

Тестовые задания по специальности «Ортодонтия»

Наиболее целесообразным и точным способом определения нуждаемости детей в ортодонтической помощи является

- обращаемость больных в поликлинику
- осмотры детей в организованных коллективах ортодонтом методом гнездования
- полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
- выборочный осмотр детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом

По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено

- 1 ставка среднего медицинского персонала
- 0.5 ставки среднего медицинского персонала
- 2 ставки среднего медицинского персонала
- 0.25 ставки среднего медицинского персонала

По штатному нормативу на 1 должность врача

- ортодонта положено
- 0.5 ставки зубного техника
- 1 ставка зубного техника
- 0.25 ставки зубного техника
- 2 ставки зубного техника

По штатному нормативу на 1 ставку врача ортодонта положено

- 1 ставка младшего медицинского персонала
- 2 ставки младшего медицинского персонала
- 0.25 ставки младшего медицинского персонала
- 0.5 ставки младшего медицинского персонала

Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации по ортодонтическим показаниям составляет

- 1 группу
- 2 группы
- 3 группы
- 4 группы

Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит

- в аппаратурном ортодонтическом лечении
- в борьбе с вредными привычками
- в протезировании
- в санитарно-просветительной работе по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам

Ко II диспансерной группе следует отнести детей

- с выраженными зубочелюстными аномалиями
- с неправильным положением отдельных зубов
- с начальной стадией аномалии прикуса
- с предпосылками к развитию отклонений в прикусе

Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать

- в детских стоматологических поликлиниках

- в детских садах
- в школах
- в специализированных ортодонтических центрах

Анализ работы врача ортодонта целесообразно проводить с учетом количества

- посещений больных
- примененных ортодонтических аппаратов
- вылеченных детей
- трудовых единиц

К III диспансерной группе следует отнести детей

- с выраженными аномалиями прикуса
- с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
- с незначительными отклонениями в прикусе или в положении отдельных зубов
- со значительно выраженными аномалиями положения отдельных зубов

Критерием для перевода детей в I группу практически здоровых детей является

- нормализация функции глотания
- нормализация функции дыхания
- получение положительных результатов: в исправлении положения зубов, зубных дуг
- создание эстетического, морфологического
- и функционального оптимума

Врач ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения

- при получении положительных результатов: исправления положения зубов
- при нормализации функции
- при закреплении результатов ортодонтического лечения
- при сформированном правильном постоянном прикусе

Главными задачами диспансеризации детей ортодонтической службы являются

- выявление детей с предпосылками к развитию аномалий прикуса
- профилактика зубочелюстных аномалий
- аппаратурное ортодонтическое лечение детей с аномалиями прикуса
- все перечисленные задачи

В работу "комнаты здорового ребенка" в возрасте до 1 года в детских поликлиниках следует включить

- обучение родителей правильному способу вскармливания детей
- массаж в области альвеолярных отростков, зубов
- гигиенические навыки
- все перечисленное

В работу воспитателей детских садов в связи с профилактикой аномалий прикуса следует включить

- борьбу с вредными привычками
- тренировку носового дыхания
- правильное положение головы во время сна
- все перечисленное

К IV диспансерной группе следует отнести детей

- с незначительными отклонениями в положении отдельных зубов
- с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
- с выраженными аномалиями прикуса
- с аномалиями прикуса в начальной стадии

У детей IV диспансерной группы целесообразно применять следующие виды ортодонтической помощи

- санитарно-просветительную работу
- применение ортодонтических аппаратов
- нормализацию нарушений функций зубочелюстной системы
- миотерапию

Наиболее квалифицированно и эффективно миотерапия в ортодонтии проводится

- в ортодонтическом кабинете врача ортодонта
- в стоматологической поликлинике - логопедом, прошедшим специализацию по ЛФК
- в детских садах - воспитателями
- в детских соматических поликлиниках - инструкторами по лечебной физкультуре

Наиболее целесообразной формой ортодонтической службы с организационной точки зрения является

- укрупнение ортодонтических отделений
- организация ортодонтических диагностических центров
- организация службы комплексного лечения зубочелюстных аномалий
- укрупнение зуботехнических лабораторий

Наиболее эффективной организационной формой лечения детей с врожденной патологией в зубочелюстно-лицевой области является лечение

- в детских стоматологических поликлиниках
- в специализированных центрах по лечению врожденной патологии
- в хирургических отделениях общих больниц
- в ортодонтических центрах

Профилактика аномалий прикуса в периоде предначального развития детей состоит

- в медико-генетической консультации
- в пропаганде правильного режима труда, отдыха и питания будущей матери
- в профилактике простудных и других заболеваний беременных женщин
- во всем перечисленном

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

- устранение вредных привычек
- пришлифовывание бугров временных зубов
- нормализацию функции жевания, глотания
- все перечисленное

У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий целесообразно применять

- создание благоприятных условий для правильного вскармливания
- миотерапию

- стандартные вестибулярные пластинки
- нормализацию функции дыхания

Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте направлена

- на устранение ранних признаков аномалий прикуса
- на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса
- на назначение ортодонтического аппаратного лечения
- на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса

В нормализации функции дыхания первостепенное значение имеют

- нормализация осанки, положения головы
- упражнения для тренировки круговой мышцы рта
- санация носоглотки
- дыхательная гимнастика

Абсолютным показанием к последовательному (серийному) удалению отдельных зубов является

- сужение зубных рядов
- мезиальное смещение боковых зубов
- макродентия
- чрезмерное развитие одной из челюстей

Последствиями ранней потери временных зубов за 1 год до их смены являются

- сужение зубных рядов
- укорочение зубных рядов
- смещение отдельных зубов
- все перечисленные последствия

При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде

- сосания пальцев
- прикусывания губ
- сосания языка
- прокладывания мягких тканей языка, щек в область дефекта

Саморегуляция зубочелюстных аномалий наступает в результате

- коррекции неправильных окклюзионных контактов за счет физиологической стираемости эмали
- устранения вредных привычек
- нормализации функций зубочелюстной системы
- всего перечисленного

Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено

- на правильное положение головы и осанки
- на тренировку носового дыхания
- на воспитание правильного навыка пережевывания пищи
- на все перечисленное

Отграничение ротовой полости от носовой происходит

- на 3-4 неделе беременности
- на 6-7 неделе беременности
- на 9-10 неделе беременности
- на 12-14 неделе беременности

Начало закладки и обызвествления временных зубов происходит

- на 8-9 неделе беременности
- на 12-16 неделе беременности
- на 20-24 неделе беременности
- на 30-32 неделе беременности

Рост челюстей в период эмбриогенеза взаимосвязан

- сначала с ростом языка
- сначала с формированием зачатков временных зубов
- сначала с ростом зачатков постоянных зубов
- с сочетанным действием всего перечисленного

Положение нижней челюсти у новорожденного в норме

- ортогнатическое
- ретрогнатическое
- прогнатическое
- латерогнатическое

В период новорожденности для развития зубочелюстной системы роль акта сосания

- существенная
- не существенная
- существенная, но до определенного возраста
- очень существенная

Видами роста челюстных костей являются

- интерстициальный рост
- суставной рост
- суставной и шовный рост
- суставной, шовный и аппозиционный рост

Временные резцы прорезываются

- в 6-12 месяцев
- в 12-18 месяцев
- в 18-24 месяцев
- в 34-40 месяцев

Временные первые моляры и клыки прорезываются

- в 6-12 месяцев
- в 16-20 месяцев
- в 20-24 месяцев
- в 34-40 месяцев

Временные клыки прорезываются

- в 6-12 месяцев
- в 16-20 месяцев
- в 20-24 месяцев
- в 28-30 месяцев

Вторые временные моляры прорезываются

- в 6-12 месяцев
- в 16-20 месяцев
- в 20-24 месяцев
- в 28-30 месяцев

I физиологическое повышение прикуса происходит

- в 6-12 месяцев
- в 16-24 месяцев
- в 28-30 месяцев
- в 40-46 месяцев

Вариантом смыкания первых постоянных моляров в норме является

- фиссурно-бугорковое смыкание (по I классу)
- фиссурно-бугорковое (по III классу)
- фиссурно-бугорковое (по II классу)
- не существенно

Характеристика сформированного временного прикуса в зависимости от размеров зубов и зубных дуг, межзубных контактов

- ортогнатический с мезиальной степенью или без нее у 55, 65, 75, 85 зубов
- прямой с мезиальной степенью или без нее у 55, 65, 75, 85 зубов
- дистальный с расположением 55, 65, 75, 85 зубов в одной плоскости
- мезиальный с мезиальной степенью между 55, 65, 75, 85 зубов

II физиологическое повышение прикуса происходит

- в 3-4 года
- в 6-8 лет
- в 9-10 лет
- в 10-12 лет

Влияние внутриротовых и околоротовых мышц на установление постоянных резцов в прикусе

- проявляется существенно
- проявляется не существенно
- не имеет значения
- проявляется очень существенно

Зачатки зубов внутри альвеолярного отростка перемещаются

- только в мезиальном направлении
- только в буккальном направлении
- только в окклюзионном направлении
- во всех трех направлениях

III физиологическое повышение прикуса происходит

- в 3-4 года
- в 6-7 лет
- в 9-11 лет
- в 12-13 лет

Шов нижней челюсти у ребенка окостеневает

- к 6 месяцам
- после первого года жизни
- после третьего года жизни
- к 5 годам

Срединный небный шов окостеневает

- после первого года жизни
- к 6 годам
- к 14 годам
- после 20 лет, к 24-25 годам

У ребенка инфантильный тип глотания наблюдается

- до 1 года
- до 1.5-2 лет
- до 7-10 лет
- в течение всей жизни

IV физиологическое повышение прикуса происходит

- в 3-4 года
- в 6-7 лет
- в 9-11 лет
- в 12-15 лет

У ребенка устанавливается соматический тип глотания в возрасте

- 1 года
- 3-4 лет
- 5-6 лет
- 8-10 лет

Временный прикус формируется в возрасте

- до 1 года
- до 2 лет
- до 3 лет
- до 4 лет

Временный прикус считается сформированным

- от 1 года до 3 лет
- от 6 до 9 лет
- от 3 до 5 лет
- от 9 до 11 лет

Начальный период смешанного прикуса соответствует возрасту

- от 1 года до 3 лет
- от 3 до 6 лет
- от 6 до 9 лет
- от 12 до 15 лет

Конечный период смешанного прикуса соответствует возрасту

- от 3 до 6 лет
- от 6 до 9 лет
- от 9 до 12 лет
- от 12 до 15 лет

Постоянный прикус формируется в возрасте

- от 6 до 12 лет
- от 12 до 15 лет
- от 15 до 18 лет
- после 24 лет

У физиологическое повышение прикуса происходит в возрасте

- 3-4 лет
- 6-12 лет
- 15-18 лет
- 18-24 года

Завершение формирования постоянного прикуса происходит в возрасте

- от 9 до 12 лет
- от 12 до 15 лет
- от 15 лет до 21 года
- от 21 до 24 лет

Формирование верхушек корней резцов и первых моляров нижней челюсти завершается в возрасте

- 7-8 лет
- 8-9 лет
- 9-10 лет
- 11-12 лет

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

- Нансе
- Герлаха
- Шварца
- Хорошилкиной

Площадь неба изучают по методике

- Коркзаузе
- Снагиной
- Герлаха
- Шмута

Величину молочных и постоянных зубов сопоставляют

- по методике Мичиганского университета
- по Миргазизову
- по Долгополовой
- по Герлаху

Недостаток места для неправильного расположения зубов выявляют

- по размеру зуба и места для него в зубной дуге
- по Хансе
- по Миргазизову
- по методике Мичиганского университета

Рентгенографию кистей рук делают

- для уточнения сроков окостенения
- для прогноза роста челюстей
- для изучения динамики роста организма
- для выяснения аномалий развития скелета

Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить

- возможности роста челюстей
- форму и размер суставных головок
- характер движения суставов
- размеры суставной щели

Ортопантограммы челюстей делают

- для определения количества и расположения зубов
- для прогноза роста челюстей
- для изучения динамики роста челюстей
- для определения показаний к удалению зубов

Методом исследования боковых ТРГ головы является

- метод Парма
- метод Шварца
- метод Паатера
- метод Колоткова

Сопоставление боковых ТРГ головы проводят

- для уточнения показаний к удалению зубов
- для выявления характера морфологической перестройки
- для лицевого отдела черепа
- для выяснения искажений при ТРГ исследовании

На прямых ТРГ головы возможно выявить

- количество и положение зубов
- форму и размеры лицевого отдела черепа
- показания к удалению отдельных зубов перед ортодонтическим лечением
- динамику роста челюстей

На аксиальных ТРГ головы возможно выявить

- количество и положение зубов
- асимметрию развития черепа
- динамику роста челюстей
- костный возраст

При использовании ЭВМ для анализа ТРГ головы возможно

- ускорить расшифровку ТРГ
- расширить возможности анализа
- сделать компьютерную диагностику
- выбрать метод лечения

Преимущества электрорентгенографии перед обычной рентгенографией состоят

- в уменьшении лучевой нагрузки
- в ускорении получения результатов
- в экономии серебра и химреактивов
- в получении изображения в позитиве

Преимущества рентгенокинематографии по сравнению с обычной рентгенографией состоят

- в ускорении исследования
- в динамическом изучении
- в уменьшении лучевой нагрузки
- ни в чем из перечисленного

Периодами развития классификаций зубочелюстных аномалий являются

- доэнглевский
- Энглевский
- Шварцевский
- все перечисленные периоды

Одним из авторов эстетической классификации является

- Энгль
- Ильина - Маркосян
- Шварц
- Андресен

Одним из авторов морфофункциональной классификации является

- Энгль
- Штернфельд
- Катц
- Андресен

Одним из авторов краниометрической классификации является

- Энгль
- Симон
- Шварц
- Курляндский

Одним из авторов этиологической классификации является

- Энгль
- Катц
- Конторович - Коркхаузе - Шварц
- Курляндский

В основе построения симптоматического ортодонтического диагноза лежит

- характер смыкания зубных рядов

- морфологические отклонения в строении лицевого отдела черепа
- функциональные нарушения
- эстетические нарушения

Симптоматический диагноз - это

- установление вида прикуса
- определение функциональных нарушений
- характеристика строения челюстей и их взаимоотношения
- эстетические нарушения

Топико-морфометрическая диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий базируется

- на изучении соотношения зубных дуг
- на изучении размера и положения частей лицевого отдела черепа
- на выявлении нарушений функций зубочелюстной системы
- на определении сопутствующих стоматологических и общесоматических заболеваний

Симптоматический диагноз отличается от дифференциального

- выявлением характера смыкания сегментов зубных дуг
- определением вида прикуса
- определением функциональных и эстетических нарушений
- характеристикой строения лицевого отдела черепа

Определение степени тяжести заболевания

- достаточно по характеристике диагноза
- требует дополнительного изучения по специальным методикам
- возможно на основании рентгенологических исследований
- возможно на основании биометрических исследований

Окончательный диагноз устанавливается

- на основании клинических данных
- после анализа данных клинических и лабораторных исследований
- на основании симптоматического диагноза с дополнительной характеристикой функциональных и эстетических нарушений
- на основании симптоматического, топографического, морфологического диагнозов

Степень трудности лечения определяют

- для углубленной качественной характеристики патологии
- для углубленной количественной характеристики патологии
- для уточнения плана и прогноза лечения
- для выражения в количественной форме качественных изменений в зубочелюстной системе

Для определения степени трудности ортодонтического лечения известны методики

- Зиберта
- Айзмана
- Зиберта - Малыгина
- Рубинова

Определение степени трудности ортодонтического лечения используют

- для определения стоимости лечения

- для планирования объема и срока лечения
- для выявления эффективности лечения
- для уточнения эффективности различных методов лечения

Для планирования объема и срока ортодонтического лечения существуют методики

- Зиберта - Малыгина
- Малыгина - Белого
- Айзмана
- Хорошилкиной

Объем и сроки ортодонтического лечения зависят преимущественно

- от количества посещений больным врача
- от степени трудности лечения
- от количества трудовых единиц
- от комплекса перечисленных факторов

Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу в области боковых зубов верхней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги

- припаивают на вестибулярной поверхности
- припаивают на небной поверхности
- припаивают на вестибулярной и небной поверхности
- место припаивания не имеет значения

Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу в области боковых зубов нижней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги

- припаивают на вестибулярной поверхности
- припаивают на небной поверхности
- место припаивания не имеет значения
- не припаивают (перемещение проводится без крючков)

Для устранения смещения нижней челюсти в сторону шапочку с подбородочной пращей и внеротовой резиновой тягой

- можно применять с вертикальной тягой
- можно применять с горизонтальной тягой
- можно применять с косой тягой
- применять не рекомендуется

Асимметрия лица у больных с гнатической формой перекрестного прикуса усиливается в возрасте

- 3-6 лет
- 6-7 лет
- 15-16 лет
- после 20 лет

При ношении бионатора величина разобращения в переднем участке

- без разобращения
- составляет 2-3 мм
- составляет до 5 мм
- составляет более 5 мм

Применение бионатора показано

- во временном прикусе
- в раннем смешанном прикусе
- в позднем смешанном прикусе
- в постоянном прикусе

Применение регулятора функции I типа показано

- при дистальном блокирующем прикусе
- при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
- при мезиальном прикусе
- при прямом прикусе

Применение регулятора функции II типа показано

- при дистальном блокирующем прикусе
- при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
- при мезиальном прикусе
- при перекрестном прикусе

Применение регулятора функции III типа показано

- при дистальном блокирующем прикусе
- при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
- при мезиальном прикусе
- при перекрестном прикусе

У регулятора функции I типа боковые щиты

- прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
- прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
- прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках
- отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках

У регулятора функции II типа боковые щиты

- прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
- прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
- отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках
- не имеют существенного значения

У регулятора функции III типа боковые щиты

- прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
- прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
- прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках
- не имеют существенного значения

У регулятора функции I типа пелоты

- изготавливаются в области верхней губы
- изготавливаются в области нижней губы
- не применяются

- применяются в зависимости от возраста ребенка

У регулятора функции II типа пелоты

- изготавливаются в области верхней губы
- изготавливаются в области нижней губы
- изготавливаются в области верхней и нижней губы
- не применяются

У регулятора функции III типа пелоты

- изготавливаются в области верхней губы
- изготавливаются в области верхней и нижней губы
- не применяются
- применяются в зависимости от возраста ребенка

Для изготовления регулятора функции I типа особенностью конструктивного прикуса является

- выдвижение нижней челюсти на I классу Энгля
- выдвижение нижней челюсти на 3-5 мм
- выдвижение нижней челюсти до краевого смыкания резцов
- выдвижение нижней челюсти до обратного перекрытия в области резцов

Для изготовления регулятора функции III типа особенностью конструктивного прикуса является

- смещение нижней челюсти назад до соотношения по I классу Энгля
- смещение нижней челюсти до краевого смыкания резцов
- максимальное смещение нижней челюсти назад
- не имеет существенного значения

У регулятора функции I типа небный бюгель

- проходит впереди $5\perp 5$
- проходит впереди $6\perp 6$
- проходит позади $6\perp 6$
- прохождение небного бюгеля не имеет значения

У регулятора функции III типа небный бюгель

- проходит впереди $5\perp 5$
- проходит впереди $6\perp 6$
- проходит позади $6\perp 6$
- не применяется

Разновидности регуляторов функции I типа отличаются от II типа

- разным расположением губных пелотов
- введением небной дуги
- отсутствием вестибулярной дуги
- различным расположением небного бюгеля

Верхняя граница верхнегубных пелотов проходит

- на уровне прикрепления уздечки верхней губы
- не доходя до основания носа
- доходя до основания носа
- вариабельно

Передняя граница боковых щитов у регулятора функции проходит

- между боковыми резцами и клыками
- между клыками и первыми премолярами
- вариабельно
- между вторыми премолярами и первыми молярами

Граница боковых щитов у регуляторов функции проходит

- за вторыми премолярами
- у дистальной поверхности первых верхних моляров
- у дистальной поверхности первых нижних моляров
- за последними зубами

Границы опорных колец или коронок на коронковой части зуба

- проходят на $1/3$ коронки зуба
- проходят на $1/2$ коронки зуба
- доходят до клинической шейки зуба
- не имеет значения

Место припаивания опорных трубок для дуг Энгля

- находится на расстоянии 2 мм от жевательной поверхности
- находится на уровне экватора зуба
- находится на расстоянии 2 мм от десневого края
- не имеет значения

Место припаивания штанги для дистального перемещения клыков

- находится ближе к мезиальной поверхности коронки
- находится ближе к дистальной поверхности коронки
- находится посередине коронки
- не имеет значения

Нижняя граница штанги для дистального перемещения клыков

- находится ниже режущего бугра
- находится на уровне режущего бугра
- находится выше уровня режущего бугра
- зависит от вида прикуса

Верхняя граница штанги для дистального перемещения клыков

- не доходит до десневого края на $1/3$ высоты коронки
- находится на уровне проекции $1/3$ величины корня
- находится на уровне проекции $1/2$ величины корня
- находится на уровне проекции верхушки корня у переходной складки

Место припаивания штанги для медиального перемещения резцов

- находится ближе к медиальной поверхности коронки
- находится посередине коронки
- не имеет значения
- зависит от вида прикуса

Для равномерного расширения зубного ряда дуга Энгля

- отступает от передних зубов и прилегает к боковым
- отступает от боковых зубов и прилегает к передним
- прилегает к передним и боковым зубам
- отступает от передних и боковых зубов

Пластмассовый базис аппарата Дерихсвайлера

- касается пришеечной части зубов верхней челюсти
- касается купола неба и альвеолярного отростка верхней челюсти
- имеет укороченные границы, но опирается на небо
- имеет укороченные границы и отходит от свода неба

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

- 0.6 мм
- 0.8 мм
- 1.0 мм
- 1.2 мм

Каппа Бынина, аппарат Брюкля, аппарат Башаровой относятся

- к механически действующим аппаратам
- к функционально-действующим аппаратам
- к функционально-направляющим аппаратам
- к ретенционным аппаратам

Аппарат Брюкля действует по принципу

- орального наклона передних нижних зубов
- вестибулярного перемещения передних верхних зубов
- перемещения нижней челюсти назад
- сочетанного действия

К механическим приспособлениям для фиксации съемных ортодонтических аппаратов относятся

- небные дуги
- протрагирующие пружины
- боковые щиты
- кламмеры

Использование анатомической ретенции для фиксации съемных ортодонтических аппаратов достигается с помощью

- вестибулярных дуг
- капп
- окклюзионных накладок
- получения качественного оттиска всех анатомических образований зубных рядов и челюстей

Адгезия - силы сцепления, возникающие между двумя плотно соприкасающимися увлажненными поверхностями -

- улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов
- не улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов
- имеет место только при фиксации полных съемных протезов
- не имеет значения

При применении съемного аппарата без кламмерной фиксации происходит

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

На одночелюстном съемном аппарате изготавливают

- 1 кламмер
- 3 кламмера
- 4 кламмера
- 5 кламмеров

На зубах нижней челюсти для наилучшей фиксации аппарата кламмеры следует располагать

- асимметрично
- симметрично
- по диагонали
- по возможности симметрично для равномерной передачи нагрузки на базис аппарата

Кламмер состоит

- из тела, плеча и отростка, с помощью которого кламмер фиксируется в базисе аппарата
- из плеча и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
- из плеча, рабочего угла и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
- из плеча, рабочего угла, тела и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата

Фиксирующий элемент кламмера на вестибулярной поверхности боковых зубов располагают

- ближе к окклюзионной поверхности зуба
- между окклюзионной и средней третью вестибулярной поверхности зуба
- на границе между средней и пришеечной третью вестибулярной поверхности зуба
- в области пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба

У детей экватор на вестибулярной поверхности боковых зубов располагается

- ближе к окклюзионной поверхности зуба
- на границе окклюзионной и средней трети вестибулярной поверхности зуба
- в области средней трети вестибулярной поверхности зуба
- на границе средней и пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба

У детей с глубоким прикусом экватор на вестибулярной поверхности боковых зубов располагается

- ближе к окклюзионной поверхности зуба
- на границе окклюзионной и средней трети зуба
- в области средней трети зуба
- на границе средней и пришеечной трети части

Фиксирующий эффект кламмера достигается

- правильным изгибанием тела, обуславливающим опору кламмера
- правильным направлением отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
- правильным изгибанием всех перечисленных элементов кламмера

- наличием рабочего угла между телом и плечом кламмера при правильном изгибании всех перечисленных элементов

Кламмеры классифицируются

- по способу изготовления
- по способу фиксации в базисе аппарата
- по технологии изготовления
- по прилеганию плеча к коронке зуба

Кламмеры с плоскостным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть

- круглые
- пуговчатые
- кламмеры Адамса
- ленточные

Кламмеры с линейным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть

- рамочные
- круглые, перекидной Джексона
- все перечисленные
- некоторые из перечисленных

Кламмеры с линейным прилеганием плеча к коронке изгибают из проволоки диаметром

- 0.6 мм
- 0.7 мм
- 0.8 мм
- 1.0 мм

Для фиксации съемных аппаратов у пациентов в периоде смешанного прикуса следует применять кламмер с линейным прилеганием плеча к коронке

- круглый
- перекидной Джексона
- Дуйзингса
- рамочный

Круглый кламмер

- выполняет опорно-удерживающую функцию
- выполняет удерживающую функцию
- используется для перемещения отдельных зубов или их групп
- используется для фиксации резиновых лигатур

Для фиксации съемного аппарата, использующегося для межчелюстной тяги, следует изготавливать

- 3 круглых кламмера
- 4 круглых кламмера
- 5 круглых кламмеров
- 6 и более круглых кламмеров

Кламмером с точечным прилеганием плеча под экватором к коронке зуба является

- кламмер Дуйзингса

- рамочный
- кламмер Шварца
- кламмер Адамса

Заводским путем изготавливают

- крючкообразные кламмеры
- копьевидные кламмеры
- кламмеры Адамса
- все перечисленные кламмеры
- Правильный ответ-4
- 025. В зуботехнической лаборатории изготавливают
- пуговчатые кламмеры
- кламмеры Шварца, Адамса
- крючкообразные кламмеры
- все перечисленные кламмеры

Кламмеры Шварца наиболее часто изготавливают

- на 1 боковой зуб
- на 2 боковых зуба
- на группу боковых зубов
- на группу боковых зубов справа и слева

Кламмеры с точечным прилеганием плеча к коронке зуба изготавливают из проволоки диаметром

- 0.6 мм
- 0.7 мм
- 0.9 мм
- 1.0 мм

В отечественной ортодонтии редко применяют кламмеры Шварца

- из-за отсутствия набора щипцов для их изгиба
- из-за недостаточно хорошего качества проволоки
- из-за затруднений при их коррекции
- из-за всех перечисленных причин

В отечественной ортодонтии для фиксации съемных ортодонтических аппаратов наиболее широко используется кламмер Адамса

- из-за затрудненного изготовления кламмеров других конструкций
- из-за отсутствия материала для изготовления кламмеров других конструкций
- из-за более простого его изготовления, чем кламмеров других конструкций
- из-за его универсальности и эффективности

Размер плеча кламмера Адамса соответствует

- размеру вестибулярной поверхности опорного зуба
- размеру опорного зуба между его контактными точками с соседними зубами
- высоте коронки опорного зуба
- размеру, соответствующему расстоянию между точками, маркированными на экваторе зуба в месте перехода вестибулярной поверхности в проксимальную

Методом устранения вредной привычки сосания пальца днем является

- фиксация руки в локтевом лучезапястном суставе
- применение вестибулярной пластинки

- применение метода внушения, гипноза
- применение вестибуло-оральной пластинки

Методом устранения вредной привычки сосания языка является

- пластика аномалийной уздечки языка
- применение вестибулярной пластинки
- применение вестибуло-оральной пластинки
- применение пластинки с наклонной плоскостью

Функцию смыкания губ можно нормализовать

- миотерапией для круговой мышцы рта после санации полости рта
- устранением аномалии прикуса
- пластикой укороченной уздечки нижней губы
- тренировкой правильного глотания

Методом нормализации функции жевания является

- исправление аномалий прикуса
- своевременная санация и протезирование полости рта
- пластика укороченной уздечки языка
- пластика укороченной уздечки нижней губы

Тактикой врача при ранней потере моляров на одной из челюстей при временном нейтральном прикусе является

- изготовление съемного протеза
- рентгенообследование, массаж
- удаление зубов на противоположной челюсти
- наблюдение

Тактикой врача при ранней потере постоянных моляров (в возрасте 11 лет) является

- протезирование - изготовление съемного протеза
- изготовление несъемного протеза
- закрытие дефекта за счет 7 и 8 зубов
- наблюдение

Ранним признаком формирующегося глубокого прикуса является

- углубление резцового перекрытия
- увеличение степени фронтального перекрытия
- зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти
- зубоальвеолярное укорочение боковых участков челюстей

При лечении детей, имеющих ранние признаки мезиального прикуса, следует

- стимулировать рост верхней челюсти
- задержать рост нижней челюсти
- устранить причину, способствующую усугублению патологии
- обеспечить условия для физиологического развития челюстей

При лечении детей, имеющих ранние признаки дистального прикуса, обусловленного задним положением нижней челюсти, следует

- стимулировать рост нижней челюсти

- назначить миотерапию для перемещения нижней челюсти вперед
- назначить аппаратное лечение, направленное на перемещение нижней челюсти вперед
- устранить причины развития дистального прикуса

При лечении детей, имеющих ранние признаки глубокого прикуса в период формирования временного прикуса, следует

- провести коррекцию артикуляции челюстей в вертикальном направлении
- способствовать росту челюстных костей в боковых участках
- устранить глубокое перекрытие во фронтальном участке челюстей
- устранить вредные привычки, нормализовать функции

При лечении детей, имеющих ранние признаки открытого прикуса в периоде формирования временного прикуса, следует

- провести коррекцию артикуляции челюстей в вертикальном направлении
- способствовать росту челюстных костей во фронтальном участке
- назначить аппаратное лечение с целью дезартикуляции прикуса
- устранить вредные привычки, нормализовать функции

Тактикой врача при ранней потере передних зубов у детей в возрасте 8-9 лет при нейтральном прикусе является

- изготовление съемного протеза
- удаление отдельных зубов на противоположной челюсти
- наблюдение
- закрытие дефекта за счет перемещения соседних зубов

Тактикой врача при ретенции клыка и его закладки вне направления прорезывания в возрасте 16 лет является

- протезирование
- массаж альвеолярного отростка
- создание для него места в зубном ряду
- обнажение коронки клыка или ее части хирургом

Для нормализации функции дыхания применяется

- миотерапия для круговой мышцы губ после санации носоглотки
- пластика укороченной уздечки языка
- исправление аномалии прикуса
- применение активатора Андресена-Гойпля

Показанием к применению в лечебных целях стандартных вестибулярных пластинок является

- нормализация функции глотания
- устранение вредных привычек сосания пальцев, губ
- исправление глубокого прикуса
- устранение протрузии верхних резцов и расширение верхнего зубного ряда

Прямым показанием к пластике уздечки языка в грудном возрасте служит

- затрудненное сосание
- наличие короткой уздечки языка
- короткая уздечка в сочетании с ретрогенией
- неправильное соотношение челюстей

Показанием к пластике уздечки языка является

- нарушение глотания
- нарушение звукопроизношения
- укороченная уздечка языка, ограничивающая его подвижность
- ротовое дыхание

Показанием к пластике укороченной уздечки верхней губы является

- несмыкание губ
- укороченная уздечка верхней губы
- диастема более 8 мм
- нарушение звукопроизношения

При неправильном искусственном вскармливании наблюдается:

- микроглоссия и макроглоссия, возникает ротовое дыхание.
- увеличение н/ч по сагиттали.
- задержка роста по сагиттали н/ч.

К наследственным зубочелюстным аномалиям относятся:

- вторичная частичная адентия.
- первичная адентия, макроадентия.
- вторичная полная адентия.

Привычка спать на спине с запрокинутой головой приводит к:

- нарушению положения зубов.
- нарушению прорезывания зубов.
- задержке роста н/ч.

Постоянный сон на одном боку с подложенной под щеку рукой приводит к:

- равномерному сужению зубных рядов.
- равномерному расширению зубных рядов и смещению н/ч вперед.
- одностороннему сужению зубных рядов и смещению н/ч в сторону.

Правильное положение кончика языка в момент глотания:

- между передними зубами.
- между боковыми зубами.
- в области небной поверхности верхних фронтальных зубов.

Широкая уздечка верхней губы и ее низкое прикрепление может привести к:

- укорочению верхнего зубного ряда.
- сужению верхнего зубного ряда.
- диастеме.

Короткая уздечка языка может привести к:

- укорочению верхнего зубного ряда.
- укорочению нижнего зубного ряда.
- расширению верхнего зубного ряда.

Основной задачей ортодонтического лечения является

- устранение морфологических нарушений
- устранение функциональных нарушений
- устранение эстетических нарушений
- создание морфологического, функционального и эстетического оптимума в зубочелюстной системе

Немедленному удалению подлежит сверхкомплектный

- ретенированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, имеющий несформированный корень
- ретенированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, но с наклоном его оси по отношению к корням соседних зубов до 30° с незавершенным формированием верхушки корня
- зуб, находящийся в начальной стадии прорезывания
- любой зуб

Саморегуляцию диастемы до 5 мм между резцами верхней челюсти после удаления сверхкомплектного зуба между ними можно ожидать в возрасте

- до 6 лет
- до 7 лет
- до 8 лет
- до 11 лет

Диастему между $1\perp 1$ и параллельное расположение их продольных осей наиболее часто обуславливает

- вредная привычка сосания пальца
- вредная привычка сосания нижней губы
- адентия $2\perp 2$
- ретенция сверхкомплектного зуба, локализующегося в области верхушек корней резцов

Диастему, латеральное отклонение осей центральных резцов наиболее часто обуславливает

- сосание большого пальца руки
- сосание и прикусывание нижней губы
- сосание языка
- укороченная уздечка языка

Диастему, мезиальный наклон осей центральных резцов, латеральный наклон верхушек корней наиболее часто обуславливает

- адентия $2\perp 2$
- ранняя потеря $2\perp 2$
- небное положение $2\perp 2$
- наличие одонтомы в области корней $1\perp 1$ или сверхкомплектного поперечно расположенного зуба

Причиной, вызывающей поворот зубов по оси, является

- сужение зубного ряда
- индивидуальная макроадентия
- абсолютная макроадентия
- любая из перечисленных причин

Для мезиального наклона осей $1\perp 1$ и устранения диастемы применяют

- пластинку с рукообразными пружинами или пружинами с завитком

- пластинку с пружинами двойной тяги
- пластинку со скользящими элементами, навитыми на вестибулярную дугу и резиновой тягой
- любой из перечисленных съемных ортодонтических аппаратов

Для корпусного мезиодистального перемещения отдельных зубов противопоказано

- Эджуайз-техника
- кольца с вертикальными штангами
- пластинка с рукообразными пружинами или пружинами с завитком
- кольца с канюлями, дугой и резиновой тягой

Облегчает поворот зуба по оси и обеспечивает достижение устойчивости достигнутых результатов

- компактоosteотомия
- электростимуляция
- вакуумная терапия
- вибро-вакуумная терапия

Основными причинами ретенции центральных резцов верхней челюсти являются

- сверхкомплектный зуб на пути прорезывания
- резкое нарушение формы коронки и корня
- раннее завершение формирования верхушки корня
- все перечисленные причины

Основной причиной открытого прикуса, развившегося за счет зубоальвеолярного укорочения в области передних зубов верхней и нижней челюстей, является

- сосание (двух-трех) пальцев руки с опорой на нижнюю челюсть
- сосание языка
- неправильная артикуляция языка при произношении звука "К"
- неправильная артикуляция языка при произношении звука "Р"

Причинами открытого прикуса, развившегося за счет зубоальвеолярного укорочения в области передних зубов только нижней челюсти, являются

- резкое укорочение уздечки языка
- сосание большого пальца руки
- сосание нижней губы
- все перечисленные причины

Причиной, вызывающей открытый прикус, является

- резко выраженный рахит
- заболевания в раннем детском возрасте, ослабляющие организм
- укороченная уздечка языка или уздечка, прикрепленная близко к кончику языка
- любая из перечисленных причин

К физиологическому можно отнести

- ортогнатический прикус
- прямой прикус
- физиологический дистальный или мезиальный прикус
- все перечисленные виды прикуса

Физиологическим может быть

- дистальный прикус
- мезиальный прикус
- глубокое резцовое перекрытие
- любой из перечисленных видов прикуса

Расширения не только зубного ряда, но и его апикального базиса достигают с помощью

- аппарата Энгля
- расширяющей пластинки с винтом
- расширяющей пластинки с пружиной Коффина, Коллера
- регулятора функций Френкеля

Регулятор функций Френкеля для раннего лечения наиболее показан в возрасте

- от 3 до 4 лет
- от 4 до 5.5 лет
- от 5.5 до 7 лет
- в любом из перечисленных возрастов

Регулятор функций Френкеля для позднего лечения для девочек наиболее показан в возрасте

- от 9 до 9.5 лет
- от 9.5 до 10 лет
- от 11 до 13 лет
- от 13 до 15 лет

Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля I типа, способствующими оптимизации роста нижней челюсти, являются

- небный бюгель
- проволочные элементы на клыки верхней челюсти
- вестибулярная дуга в области верхних передних зубов
- нижнегубные пелоты

Конструктивной деталью регулятора функций Френкеля I типа, способствующей торможению роста верхней челюсти, является

- небный бюгель
- проволочные элементы на клыки верхней челюсти
- вестибулярная дуга на передние зубы верхней челюсти
- концы небного бюгеля в виде стопоров

Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля I типа, способствующими оптимизации роста нижней челюсти, являются

- нижнегубные пелоты
- боковые щиты
- лингвальная дуга
- все перечисленные детали

Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля II типа, отличающими его от регулятора функций Френкеля I типа, являются

- небный бюгель и его концы в виде стопора
- небная дуга и проволочные элементы на клыки верхней челюсти
- нижнегубные пелоты и проволочные элементы, соединяющие их между собой и с боковыми щитами

- все перечисленные детали

Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля III типа, способствующими оптимизации роста верхней челюсти, являются

- небный бюгель, расположенный позади последних моляров верхней челюсти
- верхнегубные пелоты
- гладкая поверхность окклюзионных накладок на боковые зубы верхней челюсти
- все перечисленные детали

Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля III типа, способствующими торможению роста нижней челюсти, являются

- вестибулярная дуга в переднем участке нижнего зубного ряда
- окклюзионные накладки на боковые зубы нижней челюсти
- металлические скобы на последние моляры нижней челюсти
- все перечисленные детали

При техническом выполнении регулятора функций Френкеля III типа устранение мезиального прикуса затрудняет

- расположение верхнегубных пелотов на расстоянии 0.5 мм от поверхности альвеолярного отростка
- расположение верхнегубных пелотов на расстоянии 1 мм от поверхности альвеолярного отростка
- соприкосновение концов небной протрузионной дуги с зубами верхней челюсти
- все перечисленное

Верхнегубные пелоты регулятора функций Френкеля III типа должны отстоять от альвеолярного отростка

- на 0.5 мм
- на 1 мм
- на 1.5 мм
- на 3-3.5 мм

Нижнегубные пелоты регулятора функций Френкеля I типа должны отстоять от альвеолярного отростка

- на 0.5 мм
- на 1 мм
- на 1.5 мм
- на 2.5 мм

Нижнегубные пелоты регулятора функций Френкеля II типа должны отстоять от альвеолярного отростка

- на 0.5 мм
- на 1 мм
- на 1.5 мм
- на 2 мм

Боковые щиты регулятора функций Френкеля I типа должны отстоять от альвеолярного отростка

- на 0.5 мм
- на 1 мм
- на 1.5 мм
- на 2.5 мм

При глубоком прикусе заболевания тканей пародонта развиваются в результате

- изменения расположения зубов
- увеличения жевательной нагрузки при потере отдельных боковых зубов
- функциональной перегрузки неправильно расположенных зубов и окклюзионной травмы их пародонта, а также увеличения жевательной нагрузки на оставшиеся зубы при разрушении жевательной поверхности зубов и ранней потере отдельных, особенно боковых, зубов
- всего перечисленного

При глубоком прикусе воспаление тканей краевого пародонта чаще наблюдается в области

- 76┘67 зубов
- 21┘12 зубов
- 21┘12 зубов
- всех зубов верхней и нижней челюсти

Формированию глубокого прикуса способствуют

- нарушение функции дыхания
- нарушение функции глотания
- нарушение функции смыкания губ
- все перечисленные функциональные нарушения

Семейные особенности развития в формировании глубокого прикуса

- имеют значение
- не имеют значения
- имеют ограниченное значение
- имеют значение при наличии аналогичной патологии у родителей

Диагностику зубоальвеолярных и гнатических форм глубокого прикуса проводят на основании

- клинического обследования пациентов
- клинического обследования пациентов, их ближайших родственников и данных рентгенологического обследования
- изучения боковых ТРГ головы
- изучения диагностических моделей челюстей

При нейтральном и дистальном соотношении зубных рядов на развитие глубокого прикуса влияют

- абсолютная макродентия
- нормальные размеры верхних и нижних резцов при нормальной ширине лица
- нормальные размеры верхних и нижних резцов у пациентов с узким лицом
- микродентия верхних и особенно нижних резцов с тремами между ними

На формирование глубокого прикуса влияет

- несоответствие размеров сегментов в пределах одного зубного ряда
- несоответствие размеров передних сегментов верхнего и нижнего зубных рядов
- несоответствие размеров боковых сегментов зубных рядов
- несоответствие передних и боковых сегментов зубных рядов

На формирование глубокого прикуса при нейтральном соотношении зубных рядов

- уменьшение количества зубов не влияет
- влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюсти
- влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти

- влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти

На формирование глубокого прикуса при дистальном соотношении зубных рядов

- уменьшение количества зубов не влияет
- влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюстях
- влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти
- влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти

На формирование глубокого прикуса при мезиальном соотношении зубных рядов

- уменьшение количества зубов не влияет
- влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюстях
- влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти
- влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти

На формирование глубокого прикуса

- смещение нижней челюсти влияет
- смещение нижней челюсти не влияет
- смещение нижней челюсти влияет частично
- влияет смещение нижней челюсти вперед

Выраженность дентальных бугров верхних резцов

- влияет на увеличение глубины резцового перекрытия
- не влияет на увеличение глубины резцового перекрытия
- влияет частично на увеличение глубины резцового перекрытия
- является одной из основных причин формирования патологии

Укороченная уздечка

- способствует удлинению переднего участка верхней зубной дуги
- приводит к сужению верхней зубной дуги
- обуславливает низкое расположение языка и распластывание его между зубными рядами
- способствует лингвальному наклону 21-12 и недоразвитию апикального базиса нижней челюсти

На формирование глубокого прикуса влияют следующие нарушения в расположении передних зубов в вестибулярно-оральном направлении

- протрузия нижних резцов
- ретрузия верхних резцов
- ретрузия верхних и нижних резцов
- протрузия и ретрузия верхних резцов и ретрузия нижних

При мезиальном перемещении боковых зубов на место разрушенных и удаленных углублению резцового перекрытия способствует

- укорочение обоих зубных рядов
- укорочение одного зубного ряда
- стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на одной из челюстей
- ранняя потеря зубов

При глубоком прикусе трансверсальные размеры зубных дуг изменяются следующим образом

- равномерное сужение зубных дуг между 4-4 и 6-6
- большее сужение нижней зубной дуги в области 4-4 и 6-6

- большее сужение нижней зубной дуги в области 4[└]4 и 3[└]3
- правильно 2,3

На формирование глубокого прикуса соотношение ширины зубных дуг между клыками на верхней и нижней челюстях влияет следующим образом

- не влияет
- уменьшение ширины между клыками на обеих челюстях
- увеличение ширины верхней зубной дуги между клыками при ее нормальной ширине между нижними клыками
- нормальная ширина верхней зубной дуги между клыками и уменьшение этого размера на нижней челюсти

Сагиттальные размеры зубных дуг в зависимости от вестибуло-орального расположения 1[└]1 больше всего изменяются при следующих нарушениях

- не изменяются
- укорочение зубных рядов при ретрузии 1[└]1
- удлинение зубных рядов при протрузии 1[└]1
- правильно 2,3

Для определения особенностей строения лицевого скелета при глубоком прикусе следует изучать параметры, характеризующие

- расположение зубов
- расположение челюстей
- расположение апикальных базисов
- все перечисленное

Для глубокого прикуса типичен тип роста лицевого скелета

- нейтральный
- горизонтальный
- любой из перечисленных
- чрезмерный горизонтальный

Нарушение строения лицевого скелета у пациентов с глубоким прикусом и нейтральным типом роста наблюдается

- в области зубных рядов
- в области апикальных базисов
- в гнатической области
- правильно 1,2

Прогноз лечения больных с глубоким прикусом и вертикальным типом роста лицевого скелета

- благоприятный
- неблагоприятный
- благоприятный для уменьшения глубины резцового перекрытия
- благоприятный для вертикального роста альвеолярных отростков челюстей

Прогноз лечения больных с глубоким прикусом и горизонтальным типом роста лицевого скелета

- благоприятный
- неблагоприятный
- благоприятный, если лечение проводится в периоды физиологического повышения прикуса
- не имеет значения

При выборе плана лечения больных с глубоким прикусом учитывают

- возраст
- период формирования прикуса
- вид смыкания боковых зубов (нейтральное, дистальное, мезиальное)
- все перечисленные факторы

Общие принципы лечения глубокого нейтрального и дистального прикуса заключаются

- в исправлении формы зубных дуг
- в нормализации соотношения размеров верхней и нижней зубных дуг в трансверсальном и сагиттальном направлениях
- в оптимизации роста нижней челюсти и торможении роста верхней
- в исправлении положения зубов и формы зубных дуг, зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов, оптимизации роста нижней челюсти

Быстро и эффективно вылечить глубокий прикус можно

- в периоде временного прикуса от 2.5 до 5 лет
- в начальном периоде смешанного прикуса от 6 до 9 лет
- в периоде постоянного прикуса
- во всех периодах физиологического прикуса

Профилактическими мероприятиями, которые следует проводить у пациентов с глубоким прикусом, являются

- восстановление коронок разрушенных зубов и замещение дефектов зубных рядов протезами
- санация носоглотки
- устранение функциональных нарушений
- все перечисленные мероприятия

Для достижения устойчивых результатов лечения в первую очередь необходимо

- устранить функциональные и морфологические нарушения и выдержать ретенционный период до завершения активного роста челюстей
- лечение ортодонтическими аппаратами
- удаление по показаниям отдельных временных или постоянных зубов
- создание множественных контактов между зубными рядами

Применение ортодонтических аппаратов после удаления отдельных зубов проводится

- в период временного прикуса
- в начальном периоде смешанного прикуса
- в конечном периоде смешанного прикуса
- в начальном периоде постоянного прикуса

Показания к удалению отдельных зубов определяют на основании

- изучения диагностических моделей челюстей
- определения степени выраженности морфологических и функциональных нарушений
- рентгенологических методов исследования - ОПТГ челюстей и боковых ТРГ головы
- всех перечисленных методов исследования

Основным возрастным периодом роста челюстей до 6 месяцев является период

- до 1 мес.
- от 1 до 2 мес.

- от 2 до 3 мес.
- от 3 до 4 мес.

Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей от 6 до 12 месяцев является период

- от 6 до 7 мес.
- от 7 до 8 мес.
- от 8 до 9 мес.
- от 9 до 10 мес.

Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей от 12 месяцев до 3 лет является период

- от 1 года до 1.5 лет
- от 1.5 до 2 лет
- от 2 до 2.5 лет
- от 2.5 до 3 лет

Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей от 3 до 6 лет является период

- от 3 до 3.5 лет
- от 3.5 до 4 лет
- от 4 до 4.5 лет
- от 4.5 до 5 лет

Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей от 6 до 10 лет является период

- от 6 до 9 лет
- от 6 до 7 лет
- от 8 до 9 лет
- от 9 до 10 лет

Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей у девочек от 9 до 13 лет является период

- от 9 до 9.5 лет
- от 9.5 до 10 лет
- от 10 до 10.5 лет
- от 10.5 до 13 лет

Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей у мальчиков от 13 до 30 лет является период

- от 13 до 14 лет
- от 14 до 15 лет
- от 15 до 18 лет
- от 18 до 30 лет

Вертикальный размер коронок первых постоянных моляров нижней челюсти в периоде от 6 до 30 лет изменяется

- от 6 до 9 лет
- от 9 до 13 лет
- от 13 до 15 лет
- от 15 до 30 лет

Триада при ангидротической эктодермальной дисплазии включает

- нарушение терморегуляции, осанки, плоскостопие
- адентия, нарушение терморегуляции и осанки
- ангидроз, адентия, гипотрихоз
- ангидроз, гипотрихоз, кривошея

Под действием ортодонтических аппаратов зубы легче перемещаются

- в дистальном направлении
- в мезиальном направлении
- в вертикальном направлении
- в оральном направлении

При пародонтозе нагрузка на жевательные зубы и пародонт у взрослых неблагоприятна

- в дистальном направлении
- в мезиальном направлении
- в вертикальном направлении
- во всех перечисленных направлениях

Для изготовления съемных протезов детям с аллергическими заболеваниями следует избирать следующую пластмассу отечественного производства

- редонт
- базисную пластмассу розовую для горячей полимеризации
- базисную пластмассу без красителя
- самотвердеющую пластмассу

Дети в возрасте до 6 лет легче осваивают протез при расположении задней границы съемного протеза для верхней челюсти

- позади последних моляров - ровная линия границы
- позади последних моляров - округлая граница с небольшой выемкой спереди
- укороченный базис протеза граница между предпоследним и последним моляром - без выемки
- позади последних моляров - с большой выемкой до небных складок

Основной целью зубочелюстного протезирования детей является

- нормализация жевания
- нормализация глотания
- нормализация положения нижней челюсти
- профилактика

Целью повышения прикуса на съемных протезах у детей является

- нормализация положения нижней челюсти и функции височно-нижнечелюстных суставов
- предупреждение зубоальвеолярного удлинения в области зубов, противостоящих дефекту зубного ряда
- предупреждение смещения зубов в сторону дефекта и улучшения их осевого наклона
- все перечисленное

В процессе применения аппарата Дерихсвайлера изменения происходят в следующих областях лицевого отдела черепа

- срединного небного шва

- носовых костей
- скуловых костей
- сошника

Объем полости рта возможно увеличить

- выдвижением нижней челюсти
- расширением зубных рядов
- повышением прикуса с помощью окклюзионных накладок на боковые зубы
- всеми перечисленными мероприятиями

Изготовление вкладок с парапульпарными штифтами без депульпации зуба не показано при следующих дефектах коронок центральных резцов верхней челюсти

- при отломе угла у области нижней трети коронки
- при горизонтальном отломе в области нижней четвертой части коронки
- при горизонтальном отломе половины коронки и более
- при косом отломе от одного угла до нижней трети противоположной стороны коронки

Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при широком лице составляет

- от 29 до 30 мм
- от 30 до 31 мм
- от 31 до 32 мм
- от 32 до 33 мм

Средний индекс фациальный морфологический по Изару при широком лице равен

- от 90 до 96
- от 96 до 104
- от 104 до 108
- от 108 до 110

Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при лице средней ширины и индивидуальной макродонтии составляет

- от 29 до 30 мм
- от 30 до 31 мм
- от 31 до 32 мм
- от 32 до 33 мм

Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при узком лице и индивидуальной макродонтии составляет

- от 29 до 30 мм
- от 30 до 31 мм
- от 31 до 32 мм
- от 32 до 33 мм

Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при абсолютной макродонтии составляет

- от 32 до 33 мм
- от 33 до 34 мм
- от 34 до 35 мм
- от 36 до 37 мм

При нейтральном прикусе и индивидуальной макродонтии показано

- расширение зубных рядов
- удлинение зубных рядов
- мезиальное перемещение боковых зубов
- удаление отдельных зубов

Показанием к изготовлению временных коронок на центральные резцы при частичном отломе коронки является

- реакция пульпы зуба на термические раздражители
- реакция пульпы зуба на химические раздражители
- травма губ, языка в результате соприкосновения с острыми краями коронки зуба в области его отлома
- профилактика пульпита и создание условий для образования заместительного дентина

Показанием к изготовлению "постоянных" коронок на центральные резцы верхней челюсти является

- зубы с жизнеспособной пульпой при отломе зуба до половины высоты коронки
- восстановление анатомической формы зуба при его разрушении
- открытый прикус
- умеренная глубина резцового перекрытия

Причиной недостаточной физиологической стираемости временных клыков является

- ранняя потеря временных моляров, снижение высоты прикуса
- привычное смещение нижней челюсти вперед и несоприкосновение временных клыков
- резко выраженные сагиттальные аномалии прикуса и отсутствие контактов между клыками
- все перечисленное

Основной причиной наличия промежутка между зубами является

- ранняя потеря отдельных зубов
- ретенция зубов
- частичная адентия
- все перечисленное

Последствием множественного врожденного отсутствия зубов является

- наклон зубов в сторону дефекта зубного ряда
- зубоальвеолярное удлинение в области зубов, не имеющих антагонистов
- снижение высоты прикуса и нижней части лица
- все перечисленное

Основными общими нарушениями организма при ангидротической эктодермальной дисплазии являются

- нарушение осанки
- плоскостопие
- кривошея
- нарушение терморегуляции

Дефекты зубных рядов в периоде временного прикуса следует замещать съемными протезами

- с 2 лет
- с 3 лет

- с 4 лет
- с 5 лет

Тактикой врача при наличии вколоченных временных резцов верхней челюсти является

- удаление вколоченных резцов
- вытяжение вколоченных резцов
- наблюдение
- применение противовоспалительных средств и наблюдение

При вывихе центрального резца верхней челюсти в случае глубокого резцового перекрытия наилучшей конструкцией шинирующего приспособления является

- 3 кольца - на травмированный и соседние зубы - спаянные вместе и укрепленные на цементе
- кольцо на травмированный зуб со штангами на соседние с их вестибулярной и оральной стороны, укрепленное на цементе
- съемная пластинка для верхней челюсти с вестибулярной дугой и накусочной площадкой
- кольцо на травмированный зуб со штангами на соседние с их вестибулярной поверхностью, укрепленное на цементе

При переломе нижней челюсти с возрастом наибольшие нарушения ее роста наблюдаются

- по средней линии
- в области клыка
- в области премоляра или моляра
- в области шеек суставных отростков

Среди врожденных пороков в челюстно-лицевой области наиболее часто встречается

- изолированное несращение губы, губы и альвеолярного отростка, неба
- сквозное одностороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба
- сквозное двустороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба
- расщелина лица косая, срединная

При оказании ортодонтической и ортопедической помощи младенцам с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба наиболее эффективным является способ

- Шаровой
- Рубежовой
- Мак Нила
- Ильиной - Маркосян

Применение способа Мак Нила является наиболее эффективным в возрасте

- от рождения до 2 мес.
- от 2 до 4 мес.
- от 4 до 6 мес.
- от 6 до 8 мес.

Для детей, не имеющих возможность получить хирургическую помощь, наиболее эффективными являются obturatory

- Ильиной - Маркосян с подвижной небной занавеской
- типа Кеза
- РИС-1.
- РИС-2..

Причиной двусторонней нижней микрогнатии является

- травма в период беременности
- травма во время родов при неправильном расположении плода
- синдром Робина
- все перечисленное

Причинами односторонней нижней микрогнатии являются

- травма бытовая
- травма спортивная
- заболевания среднего уха
- все перечисленные причины

После оказания хирургической помощи детям по поводу воспалительных, травматических и неопластических заболеваний применяют ортопедические аппараты и приспособления

- репонирующие
- фиксирующие
- замещающие
- любые по показаниям

При адентии верхних боковых резцов без сокращения размера верхнего зубного ряда тактикой ортодонтического лечения является

- перемещение $3\perp 3$ дистально с последующим протезированием недостающих $2\perp 2$ зубов
- мезиальное перемещение $3\perp 3$ с удалением $III\perp III$
- мезиальное перемещение $3\perp 3$ с сохранением $III\perp III$
- покрытие $1\perp 1$ коронками больших размеров

При ретенции третьих нижних моляров при мезиальном прикусе тактикой лечения является

- сдерживание роста нижней челюсти внеротовой тягой
- вылушивание $8\perp 8$
- удаление отдельных зубов на нижней челюсти
- раздражающая терапия

После возрастного периода физиологического прорезывания зубов диагноз их ретенции можно поставить

- через полгода
- через 1 год
- через 2 года
- через 3 года

Сверхкомплектные зубы чаще бывают в области

- моляров
- премоляров
- клыков
- резцов

Дефекты зубных рядов в периоде сменного прикуса следует замещать съемными протезами

- с 7-8 лет
- с 8-9 лет
- с 9-10 лет

- с 10-11 лет

У ребенка после уранопластики сохраняется ринолалия. Часто болеет отитом. В настоящее время ребенок должен лечиться

- у хирурга-стоматолога
- у логопеда
- у отоларинголога
- у логопеда и отоларинголога

Более достоверными в экологически благополучном регионе считается распространенность врожденных расщелин губы и неба

- 1 : 1000
- 1 : 2000
- 1 : 5000
- 1 : 10000

Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является формирующаяся аномалия прикуса в возрасте

- до 3 лет
- 3-7 лет
- 7-9 лет
- после 9 лет

Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является нарушение произношения язычно-небных звуков в возрасте

- до 3 лет
- 3-7 лет
- 7-9 лет
- после 9 лет

Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является формирование локального пародонтита в возрасте

- до 3 лет
- 3-7 лет
- 7-9 лет
- после 9 лет

Хирургическую коррекцию уздечки верхней губы целесообразно проводить в возрасте

- до 1 года
- 1-3 лет
- 3-6 лет
- 6-8 лет

С наибольшей вероятностью потребует коррекции уздечки верхней губы

- диастема при отсутствии зачатков 2 \perp 2
- нарушение функции смыкания губ неуточненной этиологии
- плотное прилегание зачатков 2 \perp 2 к корням 1 \perp 1 при диастеме менее 2.5 мм
- диастема, сочетающаяся с тесным положением зубов или зачатков фронтальной группы

Менее всего влияет на наличие диастемы в постоянном прикусе

- генетический вариант строения
- аномалия прикрепления уздечки верхней губы
- вариант строения срединного небного шва
- раннее удаление временных резцов

Абсолютным показанием к пластике уздечки верхней губы является

- нарушение смыкания губ при свободном носовом дыхании
- диастема
- факт наличия аномалии уздечки верхней губы
- отсутствие закладки 2¹2

Аномалия уздечки нижней губы чаще приводит

- к дефекту речи
- к локальному пародонтиту
- к уплощению центрального фрагмента нижней челюсти
- к веерообразному расхождению зубов

Показание к пластике преддверия (нижнего) рта формируется в возрасте

- до 3 лет
- 3-7 лет
- 7-9 лет
- 9-12 лет

Выберите вариант лечения, выявив у ребенка 1 месяца прорезавшиеся 1¹1

- направлю удалить зубы независимо от отсутствия жалоб
- буду наблюдать за прибавлением веса ребенка
- буду наблюдать за состоянием слизистой оболочки нижней поверхности языка
- изготовлю каппу из быстротвердеющей пластмассы

Симптомом адентии часто сопровождается

- эктодермальная дисплазия
- расщелина верхней губы и альвеолярного отростка
- расщелина неба
- врожденные кисты шеи

Эту патологию в первую очередь необходимо искать в челюстно-лицевой области, выявив у ребенка нарушения формы наружного уха

- одностороннее недоразвитие челюстных костей
- частичную адентию
- наличие кист шеи
- расщелину неба

Как следует проводить очистку, обработку и стерилизацию стоматологического инструмента после проведения гнойных манипуляций?

- достаточно дезинфекции
- необходима дезинфекция с последующей стерилизацией
- необходима предстерилизационная подготовка и стерилизация
- обязательное проведение дезинфекции, предстерилизационной подготовки и стерилизации

Как следует проводить очистку, обработку и стерилизацию стоматологических наконечников?

- обязательная стерилизация
- достаточно дезинфекции
- обязательная дезинфекция и стерилизация
- стерилизация с предварительной предстерилизационной подготовкой

Экстренной личной профилактикой врача-стоматолога при подозрении на СПИД у пациента является

- закапать в глаза альбуцид
- закапать в нос 1% раствор протаргола
- прополоскать рот и нос 0.05% раствором марганцевокислого калия
- использовать комплекс вышеуказанных мер

Метод профилактики инфекции путем предупреждения проникновения микроорганизмов в рану, ткани или полости тела при лечебных и диагностических манипуляциях называется:

- асептика
- антисептика
- дезинфекция

Методом лечения бактериально загрязненных и инфицированных ран, гнойных, анаэробных и гнилостных процессов путем борьбы с возбудителями инфекции, внедрившимися в рану или ткани, называется:

- асептика
- антисептика
- дезинфекция

Уничтожение во внешней среде возбудителей инфекционных заболеваний (бактерий, вирусов, риккетсий, простейших, грибов) называется:

- асептика
- антисептика
- дезинфекция

Изделия из стекла, металла, термостойких полимеров дезинфицируют раствором хлорамина в концентрации:

- 1.5 %
- 3.0 %
- 6.0 %

Изделия из стекла, металла, термостойких полимеров дезинфицируют раствором гипохлорида натрия в концентрации:

- 0.5 %
- 1.0 %
- 1.5 %

Общественное здоровье характеризуют показатели

- трудовая активность населения
- заболеваемость
- инвалидность
- демографические показатели

После каждого пациента столик врача-стоматолога дезинфицируется салфеткой, смоченной в:

- 1% растворе хлорамина
- 6% растворе перекиси водорода
- 2% растворе «Виркона»
- Правильный ответ-1
- 011.Существуют следующие методы стерилизации:
- паровой
- воздушный
- химический
- все ответы верны.

Хирургическое белье, перевязочный материал стерилизуют:

- в автоклаве
- в сухожаровом шкафу
- в химическом растворе

Стерилизацию изделий из полимерных материалов, резины, специального стекла, коррозионно-нестойких материалов проводят следующим методом:

- паровым
- воздушным
- химическим

Химический метод стерилизации предусматривает использование следующих химических веществ, кроме:

- 6% перекиси водорода
- 1% раствора дезоксона-1
- 70% раствора этилового спирта
- 8% раствора лизоформина-3000

Использование ультразвукового очистителя предполагает следующий вид обработки:

- дезинфекция
- предстерилизационная очистка
- стерилизация

В базовую программу обязательного медицинского страхования входят

- перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС
- стоимость различных видов медицинской помощи
- организация добровольного медицинского страхования
- виды платных медицинских услуг

Одновременную предстерилизационную очистку и дезинфекцию обеспечивает следующий метод:

- использование дезсредства «Септодор»
- использование ультразвукового очистителя
- кипячение инструмента в 2% р-ре натрия двууглекислого в течение 15 мин.

После паровой стерилизации срок хранения бикса без вскрытия составляет:

- 3 суток
- 6 суток
- 20 суток

После вскрытия бикса все простерилизованные изделия используются в течение:

- 6 часов
- 12 часов
- 24 часа

В гласперленовом стерилизаторе боры стерилизуются в течение:

- 20 сек.
- 90 сек.
- 60 сек.

В гласперленовом стерилизаторе зеркала без ручек стерилизуют в течение:

- 20 сек.
- 60 сек.
- 90 сек.

Аптечка первой помощи включает в себя:

- 70% р-р спирта, навеску марганцовки, йод, дез. средство, вату, бинт, лейкопластырь.
- 96% р-р спирта, р-р бриллиантового зеленого, протаргол, анальгин, вату, лейкопластырь.
- слабо-розовый р-р марганцовки, протаргол, йод, вату, бинт.

Тактика медицинского работника при попадании на кожу зараженного ВИЧ – материала:

- кожу обработать 70% р-ром спирта, обмыть водой с мылом и снова обработать 70% р-ром спирта.
- кожу обмыть р-ром марганцовки, а затем водой с мылом.
- кожу обмыть водой с мылом, а затем обработать йодом.

Тактика медицинского работника при падении на пол пробирки с кровью:

- осколки и кровь собрать ветошью и утилизировать.
- осколки собрать и утилизировать, а кровь собрать ветошью и провести дезинфекцию.
- вату и ветошь, смоченную дез. р-ром, применить для сбора осколков, место с вылившейся кровью, залить дез. р-ром и оставить на 15 мин.

Тактика медицинского работника при уколах и порезах инструментом, загрязненных кровью:

- вымыть перчатки с мылом, снять перчатки, выдавить кровь из ранки и обработать раствором йода, заклеить ранку лейкопластырем, одеть перчатки.
- снять перчатки, выдавить кровь из ранки и обработать спиртом, заклеить ранку лейкопластырем, одеть перчатки.
- вымыть перчатки с мылом, снять перчатки, выдавить кровь из ранки и обработать дез. раствором, заклеить ранку лейкопластырем, одеть перчатки.

Тактика медицинского работника при попадании зараженного материала на слизистые оболочки:

- немедленно обработать слизистые оболочки 0.05% р-ром марганцовки, не тереть. Рот прополоскать 70% р-ром спирта.
- промыть поточной водой и заложить мазью с антибиотиками.
- промыть водой.

Помощнику (сестре), кроме ассистенции, необходимо

- записать детально сделанные Вами манипуляции в карточку пациента
- объяснить пациенту смысл каждой манипуляции
- соблюдать конфиденциальность проводимых процедур
- обсудить финансовые расходы с пациентом

Понятие медицинской этики определяет

- понятие о долге врача
- правовые основы медицинского законодательства
- вопросы нравственности
- гражданская позиция

Медицинская деонтология - это

- понятие о долге врача
- взаимоотношение врача и больного
- вопросы нравственности
- понятие коллегиальности

В определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ, входят элементы

- физическое, социальное и психологическое благополучие
- возможность трудовой деятельности
- наличие или отсутствие болезней
- верно 1,2,3

Пульпа формируется

- из мезенхимы зубного мешочка
- из мезенхимы зубного сосочка
- из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

Дентин формируется

- из мезенхимы зубного мешочка
- из мезенхимы зубного сосочка
- из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

Цемент корня зуба формируется

- из мезенхимы зубного мешочка
- из мезенхимы зубного сосочка
- из эпителиальной ткани, образующей верхний слой эмалевого органа
- из передней половины эпителиальной пластинки

Периодонт формируется

- из мезенхимы зубного мешочка
- из мезенхимы зубного сосочка
- из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
- из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа

Эмаль зуба формируется

- из мезенхимы зубного мешочка
- из мезенхимы зубного сосочка

- из эпителиальных клеток, образующих внутренний слой эмалевого органа
- из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

Насмитова оболочка формируется

- из мезенхимы зубного мешочка
- из мезенхимы зубного сосочка
- из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

Минерализация 51, 61, 71, 81 зубов начинается

- на 2-3 месяце утробной жизни
- на 4-5 месяце утробной жизни
- на 6-7 месяце утробной жизни
- на 7-8 месяце утробной жизни

Минерализация 52, 62, 72, 82 зубов начинается

- на 3-4 месяце утробной жизни
- на 4-4.5 месяце утробной жизни
- на 5-6 месяце утробной жизни
- на 6-7 месяце утробной жизни

Минерализация 53, 63, 73, 83, 55, 65, 75, 85 зубов начинается

- на 3-м месяце утробной жизни
- на 5-м месяце утробной жизни
- на 6-м месяце утробной жизни
- на 7-м месяце утробной жизни

Минерализация 54, 64, 74, 84 зубов начинается

- на 3-м месяце утробной жизни
- на 5-м месяце утробной жизни
- на 6-м месяце утробной жизни
- на 7-м месяце утробной жизни

Зубы 51, 61, 71, 81 прорезываются

- на 4-5 месяце жизни ребенка
- на 5-6 месяце жизни ребенка
- на 6-8 месяце жизни ребенка
- на 9-10 месяце жизни ребенка

Зубы 52, 62, 72, 82 прорезываются

- на 2-5 месяце жизни ребенка
- на 6-12 месяце жизни ребенка
- на 7-8 месяце жизни ребенка
- на 12-17 месяце жизни ребенка

Зубы 53, 63, 73, 83 прорезываются

- на 8-10 месяце жизни ребенка
- на 10-12 месяце жизни ребенка
- на 12-15 месяце жизни ребенка

- на 16-20 месяце жизни ребенка

Зубы 54, 64, 74, 84 прорезываются

- на 9-12 месяце жизни ребенка
- на 12-16 месяце жизни ребенка
- на 17-20 месяце жизни ребенка
- на 10-15 месяце жизни ребенка

Зубы 55, 65, 75, 85 прорезываются

- на 9-10 месяце жизни ребенка
- на 10-12 месяце жизни ребенка
- на 12-18 месяце жизни ребенка
- на 20-30 месяце жизни ребенка

Формирование корней 51, 61, 71, 81 зубов заканчивается

- в возрасте ребенка 1.5 года
- в возрасте ребенка 2-2.5 года
- в возрасте ребенка 3 года
- в возрасте ребенка 4 года

Формирование корней 52, 62, 72, 82 зубов заканчивается

- в возрасте ребенка 2 года
- в возрасте ребенка 3 года
- в возрасте ребенка 4 года
- в возрасте ребенка 5 лет

Формирование корней 53, 63, 73, 83 зубов заканчивается

- в возрасте ребенка 2-3 года
- в возрасте ребенка 3-3.5 года
- в возрасте ребенка 3-4 лет
- в возрасте ребенка 4-5 лет

Формирование корней 54, 64, 74, 84 зубов заканчивается

- в возрасте ребенка 2-3 года
- в возрасте ребенка 3-4 года
- в возрасте ребенка 4-5 лет
- в возрасте ребенка 5-6 лет

Формирование корней 55, 65, 75, 85 зубов заканчивается

- в возрасте ребенка 3 года
- в возрасте ребенка 4 года
- в возрасте ребенка 5 лет
- в возрасте ребенка 6 лет

Максимальное рассасывание корней 51, 61, 71, 81 зубов происходит

- в возрасте ребенка 3-3.5 года
- в возрасте ребенка 4-4.5 года
- в возрасте ребенка 5-5.5 лет
- в возрасте ребенка 5.5-6.5 лет

Максимального рассасывание корней 52, 62, 72, 82 зубов происходит

- в возрасте ребенка 3-4 лет
- в возрасте ребенка 4-5 лет
- в возрасте ребенка 5-6 лет
- в возрасте ребенка 5.5-7 лет

Рассасывания корней 53, 63, 73, 83 зубов начинается

- в возрасте ребенка 5-6 лет
- в возрасте ребенка 6-7 лет
- в возрасте ребенка 8.5-9 лет
- в возрасте ребенка 10-11 лет

Максимальное рассасывание корней 54, 64, 74, 84 зубов происходит

- в возрасте ребенка 7 лет
- в возрасте ребенка 8 лет
- в возрасте ребенка 9 лет
- в возрасте ребенка 10 лет

Максимальное рассасывание корней 55, 65, 75, 85 зубов происходит

- в возрасте ребенка 6-7 лет
- в возрасте ребенка 8-8.5 лет
- в возрасте ребенка 9-10 лет
- в возрасте ребенка 10-11 лет

Физиологическим является тип резорбции корней молочных зубов

- I - равномерная резорбция всех корней
- II - резорбция с преобладанием процесса в области одного корня
- III - резорбция с преобладанием процесса в области бифуркации корней
- I, II, III типы резорбции корней

При хроническом воспалении периодонта видом резорбции корней молочных зубов является

- равномерная резорбция всех корней
- резорбция с преобладанием в области одного корня
- резорбция с преобладанием процесса в области бифуркации
- патологический вид резорбции

Закладка зачатков постоянных зубов осуществляется

- на 1-м месяце утробной жизни
- на 5-6 месяце утробной жизни
- на 5-6 месяце жизни ребенка
- на 2-м году жизни ребенка

Минерализация 16, 26, 36, 46 зубов начинается

- на 5-м месяце утробной жизни
- на 3-4-м месяце жизни ребенка
- в конце антенатального периода
- в возрасте ребенка 1-1.5 года

Минерализация 11, 21, 31, 41 зубов начинается

- на 8-м месяце утробной жизни
- при рождении ребенка
- на 5-м месяце жизни ребенка
- на 1-м году жизни ребенка