

## **Тестовые задания по дисциплине «Гнатология и функциональная диагностика ВНЧС»**

1. ПРИБОР ДЛЯ ЗАПИСИ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУСТАВНЫХ УГЛОВ:

- 1) артикулятор;
- 2) аксиограф;
- 3) окклюдатор;
- 4) пантограф;
- 5) лицевая дуга.

2. БУГОРКИ ЗУБОВ, КОТОРЫЕ НАПРАВЛЯЮТ БОКОВЫЕ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: ЩЕЧНЫЕ БУГОРКИ ВЕРХНИХ И ЯЗЫЧНЫЕ – НИЖНИХ БОКОВЫХ ЗУБОВ:

- 1) неопорные бугорки;
- 2) опорные бугорки;
- 3) полуопорные бугорки;
- 4) бугорки премоляров;
- 5) клыки.

3. ЛИНИЯ, ПРОХОДЯЩАЯ ОТ НИЖНЕГО КРАЯ ОРБИТЫ ДО ВЕРХНЕГО КРАЯ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА:

- 1) Франкфуртская горизонталь;
- 2) Камперовская горизонталь;
- 3) диаграмма Посселта;
- 4) боковая горизонталь;
- 5) межевая линия.

4. НАСКОЛЬКО СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НЕРАБОЧЕЙ СТОРОНЫ В САМОМ НАЧАЛЕ ДВИЖЕНИЯ МОЖЕТ СОВЕРШАТЬ ТРАНСВЕРСАЛЬНОЕ ДВИЖЕНИЯ ВНУТРЬ:

- 1) 0,7 – 2 мм;
- 2) 0,5 – 1 мм;
- 3) 1 – 2 мм;
- 4) 0,2 – 0,5 мм;
- 5) 0,2 – 0,5 см.

5. ОБОЗНАЧЕНИЕ ПОГРАНИЧНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В САГГИТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ПО ПЕРЕМЕЩЕНИЮ РЕЗЦОВОЙ ТОЧКИ:

- 1) линия Паунда;
- 2) треугольник Бонвиля;
- 3) Камперовская горизонталь;

- 4) диаграмма Посселта;
- 5) межевая линия.

6. **ВООБРАЖАЕМАЯ ЛИНИЯ ОТ МЕЗИАЛЬНОГО КРАЯ НИЖНЕГО КЛЫКА ДО ВНУТРЕННЕГО КРАЯ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО БУГОРКА:**

- 1) диаграмма Посселта;
- 2) движения Беннетт;
- 3) линия Паунда;
- 4) треугольник Бонвиля;
- 5) линия обзора.

7. **ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОПРОВОЖДАЮТСЯ ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА, ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ВНЧС:**

- 1) неприемлемая окклюзия;
- 2) приемлемая окклюзия;
- 3) передняя окклюзия;
- 4) боковая окклюзия;
- 5) задняя окклюзия.

8. **МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФИССУРНО-БУГОРКОВЫЕ КОНТАКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ПРИ КОТОРЫХ СУСТАВНЫЕ ГОЛОВКИ РАСПОЛОЖЕНЫ В НАИБОЛЕЕ ТОНКОЙ АВАСКУЛЯРНОЙ ЧАСТИ СУСТАВНЫХ ДИСКОВ В ПЕРЕДНЕВЕРХНЕМ ОТДЕЛЕ СУСТАВНЫХ ЯМОК НАПРОТИВ ОСНОВАНИЯ СУСТАВНЫХ БУГОРКОВ, ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ ОДНОВРЕМЕННО И РАВНОМЕРНО СОКРАЩЕНЫ:**

- 1) боковая окклюзия;
- 2) центральная окклюзия;
- 3) приемлемая окклюзия;
- 4) передняя окклюзия;
- 5) задняя окклюзия.

9. **ПЛОСКОТЬ, КОТОРАЯ МОЖЕТ БЫТЬ ОПРЕДЕЛЕНА ПРИ ИНТАКТНОМ ЗУБНОМ РЯДЕ МЕЖДУ СЛЕДУЮЩИМИ ТРЕМЯ ТОЧКАМИ: СРЕДИННОЙ КОНТАКТНОЙ ТОЧКОЙ РЕЖУЩИХ КРАЕВ НИЖНИХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ И ВЕРШИНАМИ ДИСТАЛЬНОЩЕЧНЫХ БУГОРКОВ ВТОРЫХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ СПРАВА И СЛЕВА:**

- 1) эксцентрическая окклюзия;
- 2) функциональная окклюзия;
- 3) стабильная окклюзия;
- 4) окклюзионная плоскость;
- 5) задняя окклюзия.

10. КОНТАКТЫ ЗУБОВ ЛАТЕРОТРУЗИОННОЙ СТОРОНЫ НА СКАТАХ ОДНОИМЕННЫХ БУГОРКОВ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ СМЫКАНИЮ КЛЫКОВ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ:

- 1) балансирующие контакты;
- 2) эксцентрические суперконтакты;
- 3) рабочие суперконтакты;
- 4) балансирующие контакты;
- 5) просто контакты.

11. В НОРМЕ ОККЛЮЗИОННАЯ ВЫСОТА НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА МЕНЬШЕ ТАКОВОЙ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ПОКОЕ В СРЕДНЕМ НА:

- 1) 1-2мм;
- 2) 2-3мм;
- 3) более 3мм;
- 4) менее 2мм;
- 5) 3-4 мм.

12. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ БРУКСИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) широкое лицо;
- 2) асимметрия лица;
- 3) увеличение височных мышц;
- 4) худое лицо;
- 5) нет правильного ответа.

13. АМПЛИТУДА БОКОВЫХ И ПЕРЕДНИХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО:

- 1) 2мм;
- 2) 5мм;
- 3) 7мм;
- 4) более 9мм;
- 5) 4 мм.

14. ОТКЛОНЕНИЕ РЕЗЦОВОЙ ТОЧКИ БЕЗ ВОЗВРАТА В МЕДИАЛЬНУЮ ПЛОСКОСТЬ ПРИ ПОЛНОМ ОТКРЫВАНИИ РТА:

- 1) девиация;
- 2) дислокация;
- 3) репозиция;
- 4) дефлексия;
- 5) рефлексия.

15. НАРУЖНАЯ КРЫЛОВИДНАЯ МЫШЦА ПАЛЬПИРУЕТСЯ:

- 1) экстаорально;
- 2) интраорально;
- 3) экстаорально и интраорально;
- 4) не пальпируется в норме;

5) нет правильного ответа.

16. ИСПОЛЬЗУЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ПРОБЫ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

- 1) смещение нижней челюсти;
- 2) функциональные отклонения в мышцах;
- 3) миосуставной дисфункциональный синдром;
- 4) смещение нижней челюсти, функциональные отклонения в мышцах, функциональные отклонения в височно-нижнечелюстном суставе, миосуставной дисфункциональный синдром;
- 5) функциональные отклонения в височно-нижнечелюстном суставе.

17. МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЗВОЛЯЮЩЕЙ ИССЛЕДОВАТЬ СОСТОЯНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ВНЧС:

- 1) томография;
- 2) компьютерная томография;
- 3) магнитно-резонансная томография;
- 4) ОПТГ;
- 5) Прицельный внутриротовой снимок.

18. И.М.ОКСМАН ПРЕДЛОЖИЛ В ДОПОЛНЕНИЕ К МЕТОДУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПО Н.И.АГАПОВУ АНАЛИЗИРОВАТЬ:

- 1) изменение цвета зубов;
- 2) состояние коронки зуба;
- 3) подвижность зубов;
- 4) атрофию костной ткани челюсти;
- 5) состояние пульпы зуба.

19. ЖЕВАТЕЛЬНАЯ ПРОБА И.С.РУБИНОВА ПОКАЗЫВАЕТ:

- 1) степень измельчения 5г ореха после 50 жевательных движений;
- 2) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений;
- 3) степень измельчения 0,8г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса;
- 4) наличие или отсутствие глотательного рефлекса после 50 жевательных движений;
- 5) степень измельчения 5г ореха после 100 жевательных движений.

20. ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ – ЛИНИЯ, ПРОВЕДЕННАЯ ПО:

- 1) режущим краям фронтальных зубов;
- 2) проекции вершечек корней зубов;
- 3) по поверхности бугорков моляров;
- 4) режущим краям фронтальных зубов и щечным бугоркам премоляров и моляров;

5) режущим краям фронтальных зубов и небным бугоркам премоляров и моляров.

21. СУЩЕСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ АРТИКУЛЯТОРОВ:

- 1) среднеанатомические;
- 2) полностью или частично регулируемые;
- 3) скользящие;
- 4) среднеанатомические, полностью или частично регулируемые, скользящие, суставные;
- 5) суставные.

22. НА СКОЛЬКО ОСНОВНЫХ ТИПОВ МОЖНО РАЗДЕЛИТЬ АРТИКУЛЯТОРЫ:

- 1) один;
- 2) два;
- 3) три;
- 4) четыре;
- 5) пять.

23. АРТИКУЛЯТОРЫ - ЭТО ПРИБОРЫ, ВОСПРОИЗВОДЯЩИЕ:

- 1) центральную окклюзию;
- 2) боковую окклюзию;
- 3) переднюю окклюзию;
- 4) все положения и перемещения нижней челюсти;
- 5) фиксированную окклюзию.

24. АРТИКУЛЯЦИЯ - ПОНЯТИЕ, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ В СЕБЯ СООТНОШЕНИЕ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ:

- 1) центральной окклюзии;
- 2) боковой окклюзии;
- 3) передней окклюзии;
- 4) всевозможных положениях нижней челюсти;
- 5) фиксированной окклюзии.

25. КРОМЕ СУСТАВНОГО МЕХАНИЗМА, АРТИКУЛЯТОРЫ ИМЕЮТ РЕЗЦОВУЮ ПОДСТАВКУ (ТАРЕЛОЧКУ), В КОТОРУЮ УПИРАЕТСЯ РЕЗЦОВЫЙ СТЕРЖЕНЬ, УДЕРЖИВАЮЩИЙ ВЕРТИКАЛЬНОЕ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ РАМАМИ. ЭТИ ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ НАСТРОЙКИ:

- 1) переднего резцового пути;
- 2) бокового резцового пути;
- 3) переднего и бокового резцовых путей;
- 4) переднего и бокового резцовых путей, клыкового ведения;
- 5) клыкового ведения.

26. ЛИЦЕВАЯ ДУГА ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ:

- 1) установки моделей в артикулятор;
- 2) записи суставных углов;
- 3) установки моделей в окклюдатор;
- 4) определения центрального соотношения челюстей;
- 5) все перечисленное.

27. ОСНОВНЫЕ ЧАСТИ ЛИЦЕВОЙ ДУГИ:

- 1) боковые рычаги;
- 2) боковые рычаги и прикусная вилка;
- 3) боковые рычаги, прикусная вилка и носовой упор;
- 4) боковые рычаги, прикусная вилка, носовой упор и переходник между дугой и вилкой;
- 5) переходник между дугой и вилкой.

28. ПЕРЕДНИМ НАПРАВЛЯЮЩИМ КОМПОНЕНТОМ ПРИ ДВИЖЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВПЕРЕД, А ТАКЖЕ ВПЕРЕД И В СТОРОНУ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) резцовый путь;
- 2) Плоские бородавки;
- 3) кривая Шпее;
- 4) центральная окклюзия;
- 5) кривая Уилсона.

29. АРТИКУЛЯТОР «SAM» («ARCON») В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА НАСТРОЙКИ МОЖЕТ БЫТЬ:

- 1) анатомическим;
- 2) полностью регулируемым;
- 3) полурегулируемым;
- 4) полностью регулируемым и полурегулируемым;
- 5) анатомическим и полурегулируемым.

30. УГОЛ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ (УГОЛ БЕННЕТА) В СРЕДНЕМ РАВЕН (В ГРАДУСАХ):

- 1) 17;
- 2) 26;
- 3) 33;
- 4) 60;
- 5) 120.

31. ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ МЫШЕЧНО-СУСТАВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТЕРМИНЫ:

- 1) синдром Костена;
- 2) невралгия ВНЧС;
- 3) артропатия;

- 4) все перечисленное верно;
- 5) нет правильного ответа.

32. ДЛЯ СИНДРОМА КОСТЕНА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРОЯВЛЕНИЙ:

- 1) ушные симптомы;
- 2) суставных симптомов;
- 3) парестезий полости рта;
- 4) нет правильного ответа;
- 5) все перечисленное верно.

33. ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) щелчки в суставе во время движений нижней челюсти;
- 2) тугоподвижность сустава;
- 3) течение слюны из полости рта;
- 4) при закрытом положении рта появляются сильные боли;
- 5) все перечисленное верно.

34. ГИПЕРТРОФИЯ СОБСТВЕННО ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ИЛИ ВИСОЧНОЙ МЫШЦЫ (ПЕРЕДНИЕ ПУЧКИ) С ОДНОЙ СТОРОНЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ У:

- 1) у мужчин до 40 лет;
- 2) у мужчин с переохлаждением;
- 3) женщин старше 50 лет;
- 4) женщин до 30 лет;
- 5) у мужчин после 40 лет.

35. ПЕРЕДНИЕ ДИСЛОКАЦИИ ДИКСА ВСТРЕЧАЮТСЯ В:

- 1) не встречаются;
- 2) 20-30%;
- 3) 50%;
- 4) 80-90%;
- 5) 15-20%.

36. НЕФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ДИС-КА ПО ОТНОШЕНИЮ К СУСТАВНОЙ ГО-ЛОВКЕ:

- 1) дислокация суставного диска;
- 2) артроз;
- 3) невправляемый вывих;
- 4) артрит;
- 5) дислокация суставных головок.

37. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЖНО УВИДЕТЬ НА СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ ПРИ ПРОЛАПСЕ ДИСКА НА ТОМОГРАММАХ ВНЧС:

- 1) верхнезадняя суставная щель суживается, а передняя увеличивается;
- 2) верхнезадняя суставная щель увеличивается, а передняя суживается;
- 3) изменений нет;
- 4) верхнезадняя передняя и суставная щель суживается;
- 5) нет правильного ответа.

38. КАКУЮ ФОРМУ ИМЕЕТ СУСТАВНОЙ ДИСК:

- 1) может менять свою форму из двояковогнутой в двояковыпуклую;
- 2) прямоугольной пластинки;
- 3) двояковыпуклой линзы;
- 4) двояковогнутой линзы;
- 5) вогнутой пластинки.

39. ГОТИЧСЕКИЙ УГОЛ ПРИ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ РАВЕН ОКОЛО:

- 1)  $107^\circ$ ;
- 2)  $180^\circ$ ;
- 3)  $59^\circ$ ;
- 4)  $87^\circ$ ;
- 5)  $47^\circ$ .

40. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕНТРИЧЕСКОЙ ВПРАВЛЯЕМОЙ ДИСЛОКАЦИИ ДИСКА ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ:

- 1) избирательного пришлифовывания;
- 2) разобщающих шин;
- 3) индивидуальные каппы;
- 4) брекет система;
- 5) ортопедические конструкции.

41. ЧТО НАЗЫВАЕТСЯ КОСТНЫМ АНКИЛОЗОМ:

- 1) патологическое костное (частичное или полное) сращение мыщелкового отростка с височной костью, развившееся в результате полной гибели суставного хряща и разрастания костной ткани;
- 2) физиологическое костное (частичное или полное) сращение мыщелкового отростка с височной костью, развившееся в результате полной гибели суставного хряща и разрастания костной ткани;
- 3) патологическое костное (частичное или полное) сращение мыщелкового отростка с лобной костью, развившееся в результате полной гибели суставного хряща и разрастания костной ткани;
- 4) патологическое костное (частичное или полное) сращение мыщелкового отростка с небной костью, развившееся в результате полной гибели суставного хряща и разрастания костной ткани;
- 5) нет верного ответа.



42. ЧЕРЕЗ КАКОЕ ВРЕМЯ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ ВОЗНИКАЕТ НЕПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ КОСТНОМ АНКИЛОЗЕ ?:

- 1) через 3 года;
- 2) через 1-2 года;
- 3) через месяц;
- 4) через 5 лет;
- 5) нет верного ответа.

43. КАК РАСПОЛОЖЕНА НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ:

- 1) медиально;
- 2) дистально (младенческая ретрогения);
- 3) латерально;
- 4) медиа-дистально;
- 5) нет верного ответа.

44. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АНКИЛОЗА ВО МНОГОМ СХОДНА С КЛИНИКОЙ:

- 1) Вывиха ВНЧС;
- 2) Опухоли ВНЧС;
- 3) Перелома ВНЧС;
- 4) Вторичного деформирующего остеоартроза;
- 5) нет верного ответа.

45. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ КАКОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА ПРОИСХОДИТ ПРИ КОСТНОМ АНКИЛОЗЕ ВНЧС НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) дыхательной;
- 2) кровеносной;
- 3) нервной;
- 4) эндокринной;
- 5) нет верного ответа.

46. БРУКСИОМАНИЯ – ЭТО:

- 1) скрип зубов в дневное время;
- 2) скрип зубов в ночное время;
- 3) скрип зубов днем и ночью;
- 4) скрип зубов вне зависимости от времени суток;
- 5) нет верного ответа.

47. УКАЖИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ВТОРИЧНОГО ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА ВНЧС У ДЕТЕЙ:

- 1) головка мышечкового отростка уплощена и склерозирована;

- 2) головка мышцелкового отростка расположена впереди от суставного бугорка;
- 3) суставная щель неравномерна и приближается к прямой линии;
- 4) недоразвитие ветви нижней челюсти;
- 5) укорочение мышцелкового отростка и утолщение шейки его.

48. ДЛЯ КЛИНИКИ ОДНОСТОРОННЕГО НЕОАРТРОЗА В ОБЛАСТИ ВИСОЧНО–НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО:

- 1) невозможность открыть рот;
- 2) перекрестный прикус;
- 3) хруст и щелканье в суставе;
- 4) одностороннее недоразвитие нижней челюсти;
- 5) ограниченное открывание рта.

49. ДЛЯ КЛИНИКИ ЮНОШЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) привычный вывих;
- 2) хруст и щелканье в суставе;
- 3) отек и гиперемия кожи в околоушной области;
- 4) невозможность открыть рот;
- 5) кривой прикус.

50. ОСТРЫЙ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ВЫВИХ ВНЧС ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ:

- 1) задний;
- 2) боковой двусторонний;
- 3) боковой односторонний;
- 4) передний односторонний;
- 5) передний двусторонний.

51. ОТСУТСТВИЕ КОНТАКТА МЕЖДУ ЕСТЕСТВЕННЫМИ ЗУБАМИ-АНТАГОНИСТАМИ ПРИ НАЛИЧИИ ПЛОТНОГО ФИССУРНО-БУГОРКОВОГО КОНТАКТА ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ НА ЭТАПЕ ПРОВЕРКИ КОНСТРУКЦИИ ПРОТЕЗА СВЯЗАНО:

- 1) с неправильным подбором искусственных зубов;
- 2) с деформацией воскового базиса с окклюзионными валиками на этапе определения центральной окклюзии;
- 3) с недостаточным продавливанием воска на окклюзионном валике при фиксации центральной окклюзии;
- 4) правильны ответы 2 и 3;
- 5) нет правильного ответа.

52. СУПЕРКОНТАКТЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ:

- 1) на рабочей стороне;
- 2) на балансирующей стороне;

- 3) в передней окклюзии;
- 4) в центральном соотношении челюстей (в задней контактной позиции);
- 5) на рабочей и балансирующей стороне в передней, центральной окклюзии и центральном соотношении челюстей (в задней контактной позиции).

#### 53. ОККЛЮЗИОННЫЕ КОНТАКТЫ ИНТАКТНЫХ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ЦЕНТРАЛЬНОМ СООТНОШЕНИИ:

- 1) двусторонние контакты скатов бугров жевательных зубов;
- 2) контакты передних зубов;
- 3) контакты задних зубов;
- 4) контакты передних и задних зубов;
- 5) нет правильного ответа.

#### 54. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ СУПЕРКОНТАКТОВ СЛЕДУЮЩИЕ:

- 1) подвижность и смещение зуба с симптомами гингивита;
- 2) рецессия десны;
- 3) ложный пульпит;
- 4) хронический периодонтит;
- 5) подвижность и смещение зуба с симптомами гингивита, рецессия десны, ложный пульпит, хронический периодонтит.

#### 55. ПОКАЗАНИЯМИ К ОККЛЮЗИОННОЙ КОРРЕКЦИИ МЕТОДОМ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО СОШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ МОГУТ БЫТЬ:

- 1) патология пародонта;
- 2) суперконтакты при деформациях зубных рядов;
- 3) заболевания ВНЧС;
- 4) травма твердых тканей зуба и пульпы;
- 5) патология пародонта, суперконтакты при деформациях зубных рядов, заболевания ВНЧС, травма твердых тканей зуба и пульпы.

#### 56. ЦЕЛЮЮ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО СОШЛИФОВЫВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) создание стабильной окклюзии (множественного фиссурно-бугоркового смыкания зубных рядов);
- 2) распределение жевательной нагрузки по оси каждого зуба и снятие травмы пародонта;
- 3) устранение суперконтактов в передней и боковых окклюзиях;
- 4) создание стабильной окклюзии (множественного фиссурно-бугоркового смыкания зубных рядов), распределение жевательной нагрузки по оси каждого зуба и снятие травмы пародонта, устранение суперконтактов в передней и боковых окклюзиях;
- 5) нет верного ответа.

#### 57. ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРОИЗВОДИТСЯ С ЦЕЛЮЮ:

- 1) снижения окклюзионной высоты;
- 2) уменьшения нагрузки на пародонт;
- 3) нормализации функциональной окклюзии;
- 4) снижения окклюзионной высоты, уменьшения нагрузки на пародонт;
- 5) уменьшения нагрузки на пародонт, нормализации функциональной окклюзии.

58. ФАКТОРЫ ОККЛЮЗИИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОККЛЮЗИОННЫЕ КОНТАКТЫ ЗУБОВ ПРИ ДВИЖЕНИЯХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- 1) кривая Шпее;
- 2) кривая Уилсона;
- 3) величина бугров жевательных зубов;
- 4) резцовый путь;
- 5) кривая Шпее, кривая Уилсона, величина бугров жевательных зубов, резцовый путь.

59. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА ИЗБИРАТЕЛЬНОЙ ПРИШЛИФОВКИ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) множественный кариес;
- 2) преждевременные контакты зубов;
- 3) гипоплазия эмали;
- 4) клиновидный дефект;
- 5) нет правильного ответа.

60. В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПО МЕТОДИКЕ ДЖЕНКЕЛЬСОНА ВЫЯВЛЯЮТСЯ И УСТРАНЯЮТСЯ СУПРАКОНТАКТЫ КЛАССА:

- 1) первого;
- 2) второго;
- 3) третьего;
- 4) четвертого;
- 5) пятого.