

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

**Институт стоматологии
Кафедра детской профилактической стоматологии и ортодонтии**

Методические материалы по дисциплине:

Ортодонтия и детское протезирование

**основная профессиональная образовательная программа высшего
образования - специалитета**

31.05.03 Стоматология, 5 курс

К какому виду классификаций относится классификация А.Я.

Катца:

А. Этиопатогенетическая

В. Морфологическая

С. Функциональная

Д. Генетическая

ОТВЕТ: С

К какому виду классификаций относится классификация Д.А.

Калвелиса:

А. Этиопатогенетическая

В. Морфологическая

С. Функциональная

Д. Постуральная

ОТВЕТ: В

К какому виду классификаций относится классификация

Канторовича

А. Этиопатогенетическая

В. Морфологическая

С. Функциональная

Д. Генетическая

ОТВЕТ: А

К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМ АНОМАЛИЯМ
В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ОТНОСИТСЯ:

А. вторичная частичная адентия

В. первичная адентия

С. неправильное положение зубов

Д. нарушение смыкания зубов

ОТВЕТ: В

К наследственным зубочелюстным аномалиям относятся:

А. Первичная адентия

В. Макродентия

С. Вторичная частичная адентия

Д. Вторичная полная адентия

ОТВЕТ: В

Классификация по МКБ-10 выделяет:

А. Атипичная расщелина

В. срединная расщелина неба

С. скрытая расщелина язычка

Д. Скрытая расщелина красной каймы верхней губы

ОТВЕТ: В

Классификация по МКБ-10 выделяет:

- A. Расщелина язычка и мягкого неба
 - B. Расщелина губы и неба (заячья губа и волчья пасть)
 - C. синдром Пьера-Робина
 - D. лицевые микропризнаки
- ОТВЕТ: B

Классификация Энгля основана на смыкании:

- A. Резцов
 - B. Челюстей
 - C. Премоляров
 - D. Моляров
- ОТВЕТ: D

Классификация, в основе которой лежит вид смыкания первых моляров:

- A. Канторовича
 - B. Энгля
 - C. Калвелеса
 - D. Катца
- ОТВЕТ: B

Нейтральная (физиологическая) окклюзия соответствует:

- A. 1 классу Энгля
 - B. 2 классу Энгля
 - C. 2 классу 1 подклассу Энгля
 - D. 3 классу
- ОТВЕТ: A

Нормальная окклюзия по Энглю относится к классу

- A. 1 класс
 - B. 2 класс 1 подкласс
 - C. 2 класс 2 подкласс
 - D. 3 класс
- ОТВЕТ: A

По классификации МГМСУ к аномалиям положения относится:

- A. тетрациклиновые зубы
 - B. макроденция
 - C. гипоплазия
 - D. транспозиция
- ОТВЕТ: D

По классификации Энгля дистальный блокирующий прикус относится к:

- A. I классу
- B. II классу 1 подклассу
- C. II классу 2 подклассу

D. III классу

ОТВЕТ: С

По классификации Энгля протрузия характерна для:

A. I класс

B. II класс, 1 подкласс

C. II класс, 2 подкласс

D. III класс

ОТВЕТ: B

При первом классе Энгля щечный бугор первого моляра верхней челюсти находится:

A. В межбугровой фиссуре первого нижнего моляра

B. Позади межбугровой фиссуры первого нижнего моляра

C. Кпереди от межбугровой фиссуры первого нижнего моляра

D. В межбугровой фиссуре второго нижнего моляра

ОТВЕТ: A

При третьем классе Энгля мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти находится:

A. В межбугровой фиссуре первого нижнего моляра

B. Позади межбугровой фиссуры первого нижнего моляра

C. Кпереди от межбугровой фиссуры первого нижнего моляра

D. В межбугровой фиссуре второго нижнего моляра

ОТВЕТ: B

Третий класс по Энгля соответствует:

A. Мезиальной окклюзии

B. Дистальной окклюзии

C. Открытому прикусу

D. Перекрёстному прикусу

ОТВЕТ: A

Этиопатогенетической является классификация

A. Канторовича

B. Катца

C. Энгля

D. Калвелеса

ОТВЕТ: A

Мезиальный щечный бугор первого верхнего моляра располагается в межбугровой фиссуре первого нижнего моляра, что соответствует классу Энгля:

A. Второму (подкласс1)

B. Второму (подкласс2)

C. Первому

D. Третьему

ОТВЕТ: С

Классификация, в основе которой лежит вид смыкания первых моляров:

А. Канторовича

В. Энгля

С. Калвелиса

Д. Катца

ОТВЕТ: В

Первый класс по Энгля характеризуется смыканием первых моляров в положении центральной окклюзии, когда:

А. Мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти находится впереди межбугорковой фиссуры первого моляра нижней челюсти

В. Мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти находится в межбугорковой фиссуре первого моляра нижней челюсти

С. Мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти находится позади межбугорковой фиссуры первого моляра нижней челюсти

ОТВЕТ: В

Второй класс по Энгля характеризуется смыканием первых моляров в положении центральной окклюзии, когда:

А. Мезиально-щечный бугор первого моляра верхней находится в межбугорковой фиссуре первого моляра нижней челюсти

В. Мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти находится позади межбугорковой фиссуры первого моляра нижней челюсти

С. Мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти находится впереди межбугорковой фиссуры первого моляра нижней челюсти

Д. Мезиально-щечный бугор первого премоляра верхней челюсти находится впереди межбугорковой фиссуры первого моляра нижней челюсти

ОТВЕТ: С

Третий класс по Энгля характеризуется смыканием первых моляров в положении центральной окклюзии, когда:

А. Мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти находится впереди межбугорковой фиссуры первого моляра нижней челюсти

В. Мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти находится позади межбугорковой фиссуры первого моляра нижней челюсти

С. Мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти находится в межбугорковой фиссуре первого моляра нижней

челюсти

D. Мезиально-щечный бугор первого премоляра верхней челюсти находится позади межбугорковой фиссуры первого моляра нижней челюсти

ОТВЕТ: B

1 и 2 подклассы II класса отличаются положением:

A. Первых моляров

B. Резцов

C. Клыков

D. Премоляров

ОТВЕТ: B

Второй класс, 1 подкласс Энгля по клыкам считается позиция верхнего клыка в смыкании с нижними зубами:

A. между клыком и премоляром

B. между клыком и резцом

C. по дистальному скату нижнего клыка

D. между первым и вторым премоляром

ОТВЕТ: B

Третий класс Энгля по клыкам считается позиция верхнего клыка в смыкании с нижними зубами:

A. между клыком и премоляром

B. между клыком и резцом

C. по медиальному скату нижнего клыка

D. между первым и вторым премоляром

ОТВЕТ: D

Выберете лишний факт о классификации Энгля

A. Исследует окклюзию только в сагиттальной плоскости

B. Учитывается смыкание только моляров

C. Учитывается смыкание только клыков

D. Исследует окклюзию только в вертикальной плоскости

ОТВЕТ: D

К аномалиям зубов относятся (Классификация МГМСУ, 1990г):

A. Нарушение симметричности положения зубов

B. Задержка прорезывания

C. Транспозиция

D. Нарушение контактов между смежными зубами

ОТВЕТ: C

Ключ окклюзии по Энгля – это смыкание:

A. Постоянных резцов верхней и нижней челюстей

B. Постоянных клыков верхней и нижней челюстей

C. Первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей

D. Вторых постоянных моляров верхней и нижней челюстей
ОТВЕТ: C

При третьем классе Энгля мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти находится:

- A. в межбугровой фиссуре первого нижнего моляра
- B. позади межбугровой фиссуры первого нижнего моляра
- C. впереди от межбугровой фиссуры первого нижнего моляра
- D. в межбугровой фиссуре второго нижнего моляра

ОТВЕТ: B

6 ключей нормальной окклюзии по Эндрюсу применимы к прикусу:

- A. временному
- B. раннему сменному
- C. позднему сменному
- D. постоянному

ОТВЕТ: D

При скелетном классе I может наблюдаться

- A. Нижнечелюстной микрогнатии
- B. Нижнечелюстной макрогнатии
- C. Верхнечелюстной микрогнатии
- D. Верхнечелюстной макрогнатии

ОТВЕТ: B

В ПЕРИОД ФОРМИРОВАНИЯ ПРИКУСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ДИСТАЛЬНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ В НОРМЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- A. с образованием мезиальной ступени
- B. в одной вертикальной плоскости
- C. с образованием дистальной ступени
- D. в обратном перекрытии

ОТВЕТ: B

В сменном прикусе до прорезывания постоянных клыков функцию латерального ведения берут на себя:

- A. Верхние центральные резцы
- B. Верхние первые премоляры
- C. Верхние боковые резцы
- D. Первые нижние премоляры

ОТВЕТ: C

Временный прикус формируется в возрасте

- A. до 1 года
- B. до 2 лет
- C. до 3,5 лет

D. до 5 лет

ОТВЕТ: С

Второе физиологическое повышение прикуса происходит с прорезыванием:

A. Первого временного моляра

B. Первого постоянного моляра

C. Второго постоянного моляра

D. Первого постоянного премоляра

ОТВЕТ: B

Глубина резцового перекрытия в норме не превышает:

A. $1/2$ высоты коронки резцов нижней челюсти

B. $1/3$ высоты коронки резцов нижней челюсти

C. $1/4$ высоты коронки резцов нижней челюсти

D. $2/3$ высоты коронки резцов нижней челюсти

ОТВЕТ: B

Дистальные поверхности вторых временных моляров пятилетнего ребенка располагаются:

A. В одной вертикальной плоскости

B. С дистальной ступенькой

C. С мезиальной ступенькой

D. По 1 классу Энгля

ОТВЕТ: C

Дистальные поверхности вторых временных моляров трехлетнего ребенка в норме расположены:

A. В одной вертикальной плоскости

B. С мезиальной ступенью

C. С дистальной ступенью

D. По 1 классу Энгля

ОТВЕТ: A

Дистальные поверхности вторых молочных моляров шестилетнего ребенка располагаются:

A. В одной вертикальной плоскости

B. С дистальной ступенькой

C. С мезиальной ступенькой

D. По 1 классу Энгля

ОТВЕТ: C

Длина переднего участка зубной дуги в раннем сменном прикусе:

A. Увеличивается

B. Уменьшается

C. Остается без изменений

D. такая же как при постоянном прикусе

ОТВЕТ: А

К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ОТНОСИТЕЛЬНУЮ НОРМУ В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ, ОТНОСЯТСЯ

A. межбугорковое смыкание моляров по I классу Энгля

B. сагиттальная щель

C. вертикальная резцовая дезокклюзия

D. наличие трем и диастем

ОТВЕТ: А

К нормам окклюзии не относится:

A. между зубами верхней и нижней челюстей имеется режуще-бугорковый контакт

B. средняя линия проходит между центральными резцами

C. передне-щёчный бугор первого верхнего моляра располагается кпереди от поперечной фиссуры нижнего первого моляра

D. каждый зуб имеет по два антагониста, за исключением верхнего последнего моляра и нижних центральных резцов

ОТВЕТ: С

К ОСНОВНЫМ ПЕРИОДАМ РАЗВИТИЯ ПРИКУСА ОТНОСЯТСЯ

A. временный, сменный

B. постоянный, открытый, сменные

C. временный, перекрестный

D. временный, сменный, постоянный

ОТВЕТ: D

Каково правильное соотношение челюстей в вертикальном направлении в сформированном временном прикусе?

A. фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние на $\frac{1}{3}$ высоты коронки

B. краевое смыкание резцов

C. фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние меньше, чем на $\frac{1}{3}$

D. отсутствие контактов между передними зубами наличие трем между передними зубами

ОТВЕТ: С

Ключ окклюзии по Энгля – это смыкание:

A. Постоянных резцов верхней и нижней челюстей

B. Постоянных клыков верхней и нижней челюстей

C. Первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей

D. Вторых постоянных моляров верхней и нижней челюстей

ОТВЕТ: С

Межклыковое расстояние на нижней челюсти остается постоянным:

- А. после прорезывания временных клыков
- В. после прорезывания боковых постоянных резцов
- С. после прорезывания постоянных клыков
- Д. после завершения формирования постоянного прикуса

ОТВЕТ: С

МЕЗИАЛЬНАЯ СТУПЕНЬ МЕЖДУ ДИСТАЛЬНЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ ВТОРЫХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ОБРАЗУЕТСЯ В ПЕРИОД

- А. формирующегося временного прикуса
- В. постоянных прикуса
- С. временного прикуса
- Д. подготовки к смене зубов

ОТВЕТ: D

Мезиальная ступень образуется:

- А. Мезиальными поверхностями вторых временных моляров
- В. Дистальными поверхностями вторых временных моляров
- С. Мезиальными поверхностями вторых временных премоляров
- Д. Дистальными поверхностями вторых временных премоляров

ОТВЕТ: В

Мезиальное положение зуба – это смещение зуба:

- А. Вперед по зубной дуге
- В. Назад по зубной дуге
- С. Выше окклюзионной плоскости
- Д. Нижнее окклюзионной плоскости

ОТВЕТ: А

Недоразвитие нижней челюсти, наблюдающееся в норме у новорожденного, называется:

- А. Младенческая прогения
- В. Младенческая ретрогения
- С. Младенческая макрогнатия
- Д. Младенческая прогнатия

ОТВЕТ: В

Нормой для сформированного временного прикуса является следующая форма зубных рядов:

- А. Зубной ряд верхней челюсти имеет форму полуэллипса, нижняя - полукруга
- В. Зубной ряд верхней челюсти имеет форму полукруга, нижней челюсти - полуэллипса

С. Зубные ряды челюстей имеют форму полуэллипса
D. Зубные ряды имеют форму полукруга
ОТВЕТ: D

Образование мезиальной ступени между дистальными поверхностями вторых молочных моляров характерно для формирования окклюзии
A. Обратной резцовой дизоокклюзии
B. Дистальной
C. Физиологической
D. Мезиальной
ОТВЕТ: C

Основным клиническим признаком правильного соотношения челюстей по отношению к трансверсальной плоскости у детей с молочным прикусом является:
A. межрезцовые линии верхнего и нижнего зубных рядов совпадают между собой и с срединной линией лица, щечные бугры верхних моляров перекрывают щечные бугры нижних моляров
B. межрезцовые линии верхнего и нижнего зубных рядов совпадают между собой
C. щечные бугры верхних моляров незначительно перекрывают щечные бугры нижних моляров
D. межрезцовая линия нижнего зубного ряда совпадает с срединной линией лица
ОТВЕТ: A

Первым признаком форсированного расширения верхнего зубного ряда является:
A. Прорезывание ретенированных зубов
B. Щечный наклон верхних моляров
C. Появление или увеличение имеющейся диастемы
D. Визуально не определяется (необходимо рентгенологическое исследование).
ОТВЕТ: C

ПЕРИОД ВРЕМЕННОГО СФОРМИРОВАННОГО ПРИКУСА НАЧИНАЕТСЯ В
A. 1,5 года
B. 2 года
C. 2,5 года
D. 3 года
ОТВЕТ: C

Положение нижней челюсти у новорожденного в норме
A. Ортогнатическое
B. Ретрогнатическое

С. Прогнатическое
D. Латерогнатическое
ОТВЕТ: B

Последний временный зуб прорезается в
A. 1,5 года
B. 2,5 года
C. 3,5 года
D. 4 года
ОТВЕТ: B

ПОСТОЯННАЯ ОККЛЮЗИЯ В НОРМЕ ФОРМИРУЕТСЯ К
ВОЗРАСТУ
A. 6 лет
B. 8 лет
C. 12 лет
D. 15 лет
ОТВЕТ: D

Правильное положение кончика языка в момент глотания:
A. В области небной поверхности верхних фронтальных зубов
B. Между передними зубами
C. Между боковыми зубами
D. В области верхних фронтальных зубов
ОТВЕТ: A

«Готическое» нёбо - это:
A. Уплощенное широкое нёбо
B. Суженное высокое нёбо
C. Деформация нёба при врожденной патологии ЧЛО
D. Нормальное нёбо
ОТВЕТ: B

1-ая пара жаберных дуг носит название
A. Мандибулярные
B. Гиоидные
C. Верхнечелюстные
D. Лобные
ОТВЕТ: A

Верхняя челюсть ребенка в возрасте 7 лет в форме:
A. Полукруга
B. Параболы
C. Эллипса
D. Полуэллипса
ОТВЕТ: D

4-ая пара жаберных дуг в процессе развития образует

- A. Зачаток зуба
- B. Зачатки верхней челюсти
- C. Редуцируется
- D. Подъязычную кость

ОТВЕТ: C

I физиологическое повышение прикуса происходит

- A. в 6-12 месяцев
- B. в 16-24 месяцев
- C. в 28-30 месяцев
- D. в 30-36 месяцев

ОТВЕТ: B

I физиологическое повышение прикуса происходит в связи с прорезыванием

- A. Временного клыка
- B. Временного первого премоляра
- C. Временного первого моляра
- D. Постоянного первого моляра

ОТВЕТ: C

II физиологическое повышение прикуса происходит

- A. в 4 года
- B. в 6 лет
- C. в 9 лет
- D. в 10-11 лет

ОТВЕТ: B

II физиологическое повышение прикуса происходит

- A. в 3-4 года
- B. в 6-7 лет
- C. в 9-11 лет
- D. в 10-12 лет

ОТВЕТ: B

II физиологическое повышение прикуса происходит в связи с прорезыванием

- A. Временного клыка
- B. Временного первого премоляра
- C. Временного первого моляра
- D. Постоянного первого моляра

ОТВЕТ: D

III физиологическое повышение прикуса происходит

- A. в 3-4 года
- B. в 6-7 лет

С. в 9-11 лет
D. в 10-12 лет
ОТВЕТ: D

III физиологическое повышение прикуса происходит в связи с прорезыванием

- A. Постоянного клыка
- B. Постоянного первого премоляра
- C. Постоянного первого моляра
- D. Постоянного второго моляра

ОТВЕТ: A

Боковые резцы в прикусе молочных зубов прорезываются в (мес.

- A. 6-8
- B. 8-12
- C. 12-16
- D. 16-20

ОТВЕТ: B

В боковом отделе верхние зубы перекрывают нижние

- A. на глубину продольной фиссуры
- B. до 1/2 высоты коронки нижних боковых зубов
- C. не перекрывают
- D. до 1/3 высоты коронки нижних боковых зубов

ОТВЕТ: A

В какой период внутриутробного развития происходит срастание небных отростков и формирование твердого неба?

- A. 1-2 неделя
- B. 6-8 неделя
- C. В конце второго триместра
- D. 12-15 неделя

ОТВЕТ: B

В каком периоде развития происходит нарушения приводящие к формированию расщелины губы и неба

- A. нет правильного ответа
- B. период формирования прикуса временных зубов
- C. период новорожденности
- D. эмбриональный период

ОТВЕТ: D

В ПЕРИОД ВРЕМЕННОГО ПРИКУСА ЗУБНЫЕ РЯДЫ ИМЕЮТ ФОРМУ

- A. полуэллипса
- B. полукруга

С. параболы
D. трапеции
ОТВЕТ: B

В норме количество зубов у ребенка 3-х лет:
A. 16
B. 18
C. 20
D. 22
ОТВЕТ: C

Вертикальная щель между десневыми валиками в норме достигает:
A. 2,5 мм
B. 5 мм
C. 7,5 мм
D. 10 мм
ОТВЕТ: A

Вертикальная щель новорожденного ребенка в норме достигает:
A. До 1,4 мм
B. До 2,5 мм
C. До 3,5 мм
D. До 1,4 см
ОТВЕТ: B

Верхний зубной ряд ребенка в возрасте 3 лет в форме:
A. Полукруга
B. Параболы
C. Эллипса
D. Полуэллипса
ОТВЕТ: A

Верхняя и нижняя челюсть формируются из пары жаберных дуг
A. 4-ой
B. 2-ой
C. 1-ой
D. 3-ей
ОТВЕТ: C

Временные латеральные резцы прорезываются
A. в 6-12 месяцев
B. в 8-12 месяцев
C. в 18-24 месяцев
D. в 24-30 месяцев
ОТВЕТ: B

ВРЕМЕННЫЕ КЛЫКИ В НОРМЕ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- A. 20-30 месяцев
- B. 8-12 месяцев
- C. 12-16 месяцев
- D. 16-20 месяцев

ОТВЕТ: D

Временные первые моляры прорезываются

- A. в 6-12 месяцев
- B. в 12-20 месяцев
- C. в 16-20 месяцев
- D. в 28-32 месяцев

ОТВЕТ: B

Временные центральные резцы прорезываются

- A. в 6-8 месяцев
- B. в 12-18 месяцев
- C. в 18-24 месяцев
- D. в 24-30 месяцев

ОТВЕТ: A

ВТОРЫЕ ВРЕМЕННЫЕ МОЛЯРЫ В НОРМЕ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- A. 20-30 месяцев
- B. 8-12 месяцев
- C. 12-16 месяцев
- D. 16-20 месяцев

ОТВЕТ: A

ВТОРЫЕ ПОСТОЯННЫЕ МОЛЯРЫ В НОРМЕ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- A. 6-7 лет
- B. 8-9 лет
- C. 10-11 лет
- D. 12-13 лет

ОТВЕТ: D

ДЛЯ ПЕРИОДА ПОДГОТОВКИ К СМЕНЕ ПРИКУСА ХАРАКТЕРНО

- A. множественный фиссурно-бугорковый контакт
- B. наличие трем и диастем
- C. вертикальная резцовая окклюзия
- D. перекрытие в области фронтальных зубов на 1/3

ОТВЕТ: B

ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ОККЛЮЗИИ В НОРМЕ ХАРАКТЕРНО

- A. множественный фиссурно-бугорковый контакт
- B. наличие трем и диастем
- C. перекрытие в области фронтальных зубов больше чем на 1/3
- D. форма зубных дуг полукругла

ОТВЕТ: A

ЗАКЛАДКА ЗУБНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА

- A. 6-7 неделе
- B. 8-9 неделе
- C. 10-16 неделе
- D. 17-20 неделе

ОТВЕТ: A

Значение индекса Тонна 1,4 бывает при:

- A. Норме
- B. Перекрестном прикусе
- C. Открытом прикус
- D. Микродентии верхних резцов

ОТВЕТ: D

Зубы 3.1. и 4.1. в норме имеют по:

- A. Одному антагонисту
- B. Два антагониста
- C. Три антагониста
- D. Не имеют зубов антагонистов

ОТВЕТ: A

Зубы 4.1. и 3.1. в норме имеют по:

- A. Одному антагонисту
- B. Два антагониста
- C. Три антагониста
- D. Не имеют зубов антагонистов

ОТВЕТ: A

К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА У РЕБЕНКА В НОРМЕ ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБОВ НЕ МЕНЕЕ

- A. 2
- B. 4
- C. 6
- D. 8

ОТВЕТ: B

К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА В НОРМЕ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ЗАНИМАЕТ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВЕРХНЕЙ ПОЛОЖЕНИЕ

- A. нейтральное
 - B. мезиальное
 - C. дистальное
 - D. Прогеническое
- ОТВЕТ: C

Каждый зуб в норме имеет:

- A. Один антагонист
- B. Два антагониста
- C. Три антагониста
- D. Четыре антагониста

ОТВЕТ: B

Каждый зуб верхней челюсти антагонизирует с:

- A. Одноименным зубом нижней челюсти
- B. Одноименным зубом нижней челюсти и впередистоящим зубом
- C. Одноименным зубом нижней челюсти и позадистоящим зубом
- D. Одноименным зубом верхней челюсти

ОТВЕТ: C

Каждый зуб нижней челюсти антагонизирует с:

- A. Одноименным зубом верхней челюсти
- B. Одноименным зубом нижней челюсти и впередистоящим зубом
- C. Одноименным зубом нижней челюсти и позадистоящим зубом
- D. Одноименным зубом нижней челюсти

ОТВЕТ: B

Клыки в прикусе молочных зубов прорезываются в (мес.):

- A. 6-8
- B. 12-16
- C. 16-20
- D. 20-30

ОТВЕТ: C

КОЛИЧЕСТВО ЗУБОВ В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ

- A. 20
- B. 28-32
- C. вариабельно
- D. 10

ОТВЕТ: B

АНОМАЛИИ ФОРМЫ И РАЗМЕРОВ ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ:

- A. клиническом
 - B. рентгенологическом
 - C. лабораторном
 - D. иммунологическом
- ОТВЕТ: A

С целью дифференциальной диагностики нарушений величины и расположения верхней или нижней челюсти при клиническом обследовании используют пробу:

- A. проба с глотком воды
 - B. не используют пробу
 - C. Ильиной-Маркосян
 - D. Эшлера-Биттнера
- ОТВЕТ: D

Соотношение первых постоянных моляров по 2 классу Энгля является ведущим клиническим признаком:

- A. Физиологической окклюзии
 - B. Перекрестной окклюзии
 - C. Мезиальной окклюзии
 - D. Дистальной окклюзии
- ОТВЕТ: D

Соотношение первых постоянных моляров по 3 классу Энгля является ведущим клиническим признаком:

- A. Физиологической окклюзии
 - B. Перекрестной окклюзии
 - C. Дистальной окклюзии
 - D. Мезиальной окклюзии
- ОТВЕТ: D

Какой тип профиля определяется при клиническом обследовании пациента с глубоким прикусом:

- A. Прямой
 - B. Выпуклый
 - C. Вогнутый
 - D. Нормальный
- ОТВЕТ: B

В результате вредной привычки сосания большого пальца руки у ребенка формируется:

- A. Дистальная окклюзия с ретрузией верхних резцов
 - B. Дистальная окклюзия с протрузией верхних резцов
 - C. Мезиальная окклюзия с протрузией верхних резцов
 - D. Дистальная окклюзия с протрузией нижних резцов
- ОТВЕТ: B

У ребенка в возрасте 4 лет физиологической нормой считается:

- A. Дистальные поверхности вторых временных моляров расположены в одной плоскости
- B. Между дистальными поверхностями вторых временных моляров формируется мезиальная ступень
- C. Между дистальными поверхностями вторых временных моляров формируется дистальная ступень
- D. Между дистальными поверхностями первых временных моляров формируется мезиальная ступень

ОТВЕТ: B

У ребенка 5 лет патологией зубочелюстной системы считается:

- A. Рассасывание корней временных зубов
- B. Отсутствие физиологической стираемости зубов
- C. Наличие трем и диастемы
- D. Превалирует функция жевания

ОТВЕТ: B

При формировании физиологической окклюзии в боковом отделе при клиническом обследовании зубы верхней челюсти:

- A. Перекрывают зубы нижней челюсти на глубину срединной фиссуры
- B. Контактируют щечными буграми с одноименными буграми зубов нижней челюсти
- C. Контактируют щечными буграми со срединной фиссурой зубов нижней челюсти
- D. Не перекрывают зубы нижней челюсти

ОТВЕТ: A

При рождении у ребенка отмечается следующее соотношение челюстей:

- A. Прогнатическое
- B. Ретрогеническое
- C. Прогеническое
- D. Прямое

ОТВЕТ: B

Пробу Эшлера-Битнера используют для:

- A. Прямой окклюзии
- B. Обратной окклюзии
- C. Нормальной окклюзии
- D. Дистальной окклюзии

ОТВЕТ: D

Инфантильный тип глотания – это:

- A. Нормальный тип глотания
- B. Затрудненное глотание

С. Расположение языка на куполе нёба во время глотания
D. Расположение языка между зубами во время глотания
ОТВЕТ: D

«Аденоидный» тип лица характерен для детей с нарушениями функции:
A. Глотания
B. Дыхания
C. Речи
D. Жевания
ОТВЕТ: B

Нарушение носового дыхания приводит к:
A. Сужению нижнего зубного ряда
B. Расширению нижнего зубного ряда
C. Уплотнение верхнего зубного ряда во фронтальном отделе
D. Сужению верхнего и нижнего зубных рядов
ОТВЕТ: D

Симптом «наперстка» на подбородке свидетельствует о:
A. Бруксизме
B. Смыкании губ с напряжением
C. Наличии у пациента глубокого прикуса
D. Нормальном развитии ЗЧС
ОТВЕТ: B

«Готическое» нёбо - это:
A. Уплотненное широкое нёбо
B. Суженное высокое нёбо
C. Деформация нёба при врожденной патологии ЧЛО
D. Нормальное нёбо
ОТВЕТ: B

Нормой для сформированного временного прикуса является следующая форма зубных рядов:
A. Зубной ряд верхней челюсти имеет форму полуэллипса, нижняя - полукруга
B. Зубной ряд верхней челюсти имеет форму полукруга, нижней челюсти - полуэллипса
C. Зубные ряды имеют форму полукруга
D. Зубные ряды имеют форму параболы
ОТВЕТ: C

При неправильном искусственном вскармливании наблюдается:
A. Макроглоссия,
B. Увеличение нижней челюсти по сагиттали
C. Задержка роста по сагиттали нижней челюсти

D. Задержка роста верхней челюсти

ОТВЕТ: С

Диагностику зубоальвеолярных и гнатических форм глубокого прикуса проводят на основании

A. Клинического обследования пациентов

B. Клинического обследования пациентов, их ближайших родственников и данных рентгенологического обследования

C. Изучения боковых ТРГ головы

D. Изучения диагностических моделей челюстей

ОТВЕТ: B

В периоде от рождения до прорезывания первых временных зубов у детей отмечается:

A. Сагиттальная щель 14 мм

B. Вертикальная щель 55 мм

C. Десневые валики не выражены

D. Сагиттальная щель отсутствует

ОТВЕТ: A

У ребенка 5 лет патологией зубочелюстной системы считается:

A. Рассасывание корней временных зубов

B. Отсутствие физиологической стираемости зубов

C. Наличие трем и диастемы

D. Нижняя челюсть в результате активного роста смещается вперед

ОТВЕТ: B

Для глубокого прикуса типичен тип роста лицевого скелета:

A. Нейтральный

B. Горизонтальный

C. Вертикальный

D. Трансверзальный

ОТВЕТ: B

Каждый зуб верхней челюсти контактирует:

A. С одноименным зубом на нижней челюсти

B. С одноименным и позади стоящим зубом на нижней челюсти

C. С одноименным и впереди стоящим зубом на нижней челюсти

D. Не контактирует

ОТВЕТ: B

При «инфантильном» типе глотания у детей формируется:

A. Глубокая резцовая дизокклюзия

B. Прямая резцовая окклюзия

C. Вертикальная резцовая дизокклюзия

D. Глубокая резцовая окклюзия

ОТВЕТ: С

Ретрогения возникает при:

A. Мезиальной окклюзии

B. Дистальной Окклюзии

C. Обратной окклюзии

D. Перекрестной окклюзии

ОТВЕТ: B

Наличие отпечатков зубов на языке признак:

A. Макроглоссии

B. Макрохейлита

C. Десквамативного глоссита

D. Микроглоссии

ОТВЕТ: A

Какой вид аномалии чаще всего сопровождается нарушением осанки?

A. Мезиальная окклюзии

B. Дистальная окклюзии

C. Перекрестная окклюзия

D. Открытый прикус

ОТВЕТ: C

Увеличение нижней трети лица характерно для:

A. Вертикальной резцовой дизокклюзии

B. Сагиттальной резцовой дизокклюзии

C. Глубокой резцовой окклюзии

D. Глубокой резцовой дизокклюзии

ОТВЕТ: A

Наличие глубоко выраженных носогубных складок свидетельствует о:

A. Открытом прикусе

B. Прямом прикусе

C. Перекрестной окклюзии

D. Дистальной окклюзии

ОТВЕТ: D

При длительном ротовом дыхании появляется вредная привычка:

A. расположение языка между зубами

B. сосание большого пальца

C. сосание верхней губы

D. прикусывание нижней губ

ОТВЕТ: A

Глоссоптоз:

- A. Язык располагается на дне полости рта
- B. Язык увеличен в размере
- C. Язык уменьшен в размере
- D. Язык располагается между зубов

ОТВЕТ: A

Для ротового и смешанного типа дыхания при клиническом обследовании характерно:

- A. Смыкание губ в покое
- B. Несмыкание губ в покое
- C. Макроглоссия
- D. Микроглоссия

ОТВЕТ: B

В норме верхние резцы перекрывают нижние на:

- A. 1/2
- B. 1/3
- C. 1/4
- D. 2/3

ОТВЕТ: B

Физиологические тремы и диастемы характерны в период:

- A. Формирования прикуса временных зубов
- B. Подготовка к смене
- C. Прикус постоянных зубов
- D. Сформированный временный прикус

ОТВЕТ: B

Прямое соотношение дистальных поверхностей вторых молочных моляров в 3 года при клиническом обследовании характерно для окклюзии:

- A. Физиологической
- B. Перекрестной
- C. Дистальной
- D. Мезиальной

ОТВЕТ: A

Обратная резцовая окклюзия является аномалией в направлении:

- A. Трансверзальном
- B. Вертикальном
- C. Сагиттальном
- D. Резцовом

ОТВЕТ: C

В норме центральные нижние резцы имеют:

- A. По 1 антагонисту
- B. По 2 антагониста
- C. Смыкание с резцами
- D. Смыкание с боковыми резцами

ОТВЕТ: A

Низкое крепление уздечки верхней губы приводит к:

- A. Ограничению подвижности нижней губы
- B. Тремам
- C. Диастеме
- D. Увеличению подвижности зубов

ОТВЕТ: C

Возможная причина вертикальной резцовой дизокклюзии:

- A. Нестершиеся бугры временных клыков
- B. Нарушение функции языка
- C. Сон с запрокинутой головой
- D. Прикусывание щеки

ОТВЕТ: B

Прикусывание пальца приводит к видимым при клиническом обследовании изменениям:

- A. Выдвижение нижней челюсти
- B. Прикусыванию щек
- C. Протрузии резцов верхней челюсти и ретрузии резцов нижней челюсти
- D. Запрокидыванию головы

ОТВЕТ: C

Гипсовые модели при снятии альгинатного оттиска необходимо отлить в течение:

- A. 15 минут
- B. 12 часов
- C. 7 часов
- D. 24 часов

ОТВЕТ: A

Перемещение оттисковой ложки во время отверждения слепочного материала приводит к _____ оттиска

- A. Замедлению отверждения
- B. Ускорению отверждения
- C. Обратимой остаточной деформации
- D. Необратимой остаточной деформации

ОТВЕТ: D

Альгинатную оттискную массу замешивают на:

- A. Воде прохладной
 - B. Воде с добавлением соли
 - C. Теплой воде
 - D. Прилагаемом материалу катализаторе
- ОТВЕТ: A

К альгинатным оттискным массам относится:

- A. юпин
 - B. Зета плюс
 - C. Спидекс
 - D. Силагум
- ОТВЕТ: A

У альгинатных оттисках материалов главным недостатком является способность:

- A. Давать большую усадку, возникающую через 20 минут после получения оттиска
 - B. Замешиваться на воде
 - C. Сохранять целостность при выведении из полости рта
 - D. Не растворяться в дезинфицирующем растворе
- ОТВЕТ: A

Двойной оттиски получают массой:

- A. Силиконовой
 - B. Гипсовой
 - C. Альгинатной
 - D. Термопластической
- ОТВЕТ: A

К силиконовым оттиском массам относится:

- A. Спидекс
 - B. Гипс
 - C. Упин
 - D. Фуджи
- ОТВЕТ: A

Наиболее точной дублирующей массой является:

- A. Альгина
 - B. Силикон
 - C. Гипс
 - D. Гелин
- ОТВЕТ: B

Для получения функциональных оттисков используют оттискные массы:

- A. Альгинатные
- B. Гипс

С. Силиконовые
D. Воск
ОТВЕТ: С

Борта и дно стандартной оттискной ложки должны отстоять от зубов:

- A. на 1—2 мм
- B. B.2—4 мм,
- C. 3—5 мм,
- D. 5-7 мм.

ОТВЕТ: С

ПЕРЕДОВЕРЯТЬ БОЛЬНОМУ УДЕРЖАНИЕ ЛОЖКИ С АЛЬГИНАТНОЙ ОТТИСКНОЙ МАССОЙ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ОТТИСКА

- A. Можно
- B. нельзя,
- C. не имеет значения.
- D. можно под контролем врача

ОТВЕТ: B

При замешивании обычного медицинского гипса для отливки моделей с целью повышения их прочности используют:

- A. 3-4% раствор поваренной соли
- B. холодную воду с добавлением химических веществ
- C. теплую воду без добавления химических веществ
- D. холодную воду с добавлением буры

ОТВЕТ: A

СОВРЕМЕННЫЕ АЛЬГИНАТНЫЕ ОТТИСКНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПРИГОТАВЛИВАЮТ

- A. смешивая порошок с холодной водой
- B. смешивая порошок с горячей водой
- C. смешивая основную пасту с катализатором
- D. разогревая массу в горячей воде.

ОТВЕТ: A

При снятии оттиска с верхней челюсти ложку с оттискной массой, как правило, прижимают к челюсти:

- A. Строго вертикально
- B. Сзади наперед
- C. Спереди назад
- D. Произвольно

ОТВЕТ: B

При снятии оттиска с нижней челюсти ложку с оттискной массой, как правило, прижимают к челюсти:

- A. Строго вертикально
 - B. Сзади наперед
 - C. Спереди назад
 - D. Произвольно
- ОТВЕТ: C

При хранении альгинатных оттисков перед отливкой моделей до 2 часов они:

- A. увеличиваются в объеме
 - B. не изменяются в размере
 - C. дают усадку.
 - D. Не дают усадку
- ОТВЕТ: C

С момента начала структурирования альгинатного материала на оттиск

- A. нужно оказывать давление
 - B. нельзя оказывать давление
 - C. характер давления на качество не влияет
 - D. Можно оказывать давление в некоторых случаях
- ОТВЕТ: B

По назначению оттиски делятся на:

- A. Полные и частичные
 - B. Анатомические и функциональные
 - C. Предварительные и окончательные
 - D. Рабочие и вспомогательные
- ОТВЕТ: D

Медленное выведение альгинатного оттиска:

- A. предупреждает отделение его от оттисковой ложки
 - B. Делает оттиск более точным
 - C. способствует возникновению в нем остаточных деформаций
 - D. предупреждает возникновение в нем остаточных деформаций
- ОТВЕТ: C

Альгинатные оттиски следует выводить:

- A. медленным движением
 - B. отделяя его от челюсти за ручку ложки
 - C. упираясь в края оттиска с двух сторон указательными пальцами и отделяя его от челюсти их давлением.
 - D. Рывкообразным движением
- ОТВЕТ: C

Длину переднего отрезка зубного ряда определяют с помощью метода

- A. Коркхауза
 - B. Пона
 - C. Хауса-Снагиной
 - D. Нансе
- ОТВЕТ: A

Для определения нарушения формы зубных рядов используют методику

- A. Хаулея-Гербера-Гербста
 - B. Коркхауза
 - C. Пона
 - D. Долгополовой
- ОТВЕТ: A

Значение индекса Тонна 1,28 бывает при:

- A. Норме
 - B. Макродентии верхних резцов
 - C. Глубоком прикусе
 - D. Микродентии верхних резцов
- ОТВЕТ: D

Значение индекса Тонна 1,4 бывает при:

- A. Норме
 - B. Глубоком прикусе
 - C. Открытом прикусе
 - D. Перекрестном прикусе
- ОТВЕТ: B

Значение индекса Тонна 1,4 бывает при:

- A. Норме
 - B. Перекрестном прикусе
 - C. Открытом прикус
 - D. Микродентии верхних резцов
- ОТВЕТ: D

Измерительные точки Пона на нижних первых премолярах

- A. середина межбугорковой фиссуры
 - B. дистальная точка ската щечного бугорка
 - C. вершина небного бугорка
 - D. скат небного бугорка
- ОТВЕТ: B

Метод Пона основан на

- A. соотношении длины и ширины зубной дуги
- B. зависимости ширины зубной дуги от суммы поперечных размеров резцов
- C. пропорциональности размеров 4 резцов верхней челюсти и 4

резцов нижней челюсти

D. соотношении ширины зубной дуги в области премоляров и в области моляров

ОТВЕТ: B

Измерительные точки Пона на нижних первых премолярах

A. середина межбугорковой фиссуры

B. вершина небного бугорка

C. дистальная точка первого премоляра, соприкасающаяся со вторым премоляром (точка между премолярами)

D. Скат небного бугорка

ОТВЕТ: C

Измерительные точки Пона на первых верхних премолярах:

A. Середина межбугорковой фиссуры

B. Вершина небного бугорка

C. Дистальная точка ската щечного бугорка

D. Скат небного бугорка

ОТВЕТ: A

Изучить размеры зубных рядов в прикусе молочных зубов можно методом

A. Долгополовой

B. Коркхауза, Тона

C. Пона

D. Нансе

ОТВЕТ: A

Индекс Тона в норме

A. 1,33

B. 1,22

C. 1,5

D. 1,14

ОТВЕТ: A

Индекс Тонна используют для определения:

A. Пропорциональности размеров верхнего и нижнего зубных рядов

B. Ширины зубного ряда

C. Длины зубного ряда

D. Пропорциональности верхних и нижних резцов

ОТВЕТ: D

Пропорциональность размеров коронок постоянных резцов челюстей определяют с помощью:

A. методика Коркхауса

B. индекс Тонна

С. методика Пона
D. индекс Нансе
ОТВЕТ: B

Камперовская горизонталь- это:

- A. Носоушная линия от середины козелка уха до наружного края крыла носа
- B. Линия, соединяющая середину турецкого седла с носолобным швом
- C. Линия, проходящая от нижнего края орбиты до верхнего края наружного слухового прохода
- D. Плоскость, проходящая через режущий край нижних центральных резцов и дистально-щечные бугры вторых моляров.

ОТВЕТ: A

Метод Долгополовой применяется для определения:

- A. Ширины нижнего зубного ряда в постоянном прикусе
- B. Ширины и длины апикального базиса в постоянном прикусе
- C. Длины и ширины зубных рядов в период временного прикуса.
- D. Пропорциональности верхних и нижних резцов

ОТВЕТ: C

На телерентгенограмме головы в боковой проекции значение угла ANB =10 градусов свидетельствует о:

- A. Скелетном классе II
- B. Скелетном классе I
- C. Скелетном классе III
- D. Протрузии верхних резцов

ОТВЕТ: A

Аномалии челюстных костей в сагиттальном направлении можно определить с помощью

- A. томографии
- B. ортопантомографии
- C. панорамной рентгенографии
- D. ТРГ в боковой проекции

ОТВЕТ: D

Верхняя макрогнатия характеризуется увеличением:

- A. A-Snp
- B. Co-Go
- C. N-Se
- D. Pg-Go

ОТВЕТ: A

Длину головы измеряют между точками:

- A. Or- gl
- B. eu – eu
- C. zy - zy
- D. go – go

ОТВЕТ: A

Для исследования размеров суставной щели ВНЧС целесообразно сделать:

- A. Панорамную рентгенографию
- B. Компьютерную томографию
- C. Прицельную рентгенографию
- D. Рентгенографию по методике Парма

ОТВЕТ: B

Для определения симметричности роста нижней челюсти целесообразно сделать ребенку

- A. ортопантограмму и телерентгенограмму головы в прямой проекции
- B. телерентгенограмму в прямой проекции
- C. панорамную рентгенограмму нижней челюсти
- D. телерентгенограмму в боковой проекции

ОТВЕТ: A

Для определения состояния височно-нижнечелюстных суставов необходимо провести:

- A. Рентгенографию по методике Парма
- B. Прицельную рентгенографию
- C. Панорамную рентгенографию
- D. Телерентгенографию

ОТВЕТ: A

Из каких точек образуется лицевой угол (Arnett и Bergman.):

- A. Glabella-subnasale-pogonion
- B. Nasion-gnation
- C. Trichion-gnation
- D. Prostion-gnation

ОТВЕТ: A

Какими плоскостями образован базальный угол:

- A. NSe/SpP
- B. NSe/MP
- C. SpP/MP
- D. MP/Go-Co

ОТВЕТ: C

Какой угол характеризует вертикальное положение челюстей:

- A. Go
 - B. Базальный угол В
 - C. Угол SNA
 - D. Угол SNB
- ОТВЕТ: B

Латеральное смещение нижней челюсти позволяет определить

- A. ТРГ в боковой проекции
- B. телерентгенография в прямой проекции
- C. томография
- D. ортопантомограмма

ОТВЕТ: A

Между какими линиями измеряется нижнечелюстной угол G:

- A. Между плоскостями верхней и нижней челюсти
- B. Между плоскостью основания черепа и плоскостью верхней челюсти
- C. Между плоскостью основания черепа и плоскостью нижней челюсти
- D. Между касательными к нижнему краю нижней челюсти и задней поверхности ее ветвей

ОТВЕТ: D

Микрогнатия верхней челюсти характеризуется уменьшением:

- A. N-Se
- B. Co-Go
- C. A-Snp
- D. Pg-Go

ОТВЕТ: C

Наиболее полное представление о размерах челюстей дает:

- A. Антропометрическое изучение строения лица
- B. Фотометрический метод
- C. Телерентгенография головы
- D. Клинический осмотр

ОТВЕТ: C

Нижняя макрогнатия характеризуется увеличением:

- A. A-Snp
- B. Pg-Go
- C. N-Se
- D. Co-Go

ОТВЕТ: B

О вертикальном типе роста на ТРГ головы в боковой проекции позволяет судить:

- A. N-Se

- B. Угол SNA
 - C. Угол SNB
 - D. Угол SpP/MP
- ОТВЕТ: D

Панорамную рентгенографию применяют в ортодонтии для

- A. измерения размеров зубов нижней челюсти
- B. измерения ширины зубного ряда
- C. выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей
- D. измерения длины зубного ряда

ОТВЕТ: C

Передний отдел основания черепа на ТРГ головы в боковой проекции обозначается

- A. N-Se
- B. MT1
- C. MT2
- D. Mr

ОТВЕТ: A

При анализе ТРГ в боковой проекции по методу Кима параметр APDI показывает:

- A. Соотношение наклона резцоа верхней и нижней челюсти
- B. Сагиттальное соотношение челюстей
- C. Ротацию верхней челюсти
- D. Ротацию нижней челюсти

ОТВЕТ: B

При анализе ТРГ в боковой проекции увеличение угла бета(более 32°. говорит о:

- A. дистальной окклюзии
- B. мезиальной окклюзии
- C. открытом прикусе
- D. горизонтальном типе роста

ОТВЕТ: B

Метод электромиоартрографии позволяет изучить

- A. сокращение жевательных мышц и движение головок нижней челюсти
- B. тонус жевательных мышц
- C. выносливость собственно жевательных мышц
- D. состояние жевательных мышц в покое

ОТВЕТ: A

Метод электромиографии в ортодонтии применяется для

- A. изучения функции мышц

- В. исследования ВНЧС
 - С. исследования кровеносных сосудов пародонта
 - Д. исследования пародонта
- ОТВЕТ: А

Методом миотонометрии можно определить:

- А. Тонус мышц во время выдвижения челюсти
- В. Графическую регистрацию потенциалов мышц
- С. Жевательную силу в состоянии сокращения
- Д. Жевательную силу в состоянии покоя

ОТВЕТ: А

Реография области ВНЧС позволяет определить

- А. Гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС
- В. Сократительную способность мышц челюстно-лицевой области
- С. Движение суставных головок нижней челюсти
- Д. Выносливость тканей пародонта

ОТВЕТ: А

Тонус мышц изучается

- А. в расслабленном и сокращенном состоянии
- В. при выдвижении челюсти
- С. в активном состоянии
- Д. после активной нагрузки

ОТВЕТ: С

Функциональное состояние мышц челюстно-лицевой области определяют методом:

- А. Электромиографии
- В. Реопародонтографии
- С. Артофонографии
- Д. Аксиографии

ОТВЕТ: А

Электромиография регистрирует:

- А. Движение нижней челюсти
- В. Движение ВНЧС
- С. Биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области
- Д. Гемодинамику мышц челюстно-лицевой области

ОТВЕТ: С

Кондилография это -

- А. процесс записи траектории, по которой во время движений нижней челюстью перемещается шарнирная ось ВНЧС;
- В. это метод инструментальной диагностики ВНЧС, при котором в результате движения нижней челюсти происходит

графическая запись суставного пути относительно шарнирной оси;

С. способ определения суставного шума, который наблюдается при внутрисуставных нарушениях: гипермобильности сустава, дислокации суставных головок и дисков, артрозе.

Д. это современный метод рентгенологического исследования, позволяющий построить четкое послойное двух- или трехмерное изображение исследуемой зоны с минимальной дозой облучения.

ОТВЕТ: В

Шарнирно-подглазничная плоскость это -

А. линия между кожными точками Orbitalis и Articularis;

В. линия, проходящая от нижнего края орбиты до верхнего края наружного слухового прохода;

С. это воображаемая линия, которая проходит по режущим краям фронтальных и окклюзионной поверхности жевательных зубов.

Д. линия, проходящая через глазную точку под прямым углом к горизонтали Франкфурта.

ОТВЕТ: А

Вариатор мышечных положений предоставляет возможность работы в какой плоскости?

А. вертикальной;

В. трансверзальной;

С. горизонтальной

Д. сагиттальной.

ОТВЕТ: В

В чем разница между кондилографией и аксиографией?

А. Кондилография – электронный метод записи движений ВНЧС, аксиография – механический;

В. Кондилография – механический метод записи движений ВНЧС, аксиография – электронный;

С. Эти понятия эквивалентны.

Д. Кондилография и аксиография являются электронным методом записи.

ОТВЕТ: А

В норме Какие критерии указывают на то, что центр ротации найден верно?

А. совпадение 3-х линий: протрузии/ретрузии, открывания/закрывания рта и медиальные смещения на всем протяжении пути;

В. совпадение 3-х линий: протрузии/ретрузии, открывания/закрывания рта и медиальные смещения только на первых 1-2 мм от начала движения;

С. не совпадение 3-х линий: протрузии/ретрузии, открывания/закрывания рта и медиальные смещения на протяжении всего пути;
D. совпадение 2-х линий: протрузии/ретрузии, открывания/закрывания рта
ОТВЕТ: А

Какими характеристиками должна обладать и траектория протрузионного и медиотрузионного пути?

А. наклон протрузионных и медиотрузионных движений под углом 505-60- по отношению к франкфуртской горизонтали на протяжении всего пути;
В. наклон протрузионных и медиотрузионных движений под углом 404 по отношению к франкфуртской горизонтали на протяжении первых трех миллиметров пути, с последующим увеличением угла до 606;
С. наклон протрузионных и медиотрузионных движений под углом 404 по отношению к франкфуртской горизонтали на протяжении первых трех миллиметров пути, с последующим уменьшением угла до 606;
D. наклон протрузионных и медиотрузионных движений под углом 606 по отношению к франкфуртской горизонтали на протяжении первых трех миллиметров пути, с последующим уменьшением угла до 404.

ОТВЕТ: D

Какое количество раз необходимо проводить исследование кондилографии для подтверждения достоверности данных?

А. 1-2 раза;
В. не менее 3 раз;
С. не менее 5 раз.
D. не более 3 раз.

ОТВЕТ: В

Как должны между собой соотноситься линии протрузии/ретрузии, открывания/закрывания рта и медиотрузии на рабочей стороне?

А. накладываться друг или быть параллельны, но не более чем на 2 мм;
В. всегда быть параллельны на 3 мм;
С. пересекаться, образуя петлю.
D. накладываться друг или быть параллельны, но не менее чем на 2 мм;

ОТВЕТ: А

Определить наличие движений Беннетта можно по траекториям движения суставных головок какой плоскости?

А. сагиттальной;

- В. вертикальной;
 - С. горизонтальной.
 - Д. трансверзальной
- ОТВЕТ: С

Что показано на аксиограмме при гипермобильности, дискоординации движений суставных головок, растяжении связочного аппарата?

- А. несовпадение траекторий открывания и закрывания рта, при закрывании рта суставные головки могут не возвращаться в исходное положение;
- В. зигзагообразные траектории движения суставных головок;
- С. совпадение траекторий открывания и закрывания рта.
- Д. ограниченная отвесная амплитуда движения суставных головок при обладании шарнирных движений.

ОТВЕТ: А

Что показано на аксиограмме при дислокации суставных дисков или деформации суставных головок?

- А. несовпадение траекторий открывания и закрывания рта, при закрывании рта суставные головки могут не возвращаться в исходное положение;
- В. зигзагообразные траектории движения суставных головок;
- С. совпадение траекторий открывания и закрывания рта.
- Д. ограниченная отвесная амплитуда движения суставных головок.

ОТВЕТ: В

Метод электромиографии применяется для

- А. Исследования ВНЧС;
- В. Изучения состояния пародонта отдельных групп зубов;
- С. исследования
- Д. Исследования функции мышц.

ОТВЕТ: D

При проведении метода электромиотонометрии чаще всего исследуется -

- А. жевательная мышца;
- В. височная мышца;
- С. круговая мышца рта;
- Д. крыловидные мышцы.

ОТВЕТ: В

Аппарат Pendex отличается от аппарата Pendulum:

- А. методом фиксации
- В. один применяется в сменном прикусе, другой – в постоянном
- С. наличием винта

D. один – верхнечелюстной, другой – нижнечелюстной

ОТВЕТ: С

Для глубокого прикуса типичен тип роста лицевого скелета:

A. Нейтральный

B. Горизонтальный

C. Вертикальный

D. Чрезмерно горизонтальный

ОТВЕТ: B

Аппарат Pendex применяется для:

A. удлинения верхнего зубного ряда

B. дистализации моляров нижней челюсти

C. дистализации моляров верхней челюсти и расширения верхнего зубного ряда

D. деротации и интрузии верхних моляров

ОТВЕТ: C

Аппарат Pendulum применяется для:

A. Удлинения верхнего зубного ряда

B. Дистализации моляров верхней челюсти

C. Расширения верхнего зубного ряда

D. Дистализации моляров нижней челюсти

ОТВЕТ: B

Аппарат Андресена-Гойпля применяется:

A. В период сменного прикуса

B. В период временного прикуса

C. В постоянном прикусе

D. В период временного и постоянного прикуса

ОТВЕТ: A

Аппарат Бихеликс применяется для:

A. Дистализации боковой группы зубов

B. Расширения верхнего зубного ряда

C. Нормализации положения клыков верхнего зубного ряда

D. Возмещения дефекта зубного ряда

ОТВЕТ: B

Аппарат Брюкля применяется для лечения:

A. обратного резцового перекрытия

B. ретрузии нижних фронтальных зубов

C. скученности нижних фронтальных зубов

D. протрузии нижних фронтальных зубов

ОТВЕТ: A

Аппарат Дерихсвайлера применяется в:

- A. Раннем сменном прикусе
- B. Постоянном прикусе
- C. Временном прикусе
- D. Формирующемся временном прикусе

ОТВЕТ: B

Базис пластинки изготавливается из:

- A. пластмассы
- B. керамики
- C. металла
- D. силикона

ОТВЕТ: A

Базис является:

A. местом фиксации всех элементов ортодонтического аппарата

B. опорной частью ортодонтического аппарата, который противодействует силе активных элементов (винтов, пружин., воздействующих на перемещаемый зуб

C. ретенционным устройством после окончания активного ортодонтического лечения

D. местом фиксации всех элементов ортодонтического аппарата, опорной частью ортодонтического аппарата, который противодействует силе активных элементов (винтов, пружин), воздействующих на перемещаемый зуб, ретенционным устройством после окончания активного ортодонтического лечения

ОТВЕТ: D

В аппарате Брюкля применяется:

- A. накусочная площадка
- B. наклонная плоскость
- C. окклюзионная накладка
- D. язычные пелоты

ОТВЕТ: B

В аппарате Дерихсвайлера присутствует винт:

- A. Стандартный расширяющий винт
- B. Хайрекс
- C. Бертони
- D. Секторальный

ОТВЕТ: B

В конструкцию регулятора функции Френкеля 1 типа входят:

- A. Винт и вестибулярная дуга
- B. Наклонная плоскость и вестибулярная дуга

С. Щечные щиты, небный бюгель, губные пелоты, лингвальная дуга

D. Винт, щечные щиты, губные пелоты

ОТВЕТ: С

В регуляторе функции Френкеля 1 типа губные пелоты располагаются в области губы:

A. Верхней

B. Нижней

C. Верхней и нижней

D. Отсутствуют

ОТВЕТ: B

В регуляторе функции Френкеля 3 типа губные пелоты располагаются в области губы:

A. Верхней

B. Нижней

C. Верхней и нижней

D. Отсутствуют

ОТВЕТ: A

В регуляторе функции Френкеля 3 типа окклюзионные накладки имеют отпечатки:

A. Верхних зубов

B. Нижних зубов

C. Верхних и нижних зубов

D. Отсутствуют

ОТВЕТ: B

В результате проведения лечения по методу Хотца отсутствуют

A. Первые премоляры

B. Вторые премоляры

C. Постоянные клыки

D. Первые моляры

ОТВЕТ: A

Вестибулярную пластинку используют:

A. У взрослых при ортодонтическом лечении

B. У детей для профилактики ЗЧА

C. У детей после раннего удаления временных зубов

D. У взрослых в ретенционный период

ОТВЕТ: B

Выраженные гнатические формы зубочелюстных аномалий у взрослых можно лечить с помощью

A. Функциональных ортодонтических аппаратов

- В. Лицевой дуги
 - С. Маски Диляра
 - Д. Реконструктивной хирургии
- ОТВЕТ: D

Для лечения вестибулярного положения зубов применяют:

- А. пластинка с вестибулярной дугой и М-образными изгибами
- В. пластинка с секторальным распилом и винтом
- С. пластинка с окклюзионными накладками
- Д. пластинка с накусочной площадкой

ОТВЕТ: А

Для лечения диастемы используют:

- А. расширяющую пластинку с вестибулярной дугой
- В. расширяющую пластинку с рукообразными пружинами
- С. расширяющую пластинку с протрагирующими пружинами
- Д. вестибулярную пластинку

ОТВЕТ: В

Для лечения орального положения зубов применяют:

- А. пластинку с вестибулярной дугой и М-образными изгибами
- В. пластинку с протрагирующими пружинами
- С. пластинку с окклюзионными накладками
- Д. пластинку с накусочной площадкой

ОТВЕТ: В

Для нормализации функции глотания применяют:

- А. Миогимнастику для языка
- В. Миогимнастику для круговой мышцы рта
- С. Миогимнастику для мышц, поднимающих нижнюю челюсть
- Д. Миогимнастику для нормализации функции дыхания

ОТВЕТ: А

Для нормализации функции дыхания применяется:

- А. Миотерапия для круговой мышцы губ после санации носоглотки
- В. Пластика укороченной уздечки языка
- С. Исправление аномалии прикуса
- Д. Исправление осанки

ОТВЕТ: А

ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ОККЛЮЗИИ В НОРМЕ ХАРАКТЕРНО

- А. множественный фиссурно-бугорковый контакт
- В. наличие трем и диастем
- С. перекрытие в области фронтальных зубов больше чем на 1/3
- Д. форма зубных дуг полукругла

ОТВЕТ: А

Для профилактики прокладывания языка между зубами используется:

- A. аппарат Френкеля 1 типа
- B. вестибулярная пластинка MURPHY с заслонкой для языка
- C. небный бюгель Гожгариана
- D. пластинка на верхнюю челюсть с винтом

ОТВЕТ: B

До какого возраста пациента целесообразно проводить дистализацию первых постоянных моляров верхнего зубного ряда?

- A. До 18 лет
- B. До 16 лет
- C. До 12 лет
- D. До 9 лет

ОТВЕТ: C

К активным элементам лицевой маски Диляра относится:

- A. резиновая тяга между внутри- и внеротовой опорой
- B. металлический каркас с опорой на лоб и подбородок
- C. крючок на внутриротовом аппарате в области моляров
- D. праща

ОТВЕТ: A

К профилактическим ортодонтическим аппаратам относятся:

- A. аппараты, используемые для лечения зубочелюстных аномалий
- B. ретенционные аппараты
- C. аппараты, предупреждающие развитие деформаций зубных рядов и челюстей
- D. функциональные аппараты

ОТВЕТ: C

Какие элементы в регуляторах функций Френкеля стимулируют рост апикального базиса в трансверсальном направлении:

- A. язычные пелоты
- B. окклюзионные накладки
- C. щечные пелоты
- D. накусочная площадка

ОТВЕТ: C

Какой ортодонтический аппарат используют в период прорезывания нижних первых постоянных моляров для задерживания роста нижней челюсти

- A. Несъемную брекет систему
- B. шапочку с подбородочной пращей и внеротовой резиновой

тягой
С. Дерехсвайлера
D. аппарат Hass
ОТВЕТ: В

Какой точке на коронке зуба должна соответствовать срединная точка опорной площадки брекета в технике прямой дуги?
А. точке пересечения вертикальной оси зуба с клинической шейкой;
В. точке пересечения вертикальной оси зуба с линией экватора коронки;
С. точке пересечения вертикальной оси зуба с линией режущего края коронки;
D. точке пересечения вертикальной оси зуба с горизонтальной линией, разделяющей коронку на две равные половины.
ОТВЕТ: D

Каппа Шварца изготавливается на:
А. Шесть нижних фронтальных зубов
В. Шесть верхних фронтальных зубов
С. Всю нижнюю челюсть
D. Фронтальную группу зубов верхней и нижней челюстей
ОТВЕТ: А

КОНСТРУКЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ
А. вкладка
В. бюгельный
С. мостовидный
D. съемный пластиночный
ОТВЕТ: D

Лечебные аппараты используются для:
А. устранения вредных привычек
В. нормализации носового дыхания
С. исправления положения зубов, формы и размера зубного ряда и нормализации соотношения зубных рядов
D. профилактики ЗЧА
ОТВЕТ: С

Лечение аномалий формы зубов и окклюзии может проводиться
А. Только ортодонтическими методами
В. Сочетанием ортодонтических и хирургических методов
С. Сочетанием ортодонтических и протетических методов
D. С помощью удаления атипичных зубов
ОТВЕТ: С

Лечение какого вида аномалий входит в задачу врача-ортодонта?

- A. аномалии структуры твёрдых тканей
- B. аномалии положения зубов
- C. аномалии цвета зубов
- D. аномалии формы зубов

ОТВЕТ: B

Ортодонтические аппараты в зависимости от вида конструкции бывают

- A. механические
- B. внеротовые
- C. лечебные
- D. пластиночные

ОТВЕТ: D

Ортодонтические аппараты в зависимости от вида конструкции бывают

- A. одночелюстные
- B. каркасные
- C. съёмные
- D. ретенционные

ОТВЕТ: B

Ортодонтические аппараты в зависимости от вида конструкции бывают

- A. блоковые
- B. протетические
- C. двучелюстные
- D. функциональные

ОТВЕТ: A

Ортодонтические аппараты в зависимости от вида конструкции бывают

- A. несъёмные
- B. межчелюстные
- C. внутриротовые
- D. дуговые

ОТВЕТ: D

Ортодонтические аппараты по виду опоры бывают

- A. одночелюстные
- B. взаимодействующие (реципрокные).
- C. блоковые
- D. функциональные

ОТВЕТ: B

Ортодонтические аппараты по виду опоры бывают

- A. одночелюстные
- B. взаимодействующие (реципрокные).
- C. блоковые
- D. функциональные

ОТВЕТ: B

Ортодонтические аппараты по месту расположения бывают

- A. несъемные
- B. внутриротовые
- C. лечебные
- D. механические

ОТВЕТ: B

Ортодонтические аппараты по месту расположения бывают

- A. взаимодействующие (реципрокные).
- B. профилактические
- C. внеротовые
- D. съемные

ОТВЕТ: C

Ортодонтические аппараты по механизму действия бывают

- A. съемные
- B. механические
- C. внеротовые
- D. каркасные

ОТВЕТ: B

Ортодонтические аппараты по механизму действия бывают

- A. функциональные
- B. пластиночные
- C. внутриротовые
- D. несъемные

ОТВЕТ: A

Ортодонтические аппараты по механизму действия бывают

- A. функциональные
- B. пластиночные
- C. внутриротовые
- D. несъемные

ОТВЕТ: A

Ортодонтические аппараты по назначению бывают

- A. внеротовые
- B. съемные
- C. функциональные
- D. профилактические

ОТВЕТ: D

Ортодонтические аппараты по назначению бывают

- A. протетические
- B. механические
- C. одночелюстные
- D. каркасные

ОТВЕТ: A

Ортодонтические аппараты по назначению бывают

- A. блоковые
- B. взаимодействующие (реципрокные).
- C. ретенционные
- D. дуговые

ОТВЕТ: C

Ортодонтические аппараты по способу фиксации бывают

- A. лечебные
- B. стационарные
- C. двучелюстные
- D. съемные

ОТВЕТ: D

Ортодонтические аппараты по способу фиксации бывают

- A. каркасные
- B. функциональные
- C. несъемные
- D. протетические

ОТВЕТ: C

ОТКАЗАТЬСЯ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОСКИ-ПУСТЫШКИ
РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ ДОСТИЖЕНИИ РЕБЕНКОМ
ВОЗРАСТА:

- A. 3 месяцев
- B. 6 месяцев
- C. 1 года
- D. 3 лет

ОТВЕТ: C

Пластиночный аппарат должен извлекаться из полости рта:

- A. Во время приема пищи и гигиенических мероприятий
- B. Только во время приема пищи
- C. Только во время гигиенических мероприятий
- D. Нет правильного ответа

ОТВЕТ: C

Плечо опорно-удерживающего кламмера (Адамса, круглого.

располагается на:

- A. Окклюзионной и вестибулярной поверхностях зуба
- B. Вестибулярной поверхности зуба между шейкой и экватором зуба
- C. Апроксимальной и окклюзионной поверхностях зуба
- D. Оральных поверхностях зуба

ОТВЕТ: B

По конструкции аппарат Френкеля:

- A. Каркасный
- B. Дуговой
- C. Блочный
- D. Комбинированный

ОТВЕТ: A

Под «консервативной опорой» следует понимать опору, когда:

- A. перемещаемые зубы двигаются быстрее опорных;
- B. опорные зубы не перемещаются;
- C. опорные и перемещаемые зубы двигаются навстречу друг другу равномерно;
- D. опорные зубы двигаются быстрее, чем перемещаемые.

ОТВЕТ: C

Под «минимальной опорой» следует понимать опору, когда:

- A. опорные зубы не перемещаются;
- B. опорные и перемещаемые зубы двигаются навстречу с равной скоростью;
- C. опорные зубы двигаются быстрее, чем перемещаемые;
- D. перемещаемые зубы двигаются быстрее опорных.

ОТВЕТ: C

Под «стационарной опорой» следует понимать опору, когда:

- A. опорные зубы не перемещаются;
- B. опорные и перемещаемые зубы неподвижны;
- C. опорные зубы двигаются быстрее, чем перемещаемые;
- D. опорные

ОТВЕТ: A

Показанием к миогимнастике является:

- A. аномалии прикуса, связанные с неправильным ростом тела челюстей
- B. нарушение миодинамического равновесия
- C. патологическая гипертрофия мышц лица
- D. ограничения подвижности ВНЧС

ОТВЕТ: B

Последовательность лечебных мероприятий при аномалиях

формы зубов и окклюзии

- A. Ортодонтическое, протетическое
- B. Хирургическое, ортодонтическое
- C. Терапевтическое лечение
- D. Удаление атипичных зубов

ОТВЕТ: A

При лечении вертикальной резцовой дизокклюзии необходимо ввести в конструкцию ортодонтического аппарата:

- A. Губной пелот в области верхних резцов
- B. Накусочную площадку
- C. Заслонку для языка
- D. Внеротовую тягу

ОТВЕТ: C

При расширении зубной дуги величина вертикального перекрытия в области резцов:

- A. увеличивается
- B. не изменяется
- C. уменьшается
- D. изменяется

ОТВЕТ: C

Применение вестибулярных пластинок с бусинкой показано при:

- A. глубокой резцовой окклюзии
- B. протрузии верхних резцов
- C. речевых нарушениях и дисфункции языка
- D. мезиальной окклюзии

ОТВЕТ: C

Протетические конструкции применяются

- A. В сменном прикусе
- B. В постоянном прикусе
- C. В период прикуса временных зубов
- D. В любом периоде

ОТВЕТ: D

**ПРОТЕТИЧЕСКИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ
ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЯХ**

- A. зубное протезирование
- B. восстановление формы коронок путем пломбирования
- C. удаление сверхкомплектных зубов
- D. лечебная гимнастика мышц челюстно-лицевой области

ОТВЕТ: A

Противопоказанием к применению преортодонтического трейнера является:

- A. Глубокая резцовая окклюзия
- B. Глубокая резцовая дизокклюзия
- C. Вертикальная резцовая дизокклюзия
- D. Выраженная мезиальная окклюзия

ОТВЕТ: D

Протрагирующая пружина используется для:

- A. перемещения зуба в губном направлении
- B. удлинения зубного ряда
- C. расширения зубного ряда
- D. уменьшения давления губы на фронтальный участок верхнего зубного ряда

ОТВЕТ: A

Профилактика зубочелюстных аномалий включает в себя:

- A. Смещение нижней челюсти вперед
- B. Смещение нижней челюсти назад
- C. Расширение зубных рядов
- D. Устранение вредных привычек

ОТВЕТ: D

Профилактические ортодонтические аппараты применяются для:

- A. Закрепления результатов ортодонтического лечения
- B. Устранения деформации
- C. Предупреждения формирования деформаций зубочелюстной системы
- D. Дистализации боковой группы зубов

ОТВЕТ: C

Регулятор функции Френкеля 1 типа позволяет расширить:

- A. Верхний зубной ряд
- B. Нижний зубной ряд
- C. Верхний и нижний зубные ряды
- D. Аппарат имеет другое назначение

ОТВЕТ: C

Регулятор функции Френкеля 3 типа сдерживает рост:

- A. Обеих челюстей
- B. Верхней челюсти
- C. Нижней челюсти
- D. Аппарат не сдерживает рост

ОТВЕТ: C

Регулятор функции Френкеля 3 типа создает условия для роста:

- A. Обеих челюстей
 - B. Верхней челюсти
 - C. Нижней челюсти
 - D. Не создает условия для роста
- ОТВЕТ: B

Рукообразная пружина позволяет перемещать в мезиодистальном направлении зубы:

- A. резцы
 - B. любые зубы
 - C. премоляры
 - D. моляры
- ОТВЕТ: A

Сколько типов регулятора функции Френкеля существует:

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4

ОТВЕТ: C

Упражнения для мышц, выдвигающих нижнюю челюсть, рекомендуется при:

- A. Сужении зубных рядов
- B. Расширении зубных рядов
- C. Недоразвитии нижней челюсти
- D. Мезиальной окклюзии

ОТВЕТ: C

Функции активатора Андресена-Гойпля

- A. Удерживание чрезмерного развития верхней челюсти
- B. Стимуляция роста нижнечелюстной кости
- C. Перемещение верхних фронтальных зубов вестибулярно
- D. Удерживание чрезмерного развития нижней челюсти

ОТВЕТ: D

Функции активатора Андресена-Гойпля:

- A. Стимулирует рост верхнечелюстной кости
- B. Удерживает чрезмерное развитие верхней челюсти
- C. Стимулирует рост нижнечелюстной кости
- D. для расширения верхней челюсти

ОТВЕТ: A

Щечные щиты в аппарате Френкеля:

- A. Способствуют сужению зубных рядов
- B. Усиливают давление языка на переднюю группу зубов
- C. Устраняют давление мышц щек на зубные ряды

D. Пассивны

ОТВЕТ: С

Щечные щиты в регуляторе функции Френкеля применяется для:

A. Нормализации функции языка

B. Опоры аппарата

C. Фиксации аппарата

D. Отведения щек от зубных рядов

ОТВЕТ: D

В конструкцию регулятора функции Френкеля 1 типа входят:

A. Винт и вестибулярная дуга

B. Наклонная плоскость и вестибулярная дуга

C. Щечные щиты, небный бюгель, губные пелоты, лингвальная дуга

D. Винт, щечные щиты, губные пелоты

ОТВЕТ: C

В регуляторе функции Френкеля 1 типа губные пелоты располагаются в области губы:

A. Верхней

B. Нижней

C. Верхней и нижней

D. Отсутствуют

ОТВЕТ: B

По механизму действия аппарат Френкеля:

A. Механический

B. Функциональный

C. Комбинированный

D. Ретенционный

ОТВЕТ: B

По способу фиксации аппарат Френкеля:

A. Съёмный

B. Несъёмный

C. Частично несъёмный

D. Сочетанный

ОТВЕТ: A

По конструкции аппарат Френкеля:

A. Каркасный

B. Дуговой

C. Блочный

D. Комбинированный

ОТВЕТ: A

По конструкции миофункциональный трейнер:

- A. Капповый
- B. Дуговой
- C. Блоковый
- D. Комбинированный

ОТВЕТ: A

Пластика Хинца по механизму действия аппарат:

- A. Механический
- B. Механически действующий
- C. Функциональный
- D. Комбинированный

ОТВЕТ: C

Пластика Хинца по месту расположения аппарат:

- A. Головной
- B. Шейный
- C. Внутриворотной
- D. Подборочный

ОТВЕТ: C

К какому методу лечения относится метод Хотца?

- A. хирургическому
- B. аппаратному
- C. комплексному
- D. ортодонтическому

ОТВЕТ: C

В чем заключается комплексность метода Хотца?

- A. в сочетании хирургического, протетического методов лечения;
- B. в сочетании хирургического метода лечения и массажа альвеолярного отростка в области зачатка 1-го премоляра;
- C. в сочетании аппаратного метода лечения и миотерапии.
- D. в сочетании хирургического, протетического методов лечения, массажа альвеолярного отростка в области зачатка 1-го премоляра

ОТВЕТ: B

Что вы понимаете под термином «абсолютная макродентия»?

- A. сумма мезиодистальных размеров коронок четырех резцов верхней челюсти равна 45 мм;
- B. сумма мезиодистальных размеров коронок четырех верхних резцов равна 35 мм и более, а нижних — 27 мм и более;
- C. сумма мезиодистальных размеров коронок четырех верхних резцов равна 30 мм.

D. сумма мезиодистальных размеров коронок четырех верхних резцов равна 45 мм и более, а нижних — 50 мм и более;

ОТВЕТ: B

Задняя граница базиса в частичном съемном протезе у детей проходит:

A. за клыками;

B. позади последних моляров;

C. позади первых молочных моляров.

D. спереди от первых молочных моляров

ОТВЕТ: B

Метод постановки зубов в переднем отделе частичного съемного пластиночного протеза у детей:

A. на искусственной десне;

B. на приточке

C. на десне

D. на молочных зубах

ОТВЕТ: B

Метод постановки зубов в боковых отделах частичного съемного протеза у детей:

A. на искусственной десне

B. на приточке

C. на десне

D. на молочных зубах

ОТВЕТ: A

Назовите особенности изготовления восстановительных коронок в детской практике:

A. под коронку зубы не препарируют, край коронки находится под десной

B. под коронку зубы не препарируют и не сепарируют, край коронки заканчивается на уровне десны

C. под коронку зубы щадяще препарируют и сепарируют, край коронки заканчивается на уровне десны

D. под коронку зубы щадяще препарируют и не сепарируют

ОТВЕТ: C

Ортодонтическое кольцо с распоркой относится к протезам:

A. съемным профилактическим

B. несъемным профилактическим

C. восстановительным

D. лечебным

ОТВЕТ: B

Съемные протезы подлежат замене в период временного

прикуса:

- A. через 2–3 года
- B. раз в 5 лет
- C. через 0,5 месяцев–1 год
- D. через 6 месяцев

ОТВЕТ: C

Съемные протезы подлежат замене в смешанном прикусе:

- A. один раз в 3 года;
- B. один раз в 2 года;
- C. через 1 год.
- D. через 6 месяцев

ОТВЕТ: C

Ортодонтическое кольцо с распоркой предназначено:

- A. для восстановления коронок разрушенных зубов
- B. восстановления дефекта зубного ряда после ранней потери временных зубов
- C. для предотвращения смещения зубов в сторону дефекта после ранней потери временных зубов
- D. с профилактической целью

ОТВЕТ: C

Под временные (ортодонтические) коронки зубы:

- A. препарируют и сепарируют
- B. не препарируют, не сепарируют, а проводят естественную сепарацию
- C. не препарируют, не сепарируют
- D. препарируют, не сепарируют

ОТВЕТ: B

Компактостеотомия проводится с целью:

- A. улучшения фиксации ортодонтического аппарата
- B. ускорения ортодонтического лечения
- C. продолжения ортодонтического лечения
- D. профилактики

ОТВЕТ: B

Реконструктивные операции на челюстях проводятся:

- A. не ранее 14 лет
- B. в возрасте 10 лет
- C. в любом возрасте
- D. с 18 лет

ОТВЕТ: A

Активатор Андресена Хойпля применяют при лечении:

- A. дистального смешанного прикуса

- В. глубокого постоянного прикуса
 - С. протрузии верхних передних зубов с тремами между ними.
 - Д. мезиального прикуса
- ОТВЕТ: А

- Пропульсор Мюллемана способствует:
- А. оптимизации роста верхней челюсти
 - В. оптимизации роста нижней челюсти
 - С. протрузии верхних резцов
 - Д. ретрузии нижних резцов
- ОТВЕТ: В

- Аппарат Малыгина применяется для лечения:
- А. дистального прикуса
 - В. мезиального прикуса сочетающегося с глубоким резцовым перекрытием
 - С. дистального прикуса, сочетающегося с сужением верхнего зубного ряда
 - Д. глубокого прикуса
- ОТВЕТ: В

- Бюгельный активатор Френкеля применяют при чрезмерном развитии:
- А. верхней челюсти;
 - В. нижней челюсти;
 - С. верхней и нижней челюсти.
 - Д. Сужении верхней челюсти
- ОТВЕТ: В

- Регулятор функций Френкеля III типа используется для лечения прикуса:
- А. нейтрального
 - В. дистального
 - С. мезиального
 - Д. глубокого
- ОТВЕТ: С

- Регулятор функций Френкеля III типа используется для лечения прикуса:
- А. Глубокого
 - В. дистального
 - С. Открытого
 - Д. мезиального
- ОТВЕТ: D

- Аппарат Твин Блок по типу действия является:
- А. Механическим
 - В. Протетическим

С. Комбинированным
D. Функциональным
ОТВЕТ: D

В норме коронки верхних резцов имеют:
A. положительный торк
B. отрицательный торк
C. нулевой торк
D. не имеют торк
ОТВЕТ: A

В норме коронки латеральных резцов верхней челюсти имеют:
A. положительный торк
B. отрицательный торк
C. нулевой торк
D. не имеют торк
ОТВЕТ: A

Коронковая ангуляция (мезиодистальный наклон) от резцов к молярам:
A. увеличивается
B. не изменяется
C. уменьшается
D. становится отрицательной
ОТВЕТ: C

Поворот зуба по оси называется:
A. Тортоаномалия
B. Транспозиция
C. Ретенция
D. Гиподонтия
ОТВЕТ: A

При выраженной антериальной ростовой ротации нижней челюсти высота нижней трети лица:
A. Увеличивается
B. Уменьшается
C. Не изменяется
D. иногда увеличивается, иногда уменьшается
ОТВЕТ: B

Сила давления протрагирующей пружины должна быть направлена:
A. Параллельно к оси зуба
B. Под острым углом к оси зуба (не более 70 градусов)
C. Перпендикулярно к оси зуба
D. ровно к зубу

ОТВЕТ: С

Торк зуба — это:

- А. Наклон коронки в мезио-дистальном направлении
- В. Поворот зуба по оси
- С. Наклон коронки в вестибуло-оральном направлении
- Д. ретенция

ОТВЕТ: С

Биомеханика — это:

- А. Раздел биофизики, изучающий механические аспекты строения и функционирования биологических систем и их взаимодействия с окружающей средой;
- В. Раздел биофизики, изучающий физические аспекты строения и функционирования биологических систем и их взаимодействия с окружающей средой;
- С. Раздел биофизики, изучающий механические аспекты строения и функционирования химических систем и их взаимодействия с окружающей средой;
- Д. Раздел биофизики, изучающий химические аспекты строения и функционирования биологических систем и их взаимодействия с окружающей средой;

ОТВЕТ: А

Неконтролируемый наклон зуба:

- А. Наклонное перемещение, при котором верхушка корня зуба не перемещается;
- В. Наклонное перемещение, при котором верхушка корня зуба перемещается;
- С. Наклонное перемещение, при котором коронка зуба не перемещается;
- Д. непостоянное перемещение, при котором коронка зуба перемещается

ОТВЕТ: В

По продолжительности ортодонтические силы делят на:

- А. Непрерывные, постоянные, прерывистые;
- В. Постоянные, прерывистые, прерываемые;
- С. Непрерывные, прерываемые, прерывистые;
- Д. Непостоянные, прерывистые, прерываемые

ОТВЕТ: В

Непрерывные силы действуют:

- А. С момента активации до следующего посещения, не снижаясь до нуля;
- В. Величина силы снижается до нуля между активациями
- С. Величина силы скачкообразно снижается до нуля, когда

ортодонтическое приспособление у пациента снимается
D. не действуют
ОТВЕТ: А

Пара сил — это:

- А. Две параллельные силы, одинаковые по величине и противоположные по направлению;
 - В. Две параллельные силы, противоположные по величине и одинаковые по направлению;
 - С. Две параллельные силы, противоположные по величине и противоположные по направлению;
 - Д. две пары параллельных сил, одинаковые по величине и противоположные по направлению;
- ОТВЕТ: А

Момент силы (MF) — это:

- А. Величина, характеризующая вращательный эффект силы при действии ее на твердое тело
 - В. Величина, характеризующая вращательный эффект силы при действии ее на мягкое тело
 - С. Величина, характеризующая прямой эффект силы при действии ее на твердое тело
 - Д. Величина, характеризующая отрицательный эффект силы при действии ее на твердое тело
- ОТВЕТ: А

Выравнивающий противомомент ($M'f$):

- А. Момент силы, противоположный по направлению моменту (MF), создаваемому при приложении сил к зубу
 - В. Момент силы, совпадающий по направлению с моментом (MF), создаваемому при приложении сил к зубу
 - С. Момент силы, параллельный по направлению моменту (MF), создаваемому при приложении сил к зубу
 - Д. Момент силы, перпендикулярный по направлению моменту (MF), создаваемому при приложении сил к зубу
- ОТВЕТ: А

Корпусное перемещение:

- А. Тип перемещения когда верхушка корня и коронка зуба перемещаются в разном направлении и на одно и то же расстояние
- В. Тип перемещения когда верхушка корня и коронка зуба перемещаются в одном и том же направлении и на одно и то же расстояние
- С. Тип перемещения когда верхушка корня и коронка зуба перемещаются в разном направлении и на разное расстояние
- Д. Тип перемещения когда верхушка корня и коронка зуба перемещаются в разном направлении и на одно и то же

расстояние

ОТВЕТ: В

Наклон зуба:

А. Тип перемещения когда верхушка корня и коронка зуба перемещаются в одном направлении и на одно и то же расстояние

В. Тип перемещения, при котором корень зуба смещается в сторону, противоположную стороне смещения коронки

С. Тип перемещения при котором корень зуба смещается в сторону, параллельную стороне смещения коронки

Д. Тип перемещения когда верхушка корня и коронка зуба перемещаются в разном направлении

ОТВЕТ: В

Центр сопротивления зуба зависит:

А. От количества костной ткани и длины корня

В. От длины корня

С. От групповой принадлежности зуба

Д. от количества соседних зубов

ОТВЕТ: А

Инtruзия – это:

А. Корпусное перемещение в направлении к апикальной части

В. Корпусное перемещение в направлении к окклюзионной плоскости

С. Движение в мезио-дистальном направлении

Д. Осевой наклон зуба за счет перемещения верхушки корня при сохранении положения коронковой части.

ОТВЕТ: В

Механика скольжения это:

А. статически определяемая система сил

В. статически неопределяемая система сил

С. сила трения

Д. сила скольжения

ОТВЕТ: В

Инtruзионная механика по Burstone это:

А. статически определяемая система сил

В. статически неопределяемая система сил

С. сила трения

Д. сила скольжения

ОТВЕТ: А

Механика закрывающих петель это:

А. система трения

- В. система без трения
 - С. механика скольжения
 - Д. эластики
- ОТВЕТ: В

Техника полной прямой дуги это:

- А. статически определяемая система сил
 - В. статически неопределяемая система сил
 - С. сила трения
 - Д. сила скольжения
- ОТВЕТ: А

Применение наименьшей механической силы необходимо при проведении:

- А. корпусной дистализации клыка
 - В. ретрузионного наклона резцов нижней челюсти
 - С. расширения зубной дуги дугой квард-хеликс
 - Д. интрузии резцов нижней челюсти
- ОТВЕТ: В

Применение наибольшей механической силы необходимо при проведении:

- А. корпусной дистализации клыка
 - В. ретрузионного наклона резцов
 - С. расширения зубной дуги дугой квард-хеликс
 - Д. интрузии резцов
- ОТВЕТ: А

В норме перемещение зуба происходит:

- А. с костью
 - В. через кость
 - С. не происходит
 - Д. только коронки
- ОТВЕТ: В

В течение какого времени после достижения желаемого результата используется аппарат ХААС в качестве ретенционного

- А. 2 месяца
 - В. 2 года
 - С. не используется в качестве ретенционного
 - Д. 1 год
- ОТВЕТ: Д

В течение какого времени после достижения желаемого результата используется аппарат Дерихсвайлера в качестве ретенционного

- A. 4 месяца
 - B. 2 года
 - C. не используется в качестве ретенционного
 - D. 1 год
- ОТВЕТ: A

К ретенционным аппаратам не относится:

- A. проволочные ретейнеры
 - B. капы
 - C. пластиночный аппарат, на котором проводилось активное лечение, но без активации
 - D. Quard Helix
- ОТВЕТ: D

Какие ретенционные аппараты используются в постоянном прикусе

- A. несъемный ретейнер
 - B. функциональный аппарат
 - C. не используются
 - D. аппарат Френкля 1 типа
- ОТВЕТ: A

Какие ретенционные аппараты используются в постоянном прикусе после лечения на несъемной брекет-системе?

- A. Лечебный аппарат в неактивном состоянии в качестве ретенционного
 - B. съемная каппа
 - C. не используются
 - D. эластопозиционер
- ОТВЕТ: B

После проведения активного ортодонтического лечения завершенность лечения оценивается по системе:

- A. ABO
 - B. BMJO
 - C. FACE
 - D. МГМСУ
- ОТВЕТ: A

Для оценки качества проводимого лечения необходимо

- A. По окончании этапа юстировки проводить повторно клинический, антропометрический и рентгенологический методы исследования и определять разницу положения суставных головок НЧ в ЦО и ЦС.
- B. В начале этапа юстировки не проводить антропометрические измерения при помощи «количественной системы критериев окончания ортодонтического лечения ABO» для выявления

ошибок в позиционировании брекетов

С. В начале этапа юстировки не проводить повторную перефиксацию некорректно расположенных брекетов и ортодонтических замков

Д. Групповое ведение после окончания лечения

ОТВЕТ: А

В течение какого времени после достижения желаемого результата используется аппарат ХААС в качестве ретенционного

А. не используется в качестве ретенционного аппарата

В. в течение 2 месяцев

С. до полного прорезывания постоянных 2-ых моляров

Д. до полного прорезывания постоянных боковых резцов

ОТВЕТ: D

После активного этапа расширения верхней челюсти аппаратом ХААС необходимо

А. Дезактивировать винт HIREX и оставить аппарат на 1 год в качестве ретенционного

В. Полностью снять аппарат и зафиксировать ретейнеры

С. Полностью снять аппарат и назначить съемную верхнечелюстную пластинку

Д. дополнительно к аппарату назначить LM-активатор

ОТВЕТ: А

Проволочные ретейнеры устанавливаются

А. На верхнюю челюсть после завершения ортодонтического лечения сроком на 1 месяц

В. в области боковой группы зубов

С. на верхнюю и нижнюю челюсти в качестве ретенционного аппарата

Д. только в сменном прикусе после окончания лечения на аппарате ХААС

ОТВЕТ: С

Этиологическими факторами возникновения поздней скученности передней группы зубов является после ортодонтического лечения

А. Прорезывание 3-их моляров

В. Изменение типа роста лицевого отдела черепа

С. Изменение лицевых параметров

Д. предыдущее ортодонтическое лечение с удалением премоляров на верхней и нижней челюстях

ОТВЕТ: А

Выберите неверное утверждение

- A. Необходимо дополнительно исследовать состояние корней во время исправления прикуса и на основании этого корректировать план лечения.
- B. Пожизненная ретенция несъёмными ретейнерами на обе челюсти - самая эффективная мера предупреждения рецидивов.
- C. Сепарация нижних резцов способна улучшить стабильность лечения в долгосрочном аспекте.
- D. Клыковое ведение должно отсутствовать после лечения.

ОТВЕТ: D

Ретенционным аппаратом является

- A. Неактивная брекет-система.
- B. Съёмные верхнечелюстные и нижнечелюстные каппы.
- C. Активный аппарат ХААС.
- D. Активный аппарат Дерихсвайлера.

ОТВЕТ: B

Выберите неверное утверждение. Стабильностью результатов ортодонтического лечения открытого прикуса является

A. Сохранение ортогнатического типа в ретенционном периоде.

- B. Отсутствие рецидива
- C. Нормальное резцовое перекрытие
- D. Групповое ведение при латеротрузионных движениях

ОТВЕТ: D

Ретейнер представляет собой

- A. Многожильную ретенционную дугу - плетеную проволоку(SRW)
- B. Дугу 014 NiTi.
- C. Ретракционную нить, фиксируемую с вестибулярной стороны зубов.
- D. Дугу 013 NiTi.

ОТВЕТ: A

Съёмные ретенционные каппы

- A. Изготавливаются из биополимерных материалов по слепку зубов
- B. Представляют собой плетеную проволоку, устанавливаемую с оральной стороны зубов
- C. Являются композитной шиной.
- D. Изготавливаются из стеклоиномерного цемента

ОТВЕТ: A

При адентии зуба 1.5 для стабильности проведенного ортодонтического лечения

- А. необходимо провести имплантацию с дальнейшей ортопедической корректировкой до снятия брекет-системы
- В. можно проводить имплантацию только через 2 года после снятия брекет-системы
- С. можно проводить имплантацию только через 1 год после снятия брекет-системы
- Д. необходимо начать имплантацию до ортодонтического лечения

ОТВЕТ: А

Ретенционными аппаратами не являются:

- А. проволочный ретейнер
- В. дезактивированный аппарат ХААС
- С. Лента Риббонд
- Д. вестибулярная пластинка Хинца

ОТВЕТ: D

Система критериев оценки завершённых результатов ортодонтического лечения (АВО. включает в себя

- А. Пародонтологический анализ фронтальной группы зубов в конце ортодонтического лечения
- В. Оценку КТ височно-нижнечелюстного сустава
- С. Оценку латеротрузионных движений в конце ортодонтического лечения
- Д. Оценку гипсовых моделей и ортопантомограмм

ОТВЕТ: D

Какие аппараты используются в качестве ретенционных в сменном прикусе

- А. неактивный аппарат ХААС
- В. ретенционная каппа
- С. ретейнеры на верхнюю и нижнюю челюсти
- Д. ретенционная каппа и ретейнер

ОТВЕТ: А

После завершения активного расширения верхней челюсти методом MSE стабилизация результата достигается при условии, что

- А. аппарат полностью снимается и устанавливается брекет-система
- В. устанавливается брекет-система, аппарат еще активизируется на протяжении 1 недели
- С. дезактивируется, распиливаются молярные кольца, аппарат находится в полости рта до полного окостенения небного шва в течение 6 месяцев
- Д. сразу устанавливаются ретейнеры на верхнюю и нижнюю

челюсти
ОТВЕТ: С

После завершения активного расширения верхней челюсти методом SARPE стабилизация результата достигается при условии, что

- А. аппарат полностью снимается и устанавливается брекет-система
- В. устанавливается брекет-система, аппарат еще активируется на протяжении 1 недели
- С. дезактивируется, распиливаются молярные кольца, аппарат находится в полости рта до полного окостенения небного шва в течение 6 месяцев
- Д. сразу устанавливаются ретейнеры на верхнюю и нижнюю челюсти

ОТВЕТ: С

После завершения активного расширения верхней челюсти методом MARPE стабилизация результата достигается при условии, что

- А. аппарат полностью снимается и устанавливается брекет-система
- В. устанавливается брекет-система, аппарат еще активируется на протяжении 1 недели
- С. дезактивируется, распиливаются молярные кольца, аппарат находится в полости рта до полного окостенения небного шва в течение 6 месяцев
- Д. сразу устанавливаются ретейнеры на верхнюю и нижнюю челюсти

ОТВЕТ: С

При измерении костных структур по WALA у пациента 25 лет размер верхней челюсти составляет 53 мм, размер нижней челюсти 55 мм. Результат лечения будет стабильный, если провести

- А. расширение верхней челюсти методом SARPE не менее чем на 7 мм, ортодонтическое лечение на брекет-системе
- В. установку брекет-системы, использование дуги Маллигана
- С. расширение верхней челюсти с помощью аппарата Дерихсвайлера, ортодонтическое лечение на брекет-системе
- Д. расширение верхней челюсти с помощью аппарата ХААС, ортодонтическое лечение на брекет-системе

ОТВЕТ: А

Ретейнер относится к аппаратам

- А. лечебным
- В. профилактическим
- С. функциональным

D. ретенционным

ОТВЕТ: D

Ночная каппа относится к аппаратам

A. лечебным

B. ретенционным

C. функциональным

D. профилактическим

ОТВЕТ: B

К ретенционным аппаратам относится:

A. аппарат Френкля 1 типа

B. капы

C. активный аппарат ХААС

D. Quard Helix

ОТВЕТ: B

К ретенционным аппаратам относится:

A. аппарат Френкля 2 типа

B. активная съемная расширяющая верхнечелюстная пластинка

C. проволочный несъемный ретейнер

D. твин блок

ОТВЕТ: C

Факторы, способствующие оптимальной ретенции

A. несоответствие размеров зубов и челюстей

B. сама по себе достигнутая правильная окклюзия

C. наличие причин аномалии окклюзии, если таковые выявлены

D. открытый рот в покое

ОТВЕТ: B

Фиксация несъемных ретейнеров необходима

A. для ретенционного периода

B. во время активного ортодонтического лечения

C. во время диагностики

D. при работе детализирующих изгибов на дугах ТМА

ОТВЕТ: A

Торк зуба — это:

A. Мезио-дистальный наклон зуба

B. Вестибуло-оральный наклон зуба

C. Поворот зуба вокруг своей оси

D. Зубоальвеолярное укорочение

ОТВЕТ: B

Торк – это положение зуба в:

A. Вестибулярном направлении

В. Мезиальном направлении
С. Мезио-дистальном направлении
D. Вестибуло-оральном направлении
ОТВЕТ: D

Под вестибуло-оральным наклоном зуба понимают:

А. Торк зуба
В. Ангуляция зуба
С. Протрузия зуба
D. Ретрузия зуба
ОТВЕТ: А

Поворотом зуба вокруг своей оси называют:

А. Торком зуба
В. Ротацией зуба
С. Ангуляцией зуба
D. Инклинацией зуба
ОТВЕТ: В

Ротация зуба представляет собой изменение положение зуба:

А. Нёбно
В. Дистально
С. Мезиально
D. Вокруг своей оси
ОТВЕТ: D

Под ротацией зуба понимают:

А. Мезио-дистальный наклон зуба
В. Вестибуло-оральный наклон зуба
С. Поворот зуба вокруг своей оси
D. Положение зуба по вертикали
ОТВЕТ: С

Видом перемещения зуба в вертикальной плоскости является:

А. Экструзия
В. Наклон
С. Транспозиция
D. Ротация
ОТВЕТ: А

Видом перемещения зуба в вертикальной плоскости является:

А. Интрузия
В. Наклон
С. Транспозиция
D. Ротация
ОТВЕТ: А

Ангуляция — это положение зуба в:

- A. Мезио-дистальном направлении
- B. Вестибуло-оральном направлении
- C. Дистальном направлении
- D. Мезиальном направлении

ОТВЕТ: A

Корпусное перемещение зуба это:

- A. Движение зуба в вестибуло-оральном направлении
- B. Движение зуба в мезио-дистальном направлении
- C. Одновременное движение коронки и корня зуба в одном направлении
- D. Неконтролируемый наклон зуба

ОТВЕТ: C

Перемещение зуба, при котором коронка зуба и верхушка корня перемещаются в одном и том же направлении на одно и то же расстояние, называется:

- A. Ротация зуба
- B. Контролируемый наклон зуба
- C. Неконтролируемый наклон зуба
- D. Корпусное перемещение

ОТВЕТ: D

Наибольшая сила для ортодонтического перемещения зуба необходима для:

- A. Ротации зуба
- B. Наклона зуба
- C. Корпусного перемещения зуба
- D. Интрузии зуба

ОТВЕТ: C

Под интрузией понимают перемещение зуба:

- A. Вестибулярно
- B. Дистально
- C. В направлении к апексу
- D. В направлении к окклюзионной плоскости

ОТВЕТ: C

Под экструзией понимают перемещение зуба:

- A. Вестибулярно
- B. Дистально
- C. В направлении к апексу
- D. В направлении к окклюзионной плоскости

ОТВЕТ: D

Кто одним из первых выдвинул функциональный метод в

ортодонтии:

- A. Катц
- B. Сухарев
- C. Курдьянский
- D. Аникиенко

ОТВЕТ: A

В какой части периодонтальная щель сужается:

- A. В приверхушечной трети корня
- B. У вершины межальвеолярной перегородки
- C. В средней трети корня
- D. В нижней трети корня

ОТВЕТ: C

Функция пародонта, которая проявляется в сохранении целостности его структурных компонентов, называется:

- A. Барьерная
- B. Трофическая
- C. Пластическая
- D. Амортизирующая

ОТВЕТ: A

Функция пародонта, которая связана с поддержанием и восстановлением микроциркуляции в состояниях функциональной нагрузки и физиологического покоя, называется:

- A. Барьерная
- B. Трофическая
- C. Пластическая
- D. Амортизирующая

ОТВЕТ: B

Функция пародонта, которая направлена на своевременное восстановление структурных компонентов, утраченных в процессе жизнедеятельности, создание новых функциональных единиц, необходимых для адаптации к возникающим нагрузкам, называется:

- A. Барьерная
- B. Трофическая
- C. Пластическая
- D. Амортизирующая

ОТВЕТ: C

Функция пародонта, которая состоит из рефлекторной регуляции трофики тканей и жевательного давления при реализации пародонто-мускуляторного рефлекса, называется:

- A. Регулирующая, нейросенсорная

В. Трофическая
С. Пластическая
D. Амортизирующая
ОТВЕТ: А

Функция пародонта, которая направлена на удержание зуба в альвеоле, поддержании зубодесневого давления на стенки альвеолы, называется:

А. Барьерная
В. Трофическая
С. Пластическая
D. Амортизирующая, опорно-удерживающая
ОТВЕТ: D

Сколько групп периодонтальных волокон в области зубодесневого прикрепления:

А. 4
В. 3
С. 6
D. 2
ОТВЕТ: А

Сколько групп волокон в периодонтальной связки:

А. 4
В. 5
С. 6
D. 7
ОТВЕТ: С

Сколько типов перемещений зубов выделяют:

А. 4
В. 5
С. 6
D. 8
ОТВЕТ: С

К основной теории перемещения зубов относят теорию:

А. Биоэлектрическую
В. Вращательную
С. Давления-натяжения
D. Изгибания костной ткани
ОТВЕТ: С

Теория, при которой происходит перемещение зубов с изменениями костного метаболизма, контролируемые электрическими импульсами, называется:

А. Биоэлектрическая

- В. Давления-натяжения
 - С. Вращательная
 - Д. Изгибания костной ткани
- ОТВЕТ: А

Теория, при которой под влиянием силы, приложенной к коронке, зуб начинает двигаться, называется:

- А. Биоэлектрическая
 - В. Давления-натяжения
 - С. Вращательная
 - Д. Изгибания костной ткани
- ОТВЕТ: В

Какая нагрузка должна быть приложена к зубу, чтобы происходило перемещение?

- А. Длительная
 - В. Короткая
 - С. Частичная
 - Д. Полная
- ОТВЕТ: А

Остеокласты это?

- А. Крупные многоядерные клетки, разрушающие костную ткань
 - В. Крупные многоядерные клетки, разрушающие хрящевую ткань
 - С. Молодые клетки, образующие костную ткань
 - Д. Молодые клетки, образующие хрящевую ткань
- ОТВЕТ: А

Остеобласты это?

- А. Крупные многоядерные клетки, разрушающие костную ткань
 - В. Крупные многоядерные клетки, разрушающие хрящевую ткань
 - С. Молодые клетки, образующие костную ткань
 - Д. Молодые клетки, образующие хрящевую ткань
- ОТВЕТ: В

Низкое прикрепление уздечки верхней губы вызывает в тканях пародонта изменения:

- А. Местные
 - В. Генерализованные
 - С. Общие
 - Д. Физиологические
- ОТВЕТ: А

При смещении нижней челюсти вперед зона давления возникает:

- A. В переднем отделе сустава
- B. В заднем отделе сустава
- C. В верхнем отделе сустава
- D. Во всех отделах сустава

ОТВЕТ: A

При сочетании пародонтита и зубочелюстных аномалий показано:

- A. Только пародонтологическое лечение
- B. Предварительное удаление зубов
- C. Комплекс ортодонтических, пародонтологических, хирургических мероприятий
- D. Является противопоказанием к ортодонтическому лечению

ОТВЕТ: C

Функциями пародонта являются все, кроме:

- A. Амортизирующая
- B. Барьерная
- C. Трофическая
- D. Рецепторная

ОТВЕТ: D

Факторы, способствующие развитию локального хронического гингивита:

- A. Заболевания ЖКТ
- B. Скученность зубов
- C. Заболевания крови
- D. Экссудативный диатез

ОТВЕТ: B

Для ортодонтического лечения протрузии фронтальных зубов при пародонтите применяют всё, кроме

- A. Лигатурное связывание зубов
- B. Пластику с вестибулярной дугой
- C. Брекет-систему
- D. Активатор Френкеля 2 типа

ОТВЕТ: D

В развившейся стадии пародонтита после ортодонтического лечения необходимо применять:

- A. Временные ретенционные аппараты
- B. Постоянные шинирующие аппараты
- C. Временные шины
- D. Имmediат-протезы

ОТВЕТ: B

Цель ортодонтического этапа комплексного лечения болезней пародонта:

- A. Исправить размер и положение зубов
- B. Восстановить нормальную толщину нижней челюсти
- C. Восстановить правильное взаимоотношение элементов зубочелюстной системы
- D. Снять дополнительные факторы функциональной перегрузки пародонта

ОТВЕТ: C

Ортодонтическое лечение деформаций зубных рядов у больных с заболеванием пародонта целесообразно проводить:

- A. После снятия острых воспалительных явлений
- B. До снятия острых воспалительных явлений
- C. Во время острых воспалительных явлений
- D. Не имеет значения

ОТВЕТ: A

Частая смена ортодонтических дуг у пациентов с заболеваниями пародонта процессы дистрофии:

- A. Усиливает
- B. Приостанавливает
- C. Не влияет
- D. В начале усиливает, затем приостанавливает

ОТВЕТ: A

Для усиления действия ретрузионной вестибулярной дуги при значительной протрузии зубов 23, 22, 21, 11, 12, 13 при пародонтите дугу располагают:

- A. Ближе к режущему краю
- B. Ближе к гингивальной зоне
- C. На уровне шеек зубов
- D. Не имеет значения

ОТВЕТ: A

Ортодонтическое лечение при пародонтите можно проводить в стадии:

- A. Компенсации
- B. Декомпенсации
- C. Обострения
- D. Не имеет значения

ОТВЕТ: A

Показаниями к ортодонтическому лечению у больных с локализованным и генерализованным пародонтитом НЕ являются:

- A. Тремы и диастемы
- B. Снижение окклюзионной высоты с глубоким резцовым

перекрытием, дистальным смещением нижней челюсти

C. Глубокий прикус

D. Открытый прикус

ОТВЕТ: A

Ортодонтическое лечение деформаций зубных рядов у больных с патологией пародонта показано, если атрофия костной ткани:

A. I степени

B. II степени

C. III степени

D. IV степени

ОТВЕТ: A

Ортодонтическое перемещение зубов с функциональной недостаточностью пародонта НЕ осуществляется аппаратами:

A. Слабой силы

B. Сильнодействующими

C. Дозированной силы

D. Прерывистой силы

ОТВЕТ: B

Целями ортодонтического лечения при вторичных деформациях и аномалиях зубочелюстной системы при функциональной недостаточности пародонта является всё, кроме:

A. исправить положение зубов

B. восстановить нормальную окклюзионную высоту

C. восстановить правильное взаимоотношение элементов зубочелюстной системы

D. полностью снять нагрузку на ткани пародонта

ОТВЕТ: D

Развитию деформации зубных рядов при пародонтите способствует всё, кроме:

A. Жевательное давление

B. Подвижность зубов

C. Патология твердых тканей зубов

D. Скученность зубов

ОТВЕТ: C

Активацию ортодонтического аппарата при пародонтите проводят:

A. Через 1-2 дня

B. Через 5 дней

C. Через 10 дней

D. Не имеет значения

ОТВЕТ: C

При изготовлении съёмного ортодонтического аппарата при пародонтите между перемещаемыми зубами и базисом:

- A. Не остаётся свободного пространства
- B. Остаётся свободное пространство до 1 мм
- C. Остаётся свободное пространство более 1 мм
- D. Не имеет значения

ОТВЕТ: B

Височно-нижнечелюстной сустав - это парное сочленение, образованное нижнечелюстной и:

- A. Теменными костями
- B. Височными костями
- C. Затылочной костью
- D. Клиновидной костью

ОТВЕТ: B

Суставной диск представляет собой:

- A. Двояковыпуклую пластинку
- B. Двояковогнутую пластинку
- C. Плоскую пластинку
- D. Ассиметричную пластинку

ОТВЕТ: B

При смещении нижней челюсти вперед зона натяжения возникает:

- A. В переднем отделе сустава
- B. В заднем отделе сустава
- C. В верхнем отделе сустава
- D. В переднем отделе сустава

ОТВЕТ: B

Патология ЧЛО, приводящая к формированию перекрёстной окклюзии:

- A. Патология ВНЧС
- B. Короткая уздечка языка
- C. Макроглоссия
- D. Гипертрофия нёбных миндалин

ОТВЕТ: A

Наука, изучающая ВНЧС:

- A. Ортодонтия
- B. Ортопедия
- C. Хирургия
- D. Гнатология

ОТВЕТ: D

Суставной диск делит капсулу ВНЧС на:

- A. 3 этажа
 - B. 5 отделов
 - C. 4 отдела
 - D. 2 этажа
- ОТВЕТ: D

Функция внутрикапсулярных связок:

- A. Ограничение движений ВНЧС
- B. Питание диска
- C. Позиционирование диска
- D. Амортизация диска

ОТВЕТ: C

К основным клиническим проявлениям остеоартроза ВНЧС относят:

- A. Ограничение открывания рта, девиацию, хруст в суставе
- B. Боль, припухлость
- C. Полное отсутствие движений в суставе
- D. Деформацию лица

ОТВЕТ: A

Чем ограничена суставная ямка спереди:

- A. Каменисто-барабанной щелью
- B. Клиновидной костью
- C. Скуловым отростком
- D. Суставной бугорок

ОТВЕТ: D

При максимальном открывании рта суставные головки нижней челюсти устанавливаются _____ ската суставного бугорка:

- A. На середине
- B. У основания
- C. У вершины
- D. В нижней трети

ОТВЕТ: C

Суставная ямка является частью кости:

- A. Клиновидной
- B. Височной
- C. Верхнечелюстной
- D. Затылочной

ОТВЕТ: B

Методом профилактики перекрестной окклюзии является:

- A. исключение углеводов из рациона питания
- B. ограничение физической активности высокой интенсивности
- C. сон с запрокинутой головой

D. устранение вредных привычек

ОТВЕТ: D

Методом профилактики перекрестной окклюзии является:

A. исключение углеводов из рациона питания

B. устранение постуральных нарушений

C. применение лицевой маски Петита

D. применение аппарата Брюкля

ОТВЕТ: B

Методом профилактики перекрестной окклюзии является:

A. лечебная гимнастика

B. белковая диета

C. применение регулятора функций Френкеля II типа

D. применение аппарата Брюкля

ОТВЕТ: A

Методом профилактики перекрестной окклюзии является:

A. своевременная санация полости рта

B. белковая диета

C. сон на левом боку

D. использование аппарата Брюкля

ОТВЕТ: A

Методом профилактики перекрестной окклюзии является:

A. ношение лицевой дуги не менее 4 часов в день

B. исключение углеводов из рациона питания

C. санация ЛОР-органов

D. ношение разобщающих капп

ОТВЕТ: C

Методом профилактики перекрестной окклюзии является:

A. белковая диета

B. исключение углеводов из рациона питания

C. ношение лицевой дуги не менее 4 часов в день

D. сошлифовывание своевременно не стёршихся бугров временных зубов

ОТВЕТ: D

Методом профилактики перекрестной окклюзии не является:

A. лечебная гимнастика

B. устранение постуральных нарушений

C. исключение углеводов из рациона питания

D. устранение вредных привычек

ОТВЕТ: C

Методом профилактики перекрестной окклюзии не является:

- А. лечебная гимнастика
 - В. санация ЛОР-органов
 - С. ограничение физической активности высокой интенсивности
 - Д. сошлифовывание своевременно не стершихся бугров временных зубов
- ОТВЕТ: С

Пластиночный аппарат на верхнюю челюсть с небным пелотом используется для лечения:

- А. дистальной окклюзии
 - В. расщелины неба
 - С. мезиальной окклюзии
 - Д. перекрестной окклюзии
- ОТВЕТ: D

Для лечения 2-сторонней палатоокклюзии в раннем сменном прикусе используется:

- А. лицевая дуга
 - В. пластиночный аппарат с винтом на расширение на нижнюю челюсть
 - С. аппарат HAAS
 - Д. лицевая маска Петита
- ОТВЕТ: С

Пластиночный аппарат на верхнюю челюсть с правосторонним небным пелотом используется для лечения перекрестной окклюзии при:

- А. вынужденном смещении нижней челюсти вправо
 - В. вынужденном смещении нижней челюсти влево
 - С. вынужденном смещении верхней челюсти вправо
 - Д. вынужденном смещении верхней челюсти влево
- ОТВЕТ: В

Пластиночный аппарат на верхнюю челюсть с левосторонним небным пелотом используется для лечения перекрестной окклюзии при:

- А. вынужденном смещении нижней челюсти вправо
 - В. вынужденном смещении нижней челюсти влево
 - С. вынужденном смещении верхней челюсти вправо
 - Д. вынужденном смещении верхней челюсти влево
- ОТВЕТ: А

При перекрестной окклюзии, вызванной вынужденным смещением нижней челюсти влево, рекомендуется применение:

- А. аппарата Брюкля
- В. аппарата Pendex
- С. пластиночного аппарата на нижнюю челюсть с винтом на

расширение

D. пластиночного аппарата на верхнюю челюсть с
правосторонним небным пелотом

ОТВЕТ: D

Для лечения перекрестной окклюзии во временном прикусе
используется:

A. брекет-система с использованием техники многопетлевой
дуги

B. преортодонтический трейнер

C. лицевая дуга

D. аппарат Pendulum

ОТВЕТ: B

Для лечения перекрестной окклюзии во временном прикусе
используется:

A. аппарат Вундерера

B. аппарат Дерихсвайлера

C. перекрестная окклюзия во временном прикусе является
нормой, не требующей коррекции

D. Myobrace

ОТВЕТ: D

Для лечения перекрестной окклюзии во временном прикусе
используется:

A. LM активатор

B. регулятор функций Френкеля II типа

C. аппарат Брюкля

D. регулятор функций Френкеля IV типа

ОТВЕТ: A

Какой функциональный элемент необходимо добавить в
ортодонтический аппарат для устранения вынужденного
смещения нижней челюсти при лечении перекрестной
окклюзии?

A. винт Нугах

B. щечные щиты

C. небный пелот

D. губной бампер

ОТВЕТ: C

Какой функциональный элемент необходимо добавить в
ортодонтический аппарат для устранения вынужденного
смещения нижней челюсти при лечении перекрестной
окклюзии?

A. данную аномалию возможно скорректировать только при
помощи механических элементов

В. небный пелот
С. щечные щиты
ОТВЕТ: В

Для нормализации формы верхнего зубного ряда при лечении перекрестной окклюзии в раннем сменном прикусе используется:

А. аппарат НААС
В. аппарат Брюкля
С. аппарат Дерихсвайлера
D. регулятор функций Френкеля II типа
ОТВЕТ: А

Аппарат НААС при лечении перекрестной окклюзии используется для:

А. устранения вынужденного смещения нижней челюсти
В. устранения вынужденного смещения верхней челюсти
С. удлинения нижнего зубного ряда
D. нормализации формы верхнего зубного ряда
ОТВЕТ: D

Аппарат НААС при лечении перекрестной окклюзии используется для:

А. расширения верхней челюсти
В. дистализации вторых временных моляров нижней челюсти
С. дистализации первых постоянных моляров нижней челюсти
D. дистализации вторых временных моляров верхней челюсти
ОТВЕТ: А

Аппарат НААС при лечении перекрестной окклюзии не используется для:

А. дистализации вторых временных моляров верхней челюсти
В. расширения верхней челюсти
С. нормализации формы верхнего зубного ряда
D. опосредованного расширения нижней челюсти
ОТВЕТ: А

Винт Нугах при лечении перекрестной окклюзии в раннем сменном прикусе является составным элементом:

А. аппарата Дерихсвайлера
В. аппарата Вундерера
С. аппарата НААС
D. лицевой маски Петита
ОТВЕТ: С

Какой аппарат с внеротовой опорой может использоваться при лечении перекрестной окклюзии, вызванной функциональным

смещением нижней челюсти?

- А. лицевая дуга
- В. подбородочная праща
- С. лицевая маска Петита
- Д. лицевая маска Диляра

ОТВЕТ: В

Точками опоры подбородочной пращи при лечении перекрестной окклюзии являются:

- А. подбородок и скуловые кости
- В. подбородок и лоб
- С. подбородок и теменная область
- Д. только подбородок

ОТВЕТ: С

Расширяющая пластинка на верхнюю челюсть с небным пелотом по принципу действия является аппаратом:

- А. функциональным
- В. механическим
- С. комбинированным
- Д. одночелюстным

ОТВЕТ: С

Расширяющая пластинка на верхнюю челюсть с небным пелотом по месту расположения является аппаратом:

- А. внутриротовым
- В. внеротовым
- С. комбинированным (внеротовым + внутриротовым)
- Д. двучелюстным

ОТВЕТ: А

Расширяющая пластинка на верхнюю челюсть с небным пелотом по способу фиксации является аппаратом:

- А. двучелюстным
- В. съемным
- С. несъемным
- Д. частично съемным

ОТВЕТ: В

Расширяющая пластинка на верхнюю челюсть с небным пелотом по способу и месту действия является аппаратом:

- А. двучелюстным
- В. съемным
- С. одночелюстным
- Д. межчелюстным

ОТВЕТ: Д

Механическим элементом в расширяющей пластинке на верхнюю челюсть с небным пелотом является:

- A. небный пелот
- B. наклонная плоскость
- C. винт Нуге
- D. данный аппарат не содержит механических элементов

ОТВЕТ: C

Функциональным элементом в расширяющей пластинке на верхнюю челюсть с небным пелотом является:

- A. небный пелот
- B. винт Нуге
- C. губной бампер
- D. не содержит функциональных элементов

ОТВЕТ: A

Глубокая резцовая окклюзия является аномалией окклюзии:

- A. В сагиттальной плоскости
- B. В вертикальной плоскости
- C. В трансверзальной плоскости
- D. В вертикальной и сагиттальной плоскости

ОТВЕТ: B

Одной из причин развития глубокого прикуса является:

- A. Инфантильный тип глотания
- B. Привычка закусывания верхней губы
- C. Раннее удаление временных моляров
- D. Повреждение зон роста в области углов нижней челюсти с одной стороны

ОТВЕТ: C

Одной из причин развития глубокого прикуса является:

- A. Макродентия на верхней челюсти
- B. Привычка закусывания верхней губы
- C. Макродентия на нижней челюсти
- D. Ранняя потеря временных резцов

ОТВЕТ: A

Одной из причин развития глубокого прикуса является:

- A. Наследственность
- B. Прокладывание языка между резцами
- C. Привычка спать на одном боку
- D. Односторонняя травма акушерскими щипцами при родовспоможении

ОТВЕТ: A

Одной из причин развития глубокого прикуса является:

- A. Микроденития на нижней челюсти
 - B. Микроденития на верхней челюсти
 - C. Ранняя потеря временных резцов без изготовления протетической конструкции
 - D. Привычка выдвигать нижнюю челюсть вперед
- ОТВЕТ: A

Одной из причин развития глубокого прикуса является:

- A. Игра на скрипке
 - B. Ранняя потеря временных моляров
 - C. Наличие трем в периоде подготовки к смене временных зубов на постоянные
 - D. Привычка подкладывать руку под подбородок
- ОТВЕТ: B

К клиническим проявлениям глубокого прикуса относят:

- A. Вогнутый тип профиля
 - B. Снижение высоты нижней трети лица
 - C. Увеличение высоты нижней трети лица
 - D. Сглаженность носогубных складок
- ОТВЕТ: B

Глубокий прикус характеризуется:

- A. Зубоальвеолярным укорочением во фронтальном отделе и зубоальвеолярным удлинением в боковом отделе
 - B. Зубоальвеолярным удлинением во фронтальном отделе и зубоальвеолярным укорочением в боковом отделе
 - C. Только зубоальвеолярным укорочением во фронтальном отделе
 - D. Только зубоальвеолярным удлинением в боковом отделе
- ОТВЕТ: B

Глубокий прикус характеризуется:

- A. Зубоальвеолярным укорочением в боковом отделе
 - B. Экструзией зубов в боковом отделе
 - C. Интрузией зубов в переднем отделе
 - D. Зубоальвеолярным укорочением во фронтальном отделе и зубоальвеолярным удлинением в боковом отделе
- ОТВЕТ: A

Глубокий прикус характеризуется:

- A. Отсутствие смыкания зубных рядов по вертикали
 - B. Перекрытием нижних зубов верхними на 1/3 высоты коронки
 - C. Перекрытием нижних зубов верхними более, чем на 1/3
 - D. Перекрытием нижних зубов верхними менее, чем на 1/3
- ОТВЕТ: C

Изменения на ТРГ в боковой проекции при глубоком прикусе без сочетания с другими аномалиями прикуса:

- A. Уменьшение угла SNA
- B. Увеличение угла SNB
- C. Увеличение угла SpP/MP
- D. Уменьшение угла SpP/MP

ОТВЕТ: D

Изменения на ТРГ в боковой проекции при глубоком прикусе без сочетания с другими аномалиями прикуса:

- A. Уменьшение базального угла
- B. Увеличение угла SNB
- C. Увеличение гониального угла
- D. Увеличение угла SpP/MP

ОТВЕТ: A

Изменения на ТРГ в боковой проекции при глубоком прикусе, сочетающемся с дистальным прикусом:

- A. Увеличение гониального угла
- B. Увеличение угла SpP/MP
- C. Увеличение угла ANB
- D. Увеличение угла SNB

ОТВЕТ: C

Изменения на ТРГ в боковой проекции при глубоком прикусе, сочетанным с дистальным прикусом:

- A. Уменьшение угла SNA
- B. Уменьшение угла SNB
- C. Увеличение базального угла
- D. Увеличение угла SpP/MP

ОТВЕТ: B

Изменения на ТРГ в боковой проекции при глубоком прикусе, сочетанным с мезиальной аномалией окклюзии:

- A. Увеличение базального угла
- B. Увеличение гониального угла
- C. Уменьшение угла SNB
- D. Уменьшение угла ANB

ОТВЕТ: D

Открытый прикус – это аномалия окклюзии:

- A. В вертикальной плоскости
- B. В сагиттальной плоскости
- C. В трансверзальной плоскости
- D. В аксиальной плоскости

ОТВЕТ: A

К основным причинам вертикальной резцовой дизокклюзии относят:

- А. Ятрогенные причины, вызванные неправильным ортодонтическим лечением
- В. Вредное влияние экологических факторов окружающей среды
- С. Вредные привычки, неправильное положение языка, ротовое дыхание
- Д. Раннюю потерю временных зубов и связанную с этим задержку прорезывания постоянных моляров

ОТВЕТ: С

Наиболее характерные изменения на ТРГ при открытом прикусе:

- А. Уменьшение базального угла
- В. Уменьшение углов SNA и ANB, увеличение угла SNB
- С. Уменьшение угла нижней челюсти, уменьшение базального угла
- Д. Увеличение угла нижней челюсти, увеличение базального угла

ОТВЕТ: D

Вертикальная резцовая дизокклюзия может являться следствием:

- А. Зубоальвеолярного удлинения боковой группы зубов и зубоальвеолярного укорочения передней группы
- В. Тортоаномалии зубов
- С. Нарушения развития твердых тканей
- Д. Наличия сверхкомплектных зубов

ОТВЕТ: А

В какой период используют многопетлевую дугу (МЕАW) при лечении открытого прикуса:

- А. В раннем сменном прикусе
- В. В позднем сменном прикусе
- С. В постоянном прикусе
- Д. Во временном прикусе

ОТВЕТ: С

Активатор Андресена-Гойпля относится к аппаратам:

- А. Функциональным
- В. Активным
- С. Комбинированным
- Д. Механическим

ОТВЕТ: С

Открытый прикус не сопровождается:

- A. Уменьшением высоты нижней трети лица
 - B. Симптомом наперстка
 - C. Сглаженностью носогубных и подбородочных складок
 - D. Выпуклым профилем
- ОТВЕТ: A

Открытый прикус не сопровождается:

- A. Готическим небом
- B. Смыканием зубных рядов по вертикали
- C. Инфантильным типом глотания
- D. Симптомом наперстка

ОТВЕТ: B

Сглаженность носогубных складок свидетельствует о:

- A. Нормальном развитии
- B. Увеличении нижней трети лица
- C. Уменьшение нижней трети лица
- D. Глубоком прикусе

ОТВЕТ: B

Симптом «напёрстка» на подбородке свидетельствует о:

- A. Бруксизме
- B. Смыкании губ с напряжением
- C. Наличии у пациента глубокого прикуса
- D. Нормальном развитии зубочелюстной системы

ОТВЕТ: B

Увеличение размеров языка приводит к:

- A. Ретрузии резцов
- B. Открытому прикусу
- C. Глубокому прикусу
- D. Палатиноокклюзии

ОТВЕТ: B

Увеличение размеров языка приводит к:

- A. Формированию вертикальной резцовой дизокклюзии
- B. Сужению нижнего зубного ряда
- C. Формированию глубокой резцовой окклюзии
- D. Готическому нёбу

ОТВЕТ: A

«Аденоидный» тип лица характерен для аномалий прикуса:

- A. Мезиального
- B. Перекрестного
- C. Открытого
- D. Глубокого

ОТВЕТ: C

Возможная причина возникновения вертикальной резцовой дизокклюзии:

- A. Сон с запрокинутой головой
- B. Нарушение функции языка
- C. Прикусывание щеки
- D. Подкладывание руки под щеку

ОТВЕТ: B

Вредная привычка прокладывания языка между зубами приводит к:

- A. Глубокой резцовой окклюзии
- B. Открытому прикусу
- C. Сужению нижнего зубного ряда
- D. Сужению верхнего зубного ряда

ОТВЕТ: B

Причиной, вызывающей открытый прикус, является:

- A. Привычка спать на одном боку
- B. Рахит
- C. Разрушение коронок боковых зубов вследствие осложненного кариеса
- D. Привычка закусывания верхней губы

ОТВЕТ: B

Наличие сглаженной супраментальной борозды свидетельствует о:

- A. Дистальной окклюзии
- B. Перекрестной окклюзии
- C. Глубоком прикусе
- D. Открытом прикусе

ОТВЕТ: D

Привычка прокладывания языка между зубами нуждается в:

- A. Профилактических мероприятиях
- B. Хирургическом лечении
- C. Лечебных мероприятиях
- D. Наблюдении

ОТВЕТ: A

Выберите синоним открытого прикуса:

- A. Вертикальная резцовая дизокклюзия
- B. Глубокая резцовая окклюзия
- C. Мезиальная окклюзия
- D. Трансверзальная резцовая окклюзия

ОТВЕТ: A

Этиология открытого прикуса:

- A. Подкладывания кулака под щеку во время сна
- B. Укорочение уздечки языка, когда язык занимает межзубное положение
- C. Наличие множественного кариеса
- D. Привычка закусывания нижней губы

ОТВЕТ: B

Пластику уздечки языка при открытом прикусе следует проводить:

- A. Во временном прикусе
- B. В постоянном прикусе
- C. В раннем сменном прикусе
- D. В позднем сменном прикусе

ОТВЕТ: A

С целью диагностики открытого прикуса проводят:

- A. Прицельную рентгенографию
- B. МРТ ВНЧС
- C. ТРГ в боковой проекции
- D. КТ ВНЧС

ОТВЕТ: C

К причинам развития открытого прикуса можно отнести:

- A. Ранняя потеря жевательной группы зубов
- B. Макроглоссию
- C. Несвоевременно стершиеся бугры временных клыков
- D. Привычка прикусывать верхнюю губу

ОТВЕТ: B

Вертикальная щель между резцами измеряется

- A. От режущего края верхних резцов до режущего края нижних
- B. От режущего края верхних резцов до пришеечной части нижних
- C. От экватора верхних резцов до экватора нижних резцов
- D. От пришеечной части верхних резцов до режущего края нижних

ОТВЕТ: A

Увеличение нижней трети лица, сглаженность носогубных складок, приоткрытый рот характерны для:

- A. мезиального прикуса
- B. дистального прикуса
- C. перекрестного прикуса
- D. открытого прикуса

ОТВЕТ: D

Мезиальный прикус соответствует:

- A. 4 классу по Энгля
- B. 3 классу по Энгля
- C. I классу по Энгля
- D. 2 классу 1 подклассу по Энгля

ОТВЕТ: B

При мезиальной окклюзии мезиальный щечный бугорок _____ верхнего первого моляра расположен _____ межбугровой фиссуры _____ нижнего первого моляра:

- A. временного; позади; временного
- B. временного; кпереди; временного
- C. постоянного; кпереди; постоянного
- D. постоянного; позади; постоянного

ОТВЕТ: D

Мезиальный прикус соответствует:

- A. III классу по Энгля
- B. II классу 1 подклассу по Энгля
- C. I классу по Энгля
- D. II классу 2 подклассу по Энгля

ОТВЕТ: A

Мезиальный щечный бугорок постоянного верхнего первого моляра расположен позади межбугровой фиссуры постоянного нижнего первого моляра. Это соответствует прикусу:

- A. дистальному
- B. мезиальному
- C. глубокому
- D. нейтральному

ОТВЕТ: B

III класс по Энгля соответствует термину:

- A. дистальный прикус
- B. открытый прикус
- C. мезиальный прикус
- D. глубокий прикус

ОТВЕТ: C

Мезиальный щечный бугорок постоянного верхнего первого моляра расположен позади межбугровой фиссуры постоянного нижнего первого моляра. Это соответствует:

- A. I классу Энгля
- B. II классу Энгля
- C. III классу Энгля
- D. IV классу Энгля

ОТВЕТ: C

При III классе по Энгля мезиальный щечный бугорок _____
верхнего первого моляра расположен _____ межбугровой
фиссуры _____ нижнего первого моляра:

- A. временного; позади; временного
- B. постоянного; позади; постоянного
- C. постоянного; кпереди; постоянного
- D. временного; кпереди; временного

ОТВЕТ: B

Сосание нижней губы не является этиологическим фактором
для:

- A. мезиального прикуса
- B. дистального прикуса
- C. открытого прикуса
- D. протрузии верхних резцов

ОТВЕТ: A

Срединная линия постоянного клыка верхней челюсти
проецируется позади первого премоляра нижней челюсти. Это
соответствует прикусу:

- A. мезиальному
- B. нейтральному
- C. дистальному
- D. глубокому

ОТВЕТ: A

При мезиальной окклюзии срединная линия _____ клыка
верхней челюсти проецируется _____ от первого премоляра
нижней челюсти:

- A. постоянного; спереди
- B. временного; позади
- C. постоянного; позади
- D. временного; спереди

ОТВЕТ: C

Срединная линия постоянного клыка верхней челюсти
проецируется позади первого премоляра нижней челюсти. Это
соответствует _____ классу по Энгля:

- A. I
- B. III
- C. IV
- D. II

ОТВЕТ: B

Удлинение нижнего зубного ряда и укорочение верхнего
зубного ряда чаще наблюдается при прикусе:

- А. мезиальном
 - В. глубоком
 - С. открытом
 - Д. дистальном
- ОТВЕТ: А

Прогнатия нижней челюсти в сочетании с микрогнатией верхней челюсти является признаком окклюзии:

- А. дистальной
 - В. глубокой
 - С. открытой
 - Д. мезиальной
- ОТВЕТ: D

Прогнатия нижней челюсти в сочетании с ретрогнатией верхней челюсти является признаком окклюзии:

- А. дистальной
 - В. глубокой
 - С. открытой
 - Д. мезиальной
- ОТВЕТ: D

Укорочение верхнего зубного ряда чаще наблюдается при прикусе:

- А. мезиальном
 - В. глубоком
 - С. открытом
 - Д. дистальном
- ОТВЕТ: А

Макрогнатия нижней челюсти в сочетании с ретрогнатией верхней челюсти является признаком окклюзии:

- А. глубокой
 - В. дистальной
 - С. мезиальной
 - Д. перекрестной
- ОТВЕТ: С

Макрогнатия нижней челюсти в сочетании с микрогнатией верхней челюсти является признаком окклюзии:

- А. глубокой
 - В. мезиальной
 - С. дистальной
 - Д. перекрестной
- ОТВЕТ: В

Морфологические нарушения на уровне отдельных зубов при

мезиальном прикусе:

- A. мезиальное смещение верхних боковых зубов
- B. мезиальное смещение нижних боковых зубов
- C. дистальное смещение нижних боковых зубов
- D. зубоальвеолярное укорочение боковой группы зубов

ОТВЕТ: B

Морфологические нарушения на уровне зубных рядов, характерные для мезиального прикуса:

- A. расширение верхнего зубного ряда
- B. удлинение и расширение верхнего зубного ряда
- C. удлинение верхнего зубного ряда
- D. удлинение нижнего зубного ряда и укорочение верхнего зубного ряда

ОТВЕТ: D

Морфологические нарушения на уровне зубных рядов, характерные для мезиального прикуса:

- A. расширение верхнего зубного ряда
- B. укорочение верхнего зубного ряда
- C. удлинение верхнего зубного ряда
- D. сужение нижнего зубного ряда

ОТВЕТ: B

Морфологические нарушения на уровне челюстей, характерные для мезиального прикуса:

- A. прогнатия верхней челюсти
- B. антеинклинация верхней челюсти
- C. микрогнатия нижней челюсти
- D. макрогнатия нижней челюсти

ОТВЕТ: D

Морфологические нарушения на уровне челюстей, характерные для мезиального прикуса:

- A. прогнатия нижней челюсти
- B. ретроинклинация нижней челюсти
- C. прогнатия верхней челюсти
- D. макрогнатия верхней челюсти

ОТВЕТ: A

Морфологические нарушения на уровне челюстей, характерные для мезиального прикуса:

- A. ретроинклинация нижней челюсти
- B. микрогнатия верхней челюсти
- C. прогнатия верхней челюсти
- D. макрогнатия верхней челюсти

ОТВЕТ: B

Термин, обозначающий перекрытие верхних резцов нижними с сохранением контакта между зубами, называется:

- A. прямая резцовая окклюзия
- B. обратная резцовая дизокклюзия
- C. обратная резцовая окклюзия
- D. обратная фронтальная дизокклюзия

ОТВЕТ: C

Термин, обозначающий перекрытие верхних резцов нижними без сохранения контакта между зубами, называется:

- A. прямая резцовая окклюзия
- B. обратная резцовая дизокклюзия
- C. обратная резцовая окклюзия
- D. обратная фронтальная окклюзия

ОТВЕТ: B

Выпуклый профиль свидетельствует о:

- A. Наличии мезиальной окклюзии
- B. Нормальном развитии
- C. Дистальной окклюзии
- D. Формировании диастемы

ОТВЕТ: C

К дистальной окклюзии приводят:

- A. Макрогнатия верхней челюсти, микрогнатия нижней челюсти
- B. Микрогнатия верхней челюсти, микрогнатия верхней челюсти
- C. Ретрогнатия верхней челюсти
- D. Прогнатия нижней челюсти

ОТВЕТ: A

Уменьшение объема дыхательных путей бывает при:

- A. Вертикальной резцовой дизокклюзии
- B. Глубоком прикусе
- C. Дистальном положении нижней челюсти
- D. Мезиальном положении нижней челюсти

ОТВЕТ: C

Выпуклый профиль свидетельствует о:

- A. Ретроположении нижней челюсти
- B. Нормальном развитии
- C. Перекрестном прикусе
- D. Формировании диастемы

ОТВЕТ: A

Выпуклый профиль свидетельствует о:

- A. Нормальном развитии
- B. Наличии у пациента 3 класса Энгля
- C. Наличии у пациента 2 класса Энгля (1 подклассе)
- D. Формировании диастемы

ОТВЕТ: C

Верхняя губа выступает вперед, подбородок смещен назад, верхние резцы располагаются на нижней губе. Лицевые признаки соответствуют:

- A. Дистальной окклюзии
- B. Мезиальной окклюзии
- C. Вестибулоокклюзии
- D. Лингвоокклюзии

ОТВЕТ: A

Верхняя губа выступает вперед, подбородок смещен назад, верхние резцы располагаются на нижней губе. Лицевые признаки соответствуют:

- A. 2 классу Энгля, 1 подклассу
- B. 2 классу Энгля, 2 подклассу
- C. 3 классу Энгля
- D. 1 классу Энгля

ОТВЕТ: A

Второй класс второй подкласс по Энгля как правило сочетается:

- A. С открытым прикусом
- B. С глубокой резцовой окклюзией
- C. С обратной резцовой окклюзией
- D. С обратной резцовой дизокклюзией

ОТВЕТ: B

Второй класс Энгля соответствует:

- A. Дистальной окклюзии
- B. Мезиальной окклюзии
- C. Открытому прикусу
- D. Перекрёстному прикусу

ОТВЕТ: A

Второй подкласс второго класса Энгля характеризуется:

- A. Скученностью верхних резцов
- B. Протрузией верхних резцов
- C. Ретрузией верхних резцов
- D. Протрузией нижних резцов

ОТВЕТ: C

Гнойный отит у ребенка в 2х летнем возрасте может привести к:

- A. Нарушению роста верхней челюсти
- B. Резкому недоразвитию нижней челюсти
- C. Формированию ротового типа дыхания
- D. Формированию готического неба

ОТВЕТ: B

Дистальная окклюзия – это аномалия окклюзии:

- A. В вертикальной плоскости
- B. В сагиттальной плоскости
- C. В трансверзальной плоскости
- D. В сагиттальной и трансверзальной плоскостях

ОТВЕТ: B

Дистальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов:

- A. Верхней челюсти вперед
- B. Верхней челюсти назад
- C. Нижней челюсти вперед
- D. Смещение зубов не происходит

ОТВЕТ: A

Для дистальной окклюзии характерно:

- A. Верхний зубной ряд смещен вперед по отношению к нижнему или нижний зубной ряд смещен назад по отношению к верхнему
- B. Верхний зубной ряд смещен назад по отношению к нижнему или нижний зубной ряд смещен вперед по отношению к верхнему
- C. Боковой сегмент верхнего зубного ряда располагается впереди такого сегмента нижнего зубного ряда
- D. Формирование сагиттальной щели в переднем участке

ОТВЕТ: A

Укажите ведущие клинические признаки дистального (постериального) прикуса

- A. Сужение зубных рядов
- B. Краевое смыкание резцов
- C. Наличие сагиттальной щели
- D. Соотношение первых постоянных моляров по II классу Энгля

ОТВЕТ: D

Если ребенок длительное время сосал большой палец, то вероятнее всего у него сформируется:

- A. Зубоальвеолярная форма дистальной окклюзии
- B. Макрогнатия верхней челюсти

С. Микрогнатия нижней челюсти
D. Ретрогнатия нижней челюсти
ОТВЕТ: А

К причинам развития дистальной окклюзии можно отнести:
А. Микрогнатию нижней челюсти
В. Макрогнатию нижней челюсти
С. Макрогнатию верхней и нижней челюсти
D. Микрогнатию верхней и нижней челюсти
ОТВЕТ: А

Классификация Энгля позволяет
А. Смыкание зубных рядов в сагиттальной, вертикальной, трансверзальной плоскостях
В. Смыкание первых моляров
С. Функциональное состояние мышц
D. Сроки, размеры и количество при развитии зубов, челюстных костей
ОТВЕТ: В

Первый и второй подклассы 2 класса Энгля различаются положением:
А. Резцов
В. Клыков
С. Премоляров
D. Моляров
ОТВЕТ: А

Первый подкласс второго класса Энгля характеризуется:
А. Скученностью верхних резцов
В. Протрузией верхних резцов
С. Ретрузией верхних резцов
D. Протрузией нижних резцов
ОТВЕТ: В

При проведении функциональной пробы Эшлера-Биттнера профиль лица улучшается, если у пациента имеется:
А. Прогнатия верхней челюсти
В. Прогнатия нижней челюсти
С. Макрогнатия верхней челюсти
D. Ретрогнатия нижней челюсти
ОТВЕТ: D

Дистальное положение зуба – это смещение зуба:
А. Вперед по зубной дуге
В. Назад по зубной дуге
С. В сторону нёба

D. В сторону языка

ОТВЕТ: B

Уменьшение параметров Pg-Go характерно для окклюзии:

A. Физиологической

B. Дистальной

C. Мезиальной

D. Лингвоокклюзии

ОТВЕТ: B

Увеличение угла SNA характерно для окклюзии:

A. Физиологической

B. Дистальной

C. Мезиальной

D. Обратной резцовой

ОТВЕТ: B

Уменьшение угла SNB характерно для окклюзии:

A. Физиологической

B. Мезиальной

C. Обратной резцовой

D. Дистальной

ОТВЕТ: D

Увеличение параметров Ar-Sna характерно для окклюзии:

A. Физиологической

B. Дистальной

C. Мезиальной

D. Лингвоокклюзии

ОТВЕТ: B

Уменьшение параметров Pg-Go характерно для окклюзии:

A. Физиологической

B. Дистальной

C. Мезиальной

D. Лингвоокклюзии

ОТВЕТ: B

Нижняя макрогнатия характеризуется увеличением:

A. Ar-Snp

B. Pg-Go

C. N-Se

D. Co-Go

ОТВЕТ: B

Угол SNA это:

A. Положение базиса верхней челюсти относительно основания

черепа

В. Положение базиса нижней челюсти

С. Положение базисов челюстей относительно друг друга.

Д. Показывает сагиттальное взаимоотношение челюстей

ОТВЕТ: А

Угол SNB это:

А. Положение базиса верхней челюсти относительно основания черепа

В. Положение базиса нижней челюсти

С. Положение базисов челюстей относительно друг друга.

Д. Показывает сагиттальное взаимоотношение челюстей

ОТВЕТ: В

Угол ANB это:

А. Положение базиса верхней челюсти относительно основания черепа

В. Положение базиса нижней челюсти относительно основания черепа

С. Показывает вертикальное взаимоотношение челюстей

Д. Положение базисов челюстей относительно друг друга.

ОТВЕТ: D

Угол SNA в норме составляет:

А. 80

В. 82

С. 85

Д. 74

ОТВЕТ: В

Угол SNB в норме составляет

А. 82

В. 85

С. 80

Д. 74

ОТВЕТ: С

Угол ANB в норме составляет

А. 6

В. 12

С. 8

Д. 2

ОТВЕТ: D

Угол SpP\Mr в норме составляет

А. 25

В. 32

С. 15

D. 7

ОТВЕТ: A

Угол SpP\NSL в норме составляет

A. 25

B. 32

C. 80

D. 7

ОТВЕТ: D

Угол Mr\NSL в норме составляет

A. 25

B. 32

C. 15

D. 7

ОТВЕТ: B

Укажите расположение нижней челюсти новорожденного:

A. Нейтральное

B. Дистальное

C. Мезиальное

D. Нормальное

ОТВЕТ: B

Какие из перечисленных признаков оптимально характеризуют смыкание зубов в центральной окклюзии в постоянном прикусе?

A. Каждый зуб имеет по одному антагонисту

B. Каждый зуб имеет по два антагониста

C. Каждый зуб имеет по два антагониста за исключением вторых резцов и вторых моляров

D. Каждый зуб имеет по два антагониста за исключением центральных нижних резцов и последних верхних моляров

ОТВЕТ: D

Нижняя челюсть новорожденного расположена дистальнее верхней на расстоянии:

A. До 5 мм

B. До 10 мм

C. До 14 мм

D. До 20 мм

ОТВЕТ: C

Вопросы к экзамену по ортодонтии

1. Эмбриональный период развития зубочелюстной системы, основные этапы.

Ответ: Внутриутробный период.

На 3 неделе эмбрионального развития образуются I, II, III, IV жаберные щели. Между которыми обособляются I, II, III, IV жаберные дуги.

Жаберные дуги:

- I. 1-я пара- мандибулярные.
- II. 2-я пара- гиоидные- дают начало подъязычной кости.
- III. 3-я пара участвует в образовании хряща гортани.
- IV. 4-я пара впоследствии редуцируется.

Мандибулярные жаберные дуги дают начало пяти отросткам, окружающих вход в ротовую ямку:

- одного лобного
- двух верхнечелюстных
- двух нижнечелюстных.

На 4 неделе на ротовой поверхности челюстной дуги возникают три возвышения, которые увеличиваются, сливаются и образуют язык.

На 6-7 неделе происходит разделение ротовой и носовой полостей. Закладываются подчелюстные слюнные железы. Завершаются процессы формирования лицевого скелета.

На 7 неделе закладываются временные зубы.

На внутренней поверхности верхнечелюстных отростков образуются небные отростки.

В ходе дальнейшего развития в боковых отделах лобного отростка образуются носовые отростки- медиальные и латеральные.

Верхнечелюстные отростки, интенсивно развиваясь, срастаются между собой и с медиальными носовыми, формируя верхнюю челюсть и верхнюю губу головы зародыша человека.

Нижняя челюсть и нижняя губа образуются за счет сращения нижнечелюстных отростков (на 10 неделе).

Развивается нижняя челюсть как парная кость; две половины затем срастаются на первом году жизни ребенка.

На 6-й и 7-й неделе эмбрионального развития наблюдается высокое положение языка и прогнатическое соотношение челюстей (про-вперед, гнатион-челюсть). В это время верхняя челюсть перекрывает нижнюю.

На 12 неделе язык опускается книзу и начинает стимулировать рост нижней челюсти. Соотношение челюстных костей становится прогеническим (про-вперед, генус-подбородок).

К моменту рождения ребенка развитие верхней челюсти происходит интенсивнее.

Недоразвитие нижней челюсти, наблюдающееся в норме у здорового новорожденного, называется младенческой ретрогенией (ретро-назад, генус-подбородок). Младенческая ретрогения имеет важное физиологическое

значение: недоразвитие нижней челюсти и элементов височно-нижнечелюстных суставов облегчает прохождение ребенка по родовым путям.

2. Морфологическая и функциональная характеристика фаз сменного прикуса.

Ответ: Период сменного (смешанного) прикуса (с 6 до 12 лет)

- Сменный прикус – понятие клиническое, а не анатомическое, в течении которого происходит замена временных зубов постоянными.
- Сохраняется волнообразность процесса роста челюстей, зависящая от развития, роста и прорезывания постоянных зубов.

Ранний сменный прикус (6- 9 лет).

- Наиболее активный рост челюстей наблюдается с 6 до 7.5 лет.
- Происходит второе физиологическое повышение прикуса. Это обусловлено прорезыванием первых моляров.
- Под давлением растущей вперед нижней челюсти, на верхней челюсти увеличиваются тремы, что способствует повышению прикуса и установлению в зубной ряд прорезывающихся постоянных резцов, больших по размеру, чем молочные.
- Прорезываются 4 резца и постоянные моляры на верхней и нижней челюсти.
- Задержка временного зуба в зубной дуге – диагностический признак нарушения прорезывания постоянного зуба.
- Прорезывающийся зуб находится под воздействием функциональной нагрузки – давления губ, языка, щек, что влияет на формирование зубного ряда.

Поздний сменный прикус (9-12) лет.

- Рост тела челюсти значительно замедляется, отмечается активный рост альвеолярных отростков в вертикальном направлении. Это обусловлено формированием корней резцов и первых постоянных моляров.
- С прорезыванием постоянных клыков связано третье физиологическое повышение прикуса.
- На верхней челюсти прорезываются:

- 9 лет- первые премоляры
- 10-11 лет- клыки и вторые премоляры.

На нижней челюсти прорезываются:

- 9 лет- клыки
- 10 лет- первые премоляры,
- 11 лет- вторые премоляры

3. Морфологическая и функциональная характеристика периода от рождения ребенка до начала прорезывания зубов.

Ответ: Период от рождения ребёнка до начала прорезывания временных зубов (от рождения до 6 месяцев)

- Развитие происходит под влиянием функций дыхания, глотания и сосания.
- При естественном вскармливании превалирует сосательный рефлекс, который способствует развитию нижней челюсти.
- Мышцы челюстно-лицевой области принимают участие в акте сосания.
- В беззубом рте новорожденного выражены десневые валики, имеющие полукруглую форму.
- Нижняя челюсть расположена дистальнее верхней в пределах 1,4 см
- Имеется небольшая вертикальная щель до 2,5 мм.
- Элементы височно-нижнечелюстных суставов не выражены, что дает возможность осуществлять значительные переднезадние перемещения нижней челюсти.

4. Морфологическая и функциональная характеристика периода формирующегося временного прикуса.

Ответ: Период формирования временного прикуса (с 6 месяцев до 3.5 лет)

- Прорезывание временных зубов начинается с 6 месяцев и заканчивается к 2,5 годам, но формирование корней зубов продолжается до 3-3,5 лет.
- Прорезывание первых временных зубов до 4 месяцев считается преждевременным, после 1 года-запоздалым. Всего прорезывается 20 временных зубов.

Порядок и сроки прорезывания временных зубов

51, 61, 71, 81-----6-8 мес

52, 62, 72, 82-----8-12 мес

53, 63, 73, 83-----12-16 мес

54, 64, 74, 84-----16-20 мес

55, 65, 75, 85-----20-30 мес

- При прорезывании первых временных моляров (1,5 года) происходит первое физиологическое повышение прикуса.

5. Морфологическая и функциональная характеристика периода сформированного временного прикуса.

Ответ: Период сформированного временного прикуса (с 3.5 лет до 4 лет).

- Дистальные (задние) поверхности временных зубов располагаются в одной вертикальной плоскости. Это связано с тем, что, как правило, коронки нижних временных моляров шире верхних на 2 мм.
- Минимальное перекрытие во фронтальном отделе. В области боковых зубов отмечается плотное фиссурно-бугровое смыкание. Зубные ряды

имеют форму полукруга. Временный прикус формируется с тремами и без трем.

- Отсутствие трем- неблагоприятный признак, являющийся фактором риска, т.к. в отсутствие трем в 4 раза чаще встречается скученность фронтального отдела зубных рядов в периоде раннего сменного прикуса

6. Морфологическая и функциональная характеристика периода подготовки к смене временных зубов на постоянные.

Ответ: Период подготовки к смене временных зубов на постоянные (с 4 до 6 лет).

- Наблюдается активный рост челюстных костей, появляются физиологические тремы и диастемы
- происходит рассасывание корней временных зубов и активный рост в позадимоларной области
- физиологическая стираемость режущих краев и жевательных поверхностей зубов способствует выдвижению нижней челюсти и формированию «прямой скользящей окклюзии»
- дистальные поверхности вторых временных моляров образуют мезиальную ступень.
- заканчивается формирование элементов височно-нижнечелюстных суставов;
- нижняя челюсть в результате активного роста смещается вперед;
- превалирует функция жевания

7. Морфологическая и функциональная характеристика постоянного прикуса. Ортогнатический прикус.

Ответ: Период постоянного прикуса.

Формирующийся постоянный прикус (с 12 до 18 лет).

Происходит прорезывание вторых и третьих постоянных моляров, сопровождающееся активным ростом альвеолярных отростков.

Наблюдается замедление процесса роста челюстей: рост особенно активен с 12 до 13.5 лет, замедляющийся в 13.5 –15 лет, стихающий к 16.5 - 18 годам.

Доформировывающийся постоянный прикус (18 лет - 24 года).

Челюсти достигают максимальной длины во время прорезывания третьих постоянных моляров.

Отсутствие этих зубов в зубном ряду после 21 года, при наличии зачатков, свидетельствует о недостаточном росте челюстей в длину. Активное прорезывание зубов продолжается вместе с их мезиальным перемещением.

Сформированный постоянный прикус.

С установление в прикусе постоянных зубов процессы формирования и перестройки кости замедляются, но не прекращаются.

Мезиальное перемещение зубов продолжается в течении жизни человека по мере стирания их контактирующих боковых поверхностей.

Для физиологического прикуса постоянных зубов характерны следующие признаки:

Правильная форма зубного ряда: верхний—полуэллипс, нижний - парабола.

По вертикали:

- верхние боковые зубы перекрывают нижние на глубину продольной фиссуры, имеются плотные фиссурно-бугровые контакты
- верхние резцы перекрывают нижние на $\frac{1}{3}$ коронки.

По сагиттали:

- «Ключ окклюзии» в боковом отделе: мезиально-щечный бугор первого верхнего моляра находится в поперечной фиссуре первого нижнего моляра.
- Каждый зуб имеет два антагониста (кроме 18, 28 и 31, 32, 41, 42, которые имеют по одному антагонисту).
- Во фронтальном отделе между верхними и нижними резцами режуще-бугорковый контакт.
- Отсутствие сагиттальной щели

По трансверзали:

- Средние линии, проходящие между центральными резцами, совпадают между собой и со средней линией лица.
- Небные бугорки верхних боковых зубов находятся в продольной фиссуре нижних.
- На верхней челюсти зубной ряд больше альвеолярной дуги, альвеолярная больше базальной дуги, на нижней челюсти- обратные взаимоотношения.
- Верхние зубы наклонены вестибулярно, а нижние располагаются отвесно.
- Высота коронок уменьшается от центральных резцов к молярам (исключая клыки), это формирует правильную окклюзионную плоскость.
- Зубы плотно контактируют апроксимальными поверхностями.

8. Методы обследования ортодонтических пациентов. Клиническое обследования.

Ответ: 1. Опрос

2. Внешний осмотр (осмотр лица и фигуры)

3. Осмотр полости рта

Опрос

- паспортные данные пациента;
- жалобы пациента;
 - Эстетические нарушения
 - Функциональные нарушения (жевание, откусывание, речь)
- Повреждение слизистой оболочки, тканей пародонта
- дискомфорт при смыкании зубов;

- дискомфорт, боль в мышцах (жевательных, височных);
- дискомфорт при жевании, глотании и звукопроизношении;
- боль, шумовые явления в области височно-нижнечелюстных суставов (в покое, при опускании нижней челюсти, при жевании);
- болезненность при движениях нижней челюсти
- общемедицинский и стоматологический анамнез;
 - состояние здоровья матери во время беременности, течение родов,
 - состояние ребенка при рождении,
 - способ и сроки вскармливания,
 - состояние здоровья ребенка, перенесенные заболевания,
 - прорезывание молочных зубов,
 - когда ребенок начал ходить, говорить,
 - положение ребенка во время сна,
 - наличие вредных привычек,
 - причины и время преждевременной потери зубов,
 - начало смены молочных зубов и сроки прорезывания постоянных зубов.

Местный анамнез:

- проводилось ли ранее стоматологические манипуляции (хирургические, терапевтические, протетические, ортодонтические)
- наличие и причина потери зубов, подвижности зубов, кровоточивости десен, наличие и проявление бруксизма.
- физический ростовой статус; у пациентов, находящихся на этапе пубертатного скачка скелетного роста. Необходимо установить, насколько интенсивно растет ребенок в последнее время, имеются ли признаки полового созревания. Данные сведения помогают спланировать ортодонтическое лечение по времени и методу, дают возможность оценить прогноз развития патологии.
- мотивация пациента к лечению, его ожидания и другие социальные факторы.

Внешний осмотр

Общий

1. Телосложение;
2. Осанка;
3. Походка;
4. Поведенческие реакции;
5. Наличие ярко выраженных асимметрий;
6. Изменение цвета кожных покровов.

Осмотр лица - оценка фациальной эстетики, выявление так называемых "лицевых признаков" зубочелюстно-лицевой аномалии.

Осмотр в фас

- 1) Тип лица в фас (узкое, широкое, нормальное)
- 2) Симметричность левой и правой половин лица, симметрию положения зубов относительно средней линии лица.
- 3) Пропорциональность лица по вертикали: (три трети, верхняя губа составляет одну треть нижней части)
 - увеличение высоты нижней трети лица

— снижение высоты нижней трети лица

Осмотр в профиль

1) Форма профиля:

- Прямой
- Выпуклый
- Вогнутый

2) Вертикальные пропорции:

- величина угла нижней челюсти
- ход края нижней челюсти

3) Профиль губ относительно эстетической линии Ricketts, величина назолабиального угла

4) Выраженность подбородка

5) Оценка положения губ (смыкание, несмыкание, выступают, западают, в норме)

6) Выступление резцов (протрузия, ретрузия)

7) Оценка мягких тканей лица:

- толщина губ
- выраженность носогубных и подбородочной складок наличие гипертонуса мышц лица («симптом наперстка» на подбородке)

Пальпация мышц челюстно-лицевой области осуществляется для выявления уплотнений мышц, асимметрии активности мышц при смыкании зубных рядов, обнаружения триггерных (пусковых) зон при болевых синдромах, болезненных участков мышц.

Пальпация ВНЧС осуществляется для выявления болевых ощущений и шумовых явлений в области суставов. Так же при клиническом обследовании ВНЧС оценивают степень открывания рта, наличие и характер девиаций нижней челюсти.

Осмотр полости рта

1. Осмотр зубов (зубная формула),

2. Осмотр зубных рядов, альвеолярных отростков и определение вида прикуса, окклюзии зубных рядов,

3. Расположение уздечек верхней и нижней губ, языка

4. Расположение и размер языка, изучение конфигурации неба.

- уздечка верхней губы в норме должна прикрепляться в области средней трети альвеолярного отростка.

- подвижная слизистая в области нижней губы должна прикрепляться примерно на 5мм ниже десневого края.

- уздечка языка не должна ограничивать его подвижности.

Далее переходят к осмотру зубов. Оценивают дентальный возраст пациента, состояние твердых тканей, наличие или отсутствие каких-либо зубов.

Проводят предварительную оценку формы зубных дуг, аномалий отдельных зубов.

Следующим шагом является предварительная оценка окклюзии зубов.

Пациента просят сомкнуть зубы в привычной окклюзии, оценивают смыкание во фронтальном и боковых участках в трех направлениях, величину сагиттальной щели и вертикального перекрытия. Более подробное

изучение зубных дуг и окклюзии проводят по контрольно-диагностическим моделям.

После опроса пациента и проведения клинического обследования ставится предварительный диагноз и далее переходят к изучению диагностических данных, полученных в результате проведения специальных методов обследования.

9. Специальные методы обследования в ортодонтии. Антропометрия головы и лица пациента.

Ответ: При изучении эстетики лица пользуются тремя ориентировочными плоскостями: срединно-сагиттальной, ухоголазничной и фронтальной. Все они расположены друг к другу взаимно перпендикулярно и условно пересекают голову через определённые ориентиры. Антропометрические параметры определяются рядом вертикальных, горизонтальных и угловых величин.

Вертикальные параметры.

На лице выделяют физиономическую (от точки tr - трихион до точки gn - гнатион) и морфологическую (от точки n - назион до точки gn - гнатион) высоту. При оценке гармоничности в области лица выделяют верхнюю часть – от границы волосистой части лба (точка - трихион), до точки орh - офрион. Средняя – от точки орh (офрион) до точки sn (субназале). Нижняя часть лица расположена между точками sn (субназале) и gn (гнатион). При этом только средняя часть лица имеет относительно стабильные размеры, нижняя зависит от высоты прикуса, верхняя – от выраженности волосяного покрова на голове. Горизонтальные параметры.

Чаще всего исследуются горизонтальные параметры:

- а) наибольшая ширина головы (eu-eu);
- б) лобная ширина лица (ft-ft);
- в) скуловая ширина лица (zy-zy);
- г) бигониальная ширина лица (go-go).

Форма лица.

Форма и размеры лица, определяются по соотношению вертикальных и горизонтальных параметров.

Гарсон (1910) предложил вычислять морфологический индекс лица – это процентное соотношение морфологической высоты лица к наибольшей скуловой ширине:

$$(n-gn / zy-zy) \cdot 100 \%$$

n-Назион – наиболее выраженное углубление между лбом и носом

gn-Гнатион – наиболее нижняя точка подбородка

скуловая ширина лица (zy-zy);

Автор выделил 5 типов лица:

- 1 – очень широкое лицо – значение индекса составляет менее 78,9 %;
- 2 – широкое лицо – 79,0-83,9 %;
- 3 – среднее лицо – 84,0-87,9 %;
- 4 – узкое лицо – 88-92,9 %;
- 5 – очень узкое лицо – 93,0 % и более.

Форму лица в фас установили, изучая отношения морфологической высоты лица к его скуловой ширине с учётом конвергенции его боковых частей. По этим признакам выделили 4 основные формы лица:

1. Прямоугольная форма – когда морфологическая высота лица превосходит его скуловую ширину, а касательные к боковому контуру головы (eu-go) параллельны между собой или конвергируют незначительно до 30 %.
2. Квадратная форма – при равном или меньшем значении морфологической высоты по отношению к скуловой ширине, при параллельных касательных к боковому контуру головы.
3. Треугольная форма – при которой касательная к боковому контуру головы резко конвергируют книзу (угол наклона больше 30%).
4. Ромбовидная форма – при которой касательные к боковому контуру головы конвергируют между собой на уровне скуловых дуг.

10. Специальные методы обследования в ортодонтии. Измерения контрольно-диагностических моделей.

Ответ: Метод Тонна – позволяет определить взаимоотношение размеров зубов.

Взаимоотношение размеров постоянных резцов верхней и нижней челюстей определяют по индексу Тонна, который в норме равен 1,33.

$$\frac{\text{Сумма ширины 4 верхних резцов}}{\text{Сумма ширины 4 нижних резцов}} = \frac{4}{3} = 1,33$$

Метод Пона – позволяет определить трансверсальные размеры зубных рядов в период прикуса постоянных зубов, которая основана на зависимости между суммой мезиодистальных размеров 4 верхних резцов и расстоянием между первыми премолярами и первыми молярами на верхней и нижней челюстях. С этой целью Пон предложил точки измерения, которые при смыкании зубов верхней и нижней челюстей совпадают, следовательно, ширина их зубных рядов одинакова.

В области первых премоляров ширину зубного ряда, согласно Пону, измеряют:

- на верхней челюсти – между точками в середине межбугровой фиссуры;
- на нижней челюсти – между дистальными контактными точками на скате щечных бугров.

В области первых постоянных моляров ширину зубного ряда измеряют:

- на верхней челюсти – между точками в передних углублениях продольной фиссуры;
- на нижней челюсти – между задними щечными буграми.

Метод Корхауза – позволяет измерить в период постоянных зубов в сагиттальном направлении длину переднего отрезка верхнего и нижнего зубных рядов. Корхауз дополнил метод Пона, предложив определять длину переднего отрезка зубного ряда в зависимости от суммы мезиодистальных размеров 4 верхних резцов. Измерения проводят от контактной точки на губной поверхности режущих краев центральных резцов до точки пересечения с линией, проведенной через точки Пона в области первых премоляров. Корхауз составил таблицу значений длины переднего отрезка верхнего зубного ряда при различных суммах ширины 4 верхних резцов. Эти цифры, уменьшенные на 2 мм (соответственно толщине верхних резцов), могут быть использованы для определения длины переднего отрезка нижнего зубного ряда.

11. Методика обследования височно-нижнечелюстного сустава (пальпация, компьютерная томография, магнитно-резонансная

томография, функциональная диагностика (аксиография, кондилография).

Ответ: Большие диагностические возможности изображения костных структур ВНЧС имеет метод томографии. Томография позволяет изучить следующие характеристики ВНЧС: форму суставной впадины, ее ширину, глубину; выраженность суставного бугорка; форму суставной головки и величину суставной щели в ее переднем, среднем и заднем отделах; переднее, центральное (в норме) и дистальное положение суставной головки в суставной ямке, а также смещение суставной головки вверх либо вниз.

Магнитно-резонансная томография ВНЧС. Наибольшие возможности визуализации мягких тканей сустава (хрящевой, мышечной) в условиях естественной контрастности имеет метод магнитно-резонансной томографии (МРТ). С его помощью можно диагностировать смещение суставной головки в суставной впадине; асимметрию формы головок и выхода их на вершину суставного бугорка; изменение формы, размеров, положения суставного диска, признаки его повреждения, наличие выпота в полости сустава; а также изучить строение латеральной крыловидной мышцы. Показаниями к применению МРТ в ортодонтии являются наличие клинических признаков дисфункции ВНЧС (боль, шум при функции сустава, ограничение открывания рта, боль при пальпации жевательных мышц), а также планирование ортодонтического лечения, которое связано с воздействием на ВНЧС.

Пальпация мышц челюстно-лицевой области осуществляется для выявления уплотнений мышц, асимметрии активности мышц при смыкании зубных рядов, обнаружения триггерных (пусковых) зон при болевых синдромах, болезненных участков мышц.

Пальпация ВНЧС осуществляется для выявления болевых ощущений и шумовых явлений в области суставов. Так же при клиническом обследовании ВНЧС оценивают степень открывания рта, наличие и характер девиаций нижней челюсти.

Кондилография — это метод регистрации движений нижней челюсти, при котором с помощью специальных приспособлений производится запись движений суставного отростка нижней челюсти по скату суставного бугорка височной кости.

Кондилография позволяет:

- определить причину развития функциональных нарушений (состояние зубов, мышц, связочного аппарата и морфологических структур височно-нижнечелюстного сустава)
- получить точные координаты движения сустава во всех плоскостях
- рассчитать высоту бугров боковых зубов анатомию язычной поверхности передних зубов для последующих стоматологических вмешательств
- осуществить планирование ортодонтического лечения с точки зрения физиологичности достигнутого результата.

12. Рентгенологические методы обследования в ортодонтии.

Прицельная рентгенография, ортопантомография.

Ответ: Внутриротовая рентгенография

В диагностике зубочелюстных аномалий внутриротовая рентгенография имеет ограниченное применение, поскольку не дает целостного представления о состоянии зубочелюстной системы. Вместе с тем не следует пренебрегать этим методом, особенно в ситуациях, когда другие методы рентгенологического исследования применить невозможно.

Внутриротовая рентгенография может быть выполнена в двух вариантах: контактным способом и в прикус. Во втором варианте рентгеновская пленка помещается между сомкнутыми зубными рядами, а рентгеновские лучи направляются на корень носа или на область дна полости рта.

При диагностике зубочелюстных аномалий (ЗЧА) метод позволяет решить следующие задачи:

- выявить наличие зачатка зуба, его состояние и стадию формирования;
- определить стадию развития корня зуба;
- оценить состояние периапикальных тканей;
- обнаружить сверхкомплектный зуб;
- определить перспективы прорезывания зуба;
- выявить патологический очаг ограниченного характера.

Ортопантомография (ОПТГ) - метод рентгенологического исследования, позволяющий получить плоское изображение объемных органов и поверхностей

На правильно выполненной ортопантомограмме отображаются обе челюсти, венечный и мыщелковый отростки нижней челюсти, височно-нижнечелюстной сустав (правый и левый), придаточные пазухи и часть полости носа. Изображение зубов четкое, не искаженное по форме. Хорошо видны зубные полости, периодонтальные щели (особенно в зоне премоляров и моляров). Можно различить слой эмали, покрывающий коронки зубов, кариозные, травматические и другие дефекты тканей зубов.

В ортодонтической практике ортопантомография является незаменимым методом исследования, который позволяет изучить:

- взаимоотношение зубных рядов в мезиодистальном и вертикальном направлениях;
- степень минерализации коронок и корней зубов, степень их сформированности;
- степень резорбции корней временных зубов и ее тип (физиологический, патологический);
- аномалии структуры твердых тканей зубов (гипоплазия, аплазия);
- наличие зачатков непрорезавшихся зубов, их положение в челюсти и перспективу прорезывания;
- аномалии формы и величины непрорезавшихся и прорезавшихся зубов и их корней;
- наклоны прорезавшихся зубов и ретенированных зубов по отношению к соседним;
- зубоальвеолярную высоту в переднем и боковых участках челюстей;
- глубину резцового перекрытия;

- величину тел челюстей, ветвей и углов нижней челюсти;
- асимметрию правой и левой половин средней и нижней частей лицевого скелета;
- степень искривления носовой перегородки и величину носовых раковин;
- величину носовой полости и верхнечелюстных пазух;
- форму и расположение врожденной расщелины альвеолярного отростка и нёба;
- латеральное смещение нижней челюсти;
- расположение суставных головок в суставных ямках, изменения структуры элементов височно-нижнечелюстных суставов;
- расположение подъязычной кости.

13. Рентгенологические методы обследования в ортодонтии.

Телерентгенография головы.

Ответ: Телерентгенография (ТРГ) является наиболее информативным методом исследования зубочелюстной системы,

Анализ телерентгенограммы позволяет решить следующие задачи:

- определить профиль лица пациента;
- определить размеры челюстей и их апикальных базисов;
- определить положение челюстей относительно основания черепа;
- определить взаимное расположение челюстей;
- определить тип роста лицевого скелета;
- оценить положение зубов и развитие альвеолярных отростков;
- провести дифференциальную диагностику клинических разновидностей аномалий прикуса;
- поставить окончательный диагноз;
- обосновать план лечения больного.

14. Методы лечения зубочелюстных аномалий. Протетический метод лечения.

Ответ: Протетический метод лечения – это замещение дефектов зубов и зубных дуг

При раннем удалении временных зубов возникают функциональные нарушения. Участки растущих челюстей находятся в разных функциональных условиях. Вследствие функциональной перегрузки рост одних из них чрезмерно стимулируется, а других – вследствие недогрузки замедляется. Неравномерное распределение жевательного давления и перегрузка отдельных зубов приводит к компенсаторному смещению нижней челюсти. Нарушается физиологическое равновесие между отдельными группами мышц, миодинамическое равновесие между экзо- и эндосилами, окружающими зубные ряды. Формируются вредные привычки.

При раннем удалении фронтальных зубов верхней челюсти язык, не встречая преграды, выдвигается, укладываясь между зубами. При этом испытывают давление и выдвигаются нижние зубы, нижняя челюсть. Давление верхней губы во время глотания и речи на альвеолярный отросток верхней челюсти блокирует рост верхней челюсти. В результате формируется мезиальная окклюзия. Нарушается звукообразование. Вследствие нарушения объема движений в височно-нижнечелюстном суставе деформируются его

элементы.

Раннее удаление временных зубов сопровождается морфологическими нарушениями. Происходят задержка роста челюстей в области удаленных зубов, атрофия альвеолярного отростка. Нарушается процесс роста и развития зачатков постоянных зубов. Отмечается внутрикостное перемещение зачатков постоянных зубов. В результате образования глубокого костного рубца, мешающего своевременному прорезыванию постоянных зубов, нарушаются парность и сроки прорезывания постоянных зубов, возможна ретенция постоянных зубов. Зубо-альвеолярное удлинение и мезио-дистальное смещение зубов приводит к деформации окклюзионной кривой и альвеолярного отростка. Наблюдаются асимметрия зубного ряда, смещение средней линии в сторону удаленного зуба, укорочение зубной дуги, поворот зубов вокруг продольной оси, их наклон в сторону дефекта, образование трем. Как правило, этот динамичный процесс заканчивается формированием одной из форм патологического прикуса. Нарушаются фиссурно-бугорковый контакт антагонистов, процесс становления высоты прикуса, уменьшается межальвеолярное расстояние и снижается прикус. Аномалии положения отдельных зубов и зубных дуг, блокирование трансверзальных и сагиттальных движений нижней челюсти и компенсаторное смещение нижней челюсти во время функции, нарушение функционального равновесия между отдельными группами мышц и изменения в височно-нижнечелюстных суставах способствуют дальнейшему прогрессированию аномалии окклюзии. Если ЗЧЛА не была устранена к началу смешанного прикуса, то смена зубов происходит в неблагоприятных условиях, и ранее возникшая аномалия становится более стойкой. Таким образом, замыкается своеобразный порочный круг.

Коронки применяют для восстановления анатомической формы зуба. Временные зубы, подлежащие протезированию, не препарируют. Физиологическая сепарация производится путем наложения сепарационных лигатур, а жевательную поверхность сошлифовывают минимально. Край коронки заканчивается на уровне десны.

Распорка межзубная– несъемный профилактический протез, применяемый для предотвращения смещения зубов в сторону дефекта зубного ряда. Чаще применяют при ранней потере временных четвертых или пятых зубов. Распорка состоит из фиксирующего кольца или коронки, укрепляемого на опорном зубе и промежуточной части П-образной формы, изготовленной из ортодонтической проволоки диаметром 1,0 мм.

Съемные протезы– применяют при преждевременной потере временных зубов более, чем за 1 год до их физиологической смены. При замещении дефекта зубного ряда в переднем отделе передние зубы устанавливают "на приточке", поскольку искусственная десна может задержать аппозиционный рост костной ткани. Искусственные зубы должны быть в физиологическом контакте с антагонистами и препятствовать их зубоальвеолярному удлинению. Если дефект зубного ряда находится в боковом участке, то зубы устанавливают на искусственной десне с созданием пространства между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и внутренней поверхностью базиса глубиной 1 мм для возможности аппозиционного роста альвеолярного отростка и апикального базиса. Край базиса с вестибулярной стороны на

уровне переходной складки должен быть закруглен и утолщен в виде валика на всем протяжении. Раздражение, передаваемое через слизистую на надкостницу, усиливает аппозиционный рост костной ткани альвеолярного отростка и апикального базиса. Заднюю границу съемных протезов заканчивают позади последних моляров. Протезы фиксируют с помощью кламмеров. Съемные протезы подлежат замене через 0,5-1 год. Для стимуляции прорезывания ретенированных зубов повышают прикус на искусственных зубах. Давление протеза во время жевания усиливает кровообращение и ускоряет прорезывание подлежащих зачатков. Если потеря временных зубов произошла в пределах года до физиологической смены, то замещать отсутствующие зубы путем протезирования не обязательно.

При сочетании потери зубов с зубочелюстными аномалиями в базисе съемного протеза можно укрепить элементы для ортодонтического лечения (ретракционные вестибулярные дуги, пружины, винты, наклонные плоскости и окклюзионные накладки). Таким образом, своевременное замещение рано утраченных временных зубов предупреждает развитие деформаций и аномалий зубочелюстной системы.

15. Классификация зубочелюстных аномалий по МГМСУ, Персину.

Ответ: /. Аномалии зубов.

- 1.1. Аномалии формы зуба.
- 1.2. Аномалии структуры твердых тканей зуба.
- 1.3. Аномалии цвета зуба.
- 1.4. Аномалии размера зуба (высоты, ширины, толщины).
 - 1.4.1. Макродентия.
 - 1.4.2. Микродентия.
- 1.5. Аномалии количества зубов.
 - 1.5.1. Гиперодонтия (при наличии сверхкомплектных зубов).
 - 1.5.2. Гиподонтия (адентия зубов — полная или частичная).
- 1.6. Аномалии прорезывания зубов.
 - 1.6.1. Раннее прорезывание.
 - 1.6.2. Задержка прорезывания (ретенция).
- 1.7. Аномалии положения зубов (в одном, двух, трех направлениях).
 - 1.7.1. Вестибулярное.
 - 1.7.2. Оральное.
 - 1.7.3. Мезиальное.
 - 1.7.4. Дистальное.
 - 1.7.5. Супраположение.
 - 1.7.6. Инфраположение.
 - 1.7.7. Поворот по оси (тортоаномалия).
 - 1.7.8. Транспозиция.
2. Аномалии зубного ряда.
 - 2.1. Нарушение формы.
 - 2.2. Нарушение размера.
 - 2.2.1. В трансверзальном направлении (сужение, расширение).
 - 2.2.2. В сагиттальном направлении (удлинение, укорочение).
 - 2.3. Нарушение последовательности расположения зубов.

- 2.4.Нарушение симметричности положения зубов.
- 2.5.Нарушение контактов между смежными зубами (скупенное или редкое положение).
- 3. Аномалии челюстей и их отдельных анатомических частей.
 - 3.1. Нарушение формы.
 - 3.2. Нарушение размера.
 - 3.2.1.В сагиттальном направлении (удлинение, укорочение).
 - 3.2.2.В трансверзальном направлении (сужение, расширение).
 - 3.2.3.В вертикальном направлении (увеличение, уменьшение высоты).
 - 3.2.4.Сочетанные по двум и трем направлениям.
 - 3.3. Нарушение взаиморасположения частей челюстей. Нарушение положения челюстных костей

Классификация Л.С. Персина (1990)

- 1. Аномалии окклюзии зубных рядов.
 - 1.1. В боковом участке.
 - 1.1.1.По сагиттали — дистальная (дисто) окклюзия, мезиальная (мезио) окклюзия.
 - 1.1.2.По вертикали — дизокклюзия.
 - 1.1.3.По трансверзали — перекрестная окклюзия, вестибулоокклюзия, палатиноокклюзия, лингвоокклюзия.
 - 1.2. Во фронтальном участке.
 - 1.2.1.По сагиттали — сагиттальная резцовая дизокклюзия, обратная резцовая окклюзия, обратная резцовая дизокклюзия.
 - 1.2.2.По вертикали — вертикальная резцовая дизокклюзия, прямая резцовая окклюзия, глубокая резцовая окклюзия, глубокая резцовая дизокклюзия.
 - 1.2.3.По трансверзали — передняя трансверзальная окклюзия, передняя трансверзальная дизокклюзия.
- 2. Аномалии окклюзии пар зубов-антагонистов.
 - 2.1.По сагиттали.
 - 2.2.По вертикали.
 - 2.3.По трансверзали.

16. Классификация зубочелюстных аномалий по Энгля.

Ответ: Первый класс характеризуется нормальным смыканием моляров в сагиттальной плоскости. Мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти располагается в межбугровой фиссуре первого моляра нижней челюсти.

Второй класс характеризуется нарушением смыкания моляров, при котором межбугровая фиссура первого моляра нижней челюсти располагается позади мезиально-щечного бугра первого моляра верхней челюсти. Этот класс делится на два подкласса: первый подкласс — верхние резцы наклонены в губном направлении (протрузия); второй подкласс — верхние резцы наклонены небно (ретрузия).

Третий класс характеризуется нарушением смыкания первых моляров, при котором межбугорковая фиссура первого моляра нижней челюсти располагается впереди мезиально-щечного бугра первого моляра верхней

челюсти.

17. Виды классификаций зубочелюстных аномалий. Классификация по Калвелису, Катцу.

Ответ: Классификация Катца.

Вместе с морфологической характеристикой аномалии важно отобразить соответствующие ей функциональные нарушения. За основу Катц берет симптом соотношений первых моляров Энгля и дополняет его соответствующими функциональными нарушениями.

1 класс— Морфологически: Правильное медиодистальное соотношение первых моляров. Аномалии в переднем отделе (впереди первых моляров).

Функционально: резкие преобладания шарнирных артикуляционных движений нижней челюсти над боковыми, следствием такого ограничения функциональных движений нижней челюсти является функциональная недостаточность всей жевательной мускулатуры.

2 класс— Морфологически: Первые моляры нижней челюсти расположены кзади - дистальный сдвиг нижнего моляра относительно верхнего.

Функционально: значительное уменьшение размеров функционирующих жевательных поверхностей обеих дуг и несоответствием бугров и бороздок артикулирующих зубов. Отстает в своем развитии вся жевательная мускулатура, особенно слабо работают выдвигатели нижней челюсти

3 класс— Морфологически: Нижняя челюсть выдвинута вперед - мезиальный сдвиг нижнего моляра относительно верхнего. **Функционально:** уменьшение и неправильное использование жевательной функционирующей площади. Функция наружных крыловидных мышц превалирует над функцией мускулатуры, смещающей нижнюю челюсть назад.

В основу клинико-морфологической классификации Д.А. Калвелиса, положены морфологические изменения зубов, зубных рядов и всего прикуса в целом с учетом этиологии и значения отклонений для функции и эстетики. В своей классификации для описания аномалий прикуса автор не удачно применил термины «прогнатия» и «прогения», характеризующие положение челюстей:

Классификация по Калвелису.

Калвелис предложил все аномалии делить на три группы в соответствии с морфологическими и этиологическими признаками.

I Аномалии отдельных зубов

1 Аномалии числа зубов

- а) Адентия – частичная и полная (гиподонтия)
- б) Сверхкомплектные зубы (гипердонтия)

2 Аномалии величины и формы зубов

- а) Гигантские зубы (чрезмерно большие)
- б) Шипообразные зубы
- в) Уродливые формы

г) Зубы Гетчинсона, Фурнье, Турнера

3 Аномалии структуры твердых тканей зубов

Гипоплазия (причина: рахит, тетания, диспепсия, тяжелые детские инфекционные заболевания, сифилис)

4 Нарушения процесса прорезывания зубов

а) Преждевременное прорезывание зубов.

б) Запоздалое прорезывание зубов вследствие:

1 болезни (рахит и другие тяжелые заболевания)

2 преждевременного удаления молочных зубов

3 неправильного положения зачатка зуба (ретенция зубов и персистентные молочные зубы как наводящий симптом)

4 наличие сверхкомплектных зубов

5 неправильного развития зуба (фолликулярные кисты)

II Аномалии зубных рядов

1. Нарушения образования зубного ряда

а) Аномалийное положение отдельных зубов

1 губно-щечное прорезывание зубов

2 небно-язычное прорезывание зубов

3 мезиальное прорезывание зубов

4 дистальное прорезывание зубов

5 низкое положение (инфрааномалия)

6 высокое положение (супрааномалия)

7 поворот зуба вокруг продольной оси (тортоаномалия)

8 транспозиция

9 дистопия верхних клыков

б) Тремы между зубами (диастема)

в) Тесное положение зубов (скученность)

2. Аномалии формы зубных рядов

а) Суженный зубной ряд

б) Седлообразный сдавленный зубной ряд

в) V-образная форма зубного ряда

г) Четырехугольный зубной ряд

д) Асимметричный зубной ряд

III Аномалии прикусов

1. Сагиттальные аномалии прикуса

а) Прогнатия

б) Прогения

- ложная

- истинная

2. Трансверзальные аномалии прикуса

а) Общесуженные ряды

б) Несоответствие ширины верхнего и нижнего зубных рядов:

- нарушение соотношений боковых зубов на обеих сторонах

- нарушение соотношений зубов на одной стороне (косой или

перекрестный прикус)

в) Нарушение функции дыхания.

3. Вертикальные аномалии прикуса

а) Глубокий прикус

- перекрывающий

- комбинированный с прогнатией (крышеобразный)

б) Открытый прикус:

- истинный (рахитичный)
- травматический (от сосания пальцев)

18. Понятие о «норме» в ортодонтии. Диагноз в ортодонтии: формирование, обоснование.

Ответ: I период (период новорожденности - от рождения ребенка до 6 месяцев) характеризуется так называемой младенческой ретрогенией, т.е. сагиттальная щель (расстояние от передней поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти до передней поверхности альвеолярного отростка нижней челюсти в сагиттальном направлении) составляет 10-14 мм. Альвеолярные отростки верхней и нижней челюсти имеют форму полуокружности, контактируют на всем протяжении. Функции зубочелюстной системы: дыхание - носовое; жевание - не сформировано; глотание - протекает по инфантильному типу, т.е. язык в момент "отправного толчка" (1 фаза глотания) касается губ и щек; речь - не сформирована; сосание - развито.

II период (период формирующегося временного прикуса - от 6 месяцев до 3 лет) характеризуется прорезыванием всех временных зубов. Младенческая ретрогения полностью исчезает к 10 -11 месяцу жизни ребенка. Прикус к концу этого периода характеризуется следующими признаками:

1. Срединная линия верхнего клыка проецируется между нижним клыком и первым временным моляром.
2. Мезиально щечный бугорок верхнего второго временного моляра расположен в первой поперечной фиссуре одноименного нижнего зуба.
3. Резцовое перекрытие глубокое, т.е. верхние резцы перекрывают нижние более чем на 1/2 высоты коронки нижнего резца.
4. Вестибулярные бугры нижних моляров располагаются в продольных фиссурах верхних.
5. Диастем и трем нет.
6. Зубные ряды имеют форму полуокружности.
7. Режущие края и бугры зубов каждой челюсти расположены в одной плоскости.
8. Бугры временных зубов нестершиеся.

Функции зубочелюстной системы: дыхание - носовое; жевание - формирующееся, к 3 годам сформированное; глотание - после прорезывания временных резцов - смешанный тип (язык в момент "отправного" толчка упирается в резцы), к 3 годам - соматический тип; речь - полностью сформирована к 3 годам; сосание - угасает к концу первого года жизни ребенка.

III период (период сформированного временного прикуса от 3 до 6 лет) характеризуется следующими изменениями по сравнению с предыдущим периодом:

1. Происходит уменьшение резцового перекрытия, вплоть до полного его отсутствия (резцы верхней и нижней челюстей устанавливаются встык).

2. Появляются тремы и диастемы между зубами.

3. С 4 лет начинают стираться бугры временных зубов.

В этом периоде принято выявлять ранние симптомы зубочелюстных аномалий:

1. Бугровое соотношение зубов верхней и нижней челюстей.

2. Вертикальная щель между резцами верхней и нижней челюсти более 4 мм.

3. Отсутствие стирания бугров временных зубов после 5 лет.

Функции зубочелюстной системы полностью сформированы.

IV период (начальный и конечный период смешанного прикуса от 6 до 12 лет) характеризуется прорезыванием постоянных зубов, активным ростом челюстей. Значительных изменений со стороны прикуса не происходит:

1. Срединная линия верхнего постоянного клыка проецируется между нижним клыком и первым премоляром.

2. Мезиальный щечный бугорок верхнего первого постоянного моляра расположен в первой поперечной фиссуре одноименного нижнего зуба.

3. Верхние резцы перекрывают нижние на $1/3$ высоты коронки нижнего резца.

4. Вестибулярные бугры нижних премоляров и моляров располагаются в продольных фиссурах верхних.

5. Диастем и трем нет.

6. Зубные ряды имеют форму: верхний - полуэллипса, нижний - параболы.

7. Режущие края и бугры зубов каждой челюсти расположены в одной плоскости.

V период (период формирующегося постоянного прикуса – от 12 до 15 лет) характеризуется следующими признаками:

1. Срединная линия верхнего постоянного клыка проецируется между нижним клыком и первым премоляром.

2. Мезиальный щечный бугорок верхнего первого постоянного моляра расположен в первой поперечной фиссуре одноименного нижнего зуба.

3. Верхние резцы перекрывают нижние на $1/3$ высоты коронки нижнего резца.

4. Вестибулярные бугры нижних премоляров и моляров располагаются в продольных фиссурах верхних.

5. Диастем и трем нет.

6. Зубные ряды имеют форму: верхний - полуэллипса, нижний - параболы.

7. Режущие края зубов каждой челюсти расположены в одной плоскости.

8. Каждый зуб имеет 2 антогониста (за исключением центральных нижних резцов и верхних вторых моляров).

После опроса пациента и проведения клинического обследования ставится предварительный диагноз и далее переходят к изучению диагностических данных, полученных в результате проведения специальных методов обследования.

19. Возрастные показания к ортодонтическому лечению. Саморегуляция зубочелюстных аномалий.

Ответ: 3-6 ЛЕТ

1) аномалии отдельных зубов лечению не подлежат;

2) аномалии прикуса, которые лечению подлежат

- перекрестный прикус со смещением нижней челюсти в сторону- за счет асимметричного положения суставных головок в суставах наблюдается асимметричный рост н\ч, что приводит к возникновению скелетной и лицевой асимметрии.
- скелетный мезиальный прикус (верхняя микро\ нижняя макрогнатия) - чем раньше лечить, тем лучше
- профилактическое протезирование, даже если до смены осталось полгода
- все остальные аномалии лечению не подлежат

6-8 лет, ранний сменный прикус:

1) лечению подлежат следующие аномалии отдельных зубов:

- травматическая окклюзия в области резцов
- выраженная протрузия верхних резцов в сочетании с несмыканием губ, т.к. высокая вероятность травмы
- ретенция резцов
- диастема при дефиците места для боковых резцов

2) аномалии прикуса:

- дистальный прикус с выраженной протрузией резцов- профилактика травмы (неблагоприятный период для коррекции 2 класса)
- мезиальный прикус любая форма
- перекрестный прикус со смещением нижней челюсти
- профилактическое протезирование
- открытый прикус - оптимальный период, когда меняются резцы, надо просто устранить препятствие для прорезывающихся резцов
- глубокий травмирующий прикус- просто глубокий не лечат, т.к. интенсивность роста в боковых отделах низкая.

9-14 лет, поздний сменный прикус:

совпадает с пубертатом и с периодом скелетного роста. Лечатся все аномалии без исключения, т.к.:

- возможность саморегуляции исчерпана
- прорезались все постоянные зубы
- пубертатный скачок скелетного роста

Показания к ортодонтическому лечению определяются способностью аномалии вызывать нарушение нормального функционирования ЗЧС, что в последствии может привести к:

- декомпенсации патологии с возрастом
- хронической травме пародонта
- потере зубов в связи с их перегрузкой
- развитию заболеваний пародонта
- дисфункции ВНЧС
- дисфункции жевательных мышц

Раннее ортодонтическое лечение можно рекомендовать с учетом соматической, психической зрелости организма пациента, а также периодов активного роста зубочелюстной системы. От этого же зависит выбор ортодонтических средств. Например, миотерапевтические упражнения показаны в возрасте от 4 лет, когда ребенок в состоянии понять, что от него требуется, и может выполнить соответствующие задания.

Вмешательство в периодах активного роста челюстей позволяет по показаниям стимулировать или задерживать их рост, избирая соответствующие конструкции ортодонтических аппаратов.

Лечение аномалий следует начинать в 7—8-летнем возрасте, т. е. в период сменного прикуса. Благодаря пластичности челюстных костей ребенка ортодонтическое лечение проходит относительно быстро и дает хорошие результаты. При этом не просто перемещаются зубы, а перестраивается весь жевательный аппарат.

Что касается постоянного прикуса, то по мере его формирования пластичность костей утрачивается и ортодонтическая терапия протекает медленно, период ретенции увеличивается.

Лечение аномалий молочного прикуса должно ограничиваться профилактическими мероприятиями (сошлифовка нестертых бугров молочных клыков, удаление сверхкомплектных зубов, иссечение неправильно расположенной уздечки, лечение кариеса с правильной моделировкой пломб). Кроме того, рекомендуется миотерапия и кратковременное разобобщение прикуса. Лечение с помощью механически действующей аппаратуры при деформациях молочного прикуса, по мнению сторонников этого взгляда, противопоказано, так как молодые нежные ткани травмируются аппаратурой

Считалось также, что аномалии молочного прикуса не требуют лечения еще и потому, что имеет место явление саморегуляции, в результате которого аномалии молочного прикуса не повторяются в сменном. Поэтому находили иногда целесообразным отказаться от всякого вмешательства и ограничиться наблюдением до периода сменного прикуса.

20. Изменение со стороны зубных рядов и рентгенологические изменения на ТРГ при вертикальной резцовой дизокклюзии.

Ответ: зубоальвеолярное укорочение во фронтальном отделе;

- зубоальвеолярное удлинение в боковых отделах;
- сочетание нарушений;
- сужение верхнего зубного ряда

ТРГ

- увеличение базального угла
- увеличение угла нижней челюсти (гониальный угол)

21. Этиологические факторы зубочелюстных аномалий. Их классификация, характеристика.

Ответ: Этиологические факторы возникновения ЗЧА:

- I. Наследственные
- II. Пренатальные (внутриутробные)
- III. Постнатальные (возникшие после рождения)

Этиологические факторы возникновения ЗЧА :

- I. Внешние
- II. Внутренние
- III. Предрасполагающие (наследственность, общесоматические заболевания)
- IV. Основные (вскармливание и питание; вредные привычки; патология верхних дыхательных путей; недостаточная функция мышц; остеомиелиты челюстей; анкилоз височно-нижнечелюстного сустава; травмы, ожоги; новообразования)

Дети 1-го года жизни

- Родовая травма (насилованное извлечение плода за нижнюю челюсть, что может привести к травме мышечного отростка).
- Искусственное вскармливание (не требует значительных усилий мускулатуры, что создает тенденцию к дистальной окклюзии).
- Рахит (приводит к деформации челюстей различной степени тяжести)
- Укороченная уздечка языка

Дети 2-го и 3-го года жизни

- вредные привычки (сосание пальцев, пустышки, различных предметов,
- рахит - недостаток витамина "Д"
- отсутствие в рационе ребенка жесткой пищи - "лень жевания";
- затрудненное носовое дыхание;
- укороченная уздечка языка

Дети в возрасте 3-6 лет

- нарушение функции носового дыхания – проявляется в виде смешанного или ротового дыхания.
- нарушение функции глотания – проявляется тем, что в начальный момент глотания язык занимает межзубное положение и упирается во внутреннюю поверхность одной или обеих губ, что приводит к значительному напряжению тканей в окружности ротовой щели - "симптом наперстка".
- нарушение функции жевания – является активным фактором формирования открытого, перекрестного, дистального и других видов патологического прикуса.
- Укороченная уздечка языка
- Укороченная уздечка верхней губы
- Кариес и его осложнения

Дети возраста 7-13 лет (период сменного прикуса)

- Кариес и его осложнения
- задержка стирания бугров временных зубов;
- нарушения в порядке смены зубов
- наличие сверхкомплектных зубов;
- макродентия;
- низкое прикрепление уздечки верхней губы;
- укороченная уздечка языка
- функциональные нарушения (дыхания, глотания, жевания, речи);
- наличие дефектов осанки, искривление позвоночника.

22. Нарушение функций зубочелюстной системы как этиологический фактор зубочелюстных аномалий.

Ответ: Нарушение функции носового дыхания.

Проявляется в виде смешанного или ротового дыхания. В зависимости от сочетания с другими факторами способствует формированию различных аномалий - открытого, дистального, глубокого, мезиального прикусов и деформаций зубных рядов. Основные причины нарушения носового дыхания: заболевания ЛОР-органов (врожденная узость носовых ходов, искривление носовой перегородки, аденоиды, гипертрофия миндалин, аллергические заболевания); неправильный стереотип дыхания (привычка дышать ртом в результате частых респираторных вирусных заболеваний); функциональная недостаточность круговой мышцы рта, обусловленная недоношенностью, осложнениями в родах, тяжелыми соматическими заболеваниями в раннем детстве, аномалиями уздечки верхней губы и другими причинами; нарушение

функции внешнего дыхания, обусловленное хроническими бронхолегочными заболеваниями.

Нарушение функции глотания. Проявляется тем, что в начальный момент глотания язык занимает межзубное положение и упирается во внутреннюю поверхность губ (инфантильный тип глотания), что приводит к напряжению лицевых мышц. Неправильное глотание может быть причиной открытого прикуса, а при сочетании с другими факторами риска и причиной сагиттальных аномалий прикуса. Причины неправильного глотания: наследственность, длительное сосание соски, длительное употребление жидкой пищи, позднее прорезывание временных зубов, раннее формирование патологического прикуса с большой сагиттальной или вертикальной щелью, нарушение носового дыхания.

Нарушение функции сосания чаще способствует возникновению открытого и дистального прикусов. Выделяют следующие виды нарушений сосания: полное нарушение сосания, вялое сосание, неудовлетворенное сосание, длительное сосание. Полное нарушение функции сосания наблюдается у глубоко недоношенных детей, при тяжелых пороках развития челюстно-лицевой области, после родовой травмы с развитием церебрального паралича и других нарушений центральной нервной системы.

Для вялого сосания характерно снижение активности сосательного рефлекса, хотя ребенок может сосать. Наблюдается у детей с отклонениями антенатального периода (задержка внутриутробного развития, выраженный токсикоз матери и другие), родившихся с низкой массой тела, имевших патологию в перинатальном периоде, при аномалиях уздечки языка, а также у детей с нарушением носового дыхания.

Неудовлетворенное сосание проявляется тем, что после кормления ребенок испытывает потребность в сосании, несмотря на наступившее насыщение, в связи с чем долго не засыпает, ведет себя беспокойно, производит сосательные движения губами.

Длительное сосание обусловлено несвоевременным угасанием сосательного рефлекса. Причины: несвоевременное отучивание от сосания сосок, недозированное использование сосок, когда ребенок сосет их постоянно.

Извращенное сосание проявляется привычками сосания пальцев, кулачка, языка, посторонних предметов. Причинами являются неудовлетворенный рефлекс сосания, отсутствие психологического и физического контакта с матерью, что часто бывает при искусственном вскармливании, неподготовленность к поступлению в детское дошкольное учреждение, нарушения нервно-психического характера.

Нарушение функции жевания. Является активным фактором формирования различных аномалий - открытого, перекрестного, мезиального и других видов патологического прикуса. Наблюдается в различных вариантах.

Вялое жевание - ребенок медленно и долго пережевывает пищу, запивая ее и не развивая достаточных усилий жевательных мышц. Причины - ротовое дыхание, несвоевременный переход к жесткой пище, тяжелые соматические заболевания, длительное кормление ребенка через соску, разрушение зубов кариесом.

Привычка жевать пищу на одной стороне. Наблюдается при разрушении и удалении зубов на одной стороне, наличии зубов с осложненным кариесом, неравномерной стираемости временных зубов, после травмы челюсти. Кроме того, может иметь наследственную обусловленность.

Нарушение речи. При межзубном сигматизме, характеризующемся расположением языка между зубами при произношении шипящих звуков формируется открытый прикус. Причиной такого сигматизма может быть семейная особенность, нарушение носового дыхания, а также привычка сосать пальцы.

23. Нарушения опорно-двигательного аппарата как фактор развития зубочелюстных аномалий.

Ответ: Нарушение положения тела может быть во время сна, когда ребенок спит ничком, на высокой подушке или подложив под голову руку, а также во время игр и занятий, если у него не воспитана правильная рабочая поза, т.е. наблюдается несимметричное положение плеч, чрезмерный наклон корпуса и головы вперед. Этому способствует не отвечающая гигиеническим требованиям мебель, ношение тяжелого портфеля. Неправильная поза приводит к нарушениям осанки, нарушению координации мышц тела, шеи, и к дисгармонии развития челюстно-лицевых костей. Выраженные зубочелюстные аномалии обычно развиваются у детей, длительно пользующихся корсетами и другими ортопедическими приспособлениями.

Сравнивая тяжесть нарушений опорно-двигательного аппарата при сколиозе и нарушенной осанке, необходимо отметить, что нарушение осанки предполагает изменения на уровне мышечного компонента, тогда как при сколиотической болезни имеют место органические поражения костных структур позвоночника (ротация и торсия позвонков). Эти данные дают возможность провести параллель относительно нарушений зубочелюстной системы и предположить вероятность изменения костных структур челюстно-лицевой области у детей со сколиозом.

24. Общесоматическая патология как фактор развития зубочелюстных аномалий.

Ответ: общесоматические заболевания (расщелины губы и неба, синдром Дауна, ангидротическая эктодермальная дисплазия (множественная адентия, тонкие редкие волосы, сухость кожи в результате отсутствия потовых желез), ахондроплазия (замедление роста костей и хрящей, приводящее к аномальной форме костей, низкому росту) и др. имеют влияние на ЧЛЮ и на окклюзию.

Прогрессирующая гемиатрофия лица:

склеродермия - аутоиммунное заболевание соединительной ткани с характерным поражением кожи, сосудов, костной ткани.

- в челюстно-лицевой области для склеродермии характерны поражения по типу удара саблей в лобно-теменной области, сопровождается алопецией. Могут поражаться верхняя и нижняя челюсти, с атрофией кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышц и подлежащих костей. Кожа при этом твердая, гиперпигментированная, с явлениями фиброза.
- При выраженной атрофии черепа, могут возникать неврологические симптомы.
- Требуется иммунной коррекции. Ортодонтическое лечение только после базисной терапии

синдром Парри- Ромберга

- Характерными участками поражения являются зоны иннервации тройничного нерва, особенно часто вовлекаются верхняя и нижняя челюсти. При этом отсутствуют явления склероза и гиперпигментации кожи.
- Не требуется базисная терапия.
- Ортодонтическое лечение по окончании активной фазы заболевания

Оба заболевания могут сопровождаться:

- Поражением ВНЧС
- Резорбцией корней зубов и атрофией альвеолярных отростков на стороне поражения

25. Этиология и клинические признаки мезиальной окклюзии.

Ответ: Этиология: врожденная особенность строения костей лицевого отдела черепа, передающаяся по наследству (аутосомно-доминантный тип наследования с неполной пенетрантностью) – 20-40%,

- болезни матери в период беременности,
- родовая травма,
- неправильное искусственное вскармливание,
- болезнь ребенка в раннем возрасте (рахит),
- вредные привычки (сосание верхней губы и др.),
- нарушение размеров (макрогlossия) и функции языка – 20-30%,
- короткая уздечка языка – 20-30%,
- аномалии зубов и челюстей;
- гипертрофия небных миндалин;
- сон с опущенной на грудь головой;
- аномалии размеров челюстей;
- адентия на верхней челюсти;
- сверхкомплектные зубы на нижней челюсти;

- аномалии размеров зубов (макродентия зубов н/ч, микродентия зубов в/ч).

Лицевые признаки: типичное «сердитое» выражение лица, при котором нижняя губа и подбородок несколько выступают вперед. «Вогнутый» профиль (западение средней трети лица).

В полости рта: отмечается мезиальная окклюзия моляров и клыков. В переднем отделе возможны прямое смыкание резцов, обратное резцовое перекрытие с наличием обратной резцовой окклюзии или резцовой дизокклюзии.

26. Этиология и клинические признаки вертикальной резцовой дизокклюзии.

Ответ: Открытый прикус - характеризуется вертикальной дизокклюзией зубных рядов, чаще во фронтальном отделе.

Этиология:

- нарушение функции дыхания;
- заболевания ЛОР-органов;
- нарушение речи;
- вредные привычки (сосание);
- рахит;
- эндокринная патология;
- инфекционные заболевания ЧЛЮ;
- макроглоссия;
- укорочение уздечки языка, когда язык занимает межзубное положение;
- гибель периодонтальной мембраны в результате: травмы зуба; токсического влияния на периодонт (например, при лечении резорцин-формалиновым методом).

Клиническое обследование.

Лицевые признаки:

- увеличение высоты нижней трети лица;
- сглаженность носогубных и подбородочных складок;
- "симптом наперстка" на подбородке;
- губы смыкаются с напряжением;
- выпуклый профиль;
- симптом "длинного лица";
- увеличение углов нижней челюсти.

Осмотр полости рта:

- отсутствие смыкания зубных рядов по вертикали;
- сухость слизистой оболочки вследствие постоянно открытого рта;
- "готическое небо".

Функциональные нарушения:

- межзубное положение языка при глотании ("инфантильный" тип глотания);
- нарушение откусывания, жевания, артикуляции речи;
 - участие мимических мышц в акте глотания;
 - изменение функции дыхания.

27. Этиология и клинические признаки глубокой резцовой окклюзии/дизокклюзии.

Ответ: Этиология:

- Наследственность.
- Кариозное или некариозное поражение твердых тканей боковых зубов.
- Ранняя потеря временных моляров, первых постоянных моляров или других боковых зубов.
- Вредные привычки сосания.
- Функциональные нарушения (ротовое дыхание, неправильное глотание).
- Несоответствие размеров зубов фронтальных сегментов.

Клинические проявления глубокого прикуса зависят от его сочетания с нейтральным, дистальным или мезиальным прикусом.

Лицевые признаки:

- Укорочение нижней трети лица.
- Углубление супраментальной борозды.
- Утолщение нижней губы.
- Сопутствующие нарушения, характерные для дистального или мезиального прикуса.

ЗР:

- Зубоальвеолярное удлинение во фронтальном отделе.
- Зубоальвеолярное укорочение в боковом отделе.
- Сочетание нарушений.

Функциональные нарушения:

- снижение эффективности жевания
- перегрузка пародонта передних зубов
- травмирование слизистой оболочки.

28. Дать определения дистальной окклюзии. Варианты смыкания зубных рядов.

Ответ: Дистальная окклюзия - аномалия прикуса в сагиттальном направлении, характеризующаяся смыканием первых моляров по II классу Энгля.

1 подкласс- протрузия верхних резцов (II/1),

2 подкласс (блокирующий прикус)- ретрузия верхних резцов (II/2).

В боковом отделе:

- Соотношение первых моляров по II классу Энгля.

Во фронтальном отделе

- Сагиттальная резцовая окклюзия (II/2).
- Сагиттальная резцовая дизокклюзия (II/1).

По вертикали: Глубокая резцовая окклюзия (часто травмирующая) (II/2),
вертикальная резцовая окклюзия

29. Дать определение перекрестной окклюзии. Варианты смыкания зубов.

Ответ: Перекрестная окклюзия — это аномалия смыкания зубных рядов в трансверзальном направлении, при которой верхний или нижний зубной ряд располагаются вестибулярно или орально относительно противоположного зубного

ряда, имеющего правильную форму и нормальные размеры

- Боковой сегмент:

-Вестибулоокклюзия;

-Палатиноокклюзия;

-Лингвоокклюзия;

- Передний сегмент:

-Трансверзальная резцовая окклюзия

-Трансверзальная резцовая дизокклюзия

Вестибулоокклюзия – смещение нижнего или верхнего зубного ряда в сторону щеки

Палатиноокклюзия – смещение верхнего зубного ряда небно

Лингвоокклюзия – смещение нижнего зубного ряда язычно

Трансверзальная резцовая окклюзия (клинически определяется несоответствие центральных линий верхнего и нижнего зубных рядов, контакт при этом сохранён).

Трансверзальная резцовая дизокклюзия (клинически определяется несоответствие центральных линий верхнего и нижнего зубных рядов, контакт при этом отсутствует).

30. Дать определение глубокой резцовой окклюзии/дизокклюзии. Варианты смыкания зубных рядов.

Ответ: Глубокая резцовая окклюзия («глубокий прикус») характеризуется чрезмерным перекрытием верхних резцов нижних (более чем на 1/3). Глубокая резцовая дизокклюзия характеризуется чрезмерным перекрытием верхних резцов нижних, а также отсутствием контактов между ними. Нижние резцы контактируют со слизистой оболочкой твердого неба, поэтому такой вариант окклюзии называется травмирующая окклюзия.

Сочетается со всеми вариантами сагиттальных и трансверзальных аномалий окклюзии

31. Дать определение вертикальной резцовой дизокклюзии. Варианты смыкания зубных рядов.

Ответ: Вертикальная резцовая дизокклюзия («открытый прикус») характеризуется вертикальной дизокклюзией зубных рядов, чаще во фронтальном отделе.

Сочетается со всеми вариантами сагиттальных и трансверзальных аномалий окклюзии

32. Дать определение мезиальной окклюзии. Варианты смыкания зубных рядов.

Ответ: Мезиальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в сагиттальном

направлении и характеризуется смыканием моляров по III классу Энгля. При смыкании жевательных зубов образуется мезиальная ступенька. Клык верхней челюсти образует мезиальную ступеньку с контактной точкой клыка и первого премоляра. В переднем отделе нижние резцы обычно перекрывают верхние (обратное резцовое перекрытие) или образуют прямую окклюзию.

СТЕПЕНИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

I степень: смыкание первых постоянных моляров и клыков по III классу Энгля не превышает величину 2 бугорка первого постоянного моляра, сагиттальная щель отсутствует, глубина обратного резцового перекрытия минимальная, умеренная или глубокая.

II степень: смыкание клыков и первых постоянных моляров по III классу Энгля равно величине одного бугорка первых постоянных моляров, сагиттальная щель между резцами не превышает 3 мм; отмечается ретрузия резцов нижней челюсти.

III степень: соотношение клыков и первых постоянных моляров по III классу Энгля составляет от 1/2 коронки первого постоянного моляра и более, сагиттальная щель между резцами верхней и нижней челюстей от 3 мм и более при протрузии резцов верхней челюсти.

33. Изменение со стороны зубных рядов и рентгенологические изменения на ТРГ при дистальной окклюзии.

Ответ: Изменения со стороны зубных рядов II/1:

- Удлинение, сужение верхнего зубного ряда.
- Сужение, удлинение/укорочение нижнего зубного ряда.
- Протрузия верхних резцов.
- Соотношение первых моляров по II классу Энгля.
- Сагиттальная резцовая окклюзия.
- Сагиттальная резцовая дезокклюзия

Изменения со стороны зубных рядов II/2:

- Укорочение, расширение верхнего зубного ряда.
- Укорочение нижнего зубного ряда
- Ретрузия верхних резцов.
- Соотношение первых моляров по II классу Энгля.
- Глубокая (часто травмирующая) окклюзия.

ТРГ

- Увеличение угла SNA >84 гр.
- Уменьшение угла SNB <78 гр.
- Увеличение угла ANB-основной параметр для постановки скелетного II класса

34. Изменение со стороны зубных рядов и рентгенологические изменения на ТРГ при глубокой резцовой окклюзии/дизокклюзии.

Ответ: Изменения со стороны зубных рядов:

- Перекрытие верхними резцами нижних более чем на 1/3
- При глубокой резцовой дизокклюзии нижние резцы контактируют со слизистой оболочкой твердого неба, поэтому такой вариант окклюзии называется травмирующая окклюзия
- Сочетается со всеми вариантами сагиттальных и трансверзальных аномалий окклюзии, поэтому изменения зубных рядов будут характерны для разных вариантов аномалий окклюзии

ТРГ

- уменьшение базального угла
- уменьшение угла нижней челюсти (гониальный угол)

35. Изменение со стороны зубных рядов и рентгенологическое изменение на ТРГ при мезиальной окклюзии.

Ответ: Изменения со стороны зубных рядов:

- Сужение, укорочение верхнего зубного ряда.
- Сужение/расширение, удлинение/укорочение нижнего зубного ряда.
- Протрузия верхних резцов.
- Ретрузия нижних резцов
- Соотношение первых моляров по III классу Энгля.
- Обратная резцовая окклюзия/дизокклюзия или прямая резцовая окклюзия.

ТРГ

- Уменьшение угла $SNA > 80$ гр.
- Увеличение угла $SNB < 82$ гр.
- Увеличение угла ANB-основной параметр для постановки скелетного III класса

36. Изменение со стороны зубных рядов и рентгенологическое изменение на ТРГ при перекрестной окклюзии.

Ответ: Двухсторонняя палатиноокклюзия - (резкое сужение в/з/р) может сочетаться с обратной резцовой окклюзией (дизокклюзией). При двухсторонней лингвоокклюзии (а также двухсторонней вестибулоокклюзии в/з/р)

Во фронтальном отделе может быть глубокая резцовая окклюзия, а косметический центр при этом не нарушен. При вестибулоокклюзии:

Происходит одно или двустороннее расширение верхнего или нижнего зубного ряда.

По антропометрическим точкам оценивается симметричность.

Оценка симметричности проводится только по ТРГ в прямой проекции или КЛКТ.

37. Аппаратурный метод лечения. Классификация ортодонтических аппаратов.

Ответ: Классификация ортодонтических аппаратов (Хорошилкина, Малыгин)

I. По принципу действия:

- механического действия;
- функционального действия;
- комбинированного действия.

В аппаратах механического действия используют действие винта, расширяющей пружины, толкателя (протрагирующей пружины), дуги, пружин для мезио-дистального перемещения, лигатуры, крючков, балочек, штанг и других элементов.

Источником силы при применении функционально-направляющих аппаратов является сила сокращения мышц, которая передается через наклонную плоскость, накусочную площадку, окклюзионные накладки, направляющие петли на перемещаемые зубы или нижнюю челюсть. Такие аппараты способствуют восстановлению функций зубочелюстной системы.

Функционально-действующие ортодонтические аппараты создают условия для нормализации функций полости рта (жевания, глотания, дыхания, языка, смыкания губ) и восстановлению миодинамического равновесия в челюстно-лицевой области. Они также обеспечивают условия для нормального роста и развития челюстей, формирования зубных рядов, изменения характера прикуса с помощью таких элементов как губные пелоты, щечные щиты, петли, и т.п. Кроме того, жевательные и мимические мышцы развивают силу, которая благодаря вышеперечисленным элементам передается через ортодонтический аппарат на перемещаемые зубы, что способствует устранению зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса.

II. По способу и месту действия:

- одночелюстные,
- одночелюстные межчелюстного действия,
- двухчелюстные,
- внеротовые,
- комбинированные.

III. По виду опоры:

- реципрокная или взаимодействующая,
- стационарная.

Взаимодействующей или реципрокной считают опору, при которой сила противодействия используется для перемещения зубов и улучшения условий фиксации ортодонтического аппарата. Примером может служить пластиночный ортодонтический аппарат с винтом или расширяющей пружинной. При активации изменяется опора и фиксация.

В аппаратах со стационарной опорой фиксирующая часть остается

практически недвижимой и не приводит к смещению зубов.

IV. По месту расположения:

1. Внеротовые:

- головные, (лобно-затылочные, теменно-затылочные, комбинированные),
- шейные,
- челюстные (верхнегубные, нижнегубные, подбородочные, подчелюстные, на углы нижней челюсти),
- комбинированные.

2. Внутриротовые:

- оральные (небные, язычные),
- вестибулярные,
- назубные.

V. По способу фиксации:

- несъемные,
- съемные,
- комбинированные.

VI. По виду конструкции:

- дуговые,
- капповые,
- пластиночные,
- блочные,
- каркасные,
- эластичные.

38. Аппаратурный метод лечения зубочелюстных аномалий. Аппараты механического типа действия.

Ответ: Действие основано на использовании сил давления и тяги. Источник силы заложен в аппарате (винт, пружина, проволоочная дуга, обладающая упругими свойствами, лигатуры, эластичная тяга); нуждается в активизации извне, периодической замене на новый. Величину и интенсивность нагрузки определяет врач. Механически действующую аппаратуру разделяют на три группы:

- А. Съемные аппараты
- Б. Несъемные аппараты
- В. Комбинированные аппараты

Съемные механически действующие аппараты

Положительные моменты применения: для пациента - удобство ухода за аппаратом, удобство соблюдения гигиены полости рта; для врача - возможность снять аппарат, чтобы оценить промежуточные результаты лечения. Недостатки: раздражающее действие базиса аппарата на слизистую оболочку, возможность недисциплинированному пациенту самому снять аппарат, затруднение речи, недостаточная эффективность при резковыраженных деформациях.

По месту фиксации механически действующие аппараты бывают внутриротовые и внеротовые.

Внутриротовые аппараты действуют непрерывно, длительно, постоянно до того момента, пока активный элемент (проволоочная дуга, пружина, эластичное

кольцо) не потеряет упругости. Среди внутриротовых аппаратов различают одно- и двухчелюстные.

Применяются различные конструкции внутриротовых съемных одночелюстных аппаратов:

- пластинки с винтом (равномерное расширение зубоальвеолярной дуги);
- пластинка с вестибулярной дугой (небное или язычное перемещение передних зубов);
- пластинка с активными проволочными элементами;

Внеротовая съемная аппаратура действует за счет направленного приложения сил, используется с различными видами тяги:

- шейная тяга горизонтальная, дистальная;
- головная шапочка - тяга косая, вертикальная дистальная, дистальная;
- маска Дилира - тяга горизонтальная, мезиальная;
- головная шапочка с подбородочной пращей - тяга дистальная, вертикальная, косая;
- давящая повязка верхненагубная, нижненагубная - тяга дистальная, горизонтальная.

Несъемные механически действующие аппараты

В настоящее время широко используются следующие одночелюстные несъемные аппараты механического действия:

- ортодонтическая аппаратура с применением брекет-системы: является наиболее современной, позволяет перемещать зубы в 3-х плоскостях, представляет собой наиболее физиологичный тип несъемной ортодонтической техники; следует отметить, что эта аппаратура требует строгого выполнения правил пользования и тщательной гигиены полости рта;
- аппарат Дерихсвайлера - для интенсивного равномерного расширения верхней зубоальвеолярной дуги (до разрыва небного шва);
- дуговые несъемные аппараты, такие как лингвальная дуга на нижнюю челюсть - для стабилизации нижней зубоальвеолярной дуги и опорных зубов (моляров); небный бюгель (литой, гнутый, проволочный, стандартный, индивидуальный), припаянный к ортодонтическим кольцам опорных зубов - для их стабилизации.

Преимущества современных несъемных механически действующих аппаратов:

- возможность корпусного перемещения зубов;
- минимальное изменение объема полости рта, освобождение полости рта и слизистой неба от пластмассы и дополнительных элементов;
- свободная зона краевого пародонта исключает его травму и воспаление;
- отсутствие возможности для пациента снять аппарат без разрешения врача.

Основным элементом несъемной ортодонтической техники (брекет-система) является брекет, который предназначен для передачи активной силовой нагрузки проволочной дуги на зуб его перемещения.

Комбинированные механически действующие аппараты

Комбинированное применение ортодонтических аппаратов ускоряет ортодонтическое лечение. Существуют различные комбинации механически действующих аппаратов, которые сочетают:

- внеротовые и внутриротовые съемные аппараты;

- внеротовые съемные с несъемными внутриротовыми аппаратами;
- несъемные аппараты, а именно, брекет-системы, со съемными.

Комбинированными являются также и съемные аппараты со стационарной опорой:

- небная (лингвальная) дуга с завитками, фиксированная в замках-трубках, припаянных к небной (язычной) поверхности ортодонтических колец моляров;
- небный бюгель, фиксированный в замках-трубках, припаянный к небной поверхности ортодонтических колец моляров;
- губной бампер со стационарной опорой;
- компрессионно-дистракционная аппаратура.

39. Аппаратурный метод лечения зубочелюстных аномалий. Аппараты функционального типа действия.

Ответ: Функциональные (пассивные) лечебные аппараты представляют собой различно сконструированные наклонные плоскости и накусочные поверхности, которые перемещают зубы или всю нижнюю челюсть в сагиттальном, трансверсальном и вертикальном направлениях. В них заложены активно действующие элементы.

Источником силы является сократительная способность жевательных и мимических мышц, так как функциональная аппаратура передает силу сокращения жевательной и мимической мускулатуры на всю челюсть или зубные ряды в период соприкосновения определенных зубов с наклонной плоскостью или накусочной площадкой. При этом в других участках зубные ряды разобщены. Сила действия аппарата регулируется чувствительностью пациента (болевыми рефлексам). Используются во все возрастные периоды, но наиболее эффективны в периоды активного роста челюстей.

Разнообразные модификации функционально действующих аппаратов, имеющих различные названия, подчеркивающие особенности их действия. Отличия этих аппаратов друг от друга не всегда значительны, они заключаются в деталях. Некоторые из них применяются в основном в тех странах, в которых они были предложены.

Недостатками аппаратов являются: использование только в ночное время, нарушение речи, трудное привыкание, длительное лечение (3-5), лет неприменимы при хронических заболеваниях носоглотки и нарушениях носового дыхания.

По месту расположения это - внутриротовые аппараты. Среди них различают одночелюстные и двухчелюстные съемные и несъемные и функциональные аппараты.

40. Аппаратурный метод лечения зубочелюстных аномалий. Аппараты комбинированного типа действия.

Ответ: представляет собой комбинацию функциональных аппаратов с введенными в их конструкцию элементами механических аппаратов, таких как винт, пружина, лицевая дуга.

Помимо создания конструктивного прикуса и удерживания нижней

челюсти в определенном планируемом положении, происходит активное механическое воздействие на отдельные зубы, группы зубов, зубоальвеолярные дуги.

Использование комбинированной (функционально-механической) лечебной аппаратуры сокращает сроки ортодонтического лечения при создании стабильной окклюзии.

41. Принципы лечения перекрестной окклюзии в период временного прикуса.

Ответ: Устранение вредных привычек

- Санация полости рта и носоглотки
- Применение вестибулярных пластинок
- Употребление жесткой пищи
- Лечебная гимнастика
- Сошлифовывание нестершихся бугров временных клыков, затрудняющих боковые движения нижней челюсти
- При резко выраженном перекрестном прикусе, сочетающемся с сагиттальными и вертикальными аномалиями, в возрасте 5.5- 6 лет применяют аппараты комбинированного действия

42. Принципы лечения перекрестной окклюзии в период постоянного прикуса.

Ответ: Несъемная ортодонтическая аппаратура (брекет- система) в сочетании с косой межчелюстной тягой

- Несъемные расширяющие аппараты (хайрекс, квадхеликс)
- Возможно удаление отдельных зубов (чаще первого премоляра) и их пришлифовка
- Ортогнатическая хирургия после 18 лет

43. Принципы лечения глубокой резцовой окклюзии/дизокклюзии в период сменного прикуса.

Ответ: ранний сменный прикус

- Нормализация формы и размера зубных рядов.
- Устранение протрузии резцов (профилактика травмы).
- Нормализация смыкания зубных рядов.
- Стимуляция роста нижней челюсти.
- Сдерживание роста верхней челюсти.

поздний сменный прикус

- Нормализация формы и размера зубных рядов.
 - Съемный расширяющий аппарат с винтом на верхнюю челюсть с вестибулярной дугой.
 - Съемный удлиняющий аппарат с винтом на верхнюю челюсть.
 - Съемный расширяющий аппарат на нижнюю челюсть.
 - Несъемный расширяющий аппарат с винтом на верхнюю челюсть.
 - Небный бюгель Гожгариана.
 - Небная дуга Квадхеликс
- Нормализация смыкания зубных рядов.
 - аппарат Андресена-Гойпля
 - аппарат Френкеля I, II типа
 - аппарат Персина
 - открытый активатор Кламонта
 - аппарат Твин- блок
 - - аппарат Гербста и его модификации и др.
- Дистализация верхних моляров.
 - съемные дистализирующие аппараты:
 - Лицевая дуга.
 - несъемные дистализирующие аппараты:
 - Pendulum, Pendex
- Сдерживание роста верхней челюсти.
- Стимуляция роста нижней челюсти.

44. Принципы лечения глубокой резцовой окклюзии/дизокклюзии в период постоянного прикуса.

Ответ:

- Несъемная ортодонтическая техника (брекет-система) в сочетании с:
 - лицевой дугой,
 - несъемными дистализирующими и расширяющими аппаратами,
 - аппаратом Гербста,
 - аппаратом Твин- блок.
- Ортогнатическая хирургия (Верхняя челюсть Остеотомия по LeFort I, двусторонняя сагиттальная расщепленная остеотомия ветви нижней челюсти (bilateral sagittal split osteotomy, BSSO))

45. Принципы лечения дистальной окклюзии в период временного прикуса.

Ответ:

- Устранение вредных привычек (пластинка Хинца)
- Миогимнастика
- Санация полости рта
- Санация носоглотки
- Применение вестибулярных пластинок.
- Активное ортодонтическое лечение тяжелых гнатических форм.

46. Принципы лечения дистальной окклюзии в период сменного прикуса.

Ответ: Ранний сменный прикус:

- нормализация формы и размера зубных рядов;
- устранение протрузии резцов (профилактика травмы);
- нормализация смыкания зубных рядов;
- стимуляция роста нижней челюсти;
- сдерживание роста верхней челюсти.

Поздний сменный прикус:

- нормализация формы и размера зубных рядов;
- нормализация смыкания зубных рядов;
- дистализация верхних моляров;
- сдерживание роста верхней челюсти;
- стимуляция роста нижней челюсти.

Нормализация формы и размера зубных рядов:

- съемный расширяющий аппарат с винтом на верхнюю челюсть с вестибулярной дугой;
- съемный удлиняющий аппарат с винтом на верхнюю челюсть;
- съемный расширяющий аппарат на нижнюю челюсть;
- несъемный расширяющий аппарат с винтом на верхнюю челюсть;
- небный бюгель Гожгарина;
- небная дуга Квадхеликс.

Пубертатный скачок роста - наиболее благоприятный период для стимуляции роста нижней челюсти и нормализации смыкания первых моляров по I классу Энгля.

У девочек - начало в 9,5 - 10 лет; max рост в 12-12,5 лет.

У мальчиков - начало в 11,5 - 12 лет; max рост в 14 лет.

Нормализация смыкания зубных рядов, стимуляция роста нижней челюсти:

- аппарат Андресена-Гойпля;
- аппарат Френкеля I, II типов;
- аппарат Персина;
- открытый активатор Кламмта;
- аппарат Твин-блок;

- аппарат Гербста и его модификации.

Дистализация верхних моляров:

- съемные дистализирующие аппараты: лицевая дуга;
- несъемные дистализирующие аппараты: Pendulum, Pendex, мультидистализирующая дуга (МДД) и др.

47. Принципы лечения вертикальной резцовой дизокклюзии в период сменного прикуса.

Ответ: ранний сменный прикус (лучше всего для лечения)

Цель лечения – устранение всех препятствий на пути прорезывания резцов.

Применяются:

1. Аппараты с заслонкой для языка (съемные, несъемные).
2. Аппараты для нормализации положения языка в покое.

поздний сменный прикус

Цель лечения – сдерживание вертикального роста в боковых сегментах, стимуляция вертикального роста во фронтальном отделе. Применяются:

1. Активатор Андресена –Гойпля.
2. Пластины с окклюзионными накладками.
3. Головная шапочка с подбородочной пращей и вертикальной тягой.
4. Лицевая дуга с верхней тягой.

48. Принципы лечения вертикальной резцовой дизокклюзии в период временного прикуса.

Ответ: Лечение во временном прикусе:

- устранение причины;
- нормализация функции мышц;
- миогимнастика: упражнения для круговой мышцы рта, контроль вертикального роста боковых сегментов (накусывание предмета, например шпателя) 5 раз в день по 5 минут - напряжение 1 мин, короткий отдых, на каждой стороне;
- профилактические аппараты: вестибулярные пластины, трейнеры;
- профилактическое протезирование.

49. Принципы лечения вертикальной резцовой дизокклюзии в период постоянного прикуса.

Ответ: 1. Лечение с использованием несъемной техники, часто с удалением зубов по ортодонтическим показаниям.

- Применение реверсионных дуг с целью коррекции окклюзионной плоскости.
- Применение ортоимплантов с целью зубоальвеолярного укорочения в боковых отделах.
- Применение техники многопетлевой дуги.

2. Хирургическая коррекция (трехсегментарная остеотомия верхней челюсти, гениопластика).

Прогноз лечения открытого прикуса зависит от:

- степени выраженности аномалии,
- возраста вмешательства,
- типа роста зубочелюстной системы (при горизонтальном типе роста прогноз благоприятный, при вертикальном – неблагоприятный).

50. Принципы лечения мезиальной окклюзии в период сменного прикуса.

Ответ: Сменный прикус:

- нормализация формы и размера зубных рядов;
- нормализация смыкания зубных рядов;
- устранение вынужденного положения нижней челюсти;
- изменение направления роста нижней челюсти;
- стимуляция роста верхней челюсти.

Нормализация формы и размера зубных рядов:

- съемный расширяющий аппарат на верхнюю челюсть;
- съемный аппарат на верхнюю челюсть с протрагирующими пружинами;
- съемный удлиняющий аппарат на верхнюю челюсть;
- съемный аппарат на нижнюю челюсть с вестибулярной дугой;
- несъемный расширяющий аппарат на верхнюю челюсть.

Нормализация смыкания зубных рядов:

- аппарат Андресена-Гойпля;
- аппарат Френкеля III типа;
- аппарат Брюкля.

Устранение вынужденного положения нижней челюсти, изменение направления роста нижней челюсти:

- головная шапочка с подбородочной пращей и внеротовой тягой;
- аппарат Андресена-Гойпля;
- аппарат Френкеля III типа.

Стимуляция роста верхней челюсти:

- лицевая маска в сочетании с несъемным расширяющим аппаратом и внеротовой тягой.