водорода, хлорамин
 - б) камфора-фенол, эвгенол
 - в) спирт, эфир
 - г) раствор антисептиков
 - д) воздух

Клинические условия

Ребенок в возрасте 9 лет обратился к врачу с жалобами на боли от температурных раздражителей. Ребенок часто болеет респираторными заболеваниями. Объективно: КПУ = 5; кп = 3.

На жевательной и медиальной поверхностях 76 - кариозная полость, с подрытыми краями выполнена влажным размягченным дентином.

При механической обработке полости болезненность по эмалеводентинной дну полости безболезненно,

границе, дентин снимается пластами,

реакция на температурный раздражитель быстро проходящая.

508. Предполагаемый диагноз

- а) I степень активности кариеса, 76 средний кариес
- б) II степень активности кариеса, 76 глубокий кариес
- в) III степень активности кариеса, 76 глубокий кариес
- г) III степень активности кариеса, 76 средний кариес
- д) II степень активности кариеса, 76 глубокий кариес

509. Показан следующий метод лечения

- а) формирование кариозной полости, прокладка фосфат-цемент и восстановление анатомической формы зуба
- б) формирование кариозной полости, прокладка фосфат-цемент с серебром и восстановление анатомической формы зуба
- в) формирование кариозной полости, кальцийсодержащая прокладка и восстановление анатомической формы зуба
- г) щадящее препарирование кариозной полости, закрытие цинкэвгенольной пастой на 1-1.5 месяца
- д) не названо

510. Какое дополнительное лечение следует применять в данном случае?

- а) ремтерапию препаратами Са и F
- б) таблетки фтористого натрия
- в) гигиену полости рта с лечебно-профилактическими пастами
- г) лечебное питание
- д) препараты Са внутрь

511. Кариес может возникнуть в результате действия таких причин как

- а) оптимальное содержание фтора в питьевой воде
- б) отягощенная наследственность
- в) замедленное прорезывание зубов
- г) кариесогенные факторы
- д) нарушение внутриутробного формирования челюстной системы плода

512. Какой из цинк-фосфатных цементов или его аналогов обладает свойством химического соединения с кальцием твердых тканей зуба?

- а) висфат
- б) поликарбоксилатный цемент
- в) цемент-фосфат, содержащий серебро
- г) бактерицидный цемент
- д) фосфат-цемент для фиксации несъемных протезов

513. Можно ли использовать как прокладку цинк-фосфатный цемент, содержащий серебро, на фронтальную группу зубов под силикатные материалы, акриловые пластмассы или композиционные материалы?

- а) можно

- б) нельзя
 - в) можно, т.к. материал обладает повышенной адгезией к тканям зуба и механической прочностью
 - г) можно, т.к. цемент, содержащий серебро, предотвращает развитие вторичного кариеса зубов
 - д) можно, т.к. это единственный материал, обладающий олигодинамическим воздействием на окружающие ткани
514. Завершающую обработку пломбы из композиционного материала после полимеризации можно начинать
- а) непосредственно сразу
 - б) через 1 минуту
 - в) через 2 минуты
 - г) через 6-10 минут
 - д) через 24 часа
515. Подлежат ли тщательному моделированию силикатные пломбировочные материалы после их внесения в подготовленную кариозную полость зуба?
- а) силикатные материалы подлежат тщательному моделированию, т.к. время схватывания этих материалов вполне достаточно
 - б) силикатные материалы не подлежат тщательному моделированию, т.к. при проведении этих манипуляций образуется множество невидимых мелких трещин, приводящих в последующем к повышенной растворимости материалов
 - в) т.к. силикатные материалы имеют короткий период пластичности, они не подлежат тщательному моделированию
 - г) любое моделирование силикатных материалов приводит к нарушению процесса схватывания
 - д) тщательное моделирование пломбы из силикатных материалов необходимо, т.к. экономит время врача при отсроченной обработке
516. Чтобы тщательно перемешать адгезионные смолы (типа "Стомадент") перед нанесением на протравленную эмаль достаточно
- а) 10 секунд
 - б) 30 секунд
 - в) 1 минута
 - г) 5 секунд
 - д) 2 минуты
517. Правильный и рациональный выбор постоянного пломбировочного материала для лечения кариеса зубов у детей зависит
- а) от степени активности кариеса зубов у детей
 - б) только от физико-механических свойств применяемого материала
 - в) зависит от расположения полости на поверхности зуба (учитывая классификацию Блэка)
 - г) зависит от степени токсичности пломбировочного материала
 - д) зависит от возраста ребенка
518. Сочетание достаточной прочности и эстетичности после полимеризации будет иметь композиционный материал,
- а) имеющий макронаполнитель
 - б) имеющий микронаполнитель
 - в) имеющий гибридный наполнитель
 - г) имеющий микрогибридный наполнитель
 - д) не назван
519. Наиболее правильной методикой приготовления цинк-фосфатных цемента перед замешиванием является
- а) цинк-фосфатные цементы перед замешиванием наносятся на гладкую поверхность стекла в количестве не менее 2-х капель жидкости (0.5 см³) и соответственно порошка при приготовлении минимальной величины пломбы или прокладки
 - б) цинк-фосфатные цементы приготавливают на шероховатой поверхности стекла в количестве не менее 2-х капель жидкости и соответственно порошка
 - в) процесс приготовления и замешивания на шероховатой или гладкой поверхности стекла не влияет на качество приготовления материала
 - г) процесс приготовления и замешивания цинк-фосфатных цемента допускается по упрощенной произвольной методике применения

- д) количество порошка и жидкости при приготовлении цинк-фосфатных цемента борется произвольно и не зависит от величины пломбы
520. Высокой прочностью обладает композиционный материал,
а) имеющий макронаполнитель
б) имеющий микронаполнитель
в) имеющий гибридный наполнитель
г) имеющий микрогибридный наполнитель
д) не назван
521. Наивысшей эстетичностью обладает композиционный материал,
а) имеющий макронаполнитель
б) имеющий микронаполнитель
в) имеющий гибридный наполнитель
г) имеющий микрогибридный наполнитель
д) не назван
522. Укажите основной недостаток быстротвердеющих акриловых пластмасс
а) трудность моделирования материала
б) несовпадение коэффициента теплового расширения быстротвердеющих пластмасс и твердых тканей зубов
в) токсичность мономера
г) недостаточная механическая прочность
д) все вышеперечисленное
523. Наиболее эффективной методикой пломбирования быстротвердеющими пластмассами является
а) приготовленная пластмасса вводится в подготовленную полость с избытком как по высоте, так и по ширине кариозной полости с последующим давлением на нее с помощью различных приспособлений (целлулоидной пластинки, вкладкой, целлулоидным колпачком и т.д.)
б) быстротвердеющая пластмасса после приготовления вводится в подготовленную полость без избытка и давления, но с последующим моделированием контактного пункта
в) приготовленная пластмасса вводится с помощью так называемого метода напластывания или "кисточкового" метода
г) методика пломбирования быстротвердеющей пластмассой напоминает методику, приемлемую для различных видов композитов
д) приготовленная масса вводится методом "стечения", пломба не завывается и тщательно моделируется
524. Быстротвердеющие пластмассы ускоряют полимеризацию
а) при температуре окружающей среды выше 30°C и недостатке мономера в приготовлении материала
б) при низкой температуре и избытке мономера в приготовлении материала
в) при низкой температуре окружающей среды и повышенной влажности
г) при высокой температуре окружающей среды и повышенной влажности
д) при низкой температуре и избытке мономера в приготовленном материале
525. Нужно ли промывать серебряную амальгаму, приготовленную из сплава серебряного тонкодисперсного ССТА-01?
а) нужно, т.к. амальгама загрязнена окислами металлов, способных окрасить в последующем ткани зуба
б) нужно в отдельных случаях
в) не только нужно, но обязательно должна промываться, т.к. промытая амальгама не только не окрашивает зуб, но и после полирования имеет приятный металлический блеск, который и в дальнейшем не меняет окраску
г) нельзя, т.к. влага, попавшая в состав амальгамы, нарушает качество пломбы
д) нельзя, т.к. это загрязняет окружающую среду
526. Обязательно ли покрытие прокладочного материала в полости зуба адгезивом перед нанесением композита?
а) обязательно, т.к. увеличивается сила адгезии

- пломбировочного материала в этом участке
 - б) не нужно
 - в) не имеет значения
 - г) нужно для некоторых поколений композитов
 - д) резко ухудшает адгезию материала
- 527. Кислотное травление эмали применяется
 - а) для удаления бляшек с поверхности эмали
 - б) для создания химической адгезии
 - в) для создания участка микроретенции
 - г) для улучшения физико-механических свойств материала
 - д) все вышеперечисленные
- 528. Для удаления кислоты (гель для протравливания с поверхности эмали струей воды) необходимо
 - а) не менее 5 минут
 - б) время нейтрализации кислоты струей воды должно соответствовать времени протравливания
 - в) до 15 секунд
 - г) длительность времени нейтрализации кислоты струей воды с поверхности эмали не имеет значения
 - д) вообще не требуется промывания
- 529. Не имеет в своем составе ртути
 - а) материал ССТА-01
 - б) галлодент (металлодент)
 - в) сферический сплав для амальгамы
 - г) сплав с высоким содержанием меди
 - д) амальгама без фазы X-2
- 530. К наполненным пластмассам относятся
 - а) норакирил-65
 - б) акрилоксид, норакирил-100
 - в) дуракирил
 - г) стомадент
 - д) АСТ-2
- 531. Основным компонентом, входящим в состав композиционных пломбировочных материалов, является
 - а) эпоксидные смолы
 - б) неорганический наполнитель, обработанный силаном
 - в) индикаторы, стабилизаторы и красители
 - г) кварц
 - д) в композиционном материале основного компонента нет
- 532. Укажите пломбировочный материал для лечения фронтальной группы постоянных зубов
 - а) пломбировочные материалы на основе акриловых смол
 - б) подбирается по индивидуальным показаниям
 - в) композиционные пломбировочные материалы
 - г) иономерные цементы
 - д) силикатные цементы
- 533. Эффективным пломбировочным материалом для отсроченного метода лечения глубокого кариеса при III степени активности кариозного процесса является
 - а) кальмецин
 - б) цинк-фосфат, содержащий серебро
 - в) эвгеноловая паста
 - г) бактерицидный цемент
 - д) фтор цемент
- 534. Рабочее время композиционных материалов химической полимеризации можно регулировать
 - а) путем введения в материал адгезива
 - б) изменением соотношения при замешивании (базис: катализатор)
 - в) охлаждением композиционного материала
 - г) этого нельзя делать, кроме случаев специально оговоренных инструкцией

- д) нагреванием композиционного материала
535. Наиболее длительной бактерицидностью обладает
- а) резорцин-формалиновая паста
 - б) серебряная паста Гениса
 - в) эвгеноловая паста
 - г) эндометазоновая паста
 - д) паста АН-26
536. Какой из перечисленных пломбировочных материалов для корневых каналов зубов содержит в своем составе эпоксидную смолу?
- а) парацин
 - б) цебанит
 - в) эндодент
 - г) эндометазон
 - д) гуттаперча
537. Какая из паст для корневых каналов зубов с незаконченным ростом корней и сохранением ростковой зоны является наиболее эффективной при лечении хронических периодонитов постоянных зубов у детей?
- а) резорцин-формалиновая паста
 - б) серебряная паста Гениса
 - в) эвгеноловая паста
 - г) кальмецин
 - д) ни одна из перечисленных
538. Какой из пломбировочных материалов не может быть применен для пломбирования корневых каналов фронтальной группы зубов?
- а) гуттаперчевый штифт
 - б) эндодент
 - в) парацин
 - г) цинк-фосфат
 - д) эндометазоновая паста
539. Укажите наиболее рациональный пломбировочный материал для лечения среднего кариеса (I класс, моляр) при I степени активности кариеса
- а) серебряная амальгама
 - б) пломба на основе акриловой пластмассы
 - в) пломба из галлодента
 - г) пломба из композиционного материала
 - д) пломба из керметного цемента
540. Какова рекомендуемая площадь протравливаемой эмали при восстановлении зуба по IV классу, необходимая для хорошей фиксации пломбы?
- а) 1 мм
 - б) 2 мм
 - в) 1/2 от ширины пломбы
 - г) прямо пропорционально величине пломбы, но не менее 2 мм
 - д) ни один из вышеперечисленных
541. Рекомендуется ли по современной методике препарирования полостей для композиционных материалов закруглять внутренние углы полостей?
- а) допускается произвольное препарирование
 - б) необходимо закруглять внутренние углы полостей
 - в) необходимо строгое соблюдение правил препаровки по Блэку
 - г) закругление внутренних углов полостей не имеет значения
 - д) ни одна из вышеперечисленных
542. Правильным методом приготовления пломбировочного материала ССТА-01 является
- а) дозирование порошка и ртути на глаз, отжимание, промывание
 - б) измерение материала дозаторами для порошка и ртути в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе, отжимание
 - в) измерение материалов дозаторами для порошка и ртути

- в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе,
 обработка материала в хирургической резиновой перчатке
 г) измерение материала дозаторами для порошка
 и ртути в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе,
 промывание
 д) ни один из перечисленных
543. Укажите наиболее быстрый, эффективный и косметический метод
 устранения дефектов твердых тканей зуба
 (пример: IV класс на фронтальном резце верхней челюсти)
 а) устранение дефекта армированной вкладкой,
 выпиленной из гарнитурного зуба
 б) устранение дефекта композиционным материалом
 в) предварительное снятие слепка, изготовление вкладки в лаборатории
 и фиксации ее на фосфат цемент
 г) устранение дефекта пломбированием
 акриловым пломбировочным материалом
 д) ни один из перечисленных
544. За счет чего пульпа может погибнуть после применения
 силикатных пломбировочных материалов,
 если допущена погрешность в правильном наложении
 прокладочного материала?
 а) за счет действия мышьяка, входящего в состав силикатных цемента
 б) за счет свободных фосфорных кислот
 в) за счет диффузии через пломбу различных вредных веществ из слюны
 г) за счет фосфорных соединений,
 входящих в состав силикатных цемента
 д) ни один из перечисленных
545. Потребность избыточного наложения пластмассы
 при пломбировании кариозных полостей вызвана
 а) чем больше объем быстротвердеющей пластмассы,
 тем выше экзотермическая реакция полимеризации
 и тем меньше остаточного мономера
 б) избыток материала дает возможность
 более качественного моделирования пломбы во время ее обработки
 и создания хороших контактных пунктов в полостях II класса
 в) избыток быстротвердеющей пластмассы в кариозной полости
 не дает возможности отрыва материала в местах краевого прилегания,
 при прохождении им стадии "сокращения"
 в момент полимеризации пломбы
 г) все вышеперечисленное
 д) не названа
546. Герметики-силанты применяются
 а) только с профилактической целью
 б) только с лечебной целью
 в) с лечебно-профилактической целью
 г) с эстетической целью
 д) ни одна из выше перечисленных
547. Основным удерживающим моментом герметиков-силантов
 в фиссурах зубов является
 а) механическая микроетенция
 (проникновение материала в протравленную кислотой эмаль)
 б) химическое соединение с твердыми тканями зубов
 в) удержание за счет неровностей и углублений в фиссурах
 г) удержание за счет правильно сформированной полости зуба
 д) ни один из выше перечисленных
548. Пломбировочный материал "Витакрил" относится
 а) к композиционным пломбировочным материалам
 б) к иономерным цементам
 в) к ненаполненным пластмассам
 г) к быстротвердеющим акриловым пластмассам
 д) ни к одним из перечисленных выше
549. В состав жидкости иономерных цемента входит

- а) высокомолекулярная полиакриловая кислота
 - б) низкомолекулярная полиакриловая кислота
 - в) эпоксидные смолы
 - г) органические кислоты
 - д) ни одна из перечисленных выше
550. Возможно ли применение иономерных цемента с целью герметизации фиссур у детей?
- а) возможно, т.к. материал химически соединяется с тканями зуба
 - б) невозможно, т.к. материал плохо адгезируется с твердыми тканями зубов
 - в) невозможно, т.к. обладает малой прочностью
 - г) возможно только в случаях неполностью сформированных фиссур у детей
 - д) невозможно, т.к. иономерные цементы обладают повышенной токсичностью
551. Какой из перечисленных пломбировочных материалов наиболее эффективно предотвращает развитие вторичного кариеса зубов?
- а) цинкфосфатцемент, содержащий серебро
 - б) эвикрол
 - в) силицин
 - г) амальгама
 - д) все вышеперечисленные
552. Укажите наиболее эффективный пломбировочный материал (из перечисленных) для пломбирования фронтальной группы зубов при декомпенсированной форме кариеса
- а) пломбировочные материалы на основе акриловой смолы
 - б) силико-фосфатные пломбировочные материалы
 - в) фторсодержащие цементы
 - г) композиционные пломбировочные материалы
 - д) все вышеперечисленные
553. Наиболее эффективным материалом для изоляции пломбы от слюны является
- а) воск
 - б) гидроксил-силиконовая паста
 - в) эпоксидный лак
 - г) вазелин
 - д) все одинаковы
554. Материал для лечения глубокого кариеса должен обладать
- а) хорошей пластичностью, быстрым твердением
 - б) быть механически прочным, высоко адгезивным
 - в) противовоспалительным и одонтотропным действием
 - г) не обладать пористостью
 - д) не обладать токсичностью
555. Защитные свойства пульпы обеспечивают
- а) коллагеновые волокна
 - б) нервные элементы
 - в) одонтобласты
 - г) кровеносные сосуды
 - д) эластические волокна
556. Большой процент несовпадений клинического и гистологического диагноза пульпита объясняется
- а) несовершенством методов диагностики пульпитов
 - б) поздним обращением больных
 - в) закрытой полостью зуба
 - г) гиперэргическим характером воспалений
 - д) не назван
557. Осложнения, возникшие при биологических методах лечения пульпита, связаны
- а) с ошибками диагноза
 - б) с неправильным выбором лекарственного препарата
 - в) с плохой фиксацией пломбы

- г) с нарушением правил антисептики
д) со всем перечисленным
558. Укажите наиболее рациональный метод лечения острого воспаления пульпы в постоянных зубах с незаконченным ростом корней и степенью активности кариеса
а) биологический метод
б) метод, предусматривающий удаление всей пульпы
в) метод прижизненной ампутации
г) метод девитальной ампутации
д) не назван
559. Укажите наиболее рациональный и эффективный метод лечения воспаления пульпы временных зубов у детей в возрасте от 4 до 7 лет
а) биологический метод
б) метод девитализации с последующей мумификацией
в) метод прижизненной ампутации
г) метод полного удаления пульпы (экстирпация)
д) не назван
560. Какая из методик наиболее целесообразна и эффективна при применении диатермокоагуляции в тонких корневых каналах зубов у детей?
а) ввести тонкий ручной дрель до верхушки корня зуба, а затем коснуться активным электродом к ручке ручного дильбора, т.е. использовать передачу "тока с металла на металл"
б) ввести на величину прохождения тонкий пульпоэкстрактор, а затем провести диатермокоагуляцию передачей тока "с металла на металл"
в) продвигая корневую иглу активного электрода диатермокоагулятора, провести последовательную коагуляцию пульпы на протяжении всего корневого канала
г) удалить пульпу из корневого канала, а затем активным электродом провести диатермокоагуляцию
д) ни одна из перечисленных методик
561. Какой из методов лечения воспаления пульпы постоянных зубов у детей предусматривает сохранение жизнеспособности корневой пульпы?
а) биологический метод
б) метод прижизненной ампутации
в) метод девитальной ампутации
г) комбинированные методы
д) не назван
562. Какой из методов приготовления инструментов для проведения прижизненной ампутации является наиболее простым и эффективным?
а) приготовление заранее всех инструментов и материалов в специальной матерчатый пакет
б) приготовление всех инструментов и материалов непосредственно в то время, когда пришел больной
в) приготовление заранее инструментов и материалов в стоматологический лоток
г) материалы приготовить заранее в стеклянных баночках
д) не назван
563. Ведущим при проведении метода прижизненной ампутации является
а) хорошее качество обезболивания
б) качественное проведение этапа ампутации пульпы
в) готовность к методу (инструменты, материалы и т.д.)
г) хорошее знание этапов проведения методов
д) все вышеперечисленное
564. Укажите, какой из перечисленных этапов метода прижизненной ампутации наиболее важен для достижения цели этого метода?
а) формирование кариозной полости
б) ампутация пульпы
в) правильное и качественное наложение лекарственных препаратов
г) снятие крышки полости зуба
д) все вышеперечисленное

565. Ведущей причиной, указывающей на ограниченность применения биологического метода лечения воспаления пульпы молочных зубов в широкой стоматологической практике, является
- отсутствие объективных тестов для диагностики пульпитов молочных зубов, позволяющих определить характер и степень распространения патологического очага
 - недостаточная эффективность методов обезболивания, позволяющих безболезненно обрабатывать кариозную полость, а также при необходимости ампутировать коронковую часть пульпы
 - отсутствие надежных пломбировочных материалов, позволяющих при относительно небольших дефектах коронок молочных зубов изолировать пульпу от вторичного инфицирования
 - все вышеперечисленные причины
 - не названа
566. Дифференциальным симптомом между острым пульпитом и периодонтитом временного зуба является
- боль от температурных раздражителей
 - боль при касании языком, инструментом и малейшей перкуссии зуба
 - наличие вскрытой полости зуба
 - наличие закрытой полости зуба
 - не названы
567. Наиболее эффективным методом при лечении воспаления пульпы постоянных зубов у детей с неполностью сформированной верхушкой корня является
- метод диатермокоагуляции
 - метод прижизненной ампутации коронковой пульпы
 - метод глубокой ампутации
 - метод девитальной ампутации
 - метод прижизненной экстирпации

Клинические условия

Ребенку 4 года. Жалобы на острые самопроизвольные боли в области ΓIV с короткими светлыми промежутками в течение ночи, на боли от холодного и горячего, а также на боли при накусывании. Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса (КПУ=9). Ребенок бледный, рот приоткрыт, усиленное слюноотделение, с ΓIV имеется глубокая кариозная полость, выполненная большим количеством размягченного дентина. После снятия экскаватором дентина зондирование дна кариозной полости болезненно. Перкуссия резко болезненная. Десна в области ΓIV слегка гиперемирована, при пальпации болезненна.

568. Предполагаемый диагноз
- острый периодонтит
 - острый тотальный пульпит
 - обострение хронического периодонтита
 - острый частичный серозный пульпит
 - ни один из перечисленных выше
569. Скорее всего подтвердит диагноз
- реакция на температурные раздражители
 - рентгенологическое исследование
 - ЭОД
 - анализ крови
 - ни один из перечисленных
570. В первую очередь следует предпринять
- вскрытие полости зуба с девитализацией пульпы
 - вскрытие полости зуба с мумификацией пульпы
 - вскрытие полости зуба с наложением противовоспалительных средств (антибиотики, кортикостероиды и т.д.)
 - вскрытие полости зуба (зуб оставить открытым)
 - удаление зуба

Клинические условия

Ребенок 8 лет обратился с жалобами на периодические самопроизвольные

боли в 67. Боли чаще возникали после приема пищи, но после тщательного полоскания рта проходили.
Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса. В 67 аппроксимальная кариозная полость, заполненная остатками пищи и размягченным дентином. Реакция на температурные раздражители болезненная. Перкуссия безболезненная. После удаления остатков пищи и частично размягченного дентина зондирование болезненно в одной точке.

На рентгенограмме имеется сообщение кариозной полости с полостью зуба; патологических изменений в периодонте нет. Степень формирования корней соответствует возрасту.

571. Предполагаемый диагноз
- острый общий серозный пульпит
 - хронический пролиферативный пульпит
 - хронический гангренозный пульпит
 - хронический простой пульпит
 - обострение хронического пульпита
572. Скорее всего подтвердит диагноз
- ЭОД
 - рентгенологическое исследование
 - анализ крови
 - кратковременная боль на температурные раздражители
 - ни один из вышеперечисленных
573. В первую очередь необходимо назначить
- девитализацию пульпы
 - биологический метод
 - метод прижизненной ампутации
 - метод прижизненной экстирпации
 - метод девитальной ампутации
574. Какой прогноз или исход является желаемым при правильном выборе лечения?
- завершение формирования корня зуба
 - формирование корня зуба за счет одного цемента
 - гиперцементноз верхушки корня зуба
 - закрытие корня зуба без завершения роста в длину
 - стабилизация первоначальной ситуации
575. После лечения пульпита у ребенка методом девитальной ампутации с проведением резорцин-формалинового метода в зубе отмечается боль от холодного, горячего, при накусывании на зуб. Боли возникли за счет
- грубой механической травмы пульпы при лечении
 - раздражения пульпы медикаментами
 - некроза пульпы
 - хронического воспаления корневой пульпы
 - распада корневой пульпы
576. Предпочтительным методом лечения при хроническом пульпите в стадии обострения у ребенка 5 лет является
- биологический метод
 - витальная ампутация коронковой пульпы
 - высокая ампутация
 - девитальная ампутация
 - девитальная экстирпация
577. Предпочтительным методом лечения у ребенка 7 лет, страдающего хронической пневмонией, повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам, при хроническом фиброзном пульпите в I-IV является
- биологический метод
 - витальная ампутация
 - девитальная ампутация
 - девитальная экстирпация
 - удаление зуба
578. Основными свойствами коллагеновых волокон периодонта являются

- а) они удерживают зуб в правильном положении, равномерно распределяя давление на стенки альвеолы
 - б) они способны набухать в кислой среде, ошелачивая ее и создавая благоприятные условия для фагоцитоза при воспалении
 - в) они обеспечивают физиологическую подвижность зуба, устойчивы к переваривающему действию тканевых ферментов и играют большое значение в репаративных процессах
 - г) все вышеперечисленные
 - д) не названы
579. Каково происхождение эпителия гранулемы, кист?
- а) это вегетировавший через десневой карман многослойный плоский эпителий полости рта
 - б) это вегетировавший через свищевой ход многослойный плоский эпителий полости рта
 - в) эпителиальную выстилку гранулем и кист образует эпителиальные островки Малисса, клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления
 - г) идиопатическое происхождение
 - д) не названо
580. Основной функцией периодонта является
- а) опорная, т.к. периодонт способен воспринимать большие нагрузки и распределять давление на стенки альвеолы
 - б) трофическая функция, ибо она обеспечивает питание цемента зуба
 - в) пластическая функция, заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген и полисахариды, т.е. строить саму ткань периодонта
 - г) защитная функция, т.е. она обеспечивает активную борьбу с воспалением
 - д) все вышеуказанные
581. Какую тактику следует предпочесть в случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала в зубе ранее леченном по поводу пульпита с давно выпавшей пломбой?
- а) удалить зуб, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент зуба
 - б) применить мышьяковистую пасту, поскольку лечить такой зуб надо как пульпитный
 - в) провести диатермокоагуляцию и непосредственное пломбирование
 - г) провести под обезболиванием тщательную инструментальную, медикаментозную обработку и запломбировать канал
 - д) не названа
582. Можно ли пломбировать каналы нетвердеющими пастами при лечении хронических гранулирующих периодонтитов?
- а) можно, ибо контакт с тканями воспаленного периодонта дает лечебный эффект и будет способствовать его регенерации
 - б) не следует, потому что эти пасты будут быстро рассасываться за счет грануляционной ткани
 - в) можно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить дефекты пломбирования, а при наличии свищевого хода тем более целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие в состав пасты, будут способствовать его закрытию
 - г) нет, т.к. при пломбировании этими пастами нельзя добиться герметичности
 - д) не названо
583. Чем объяснить отсутствие успеха в лечении хронических периодонтитов при пломбировании на уровне верхушечного отверстия канала однокорневого зуба?
- а) дельтавидным разветвлением макроканала
 - б) плохой предварительной медикаментозной обработкой
 - в) отсутствием герметичности пломбирования канала и снижением реактивности организма
 - г) плохой инструментальной обработкой канала

- д) все перечисленные
584. Наиболее эффективным для разжижения, расщепления и нейтрализации некротических масс при лечении хронических периодонтитов у детей является
- а) перекись водорода
 - б) антибиотики широкого спектра действия
 - в) антисептик
 - г) ферменты (трипсина)
 - д) не назван
585. Вид резорбции корней, наиболее часто обуславливающий раннее удаление молочного зуба, -
- а) резорбция идиопатическая
 - б) резорбция в результате новообразований
 - в) патологическая резорбция при хроническом воспалении
 - г) физиологическая резорбция (III тип в области бифуркации корней)
 - д) не назван
586. Какая из паст для корневых каналов зубов с незаконченным ростом корней и сохранением зоны роста является наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей?
- а) серебряная паста Гениса
 - б) резорцин-формалиновая паста
 - в) эвгеноловая паста
 - г) иодоформная паста
 - д) не названа
587. Наиболее эффективным пломбировочным материалом для корневых каналов при лечении хронических периодонтитов в зубах с незаконченным ростом корней и погибшей ростковой зоной является
- а) эвгеноловая паста
 - б) резорцин-формалиновая паста
 - в) материал на основе эпоксидной смолы "эндодент"
 - г) серебряная паста Гениса
 - д) не назван
588. Ведущим при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей является
- а) инструментальная обработка корневых каналов
 - б) медикаментозная обработка корневых каналов зубов
 - в) применение физиотерапевтических методов лечения
 - г) использование при лечении сильнодействующих препаратов для дезинфекции корневых каналов
 - д) не названо
589. Самым эффективным методом при лечении хронических верхушечных периодонтитов постоянных зубов у детей является
- а) инструментальный метод лечения
 - б) медикаментозный метод лечения
 - в) физиотерапевтический метод лечения
 - г) хирургический метод лечения
 - д) не назван
590. Какая из перечисленных паст является наиболее эффективной для пломбирования корневых каналов молочных зубов при лечении хронических гранулирующих периодонтитов в случаях, когда на альвеолярном отростке имеется свищевой ход?
- а) серебряная паста Гениса
 - б) эвгеноловая паста
 - в) резорцин-формалиновая паста
 - г) иодоформная паста
 - д) не названа
591. Укажите типичный признак рентгенологического изменения при хроническом фиброзном периодонтите постоянных зубов у детей
- а) деструкция костной ткани в области верхушки корня зуба

- б) деформация периодонтальной щели
 - в) разрежение костной ткани в области верхушки корня зуба
 - г) равномерное расширение периодонтальной щели без выраженных деструктивных изменений в кости
 - д) не назван
592. Самым эффективным видом консервативного лечения хронических периодонтитов молочных зубов у детей является
- а) метод полного удаления распада из корневых каналов (инструментальная обработка) с последующим воздействием лекарственными веществами на стенки полости зуба, периодонта и окружающие ткани и пломбирование корневых каналов
 - б) резорцин-формалиновый метод
 - в) физиотерапевтический метод
 - г) фенол-формалиновый метод
 - д) не назван
593. Ведущим показанием к удалению молочного зуба с хроническим периодонтитом является
- а) возраст ребенка
 - б) сроки прорезывания постоянного зуба заместителя
 - в) характер деструктивных изменений в периодонте и степень распространения патологического процесса на фолликулы и зачатки постоянных зубов
 - г) наличие свищевого хода (на альвеолярном отростке челюсти в области больного зуба)
 - д) не названо
594. Ведущим диагностическим признаком хронического воспаления в периодонте молочного зуба, позволяющим определить не только его наличие, но и характер, степень распространения, а также состояние окружающих тканей, является
- а) наличие свищевого хода на альвеолярном отростке челюсти
 - б) отечность и пастозность слизистой оболочки альвеолярного отростка
 - в) наличие грануляционной ткани в полости зуба и кариозной полости
 - г) рентгенологические изменения
 - д) не назван
595. При каких рентгенологических симптомах неправильно поставить диагноз "гранулирующий периодонтит"?
- а) деструкция кортикальной пластинки лунки
 - б) деструкция кортикальной пластинки лунки с очагом разрежения костной ткани без четких границ
 - в) деструкция кортикальной пластинки лунки с очагом деструкции кости и очагом разрежения кости по периферии
 - г) включение в деструктивный процесс около временного зуба части кортикальной пластинки фолликула
 - д) не назван
596. При хроническом гранулирующем периодонтите постоянного многокорневого зуба, если длина корней этого зуба соответствует 1/2 предполагаемой его длины, методом лечения является
- а) резекция верхушек корней
 - б) удаление зуба
 - в) консервативный, с пломбированием на всю длину корней
 - г) консервативный с последующим пломбированием корневых каналов с выведением за верхушку пломбировочного материала
 - д) гемисекция
597. При хроническом гранулирующем периодонтите зуба с несформированной верхушкой корня методом лечения является
- а) удаление зуба
 - б) резекция верхушки корня
 - в) пломбирование корня до верхушки нетвердеющими пастами
 - г) пломбирование корневого канала твердеющими пастами до верхушки
 - д) пломбирование корневого канала твердеющими пастами с длительным антисептическим действием за верхушки
598. Какой метод лечения периодонтита временного моляра в 5 лет

- следует выбрать у ребенка, болеющего ревматизмом?
- резекцию верхушки корня
 - удаление зуба
 - гемисекцию
 - консервативный метод
 - реплантацию
599. Хронический грануломатозный периодонтит от хронического гранулирующего периодонтита различается
- цветом зуба
 - давностью анамнеза
 - степенью подвижности зуба
 - рентгенологической симптоматикой
 - укорочением звука при перкуссии
600. Какой метод лечения хронического периодонтита временного резца следует избрать у ребенка 3 лет из 3-й диспансерной группы?
- консервативный
 - комбинированный
 - удаление зуба
 - резекцию верхушки корня
 - не назван
601. Артикуляция – это
- 1) вид смыкания зубов в центральной окклюзии
 - 2) всевозможные положения и перемещения нижней челюсти по отношению к верхней, осуществляемые с помощью жевательных мышц
 - 3) вид смыкания зубов в передней окклюзии
 - 4) вид смыкания зубов в боковой окклюзии
 - 5) цепь сменяющих друг друга окклюзий
 - 6) 2+5
602. Прикус – это характер смыкания зубов в положении окклюзии
- 1) центральной
 - 2) боковой
 - 3) передней
 - 4) задней
603. К нормальному прикусу относится
- 1) ортогнатический прикус с протрузией передних зубов
 - 2) глубокий прикус
 - 3) ортогнатический прикус
 - 4) прямой прикус
604. В норме, после прорезывания постоянных зубов образуются
- 1) межзубные площадки
 - 2) межзубные промежутки
 - 3) межзубные контакты
605. Базальную дугу образуют
- 1) режущий край и жевательные поверхности зубов
 - 2) верхушки корней
 - 3) гребень альвеолярной части
606. На верхней челюсти самой широкой дугой является
- 1) альвеолярная дуга
 - 2) базальная дуга
 - 3) зубная дуга
607. На нижней челюсти во время пережевывания твердой пищи на моляры действует сила
- 1) 20–30 кг
 - 2) 10–15 кг
 - 3) 5–10 кг
608. Двусторонним сокращением латеральных крыловидных мышц достигается

- 1) передняя окклюзия
 - 2) центральная окклюзия
 - 3) задняя окклюзия
 - 4) боковая окклюзия
609. Контакт мезиального щечного бугорка верхнего правого моляра с дистальным щечным бугорком одноименного нижнего моляра в положении центральной окклюзии подразумевает наличие
- 1) дистального прикуса
 - 2) мезиального прикуса
 - 3) ортогнатического прикуса
 - 4) перекрестного прикуса
610. К мышцам опускающим нижнюю челюсть относятся
- 1) m.pterygoideusmedialis
 - 2) m.mylohyoideus
 - 3) m.geniohyoideus
 - 4) m.digastricus
 - 5) 1+2+3
 - 6) 2+3+4
611. Угол сагиттального суставного пути равен
- 1) 17°
 - 2) 110°
 - 3) 60°
 - 4) 33°
612. Угол бокового суставного пути (угол Беннетта) равен
- 1) 110°
 - 2) 30°
 - 3) 17°
 - 4) 60°
613. Угол сагиттального резцового пути равен
- 1) 30°
 - 2) 45°
 - 3) 110°
 - 4) 17°
614. Угол бокового резцового пути равен
- 1) 110°
 - 2) 17°
 - 3) 30°
 - 4) 60°
615. Воображаемая линия от козелка уха до нижнего края крыла носа
- 1) камперовская горизонталь
 - 2) франкфуртская горизонталь
 - 3) протетическая горизонталь
616. Воображаемая линия от нижнего края орбиты до верхнего края наружного слухового прохода называется
- 1) камперовской горизонталью
 - 2) франкфуртской горизонталью
 - 3) протетической плоскостью
617. В какой фазе жевания происходит смыкание зубов на рабочей стороне – одноименными бугорками, а на балансирующей – разноименными?
- 1) I
 - 2) II
 - 3) III
 - 4) IV
618. На верхней челюсти различают контрфорсы
- 1) лобно-носовой

- 2) резцовый
 - 3) скуловой
 - 4) небный
 - 5) крылонебный
 - 6) 1+3+4+5
619. Трехпунктный контакт Бонвиля возможен
- 1) в центральной окклюзии
 - 2) в боковой окклюзии
 - 3) в передней окклюзии
 - 4) в задней окклюзии
620. Для какого прикуса характерны такие лицевые признаки как западение нижней губы и выступание верхней губы?
- 1) мезиального прикуса
 - 2) дистального прикуса
 - 3) глубокого прикуса
 - 4) открытого прикуса
 - 5) перекрестного прикуса
 - 6) 2+3
621. Высота нижней части лица, измеряемая при сомкнутых зубах, называется
- 1) высотой относительного функционального покоя
 - 2) окклюзионной высотой
 - 3) 1+2
622. Основоположником гнатостатической методики получения и изучения диагностических моделей челюстей является
- 1) Шварц
 - 2) Коркгауз
 - 3) Брюкль
 - 4) Симон
 - 5) Герлах
623. Диагностические модели челюстей изучают в трех взаимно перпендикулярных плоскостях
- 1) трансверзальной, сагиттальной, вертикальной
 - 2) трансверзальной, сагиттальной, горизонтальной
 - 3) сагиттальной, вертикальной, переднезадней
 - 4) трансверзальной, горизонтальной, вертикальной
624. Метод, позволяющий изучить местоположение зубов в трансверзальном и сагиттальном направлениях
- 1) параллелография
 - 2) симметроскопия
 - 3) параллелометрия
625. Метод исследования диагностических моделей челюстей с последующим их фотографированием в определенном режиме
- 1) симметрография
 - 2) фотосимметроскопия
 - 3) симметроскопия
626. В положении центральной окклюзии перекрытие нижних зубов верхними свыше 1/2 высоты коронок с сохранением режуще-бугоркового контакта говорит
- 1) о глубоком прикусе
 - 2) о глубоком резцовом перекрытии
 - 3) о глубоком травмирующем прикусе
627. Внеротовая запись суставного пути проводится с помощью
- 1) цефалостата
 - 2) гнатостата
 - 3) аксиографа
628. Методика сравнительного изучения длины зубного ряда

- по дуге и сумме ширины коронок его зубов предложена
- 1) Тонном
 - 2) Герлахом
 - 3) Коркгаузом
 - 4) Нансе
 - 5) Поном
629. Премолярный индекс Пона равен
- 1) 64
 - 2) 85
 - 3) 60
 - 4) 65
 - 5) 80
630. Данные мионометрии позволяют судить
- 1) о тоне мышц при различных состояниях
 - 2) о перестройке миоэлектрического рефлекса
 - 3) об адаптационных возможностях мышц
 - 4) 1+2+3
631. Электроактивность круговой мышцы рта зависит
- 1) от особенностей строения губ
 - 2) от высоты нижней части лица
 - 3) от степени выпуклости лица
 - 4) 1+2+3
632. Метод аускультации височно-нижнечелюстных суставов для выявления в них шума, хруста, щелканья и диагностики функциональных и морфологических нарушений называется
- 1) осциллография
 - 2) миоартрография
 - 3) артрофонография
 - 4) мастикациграфия
633. При оценке жевательной эффективности в баллах за единицу измерения избрана функциональная способность
- 1) клыков
 - 2) центральных резцов
 - 3) первых моляров
 - 4) боковых резцов
 - 5) третьих моляров
634. Обследуемому предлагают разжевать 800 мг миндаля до появления рефлекса глотания во время функциональной жевательной пробы
- 1) по Христиансену
 - 2) по Гельману
 - 3) по Рубинову
 - 4) по Соловьеву
635. Метод обследования, позволяющий оценить состояние костной ткани пародонта всех зубов
- 1) окклюзионная рентгенография
 - 2) ортопантомография
 - 3) телерентгенография
 - 4) компьютерная томография
636. Метод обследования, позволяющий наиболее точно оценить строение лицевого скелета
- 1) внутриротовая рентгенография
 - 2) окклюзионная рентгенография
 - 3) ортопантомография
 - 4) телерентгенография
 - 5) компьютерная томография
637. Разделы рентгенэнцефалометрического исследования
- 1) краниометрия, гнатометрия, профилометрия

- 2) краниометрия, дентометрия, профилометрия
3) фотограмметрия, профилометрия, дентометрия
638. Показатели, отражающие индивидуальные особенности строения лицевого скелета по данным телерентгенограммы
1) линейные
2) угловые
3) отношения линейных величин
4) 1+2+3
639. Функции истории болезни
1) медицинская
2) юридическая
3) научная
4) статистическая
5) 1+2+3+4
640. Заключение, отражающее состояние здоровья пациента и его прогноз
1) диагноз
2) эпикриз
3) 1+2
641. Стоматологические материалы подразделяются
1) на основные, вспомогательные, клинические
2) на основные, вспомогательные, эстетические
3) на клинические, технические, вспомогательные
642. Клинические материалы используются
1) врачом на клиническом приеме
2) техником для создания протеза или аппарата
643. К физическим свойствам материала относятся
1) температура кипения
2) теплопроводность
3) поверхностное напряжение
4) плотность
5) все перечисленное
644. Понятия “прочность, твердость, упругость, вязкость, пластичность” относят
1) к химическим свойствам материала
2) к механическим свойствам материала
3) к физическим свойствам материала
645. Являются ли синонимами понятия “пластичность” и “эластичность”
1) да
2) нет
646. Вязкость –это
1) способность материала оказывать сопротивление действию внешних сил, вызывающих их течение
2) способность материала прилипать к рукам
647. В характеристику химических свойств металлов и сплавов входят такие понятия как
1) коррозионная стойкость
2) окисляемость
3) растворимость
4) цветостойкость
5) 1+2+3
6) 1+2+3+4
648. Стоматологический материал оказывает на организм следующее действие
1) механическое
2) токсическое
3) аллергическое
4) термоизолирующее
5) все вышеперечисленные

649. Токсическое действие основного стоматологического материала на организм может быть
- 1) непосредственным
 - 2) опосредованным
 - 3) и тем, и другим
650. Главными токсикогенными факторами акриловой пластмассы являются
- 1) пластификаторы
 - 2) стабилизаторы
 - 3) красители
 - 4) мономер
651. Основным стоматологическим материалом должен быть
- 1) безопасным для организма
 - 2) достаточно прочным
 - 3) эстетичным
 - 4) технологичным
 - 5) 1+2+3+4
652. Оттисковые материалы условно делят
- 1) на твердые и эластические
 - 2) на кристаллизирующиеся и термопластические
 - 3) на эластические, термопластические и твердые (кристаллизирующиеся)
653. Гипс относится
- 1) к твердым оттисковым материалам
 - 2) к моделировочным материалам
 - 3) 1+2
654. Супергипс получают путем
- 1) нагревания двуводного гипса под давлением 1,3 атм.
 - 2) добавления соли при замешивании
 - 3) замешивания гипса в горячей воде
655. Верно ли утверждение, что чем быстрее схватывается гипс, тем больше прочность полученной модели?
- 1) да
 - 2) нет
 - 3) зависит от вида гипса
656. Цинкокси-фосфатную пасту "Репин" применяют
- 1) для получения анатомических оттисков
 - 2) для получения функциональных оттисков
 - 3) для временной фиксации несъемных протезов
 - 4) 1+2+3
 - 5) 2+3
657. Эластические оттисковые материалы делят
- 1) на альгинатные, силиконовые
 - 2) на альгинатные, термопластические, силиконовые
 - 3) на альгинатные, полисульфидные, полиэфирные, силиконовые
658. Что нужно предпринять после получения оттиска альгинатным материалом?
- 1) позвать техника
 - 2) сразу отлить гипсовую модель
 - 3) положить оттиск в воду
 - 4) проверить качество оттиска
 - 5) провести дезинфекцию оттиска
 - 6) 1+3
 - 7) 4+5+2
659. Выделяют силиконовые материалы

со следующими типами химических реакций

- 1) кристаллизации
- 2) поликонденсации
- 3) полиприсоединения
- 4) 1+2+3
- 5) 2+3

660. При замешивании силиконовой массы руками в латексных перчатках паста не затвердела, потому что

- 1) истек срок годности материала
- 2) сера из перчаток снизила активность платиносодержащего катализатора

661. Способы гипсовки модели челюсти с восковой репродукцией протеза в кювету

- 1) прямой
- 2) обратный
- 3) комбинированный
- 4) все перечисленные

662. Отливку металлического каркаса дугового съемного протеза проводят

- 1) на рабочей гипсовой модели челюсти
- 2) на модели из огнеупорной массы
- 3) на модели из высокопрочного гипса

663. Моделирование каркаса цельнолитых мостовидных протезов проводят

- 1) на модели челюсти из огнеупорной массы
- 2) на разборной комбинированной гипсовой модели челюсти
- 3) на модели челюсти из обычного медицинского гипса
- 4) на модели челюсти из высокопрочного гипса

664. Для получения литых деталей зубных протезов используют

- 1) метод литья по выплавляемым композициям из моделировочного воска в формах из огнеупорного материала
- 2) метод литья по выплавляемым композициям из моделировочного воска на огнеупорных моделях, помещенных в формы из огнеупорного материала
- 3) оба метода

665. Процесс удаления окисной пленки (окалины) с поверхности металла называется

- 1) отжигом
- 2) закалкой
- 3) отбеливанием

666. Процесс термической обработки металла для придания ему высокой твердости и повышенной прочности называется

- 1) отжигом
- 2) закалкой
- 3) отбеливанием

667. Для улучшения обрабатываемости, снятия внутренних напряжений, уменьшения твердости, увеличения пластичности и вязкости сплав металла подвергают

- 1) отжигу
- 2) закалке
- 3) отбеливанию

668. Метод, позволяющий изменить поверхность металлического каркаса протезов за счет растворения мельчайших выступов и шероховатостей, называется

- 1) электроэрозивной обработкой
- 2) электрохимической полировкой
- 3) пескоструйной обработкой

669. Метод, позволяющий изменить поверхность металлического каркаса таким образом, чтобы на ней образовалась сеть однородных мельчайших выступов и шероховатостей, называется

- 1) электроэрозивной обработкой

- 2) электрохимической полировкой
 - 3) пескоструйной обработкой
670. Разделительная линия – это линия, которая
- 1) является средним углом продольных осей зубов, выбранных для опоры
 - 2) делит поверхность зуба на удерживающую и опорную части
 - 3) является линией наибольшей выпуклости зуба по отношению к вертикальной оси
671. Для определения разделительной линии на опорном зубе применяется
- 1) артикулятор
 - 2) параллелометр
 - 3) окклюдатор
672. Толщина штампованной коронки равна
- 1) 0,1–0,2 мм
 - 2) 0,2–0,3 мм
 - 3) 0,4–0,4 мм
673. Рекомендуемая толщина восковой репродукции каркаса металлокерамической коронки составляет
- 1) 0,4–0,5 мм
 - 2) 0,1–0,2 мм
 - 3) 0,2–0,3 мм
674. Для моделирования каркаса металлокерамической коронки можно использовать
- 1) беззольно-выгорающую пластмассу
 - 2) воск
 - 3) оба вышеперечисленных материала
675. Первый слой керамической массы, наносимый на металлический каркас металлокерамической коронки, называется
- 1) дентинным слоем
 - 2) эмалевым слоем
 - 3) глазурью
 - 4) грунтовым слоем
676. Слой керамического покрытия, который придает металлокерамическому протезу блеск естественных зубов, называют
- 1) дентинным слоем
 - 2) эмалевым слоем
 - 3) глазурью
 - 4) грунтовым слоем
677. Просвечивание металлического каркаса металлокерамической конструкции можно предотвратить благодаря нанесению керамической массы
- 1) дентинного слоя
 - 2) эмалевого слоя
 - 3) глазури
 - 4) грунтового слоя
678. Наиболее предпочтительной формой промежуточной части мостовидного протеза по отношению к слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней челюсти в переднем отделе является
- 1) седловидная форма
 - 2) касательная форма
 - 3) височная форма с промывным пространством
679. Наиболее предпочтительной формой промежуточной части мостовидного протеза по отношению к слизистой оболочке альвеолярной части в боковом отделе является
- 1) седловидная форма
 - 2) касательная форма
 - 3) височная форма с промывным пространством
680. Увеличение прочности пайки между опорными штампованными коронками и промежуточной частью мостовидного паяного протеза

- проводят за счет
- 1) утолщения промежуточной части мостовидного протеза
 - 2) уменьшения ширины режущего края
 - 3) увеличения площади спайки
 - 4) все перечисленное
681. Полное разрушение коронки зуба обусловлено
- 1) отломом коронки при обширной пломбе
 - 2) травмой зуба
 - 3) заболеванием пародонта
 - 4) повышенной стираемостью до шейки зуба
 - 5) 1+3
 - 6) 1+2+4
682. К дефектам коронки зуба относят
- 1) наличие 1/2 коронки над десной
 - 2) наличие твердых тканей зуба на уровне десны
 - 3) разрушение твердых тканей зуба ниже уровня десны до 1/4 длины корня
 - 4) наличие 2/3 коронки над десной
 - 5) 1+2+3+4
683. Периапикальные изменения, позволяющие использовать корень зуба для ортопедического лечения
- 1) хронический фиброзный периодонтит
 - 2) хронический гранулирующий периодонтит с длительной ремиссией
 - 3) киста
684. Штифтовыми зубами можно восстановить
- 1) однокорневые
 - 2) многокорневые
 - 3) 1+2
 - 4) резцы верхней челюсти
685. В однокорневых зубах штифт должен заходить в корневой канал
- 1) на 1/3 длины корня
 - 2) на 1/2 длины корня
 - 3) на 2/3 длины корня
 - 4) на всю длину корня
686. В многокорневых зубах штифты заходят в корневые каналы
- 1) на всю длину корней
 - 2) на 2/3 длины корней
 - 3) на 1/2–1/3 длины корней
687. Противопоказание для протезирования штифтовыми зубами
- 1) однокорневые зубы
 - 2) неполное пломбирование канала
 - 3) короткие или искривленные корни
 - 4) глубокое разрушение корня
 - 5) патологическая подвижность корней
 - 6) 2+3+4+5
688. Возможные способы моделирования искусственной культи со штифтом
- 1) прямой – врачом, непосредственно в полости рта
 - 2) зубным техником на модели по полученному врачом двойному оттиску зубного ряда
 - 3) 1+2
689. Показания к применению цельнолитых коронок
- 1) нарушение анатомической формы коронок естественных зубов
 - 2) повышенное стирание твердых тканей зубов
 - 3) нарушение цвета коронок естественных зубов
 - 4) 1+2

690. Показания к применению
металлокерамических искусственных коронок
- 1) нарушение анатомической формы и цвета коронок естественных зубов
 - 2) повышенное стирание твердых тканей зубов
 - 3) непереносимость пластмассовых облицовок
 - 4) 1+2+3
691. При препарировании зубов под литые коронки уступ формируется
- 1) не доходя до десны
 - 2) на уровне десны
 - 3) апикальнее десневого края
 - 4) 2+3
692. Какой уступ нужно формировать в пришеечной зоне при протезировании металлокерамической коронкой?
- 1) желобообразный
 - 2) под углом 135° к продольной оси зуба
 - 3) не нужно уступа
693. Культи зуба, подготовленная под металлокерамическую коронку, должна иметь наклон боковых стенок в пределах
- 1) $20-25^\circ$
 - 2) $10-12^\circ$
 - 3) $5-7^\circ$
694. При протезировании металлокерамической коронкой по периметру шейки зуба формируется уступ шириной
- 1) 1,3–1,4 мм
 - 2) 2–3 мм
 - 3) 3,5 мм
695. Оттиск при протезировании металлокерамической коронкой получают с помощью
- 1) альгинатных материалов
 - 2) силиконовых материалов
 - 3) гипса
 - 4) термопластических материалов
696. При протезировании металлокерамической коронкой получают оттиск
- 1) двойной
 - 2) функциональный
 - 3) частичный
697. Возможно ли применение пластмассовых коронок для иммобилизации подвижных зубов?
- 1) да, как временная или постоянная шина, особенно при наличии невысоких коронок или депульпированных зубов
 - 2) нет
 - 3) да, но только как временное средство при протезировании металлополимерными или металлокерамическими коронками
698. При препарировании твердых тканей клыков верхней челюсти с живой пульпой особую осторожность следует проявлять
- 1) на вершинах бугорков
 - 2) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности
 - 3) в оральной вогнутости коронки
699. При подготовке полости под вкладку делают фальц
- 1) на $1/3$ толщины эмали
 - 2) на всю толщину эмали
 - 3) на $1/2$ толщины эмали
 - 4) в пределах твердых тканей, отступив от полости зуба на 0,5–1 мм
700. При подготовке полости под вкладку формируют фальц с целью
- 1) предупреждения смещения вкладки
 - 2) исключения опрокидывающего момента

- 3) лучшей фиксации и прилегания
- 4) исключения сколов эмали

701. ПО МЕСТУ РАСПОЛОЖЕНИЯ АППАРАТ НОРДА ОТНОСИТСЯ К

- А) внутриротовым, односторонним
- Б) внеротовой
- В) комбинированный
- Г) двусторонней

702. АППАРАТ ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДУГОЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ

- А) расширение и уплощение верхнего зубного ряда
- Б) уплощение переднего отдела нижнего зубного ряда
- В) устранение вредных привычек
- Г) устранение дисокклюзии

703. КОРОНКА С РАСПОРКОЙ НА ЗУБ 16 ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

- А) сохранения места для 15
- Б) мезиализации 16
- В) дистализации 16
- Г) ротации 16

704. ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И САГИТАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЮЮ

- А) равномерного расширения верхнего зубного ряда
- Б) удлинения фронтального участка нижнего зубного ряда
- В) одностороннего расширения верхнего зубного ряда
- Г) раскрытия срединного небного шва

705. ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И СЕКТОРАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЮЮ

- А) удлинения верхнего зубного ряда
- Б) равномерного расширения верхнего зубного ряда
- В) одностороннего расширения верхнего зубного ряда
- Г) раскрытия срединного небного шва

706. АППАРАТ Pendulum ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

- А) дистализации моляров верхней челюсти
- Б) смещения нижней челюсти вперед
- В) смещения верхнего зубного ряда вперед
- Г) стабилизации положения верхней челюсти

707. ЛИЦЕВАЯ МАСКА ДИЛЯРА ПОЗВОЛЯЕТ

- А) перемещать вперед верхний зубной ряд
- Б) сдерживать рост верхней челюсти
- В) стимулировать рост нижней челюсти
- Г) сдерживать рост обеих челюстей

708. ЛИЦЕВАЯ ДУГА ПОЗВОЛЯЕТ

- А) сдерживать рост верхней челюсти
- Б) перемещать вперед верхний зубной ряд и верхнюю челюсть
- В) стимулировать рост нижней челюсти
- Г) сдерживать рост обеих челюстей

709. ГОЛОВНАЯ ШАПОЧКА С ПОДБОРОДОЧНОЙ ПРАЩОЙ ПОЗВОЛЯЕТ

- А) сдерживать рост нижней челюсти
- Б) перемещать вперед верхний зубной ряд и верхнюю челюсть
- В) стимулировать рост нижней челюсти
- Г) сдерживать рост обеих челюстей

710. ПО НАЗНАЧЕНИЮ АППАРАТ НОРДА

- А) лечебный
- Б) профилактический
- В) ретенционный
- Г) комбинированный

711. ПО НАЗНАЧЕНИЮ АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ

- А) лечебный
- Б) профилактический

- В) ретенционный
- Г) комбинированный

712. ГУБНОЙ БАМПЕР НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

- А) мезиального смещения нижнего зубного ряда
- Б) дистального смещения первых нижних моляров
- В) удлинения переднего отрезка верхнего зубного ряда
- Г) удлинения переднего нижнего зубного ряда

713. ГУБНОЙ БАМПЕР ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

- А) удлинения зубных рядов
- Б) мезиального смещения первых моляров
- В) утолщения переднего отрезка верхнего зубного ряда
- Г) сужения зубных рядов

714. АППАРАТ НОРДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- А) раскрытия небного шва
- Б) удлинения верхнего зубного ряда
- В) ротации первых верхних моляров
- Г) расширения верхнего зубного ряда только в переднем отделе

715. АППАРАТ НАНСА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- А) стабилизации положения моляров
- Б) вестибулярного перемещения резцов
- В) выдвижения нижней челюсти
- Г) стабилизации положения резцов

716. АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) двучелюстным, комбинированным
- Б) одночелюстным, механическим
- В) одночелюстным, функциональным
- Г) двучелюстным, функциональным

717. РУКООБРАЗНЫЕ ПРУЖИНЫ ПЕРЕМЕЩАЮТ ЗУБЫ

- А) мезиально
- Б) орально
- В) вертикально
- Г) вестибулярно

718. ДЛЯ СЪЕМНОГО ДЕТСКОГО АППАРАТА РЕКОМЕНДУЮТ КЛАММЕРА

- А) все перечисленные
- Б) пуговчатые
- В) Адамса
- Г) Круглые

719. АППАРАТ БРЮКЛЯ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЯ

- А) резцов
- Б) клыков
- В) моляров
- Г) премоляров

720. ГУБНЫЕ ПЕЛОТЫ СПОСОБСТВУЮТ

- А) росту апикального базиса челюсти
- Б) сдерживанию роста апикального базиса челюсти
- В) устранению протрузии резцов
- Г) фиксации аппарата в полости рта

721. ВИД ЭЛАСТИЧНОЙ ТЯГИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

- А) межчелюстная по III классу
- Б) одночелюстная
- В) межчелюстная по II классу
- Г) вертикальная

722. ВИД ЭЛАСТИЧНОЙ ТЯГИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ

- А) перекрестная

- Б)одночелюстная
- В)межчелюстная по III классу
- Г)межчелюстная по II классу

723.ФИКСИРУЮЩИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ В АППАРАТЕ КЛАММТА ЯВЛЯЮТСЯ

- А)вестибулярная дуга, кламмера Адамса
- Б)рукообразные пружины
- В)винт
- Г)только вестибулярная дуга

724.АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- А) нормализации окклюзии
- Б) расширения нижнего зубного ряда
- В) дистального перемещения боковой группы зубов справа
- Г) удлинения зубных рядов

725.ДЕТСКИЙ АППАРАТ С ВИНТОМ И САГИТТАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- А)расширения зубного ряда
- Б)коррекции положения первого постоянного моляра
- В)удлинения зубного ряда
- Г)сохранения места

726.ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКИ ДЕЙСТВУЮЩЕГО АППАРАТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- А)винта, лигатуры, пружины, дуги, резинового кольца
- Б)накусочной площадки
- В)наклонной плоскости
- Г)щита

727.ВНУТРИРотовая эластичная тяга используется для

- А)нормализации положения зубов, зубных рядов
- Б)введения дополнительного элемента аппарата: лицевая дуга, подбородочная праща
- В)нормализации дыхания
- Г)устранения вредных привычек

728.БРЕКЕТ-СИСТЕМА ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ

- А)механического действия
- Б)комбинированного действия
- В)функционального действия
- Г)внеротовым

729.РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА СОЗДАЕТ УСЛОВИЯ ДЛЯ РОСТА

- А)верхней челюсти
- Б)нижней челюсти
- В)обеих челюстей
- Г)не влияет на рост

730.РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА СОЗДАЕТ УСЛОВИЯ ДЛЯ РОСТА

- А)нижней челюсти
- Б)верхней челюсти
- В)обеих челюстей
- Г)не влияет на рост

731.В РЕГУЛЯТОРЕ ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА ГУБНЫЕ ПЕЛОТЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ОБЛАСТИ ГУБЫ

- А)нижней
- Б)верхней
- В)верхней и нижней
- Г)нет губных пелотов

732.РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА ПОЗВОЛЯЕТ РАСШИРИТЬ

- А) верхний и нижний зубные ряды
- Б) только нижний зубной ряд;
- В) не расширяет

Г) верхний зубной ряд в переднем отделе

733. В РЕГУЛЯТОРЕ ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА ОККЛЮЗИОННЫЕ НАКЛАДКИ ИМЕЮТ ОТПЕЧАТКИ

- А) нижних зубов
- Б) верхних зубов
- В) верхних и нижних зубов
- Г) нет окклюзионных накладок

734. АППАРАТ НОРДА ПО СПОСОБУ ФИКСАЦИИ

- А) несъемный
- Б) съемный
- В) внеротовой
- Г) вестибулярный

735. АППАРАТ НАНСА ПО СПОСОБУ ФИКСАЦИИ

- А) несъемный
- Б) съемный
- В) внеротовой
- Г) вестибулярный

736. РУКООБРАЗНЫЕ ПРУЖИНЫ ПЕРЕМЕЩАЮТ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ

- А) медиально, латерально
- Б) вестибулярно
- В) вертикально
- Г) дистально

737. ЛЕЧЕБНЫЕ АППАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

- А) нормализации положения зубов, формы и размера зубных рядов и их соотношения
- Б) устранения вредных привычек
- В) нормализации носового дыхания
- Г) ретенции результатов детского лечения

738. К ВНУТРИРотовым АППАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

- А) пластинки для верхней челюсти с винтом
- Б) лицевая дуга
- В) подбородочная праща с головной шапочкой
- Г) маска Диляра

739. АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ

- А) комбинированным
- Б) механическим
- В) функциональным
- Г) капповые

740. РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- А) мезиальной окклюзии
- Б) аномалии зубных рядов
- В) дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов
- Г) перекрестной окклюзии

741. БАМПЕР КОРНА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- А) нормализации и стабилизации положения первых моляров
- Б) экстррузии зубов
- В) внедрения передней группы зубов
- Г) внедрения резцов нижнего зубного ряда

742. МОЛЯРНЫЙ ИНДЕКС ПОНА РАВЕН

- А) 64
- Б) 85
- В) 80
- Г) 65

743. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 12 И 22 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

- А) 7-8 лет
- Б) 5 лет

- В)3 года
- Г)11 лет

744.СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 14 И 24 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

- А)8-9 лет
- Б)5 лет
- В)3 года
- Г)11 лет

745.СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 13 И 23 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

- А)11-12 лет
- Б)5 лет
- В)8 лет
- Г)3 года

746.СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 16 И 26 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

- А)5-6 лет
- Б)11 лет
- В)8 лет
- Г)3 года

747.СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 32 И 42 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

- А)6-7 лет
- Б)4 года
- В)8 лет
- Г)11 лет

748.СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 15 И 25 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

- А)11-12 лет
- Б)5-6 лет
- В)3 года
- Г)8 лет

749.К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ В НОРМЕ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

- А)меньше верхней
- Б)равна верхней
- В)больше верхней на 3 мм
- Г)больше верхней на 5 мм

750.ЗУБНЫЕ РЯДЫ В ОККЛЮЗИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ИМЕЮТ ФОРМУ

- А)полукруга
- Б)полу эллипса
- В)параболы
- Г)трапеции

751.ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К СМЕНЕ ЗУБОВ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- А)от 4 до 6 лет
- Б)от 3 до 4 лет
- В)от 5 до 8 лет
- Г)от 3 до 9 лет

752.ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

- А)6-1-2-4-3-5-7
- Б)1-2-4-5-3-6-7
- В)6-1-2-5-3-4-7
- Г)6-2-4-3-5-7

753.КАЖДЫЙ ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АНТАГонирует в НОРМЕ С

- А)одноименным и позадистоящим зубами н/ч
- Б)одноименным и передистоящим зубами н/ч
- В)только одноименным зубом
- Г)только позадистоящим

754.РЕЗЦЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А)режущим краем
- Б)язычной поверхностью
- В)вестибулярной поверхностью

Г)апроксимальной поверхностью

755.ПЕРЕДНИЙ ЩЕЧНЫЙ БУГОРОК 16 ЗУБА В НОРМЕ КОНТАКТИРУЕТ С

- А)межбугорковой фиссурой
- Б)46задним щечным бугорком 46
- В)контактной точкой между 45 и 46
- Г)передней ямкой продольной фиссуры 46

756.ГИПЕРОДОНТИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- А)наличии сверхкомплектных зубов
- Б)отсутствии зачатков зубов
- В)ретенции зубов
- Г)увеличении размеров зубов

757.ТОРТОАНОМАЛИЯ – ЭТО

- А)поворот зуба вокруг вертикальной оси
- Б)супраположение зуба
- В)вестибулярный наклон зуба
- Г)оральное положение зуба

758.ДИСТАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА - ЭТО СМЕЩЕНИЕ ЗУБА

- А)назад по зубному ряду
- Б)вперед по зубному ряду
- В)в сторону неба
- Г)в сторону щеки

759.СУПРАПОЛОЖЕНИЕ – ЭТО ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА

- А)выше окклюзионной плоскости
- Б)поворот зуба вокруг вертикальной оси
- В)вестибулярное
- Г)оральное

760.II КЛАСС ЭНГЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ ЗУБОВ

- А)нижней челюсти дистально
- Б)верхней челюсти дистально
- В)нижней челюсти мезиально
- Г)нижней челюсти латерально

761.ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ БОКОВЫХ ЗУБОВ

- А)нижней челюсти дистально
- Б)нижней челюсти мезиально
- В)верхней челюсти дистально
- Г)верхней челюсти латерально

762.ЛИНГВОККЛЮЗИЯ - ЭТО СМЕЩЕНИЕ

- А)нижних боковых зубов язычно
- Б) верхних боковых зубов оральн
- В) верхних боковых зубов щечно
- Г) нижних передних зубов вестибулярно

763. ПАЛАТОККЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ ОККЛЮЗИИ В НАПРАВЛЕНИИ

- А) трансверсальном
- Б) вертикальном
- В) сагиттальном
- Г) сагиттальном и вертикальном

764. В НОРМЕ НИЖНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ ИМЕЮТ

- А) по 1 антагонисту
- Б) по 2 антагониста
- В) контактируют с клыками верхней челюсти
- Г) контактируют с боковыми резцами верхней челюсти

765. ЩЕЧНЫЕ БУТОРКИ НИЖНИХ БОКОВЫХ ЗУБОВ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С(С О)

- А) продольными фиссурами верхних
- Б) щечными бугорками верхних
- В) небными бугорками верхних
- Г) вестибулярными поверхностями верхних

766. РЕЗЦЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С РЕЗЦАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) небной поверхностью
- Б) режущим краем
- В) вестибулярной поверхностью
- Г) аппроксимальной поверхностью

767. БАЗАЛЬНАЯ ДУГА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) больше альвеолярной дуги
- Б) меньше альвеолярной дуги на 5 мм
- В) равна альвеолярной дуге
- Г) меньше альвеолярной дуги на 3 мм

768. ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

- А) I - II - IV - III - V
- Б) I - II - III - IV - V
- В) II - I - III - IV - V
- Г) I - II - V - IV - III

769. ВЕСТИБУЛОККЛЮЗИЯ - ЭТО СМЕЩЕНИЕ

- А) нижних или верхних боковых зубов в щечно
- Б) нижних или верхних боковых зубов в орально
- В) только верхних боковых зубов в орально
- Г) нижних передних зубов орально

770. НЕБНЫЕ БУТОРКИ ВЕРХНИХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ 3-Х ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА РАСПОЛАГАЮТСЯ

- А) в продольной фиссуре нижних моляров
- Б) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров
- В) вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров
- Г) на одном уровне с щечными бугорками нижних моляров

771. ДИСТАЛЬНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ВТОРЫХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ 6-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА РАСПОЛАГАЮТСЯ

- А) в одной вертикальной плоскости
- Б) с мезиальной ступенькой
- В) с дистальной ступенькой
- Г) с латеральной ступенькой

772. ЗАДЕРЖКА СМЕНЫ ЗУБОВ

- А) персистенция
- Б) гиперодонтия
- В) скученное положение
- Г) гиподонтия

773. ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ – ЭТО

- А) гиподонтия
- Б) персистенция
- В) гиперодонтия

Г) ретенция

774. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ВЫШЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ

- А) супра-
- Б) оральное
- В) инфра-
- Г) вестибулярное

775. ЩЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА - ЭТО

- А) вестибулярное
- Б) медиальное
- В) латеральное
- Г) транспозиция

776. АДЕНТИЯ ЗУБА ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИИ

- А) количества
- Б) размера
- В) структуры твердых тканей
- Г) формы

777. ОТСУТСТВИЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

- А) количества
- Б) размера зубных рядов
- В) положения
- Г) смыкания зубных рядов

778. НАЛИЧИЕ СВЕРХКОМПЛЕКТНЫХ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИИ

- А) количества
- Б) размера
- В) формы
- Г) положения

779. РЕТЕНЦИЯ - ЭТО АНОМАЛИЯ

- А) сроков прорезывания
- Б) количества
- В) формы
- Г) размера

780. СУЖЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА – ЭТО АНОМАЛИЯ В НАПРАВЛЕНИИ

- А) трансверсальном
- Б) вертикальном
- В) сагиттальном
- Г) вертикальном и сагиттальном

781. К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ ФОРМИРУЕТСЯ

- А) физиологическая ретрогения
- Б) физиологическая прогения
- В) обратная резцовая окклюзия
- Г) физиологическая прогения

782. ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА СОСТОИТ ИЗ ОТДЕЛОВ

- А) переднего и заднего
- Б) заднего
- В) переднего
- Г) мозгового и лицевого

783. МОРФОЛОГИЧЕСКИ ЧЕРЕП РАЗДЕЛЯЕТСЯ НА ОТДЕЛЫ

- А) мозговой и лицевой
- Б) челюстной и лобный
- В) верхний и нижний
- Г) затылочный, лобный, челюстной

784. ЩЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА – ЭТО

- А) вестибулярное
- Б) оральное
- В) мезиальное
- Г) дистальное

785. НЕБНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА – ЭТО

- А) оральное
- Б) мезиальное
- В) супраположение
- Г) вестибулярное

786. ЛИНГВАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА – ЭТО

- А) оральное
- Б) дистальное
- В) инфраположение
- Г) вестибулярное

787. ОККЛЮЗИЯ ПРИ ПРИВЫЧНОМ, СТАТИЧЕСКОМ РАСПОЛОЖЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) физиологическая
- Б) мезиальная
- В) дистальная
- Г) перекрестная

788. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОККЛЮЗИЯ - СООТНОШЕНИЕ МОЛЯРОВ ПО КЛАССУ ЭНГЛЯ

- А) 1
- Б) 2 классу 1 подклассу
- В) 3
- Г) 2 классу 2 подклассу

789. ПРОТРУЗИЯ РЕЗЦОВ НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА И РЕТРУЗИЯ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ФОРМИРУЮТ ОККЛЮЗИЮ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ

- А) обратную резцовую
- Б) вертикальную резцовую дизокклюзию
- В) глубокую резцовую дизокклюзию
- Г) дистальную

790. РЕТРУЗИЯ РЕЗЦОВ НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА И ПРОТРУЗИЯ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ФОРМИРУЮТ ДИЗОККЛЮЗИЮ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ

- А) сагиттальную резцовую
- Б) глубокую резцовую
- В) обратную резцовую
- Г) трансверсальную резцовую

791. ТРАНСВЕРСАЛЬНУЮ РЕЗЦОВУЮ ОККЛЮЗИЮ ОТНОСЯТ К АНОМАЛИЯМ В ОТДЕЛЕ

- А) переднем
- Б) боковом
- В) нижнем боковом
- Г) верхнем боковом

792. АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ БОКОВЫХ ЗУБОВ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

- А) дистальная
- Б) сагиттальная резцовая
- В) обратная резцовая
- Г) трансверсальная резцовая

793. АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБА - СМЕЩЕНИЕ КЗАДИ

- А) дистальное
- Б) вестибулярное
- В) тортаномалия
- Г) супра-

794. ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБА ПОСЛЕ 13 ЛЕТ – ЭТО АНОМАЛИЯ

- А) сроков прорезывания
- Б) количества
- В) положения
- Г) формы

795. АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

- А) вертикальная резцовая дизокклюзия
- Б) сагиттальная резцовая дизокклюзия
- В) обратная резцовая дизокклюзия
- Г) дистальная

796. УМЕНЬШЕНИЕ МЕЗИОДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ

- А) микродензия
- Б) гиподензия
- В) гиперодензия
- Г) транспозиция

797. УМЕНЬШЕНИЕ МЕДИОЛАТЕРАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ

- А) микродензия
- Б) гиподензия
- В) гиперодензия
- Г) транспозиция

798. БИПРОТРУЗИЯ

- А) протрузия резцов верхнего и нижнего зубных рядов
- Б) ретрузия резцов
- В) обратная резцовая окклюзия
- Г) обратная резцовая дизокклюзия

799. ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ

- А) сагиттальном
- Б) вертикальном
- В) трансверсальном, сагиттальном и вертикальном
- Г) трансверсальном

800. УКРОЧЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ - АНОМАЛИЯ В НАПРАВЛЕНИИ

- А) сагиттальном
- Б) вертикальном
- В) трансверсальном
- Г) сочетанном

801. ПРОТРУЗИЯ ВЕРХНИХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ - ПОЛОЖЕНИЕ

- А) вестибулярное
- Б) оральное
- В) тортоположение
- Г) транспозиция

802. БУГРОВОЕ СМЫКАНИЕ КЛЫКОВ ПО II КЛАССУ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОККЛЮЗИИ

- А) дистальной
- Б) дизокклюзии
- В) перекрестной
- Г) мезиальной

803. МЕЗИАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ - АНОМАЛИЯ В НАПРАВЛЕНИИ

- А) сагиттальном
- Б) вертикальном и трансверсальном
- В) трансверсальном
- Г) сагиттальном и трансверсальном

804. СООТНОШЕНИЕ МОЛЯРОВ ПО III КЛАССУ ЭНГЛЯ – ЭТО

- А) мезиальная окклюзия
- Б) вертикальная резцовая дизокклюзия
- В) дистальная окклюзия
- Г) глубокая резцовая окклюзия

805. СООТНОШЕНИЕ МОЛЯРОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ ЭНГЛЯ

- А) I
- Б) II классу 1 подклассу
- В) III
- Г) II классу 2 подклассу

806.ПРОТРУЗИЯ - АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ РЕЗЦОВ В НАПРАВЛЕНИИ

- А)сагиттальном
- Б)вертикальном
- В)трансверсальном
- Г)сочетанном

807.ОТСУТСТВИЕ ЗАЧАТКА ЗУБА

- А)адентия
- Б)латеральное положение резцов, диастема
- В)скученное положение
- Г)трема

808.ПАЛАТОККЛЮЗИЯ - АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В НАПРАВЛЕНИИ

- А)трансверсальном
- Б)вертикальном
- В)сагиттальном
- Г)сагиттальном и трансверсальном

809.ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЕ УКОРОЧЕНИЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО И НИЖНЕГО ЗУБНЫХ РЯДОВ СООТВЕТСТВУЕТ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ

- А)вертикальной резцовой дизокклюзии
- Б)глубокой резцовой окклюзии
- В)обратной резцовой дизокклюзии
- Г)трансверсальной резцовой окклюзии

810.ЛАТЕРАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ПРИВОДИТ К

- А) диастеме
- Б) тремам
- В) тортоаномалии
- Г) транспозиции

811.ДИАСТЕМА - АНОМАЛИЯ

- А)положения центральных резцов
- Б)формы зубных рядов
- В)размеров челюстных костей
- Г)смыкания зубных рядов

812.ПОВОРОТ ПО ОСИ

- А)тортоаномалия
- Б)транспозиция
- В)вестибулярное положение
- Г)оральное положение

813.ГИПОПЛАЗИЯ - АНОМАЛИЯ

- А)структуры твердых тканей
- Б)положения
- В)формы
- Г)количества

814.ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕТРОГЕНИЯ ФОРМИРУЕТСЯ

- А)к моменту рождения
- Б)до образования нёба
- В)к моменту прорезывания первых зубов
- Г)не формируется

815.ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА В ПРОЦЕССЕ РОСТА ВЗАИМОДЕЙСТВУЕТ С ОТДЕЛАМИ

- А)мозговым, лицевым, шейным
- Б)мозговым
- В)лицевым
- Г)шейным

816.ЗОНОЙ РОСТА ШВА ЯВЛЯЕТСЯ СЛОЙ

- А)камбиальный
- Б)капсулярный
- В)наружный и внутренний слои перепончатой ткани
- Г)средняя зона шва

817.ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА СОСТОИТ ИЗ ОТДЕЛОВ

- А)2-х
- Б) 3-х
- В) не дифференцируется
- Г)4-х

818.В ПРОЦЕССЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДИТ ЗАКЛАДКА ПАР ЖАБЕРНЫХ ДУГ

- А)4-х
- Б)2-х
- В)6-и
- Г)8-и

819.В НОРМЕ КЛЫКИ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ИМЕЮТ ПО

- А)2 антагониста
- Б)1 антагонисту
- В)контактируют с резцами
- Г)контактируют с вторыми премолярами

820.ЛАТЕРАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ 11 И 21 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А)диастемы
- Б)тремы
- В)диастемы и тремы
- Г)макродентии

821.ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ВЫШЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ

- А)супраположение
- Б)инфраположение
- В)латеральное
- Г)мезиальное

822.АДЕНТИЯ ЗУБА ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ

- А)количества
- Б)формы
- В)размера
- Г)структуры твердых тканей

823.ОТСУТСТВИЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

- А)количества зубов
- Б)смыкания зубных рядов
- В)размера зубных рядов
- Г)положения зуба

824.ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ЯЗЫЧНО

- А)лингво-
- Б)тортоаномалия
- В)супра-
- Г)вестибуло-

825.ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА НЕБНО

- А) оральное
- Б) мезиальное
- В)дистальное
- Г)лингвальное

826.АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

- А)трансверсальная резцовая окклюзия
- Б)глубокая резцовая окклюзия
- В)обратная резцовая окклюзия
- Г)сагиттальная резцовая окклюзия

827.АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБА В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ И ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТЯХ

- А)вестибулярное и супраположение
- Б)инфра- и супраположение
- В)оральное и вестибулярное
- Г)дистальное и мезиальное

828. АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

- А) глубокая резцовая окклюзия
- Б) сагиттальная резцовая дизокклюзия
- В) обратная резцовая окклюзия
- Г) трансверсальная резцовая окклюзия

829. ПРИ АНОМАЛИЯХ ОККЛЮЗИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А) все перечисленное
- Б) антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей, внешний осмотр
- В) специальные методы диагностики
- Г) клиническое обследование

830. С ЦЕЛЬЮ ИЗМЕРЕНИЯ ДЛИНЫ ТЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) ТРГ - боковая проекция
- Б) ТРГ - прямая проекция
- В) ортопантограмму
- Г) томографию ВНЧС

831. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПАРОДОНТА БОКОВОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) ортопантографию
- Б) ТРГ - прямую проекцию
- В) томографию ВНЧС
- Г) ТРГ – боковую проекцию

832. АНОМАЛИИ РАЗМЕРОВ ЧЕЛЮСТЕЙ В САГИТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- А) ТРГ в боковой проекции
- Б) ортопантографии
- В) панорамной рентгенографии
- Г) ТРГ прямая проекция

833. ПРИВЫЧКА СПАТЬ НА СПИНЕ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ ПРИВОДИТ К

- А) задержке роста нижней челюсти
- Б) выдвижению нижней челюсти
- В) нарушению прорезывания зубов
- Г) нарушению положения зубов

834. ОРТОПАНТОМОГРАФИЮ В ОРТОДОНТИИ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- А) наличия зачатков постоянных зубов
- Б) длины нижней челюсти
- В) длины верхней челюсти
- Г) ширины зубных рядов

835. НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИВОДИТ К

- А) диастеме
- Б) ограничению подвижности нижней губы
- В) увеличению подвижности зубов
- Г) тремам

836. ПРИЧИНА ДИАСТЕМЫ

- А) адентия боковых резцов
- Б) неправильное вскармливание
- В) рахит
- Г) сужение зубных рядов

837. РАННЯЯ ПОТЕРЯ ЗУБА 63 ПРИВОДИТ К

- А) мезиальному смещению боковых зубов и латеральному передних
- Б) травме зачатка постоянного зуба
- В) дистальному смещению боковых зубов
- Г) деминерализации одноименного зачатка

838. ФОРМИРОВАНИЮ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ТИП РОСТА

- А)горизонтальный
- Б)вертикальный
- В)вышеперечисленные
- Г)нейтральный

839.НЕДОСТАТОК МЕСТА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К АНОМАЛИИ ЗУБА

- А)положения
- Б)размера
- В)формы
- Г)структуры

840.НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А)латерального положения центральных резцов, диастемы
- Б)ретенции центральных резцов верхней челюсти
- В)транспозиции резцов
- Г)дистальной окклюзии

841.ПРИЧИНА МЕЗИАЛЬНОГО НАКЛОНА ЗУБА 16

- А)преждевременное удаление 55
- Б)макроденция нижних зубов
- В)сверхкомплектный зуб в области 45
- Г)давление зачатка 47

842.ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ

- А)нарушение функции языка
- Б)прикусывание щеки
- В)сон с запрокинутой головой
- Г)нестершиеся бугры временных клыков

843.ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К

- А)вертикальной резцовой дизокклюзии
- Б)мезиальной окклюзии
- В)протрузии нижних резцов
- Г)глубокой резцовой дизокклюзии

844.К МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИВОДИТ

- А)верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия
- Б)верхняя макрогнатия и нижняя микрогнатия
- В)верхняя прогнатия
- Г)нижняя ретрогнатия

845.ПРИЧИНОЙ СКУЧЕННОСТИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А)сужение и укорочение зубного ряда
- Б)макроглоссия
- В)микроденция
- Г)макрогнатия

846.НЕБНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ 15 И 25 ОБУСЛОВЛЕНО

- А)сужением и укорочением верхнего зубного ряда
- Б)макроденцией зуба 12
- В)недоразвитием нижней челюсти
- Г)смещением верхней челюсти

847.ПОЛОЖЕНИЕ ЯЗЫКА МЕЖДУ ПЕРЕДНИМИ ЗУБАМИ ПРОВОДИТ К

- А)вертикальной резцовой дизокклюзии
- Б)мезиальной окклюзии
- В)глубокой резцовой окклюзии
- Г)дистальной окклюзии

848.ПРИКУСЫВАНИЕ ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К

- А)протрузии резцов верхней челюсти и ретрузии резцов нижней челюсти
- Б)травме языка
- В)выдвижению нижней челюсти
- Г)прикусыванию щек

849.ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВИЛАСЬ ПРИЧИНОЙ

- А)ретрузии нижних резцов

- Б) формирования трансверсальной аномалии окклюзии
- В) смещения средней линии
- Г) смещения нижней челюсти латерально

850. ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВИЛАСЬ ПРИЧИНОЙ

- А) сагиттальной резцовой дизокклюзии
- Б) прямой резцовой окклюзии
- В) глубокой резцовой окклюзии
- Г) глубокой резцовой дизокклюзии

851. ПОЗДНЯЯ СМЕНА ЗУБА 63 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А) вестибулярного прорезывания 23
- Б) сужения зубного ряда
- В) транспозиции 23
- Г) адентии 12

852. УГЛУБЛЕНИЕ КРИВОЙ ШПЕЕ СОЗДАЕТ

- А) дефицит места
- Б) избыток места
- В) не влияет
- Г) нормализует окклюзию

853. ПРИЧИНОЙ БИАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПРОТРУЗИИ МОЖЕТ ПОСЛУЖИТЬ

- А) макроглоссия
- Б) микроглоссия
- В) микроденития
- Г) гипертонус круговой мышцы рта

854. К АНОМАЛИЯМ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

- А) микроденития
- Б) микрогнатия
- В) макроглоссия
- Г) глоссоптоз

855. НЕДОСТАТОК ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ

- А) экзогенным общим
- Б) эндогенным общим
- В) экзогенным местным
- Г) эндогенным местным

856. К АНОМАЛИЯМ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

- А) макроденития
- Б) микрогнатия
- В) макроглоссия
- Г) макрогнатия

857. ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ МОЖЕТ БЫТЬ

- А) низко прикрепленная уздечка верхней губы
- Б) макроденития
- В) укороченная уздечка языка
- Г) мелкое преддверие полости рта

858. РАННЯЯ ПОТЕРЯ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- А) наклону соседних зубов в сторону дефекта
- Б) удлинению зубной дуги
- В) диастеме
- Г) вертикальной резцовой дизокклюзии

859. ПРИ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКЕ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ФОРМИРУЕТСЯ

- А) протрузия передней группы зубов верхней челюсти
- Б) дизокклюзия в боковых отделах
- В) носовое дыхание
- Г) чрезмерное развитие нижней челюсти

860. ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЙ

- А) неврологических
- Б) эстетических

- В)травматических
- Г)социальных

861.ПРИЧИНА ТРЕМ

- А)микроденития
- Б)широкая уздечка уздечка языка
- В)сужение зубных рядов
- Г)нарушения окклюзии

862.НАРУШЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИВОДИТ К АНОМАЛИИ ЗУБНОГО РЯДА

- А)сужению верхнего
- Б)расширению нижнего
- В)укорочению нижнего
- Г)уплощению верхнего во фронтальном отделе

863.ВЕРТИКАЛЬНАЯ РЕЗЦОВАЯ ДИЗОККЛЮЗИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А)зубоальвеолярного удлинения боковой группы зубов и укорочения передней группы
- Б)тортоаномалии зубов
- В)нарушения развития твердых тканей
- Г)наличия сверхкомплектных

864.РАННЯЯ ПОТЕРЯ ЗУБА 53 ПРИВОДИТ К

- А)мезиальному смещению боковых зубов
- Б)травме зачатка постоянного зуба 23
- В)травме зачатка постоянного зуба 13
- Г)демнерализации одноименного зачатка

865.РОТОВОЕ ДЫХАНИЕ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ НА

- А) положение языка
- Б) размеры зубов
- В) положение уздечки верхней губы
- Г) форму зубов

866.ГИПЕРТРОФИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН И АДЕНОИДЫ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН ПРИВОДЯТ К ФОРМИРОВАНИЮ

- А)палатиноокклюзии
- Б)мезиальной окклюзии
- В)глубокой резцовой окклюзии
- Г)обратной резцовой окклюзии

867.К ЛИЦЕВЫМ ПРИЗНАКАМ ПРИ СИНДРОМЕ CROUSON ОТНОСЯТ

- А)резкое недоразвитие среднего отдела лица
- Б)чрезмерное развитие нижней челюсти
- В)чрезмерное развитие верхней челюсти
- Г)резкое недоразвитие верхнего участка лица

868.РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ СРЕДНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А)синдром Crouson
- Б)краниоклюичныйдизостоз
- В)синдром Франческетти
- Г)гипогидротическаяэктодермальная дисплазия

869.УДЛИНЕННОЕ ЛИЦО – СЛЕДСТВИЕ

- А)чрезмерного вертикального роста челюстей
- Б)чрезмерного горизонтального роста челюстей
- В)нейтрального роста
- Г)недоразвития верхней челюсти

870.ПРИЗНАКИ ДЛИННОГО ЛИЦА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ РОСТА

- А)вертикального
- Б)горизонтального
- В)вышеперечисленных
- Г)нейтрального

871.ПРИЧИНА МИКРОДЕНТИИ

- А)генетически детерминированный фактор

- Б) низкое прикрепление уздечки верхней губы
- В) свехкомплектный зуб
- Г) нарушение функции глотания

872. АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ:

- А) палатиноокклюзия
- Б) мезиальная окклюзия
- В) глубокая резцовая окклюзия
- Г) билимбеолярная протрузия

873. АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ КЛЫКА ОБУСЛОВЛЕНА

- А) мезиальным смещением боковых зубов
- Б) нарушением функции языка
- В) укороченной уздечкой языка
- Г) микродентией клыка

874. УМЕНЬШЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЫСОТЫ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ И РЕТРУЗИЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО

- А) зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов
- Б) зубоальвеолярным удлинением в области боковых зубов
- В) зубоальвеолярным укорочением в области передних зубов
- Г) протрузией резцов

875. ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ МОЖЕТ ИЗМЕНЯТЬСЯ

- А) нижняя морфологическая высота лица
- Б) ширина лица
- В) средняя морфологическая высота лица
- Г) глубина лица

876. К ЭНДОГЕННЫМ ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ОТНОСЯТСЯ

- А) токсикозы 1-го триместра беременности
- Б) вредные привычки ребенка
- В) родовая травма
- Г) искусственное вскармливание

877. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ВЛИЯЕТ НА ФОРМУ ЗУБНОГО РЯДА

- А) верхнего
- Б) уплощение нижнего в переднем отделе
- В) сужение нижнего
- Г) расширению нижнего

878. ПРИВЫЧКА РЕБЁНКА СПАТЬ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ СПОСОБСТВУЕТ ФОРМИРОВАНИЮ ОККЛЮЗИИ:

- А) дистальной
- Б) перекрёстной
- В) мезиальной
- Г) вертикальной резцовой дизокклюзии

879. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

- А) сужение верхнего зубного ряда
- Б) дистопия
- В) ретенция
- Г) бипротрузия

880. ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЮ ФОРМЫ ЗУБНОГО РЯДА

- А) верхнего и нижнего в переднем отделе
- Б) нижнего в трансверсальном направлении
- В) верхнего в боковом
- Г) укорочению верхнего

881. АДЕНОИДНЫЙ ТИП ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ОККЛЮЗИИ

- А) вертикальной резцовой дизокклюзии
- Б) мезиальной

- В)нейтральной
- Г)дистальной

882.ПРИВЫЧКА ДЕТЕЙ ПОДКЛАДЫВАТЬ РУКУ ПОД ПОДБОРОДОК ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ОККЛЮЗИИ

- А)дистальной
- Б)палатино-
- В)вертикальной резцовой дизокклюзии
- Г)мезиальной

883.ФУНКЦИЮ СМЫКАНИЯ ГУБ МОЖНО НОРМАЛИЗОВАТЬ

- А)лечебной гимнастикой круговой мышцы рта и нормализацией положения языка в акте глотания
- Б)пластикой уздечки верхней губы
- В)удалением зубов по методу Хотца
- Г)пластикой уздечки нижней губы

884.СИПТОМ ГИПЕРТОНУСА КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А)симптом напёрстка в области подбородка при глотании
- Б)надподбородочная складка
- В)выступление верхней губы
- Г)выступление нижней губы

885.ФАКТОРОМ В ФОРМИРОВАНИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А)зубоальвеолярное удлинение в области жевательной группы зубов
- Б)зубоальвеолярное удлинение в области передней группы зубов
- В)ретрузия резцов
- Г)протрузия резцов

886.ПРИЧИНОЙ ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЯ

- А)одностороннее сужение зубного ряда
- Б)функции глотания
- В)функции дыхания
- Г)гипотонус круговой мышцы рта

887.ГЛУБОКАЯ РЕЗЦОВАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ

- А)вертикальном
- Б)сагиттальном
- В)трансверсальном
- Г)трансверсальном, сагиттальном

888.ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ

- А)сагиттальном
- Б)вертикальном, сагиттальном, трансверсальном
- В)вертикальном
- Г)трансверсальном

889.МЕЗИАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ

- А)сагиттальном
- Б)вертикальном, сагиттальном, трансверсальном
- В)вертикальном
- Г)трансверсальном

890.ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- А)микродентия зубов верхней челюсти
- Б)мелкое преддверие полости рта
- В)укороченная уздечка языка
- Г)ротовое дыхание

891.ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А)симптом напёрстка
- Б)зубоальвеолярное укорочение фронтального участка нижней челюсти
- В)вогнутая форма профиля лица
- Г)увеличение нижней трети лица

892.ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ В ФОРМИРОВАНИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А)нарушенная функция языка
- Б)низкое прикрепление уздечки верхней губы
- В)мелкое преддверие
- Г)адентия

893.ПРИЧИНОЙ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЯ

- А)зубоальвеолярное удлинение в переднем отделе
- Б)миодинамического равновесия
- В)функции глотания
- Г)функции дыхания

894.ПРИЧИНОЙ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А)привычка подкладывать руку под подбородок
- Б)нарушение функции языка
- В)нарушение носового дыхания
- Г)фонетические нарушения

895.ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- А) зубоальвеолярное укорочение в области жевательной группы зубов
- Б) симптом наперстка
- В) интрузия резцов
- Г) экструзия моляров

896.ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ОККЛЮЗИИ

- А)дистальной
- Б)мезиальной
- В)глубокой резцовой
- Г)гипертонуса жевательных мышц

897.ПРИЧИНА ВЕСТИБУЛЯРНОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА 13

- А)персистентный 53
- Б)нарушение функции глотания
- В)нарушение функции дыхания
- Г)адентия временных моляров

898.ПРИЧИНА МЕЗИАЛЬНОГО СМЕЩЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ

- А)ранняя потеря временных клыков
- Б)сверхкомплектные зубы
- В)дистальная окклюзия
- Г)глубокая резцовая окклюзия

899.ГЛУБОКАЯ РЕЗЦОВАЯ ДИЗОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ

- А)вертикальном
- Б)вертикальном, трансверсальном
- В)сагиттальном
- Г)трансверсальном

900.СИМПТОМ «НАПЕРСТКА» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А)нарушении глотания, нарушении миодинамического равновесия
- Б)низком прикреплении уздечки верхней губы
- В)диастеме
- Г)тремах

901.ВЯЛЫЙ ТИП ЖЕВАНИЯ ПРИВОДИТ К

- А)скученному положению зубов
- Б)тремам
- В)диастеме
- Г)адентии зубов

902.ДЛИТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОСКИ-ПУСТЫШКИ ПРИВОДИТ К

- А)сагиттальной резцовой дизокклюзии
- Б)мезиальной окклюзии

- В) ретрузии резцов верхнего зубного ряда
- Г) обратной резцовой дизокклюзии

903. ОДНА ИЗ ПРИЧИН ТРАНСВЕРСАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ

- А) нестираемость бугров временных клыков
- Б) укорочение уздечки языка
- В) инфантильный тип глотания
- Г) вялое жевание

904. ДЛЯ АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНО

- А) гиподентия
- Б) макродентия
- В) гипердентия
- Г) наличие всех зачатков постоянных зубов

905. ПРИЧИНОЙ УПЛОЩЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО УЧАСТКА НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) укорочение уздечки языка
- Б) задержка прорезывания постоянных зубов
- В) сужение зубных рядов
- Г) ретенция зубов

906. ДИАСТЕМА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ АНОМАЛИИ

- А) положения зубов
- Б) макродентии
- В) микрогнатии
- Г) палатиноокклюзии

907. САГИТТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- А) протрузией резцов верхней челюсти; ретрузией резцов нижней челюсти
- Б) протрузией резцов верхней и нижней челюсти
- В) протрузией резцов нижней челюсти; ретрузией резцов верхней челюсти
- Г) ретрузией резцов верхней и нижней челюсти

908. СУЖЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ПРОВОДИТ К

- А) скученному положению резцов
- Б) персистенции
- В) гиперодонтии
- Г) гиподонтии

909. ПРИЧИНА УКРОЧЕНИЯ ЗУБНОГО РЯДА - СМЕЩЕНИЕ ЗУБОВ

- А) мезиально
- Б) вестибулярно
- В) латерально
- Г) транспозиция

910. ОБРАТНАЯ РЕЗЦОВАЯ ОККЛЮЗИЯ ОБУСЛОВЛЕНА

- А) ретрузией резцов верхней и протрузией резцов нижней челюсти
- Б) протрузией резцов верхней и нижней челюсти
- В) протрузией резцов нижней челюсти
- Г) протрузией резцов верхней челюсти, ретрузией резцов нижней челюсти

911. МАКРОДЕНТИЯ - АНОМАЛИЯ

- А) размера
- Б) формы
- В) положения
- Г) все вышеперечисленное

912. ЛИНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ОСНОВАНИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОБОЗНАЧАЕТСЯ

- А) NL
- Б) ML
- В) NSL
- Г) FH

913. ФРАНКФУРТСКАЯ ГОРИЗОНТАЛЬ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ТОЧКИ

- А)Or-Po
- Б)N-S
- В)Ar-Go
- Г)Go-Pg

914.ГОНИАЛЬНЫЙ УГОЛ ОБОЗНАЧАЕТСЯ

- А)Go
- Б)Ar
- В)Co
- Г)Po

915.ПЕРЕДНЯЯ ТОЧКА ПОДБОРОДКА ОБОЗНАЧАЕТСЯ

- А)Pg
- Б)D) Me
- В)Ar
- Г)Go

916.НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКАЯ ТОЧКА НА ПЕРЕДНЕМ КОНТУРЕ АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А)A
- Б)B
- В)Me
- Г)Pg

917.НАИБОЛЕЕ УГЛУБЛЕННАЯ ТОЧКА НА ПЕРЕДНЕМ КОНТУРЕ БАЗИСА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А)B
- Б)Pg
- В)Me
- Г)A

918.ЛИНИЯ NS СООТВЕТСТВУЕТ ПЛОСКОСТИ

- А)переднего отдела основания черепа
- Б)основания нижней челюсти
- В)основания верхней челюсти
- Г)эстетической по Rikets

919.ТОЧКА Ag РАСПОЛОЖЕНА НА

- А) заднем контуре суставной головки нижней челюсти
- Б) переднем контуре апикального базиса нижней челюсти
- В) переднем контуре апикального базиса верхней челюсти
- Г) вершине суставной головки нижней челюсти

920.ТОЧКА Me СООТВЕТСТВУЕТ

- А)передней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти
- Б)вершине суставной головки
- В)точке пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти
- Г)передней точке подбородочного выступа

921.ТОЧКА Pt ЯВЛЯЕТСЯ

- А)верхней дистальной точкой крыловидно-верхнечелюстной щели
- Б)серединой турецкого седла
- В)нижней точкой края орбиты
- Г)верхней точкой наружного слухового прохода

922.ТОЧКА ЦЕНТРА ТУРЕЦКОГО СЕДЛА

- А)S
- Б)Po
- В)Pt
- Г)Ba

923.ПЕРЕДНЯЯ ТОЧКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А)Sna
- Б)Snpr
- В)Go
- Г)Co

924.ЗАДНЯЯ ТОЧКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А)Snpr

- Б)Co
- В)Go
- Г)Sna

925. ТОЧКА А ЯВЛЯЕТСЯ

- А)наиболее глубокой точкой на переднем контуре апикального базиса верхней челюсти
- Б)наиболее глубокой точкой на переднем контуре апикального базиса нижней челюсти
- В)передней точкой носолобного шва
- Г)центром турецкого седла

926. ТОЧКА Go ЯВЛЯЕТСЯ

- А) точкой пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти
- Б) передней точкой апикального базиса нижней челюсти
- В)вершиной суставной головки
- Г)передней точкой подбородочного выступа

927. ТОЧКА Pg СООТВЕТСТВУЕТ

- А) передней точке подбородочного выступа
- Б) нижней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти
- В) точке пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти
- Г) передней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти

928.ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНУЮ ВЫСОТУ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПАРАМЕТР

- А)U1 – NL
- Б)U6 – NL
- В)L1 – ML
- Г)L1 – ML

929.С ЦЕЛЬЮ ИЗМЕРЕНИЯ ДЛИНЫ ТЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А)ТРГ - боковая проекция
- Б)ТРГ - прямая проекция
- В)ортопантограмму
- Г)томографию ВНЧС

930.ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ НИЖЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ

- А)инфраположение
- Б)оральное
- В)дистальное
- Г)вестибулярное

931.АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

- А)вестибулоокклюзия
- Б)глубокая резцовая окклюзия
- В)обратная резцовая окклюзия
- Г)обратная резцовая дизокклюзия

932.ДЛЯ ТОРКА ХАРАКТЕРЕН НАКЛОН ЗУБА

- А)вестибуло-оральный
- Б)мезио-дистальный
- В)лабио-лингвальный
- Г)лабио-латеральный

933.РОТИРОВАННЫЙ МОЛЯР ИЛИ ПРЕМОЛЯР ЗАНИМАЕТ В ЗУБНОМ РЯДУ

- А)больше места
- Б)меньше места
- В)ротация не имеет значения
- Г)положение зависит от расположения передних зубов

934.РОТИРОВАННЫЙ РЕЗЕЦ ЗАНИМАЕТ В ЗУБНОМ РЯДУ

- А)меньше места
- Б)больше места
- В)ротация не имеет значения
- Г)зависит от направления ротации

935.ПОВОРОТ ЗУБА ВОКРУГ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ОСИ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) ротация
- Б) торк
- В) ангуляция
- Г) инклинация

936. ДЛЯ АНГУЛЯЦИИ ХАРАКТЕРЕН НАКЛОН ЗУБА

- А) медио-латеральный
- Б) вестибуло-оральный
- В) межрезцовый угол
- Г) лабио-латеральный

937. ЛАТЕРАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА

- А) ТРГ головы в прямой проекции
- Б) ортопантограмме
- В) ТРГ головы в боковой проекции
- Г) панорамной рентгенограмме

938. С ПОМОЩЬЮ ПЛАСТИНКИ ХИНЦА ВОЗМОЖНО

- А) устранение вредных привычек
- Б) ретенция результатов после детского лечения
- В) сохранение места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов
- Г) углубление преддверия полости рта

939. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ ПРИКУСЫВАНИЯ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПРИМЕНЯЮТ

- А) вестибулярную пластинку
- Б) моноблок Андресена-Гойпля
- В) пластинку Рейхенбаха-Брюкля
- Г) аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии

940. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПОЗВОЛЯЕТ

- А) устранить вредные привычки
- Б) переместить боковые зубы дистально
- В) изменить наклон моляров
- Г) предупредить смещение моляров дистально

941. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПОЗВОЛЯЕТ

- А) предупредить прокладывание языка между зубами
- Б) переместить боковые зубы дистально
- В) изменить наклон моляров
- Г) предупредить смещение моляров мезиально

942. УСТРАНИТЬ ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

- А) вестибулярной пластинки Хинца
- Б) пластинки с протрагирующими пружинами
- В) аппарата Брюкля
- Г) регулятора функции Френкеля

943. ПРЕДУПРЕДИТЬ ПРОКЛАДЫВАНИЕ ЯЗЫКА МЕЖДУ ЗУБАМИ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

- А) вестибулярной пластинки Хинца
- Б) пластинки с протрагирующими пружинами
- В) аппарата Брюкля
- Г) регулятора функции Френкеля

944. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ

- А) лечебно-профилактическим
- Б) ретенционным
- В) профилактическим
- Г) капповым

945. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С ЗАСЛОНКОЙ ДЛЯ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ

- А) лечебно-профилактическим
- Б) профилактическим
- В) ретенционным
- Г) капповым

946.ПРОФИЛАКТИКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- А)устранение вредных привычек, нормализация функции дыхания и глотания
- Б)расширение зубных рядов
- В)смещение нижней челюсти вперед
- Г)устранение диастемы

947.ЗАТРУДНЕННОЕ НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А)сужения верхнего зубного ряда
- Б)адентии
- В)ретенции зубов
- Г)лингвоокклюзии

948.ИНФАНТИЛЬНОЕ ГЛОТАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А)вертикальной резцовой дизокклюзии
- Б)макроглоссии
- В)множественного кариеса
- Г)дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

949.ОПЕРАЦИЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ НЕОБХОДИМА ДЛЯ

- А)нормализации положения 11 и 21
- Б)нормализации роста апикального базиса нижней челюсти
- В)устранения инфантильного глотания
- Г) нормализации артикуляции языка

950.ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ПЛАСТИНКИ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- А)3-6
- Б)до года
- В)12-14
- Г)14-18

951.ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ БУГРОВ МОЛОЧНЫХ КЛЫКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ ДЛЯ

- А)профилактики аномалий окклюзии
- Б)эстетического эффекта
- В)стимуляции прорезывания постоянных зубов
- Г)профилактики ретенции зубов

952.ПЛАСТИНОЧНЫЕ ПРОТЕЗЫ С ЗАМЕЩЕНИЕМ ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБОВ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ

- А)стимуляции прорезывания постоянных зубов, нормализации функции жевания, сохранения места для постоянных зубов
- Б)расширения нижнего зубного ряда
- В)сдерживания роста апикального базиса нижней челюсти
- Г)сдерживания роста апикального базиса верхней челюсти

953.УКОРОЧЕННАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А)уплощения переднего участка нижнего зубного ряда
- Б)задержке прорезывания постоянных зубов
- В)сужения верхнего зубного ряда
- Г)лингвоокклюзии

954.УКОРОЧЕННАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А)нарушения глотания
- Б)задержке прорезывания постоянных зубов
- В)сужению верхнего зубного ряда
- Г)лингвоокклюзии

955.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕДЕТСКОГО МИОТРЕЙНЕРА В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- А)5-7
- Б)10-18
- В)18-25
- Г)0-3

956.ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕДЕТСКИХ МИОТРЕЙНЕРОВ

- А)функциональные нарушения

- Б)адентия
- В) макроадентия
- Г) задержка прорезывания зубов

957.С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ МЕСТА В ЗУБНОМ РЯДУ ПОСЛЕ РАННЕГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А)профилактический пластиночный протез с искусственными зубами
- Б)мостовидный протез
- В)аппарат Френкеля
- Г)аппарат Персина

958.ЧАСТИЧНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

- А)дефицита места в зубном ряду для постоянного зуба
- Б)мезиальной окклюзии
- В)вертикальной резцовой дизокклюзии
- Г)дистальной окклюзии

959.ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТЬЮ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- А)протрузии верхних резцов
- Б)ретрузии резцов верхнего зубного ряда
- В)мезиальной окклюзии
- Г)ретрузии нижних и верхних резцов

960.ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА С УПОРОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ

- А)вертикальной резцовой дизокклюзии
- Б)дистальной
- В)мезиальной
- Г)трансверсальной резцовой

961.ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПРЕДУПРЕЖДАЕТ

- А)прокладывание языка между зубными рядами
- Б)смещение нижней челюсти вперед
- В)смещение нижней челюсти назад
- Г)адентию

962.ПРЕДЕТСКИЙ МИОТРЕЙНЕР НЕ ПОКАЗАН ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ

- А)мезиальной
- Б)дистальной
- В)трансверсальной резцовой
- Г)вертикальной резцовой дизокклюзии

963.ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3х до 5 ЛЕТ ПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- А)предетского миотрейнера
- Б)капп
- В) небного бюгеля
- Г) квадхеликса

964.СОСКУ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДО ВОЗРАСТА (ЛЕТ)

- А)до года
- Б)до 3-х
- В)4- х
- Г)5-ти

965.ПРОФИЛАКТИКА ПРИВЫЧКИ ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА МЕЖДУ РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОЗМОЖНА С ПОМОЩЬЮ

- А)предетского миотрейнера
- Б)небного бюгеля
- В)аппарата Pendulum
- Г)пластинки с накусочной площадкой

966.ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДО

- А)5-ти лет
- Б)до 3-х лет

- В) 4-х лет
- Г) 12 мес

967. ПРИВЫЧКА ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА МЕЖДУ РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ УСТРАНЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- А) преддетского миотрейнера
- Б) небного бюгеля
- В) аппарата Pendulum
- Г) пластинки с накусочной площадкой

968. С ПОМОЩЬЮ ПРЕДЕТСКОГО ТРЕЙНЕРА ВОЗМОЖНО

- А) устранение вредных привычек и расширение зубных рядов
- Б) ретенция результатов после детского лечения
- В) сохранение места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов
- Г) углубление преддверия полости рта

969. ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ И НОРМАЛИЗАЦИИ ОККЛЮЗИИ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3-х ДО 5 ЛЕТ

- А) преддетский миотрейнер
- Б) моноблок Андресена-Гойпля
- В) пластинку Рейхенбаха-Брюкля
- Г) аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии

970. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ НУЖДАЮТСЯ В

- А) профилактических и лечебных мероприятиях
- Б) лечебных мероприятиях
- В) хирургическом лечении
- Г) наблюдении

971. ПРИ УКОРОЧЕННОЙ УЗДЕЧКЕ ЯЗЫКА НЕОБХОДИМО

- А) хирургическое лечение
- Б) профилактические мероприятия
- В) лечебные мероприятия
- Г) наблюдение

972. ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА НУЖДАЕТСЯ В

- А) профилактических мероприятиях
- Б) лечебных мероприятиях
- В) хирургическом лечении
- Г) наблюдении

973. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПОЗВОЛЯЕТ

- А) устранить вредные привычки
- Б) переместить боковые зубы дистально
- В) изменить наклон моляров
- Г) предупредить смещение моляров мезиально

974. ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С УПОРОМ ДЛЯ ЯЗЫКА ПОКАЗАНА ДЛЯ

- А) предупреждения прокладывания языка между зубами
- Б) перемещения боковых зубов дистально
- В) изменения наклона моляров
- Г) предупреждения смещения моляров мезиально

975. УСТРАНИТЬ ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ И СМЕСТИТЬ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

- А) вестибулярной пластинки Хинца с наклонной плоскостью
- Б) пластинки с протрагирующими пружинами
- В) аппарата Брюкля
- Г) регулятора функции Френкеля

976. ПРЕДЕТСКИЙ МИОТРЕЙНЕР ПОКАЗАН ПРИ

- А) протрузии резцов и недоразвитии нижней челюсти
- Б) недоразвитии верхней челюсти
- В) мезиальной окклюзии
- Г) ретрузии резцов верхней челюсти

977. ПРЕДЕТСКИЙ МИОТРЕЙНЕР ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ

- А)лечебно-профилактическим
- Б)ретенционным
- В)профилактическим
- Г)каповым

978. ПЛАСТИКА УКРОЧЕННОЙ ИЛИ НЕПРАВИЛЬНО ПРИКРЕПЛЕННОЙ
УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА НЕОБХОДИМА ДЛЯ

- А)все перечисленное
- Б)нормализации роста апикального базиса нижней челюсти
- В)устранения инфантильного глотания
- Г)нормализации артикуляции языка

979. ЧАСТИЧНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПРОТЕЗ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ
ПРОФИЛАКТИКИ

- А)дефицита места в зубном ряду для постоянного зуба
- Б)мезиальной окклюзии
- В)вертикальной резцовой дизокклюзии
- Г)дистальной окклюзии

980. С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ МЕСТА В ЗУБНОМ РЯДУ ПОСЛЕ РАННЕГО
УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А)профилактический пластиночный протез с искусственными зубами
- Б)мостовидный протез
- В)регулятор функций Френкеля
- Г)аппарат Персина

981. ДЛЯ ТРЕНИРОВКИ МЫШЦ И НОРМАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИИ ЯЗЫКА
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А)пластинка Хинца с бусиной
- Б)аппарат Андресена-Гойпля
- В)пластинка с накусочной площадкой
- Г)расширяющая пластинка

982. ПОСЛЕ РАННЕГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А)профилактический пластиночный протез с искусственными зубами
- Б)мостовидный протез
- В)аппарат Френкеля
- Г)аппарат Персина

983. ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА НУЖДАЕТСЯ В

- А)консультации невролога
- Б)лечебных мероприятиях
- В)хирургическом лечении
- Г)наблюдении

984. УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ МЫШЦ, ВЫДВИГАЮЩИХ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ,
РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРИ

- А)недоразвитии нижней челюсти
- Б)сужении зубных рядов
- В)мезиальной окклюзии
- Г)верхней ретрогнатии

985. ПРИВЫЧКА ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА МЕЖДУ ЗУБАМИ НУЖДАЕТСЯ В

- А)профилактических мероприятиях
- Б)лечебных мероприятиях
- В)хирургическом лечении
- Г)наблюдении

986. ПРИВЫЧКА ПРИКУСЫВАНИЯ НИЖНЕЙ ГУБЫ НУЖДАЕТСЯ В

- А)профилактических мероприятиях
- Б)лечебных мероприятиях
- В)хирургическом лечении
- Г)наблюдении

987. ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА НУЖДАЕТСЯ В

- А)профилактических мероприятиях
- Б)лечебных мероприятиях
- В)хирургическом лечении

Г)наблюдении

988.ФУНКЦИЮ ГЛОТАНИЯ МОЖНО НОРМАЛИЗОВАТЬ

- А) лечебной гимнастикой круговой мышцы рта и нормализацией положения языка в акте глотания
- Б) пластикой уздечки верхней губы
- В) удалением зубов по методу Хотца
- Г)пластикой уздечки нижней губы

989.ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ВКЛЮЧАЕТ

- А)устранение вредных привычек, нормализацию функции глотания
- Б)гигиену полости рта
- В)рациональное питание
- Г)только санацию полости рта

990.НЕБНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ

- А)палатоокклюзии
- Б)дистальной окклюзии
- В)глубокой резцовой окклюзии
- Г)трансверсальной резцовой окклюзии

991.ВЕСТИБУЛООККЛЮЗИЯ – ЭТО ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ

- А)щечное
- Б)небное
- В)лингвальное
- Г)язычное

992.ЛИНГВООККЛЮЗИЯ – ЭТО ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ

- А)язычное
- Б)небное
- В)щечное
- Г)вестибулярное

993.ПАЛАТИНООККЛЮЗИЯ – ЭТО ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ

- А)небное
- Б)лингвальное
- В)щечное
- Г)вестибулярное

994.ОБМЕН МЕСТАМИ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ

- А)транспозиция
- Б)супраположение
- В)вестибулярное
- Г)инфраположение

995.В НОРМЕ ВТОРЫЕ МОЛЯРЫ ИМЕЮТ

- А)по 2 антагониста
- Б)по 1 антагонисту
- В)смыкание с клыками
- Г)смыкание с боковыми резцами

996.ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ЛИНГВАЛЬНО

- А) язычное
- Б) инфраположение
- В) оральное
- Г) вестибулярное

997.АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ

- А)вертикальная резцовая дизокклюзия
- Б)перекрестная
- В)вестибулоокклюзия
- Г)дизокклюзия

998.ЩЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА – ЭТО

- А)вестибулярное
- Б)инфраположение
- В)вестибулярное и супраположение
- Г)оральное

999. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ ОТНОСИТЕЛЬНО ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ

- А) супра-, инфра-
- Б) медиальное
- В) латеральное
- Г) мезиальное

1000. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА НЕБНО

- А) оральное
- Б) мезиальное
- В) супраположение
- Г) дистальное

Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

1. Проведите профилактическое стоматологическое обследование ребенка. Используйте данные анамнеза и кадамнеза для составления прогноза развития и плана профилактики заболеваний полости рта.
2. Проведите осмотр ребенка, оцените функции челюстно-лицевой области (при нарушении функции – определите меры ее нормализации).
3. Проведите осмотр полости рта ребенка. Оцените состояние твердых тканей зубов (визуальный метод, высушивание, витальное окрашивание, инструментальное исследование), запишите необходимые данные в формуле зубов.
4. Проведите осмотр полости рта ребенка. Определите индексы кп, КПУ, кп+КПУ, степень активности кариеса зубов.
5. Проведите профилактическое стоматологическое обследование ребенка, определите группу и содержание диспансеризации.
6. Проведите осмотр полости рта ребенка. Оцените состояние слизистой оболочки полости рта и пародонта. Определите индекс РМА.
7. Проведите осмотр полости рта ребенка. Оцените состояние слизистой оболочки полости рта и пародонта. Проведите пробу Шиллера-Писарева.
8. Проведите осмотр полости рта ребенка. Оцените состояние слизистой оболочки полости рта и пародонта. Определите индекс СРІ.
9. Проведите осмотр полости рта ребенка. Определите индекс гигиены полости рта по Федорову-Володкиной.
10. Проведите осмотр полости рта ребенка. Определите индекс гигиены полости рта по ОНІ-S.
11. Проведите осмотр полости рта ребенка. Определите индекс гигиены полости рта РСР.
12. Обучите ребенка уходу за полостью рта. Покажите методы чистки зубов (стандартный, Басс, Чартера и др.).
13. Обучите ребенка уходу за полостью рта, в том числе флоссингу.
14. Назначьте ребенку предметы и средства индивидуальной гигиены полости рта, объясните, как пользоваться зубочисткой.
15. Назначьте комплекс гигиены полости рта ребенку с заболеванием пародонта, объясните, как пользоваться зубной пастой.
16. Назначьте комплекс гигиены полости рта ребенку с декомпенсированной формой кариеса зубов, объясните, как пользоваться зубной пастой.

17. Назначьте комплекс гигиены полости рта ребенку с зубочелюстной аномалией, находящемуся на ортодонтическом лечении (съёмный аппарат).
18. Назначьте комплекс гигиены полости рта ребенку с зубочелюстной аномалией, находящемуся на ортодонтическом лечении (несъёмный аппарат).
19. Проведите у ребенка контролируруемую чистку зубов.
20. Проведите у подростка инструментальное удаление зубного камня.
21. Проведите у ребенка профессиональную чистку зубов.
22. Оцените у ребенка кариесрезистентность зубов (ТЭР-тест, косвенные методы).
23. Проведите стоматологическое обследование ребенка, определите меры повышения кариесрезистентности зубов.
24. Проведите стоматологическое обследование ребенка. Оцените кариесогенную ситуацию в полости рта ребенка.
25. Выявите у ребенка общие и местные кариесогенные факторы.
26. Проведите стоматологическое обследование ребенка. Составьте план устранения кариесогенной ситуации.
27. Проведите прогнозирование поражения кариесом зубов у населения.
28. Проведите стоматологическое обследование ребенка, составьте прогноз развития кариеса зубов.
29. Проведите стоматологическое обследование ребенка, составьте план профилактических мероприятий.
30. Составьте план профилактических мероприятий для школьников.
31. Составьте план профилактических мероприятий для детского населения.
32. Проведите стоматологическое обследование ребенка, назначьте экзогенную профилактику кариеса зубов. Покройте зубы ребенка фторидным лаком.
33. Проведите стоматологическое обследование ребенка, назначьте эндогенные средства профилактики кариеса зубов (выпишите рецепт).
34. Обучите ребенка и его родителей правилам рационального питания.
35. Проведите герметизацию фиссур и ямок зубов у ребенка стекломержательным цементом.
36. Проведите герметизацию фиссур и ямок зубов у ребенка силантом химического отверждения.
37. Проведите герметизацию фиссур и ямок зубов у ребенка силантом светового отверждения.
38. Мотивируйте родителей и ребенка поддержанию здоровья полости рта.
39. Оцените результаты программы профилактики стоматологических заболеваний.
40. Составьте план проведения ситуационного анализа для последующего планирования программ профилактики.
41. Техника проведения мандибулярной анестезии. Возрастные особенности. Показания.
42. Техника проведения инфльтрационной анестезии на верхней челюсти. Возрастные особенности. Показания.
43. Техника проведения инфльтрационной анестезии на нижней челюсти. Возрастные особенности. Показания.
44. Техника проведения проводниковой анестезии на верхней челюсти. Возрастные особенности. Показания.
45. Особенности техники удаления зубов. Выбор инструментария. Возможные осложнения.
46. Особенности техники удаления молочных зубов на верхней челюсти. Выбор инструментария. Возможные осложнения.
47. Особенности техники удаления молочных зубов на нижней челюсти. Выбор инструментария. Возможные осложнения.
48. Особенности техники удаления постоянных зубов на верхней челюсти. Выбор инструментария. Возможные осложнения.
49. Особенности техники удаления постоянных зубов на нижней челюсти. Выбор инструментария. Возможные осложнения.
50. Техника проведения периостотомии. Показания. Выбор метода обезболивания.
51. Техника проведения первичной хирургической обработки раны. Сроки выполнения.
52. Техника проведения реплантации постоянного зуба. Показания. Сроки.
53. Неполный вывих молочного зуба. Выбор метода лечения.
54. Неполный вывих постоянного зуба. Выбор метода лечения.
55. Техника оперативного лечения короткой уздечки верхней губы.
56. Техника оперативного лечения короткой уздечки языка.

- 57. Техника проведения вестибулопластики. Показания.
- 58. Техника проведения перевязки чистой раны. Виды повязок.
- 59. Техника проведения перевязки гнойной раны. Виды повязок.
- 60. Техника проведения инстилляций протока околоушной слюнной железы. Показания.
- 61. Техника проведения цистотомии.
- 62. Техника иссечения ретенционной кисты.
- 63. Удалить 65 по поводу хронического периодонтита.
- 64. Удалить 85 по поводу хронического периодонтита.
- 65. Удалить 75 по поводу хронического периодонтита.
- 66. Удалить 55 по поводу хронического периодонтита.
- 67. Удалить 14 по ортодонтическим показаниям.
- 68. Удалить 44 по ортодонтическим показаниям.

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружились в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

**ПРИМЕР ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО БИЛЕТА ДЛЯ ГИА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.76«Стоматология детская»**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра Стоматологии

Специальность **31.08.76«Стоматология детская»**

Экзаменационный билет № 1

1. Классификации кариеса зубов у детей. Клиническое течение кариеса постоянных зубов в зависимости от степени активности кариозного процесса.
2. Некариозные поражения твердых тканей зубов. Классификация. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение наследственных пороков развития эмали.
3. Анатомо-физиологические особенности детского организма, челюстно-лицевой области и их роль в клинических проявлениях гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей лица, лимфатических узлов, слюнных желез у детей.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА



Пациентка Е., 11 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и эстетический недостаток. При осмотре выявлено увеличение высоты нижней части лица, сглаженность носогубных складок, напряжение мышц околоушной области. В полости рта: вертикальная щель между резцами до 3 мм. При исследовании функции глотания – «симптом напёрстка» на подбородке, прокладывание языка между зубными рядами. 21 – изменение цвета и истончение эмали на вестибулярной поверхности от режущего края до середины коронки, при зондировании эмаль гладкая, в пигментированном участке – дефект эмали. ИГПР = 2,8.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.
3. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.
4. Предложите комплекс лечебно-профилактических мероприятий.
5. Назовите элементы, которые необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.

Зав. кафедрой _____
(подпись)