

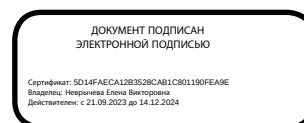
Министерство здравоохранения Хабаровского края
Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
"ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"
(КГБОУ ДПО ИПКСЗ)

ОДОБРЕНО
педагогическим советом
12.09.2022, протокол № 5

УТВЕРЖДАЮ
И.о. проректора управления
по учебной работе

Е.В. Неврычева

13 сентября 2022 г.



**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.77 Ортодонтия
Укрупненная группа специальностей 31.00.00 Клиническая медицина

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»
Б3 (108 часов, 3 з.е.)

Хабаровск
2022

Оглавление

I.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	3
II.	ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ.....	3
III.	ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ.....	6

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы 31.08.77 Ортодонтия соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре.

Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации по образцу, установленному Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация является заключительным этапом оценки качества освоения обучающимся основной профессиональной образовательной программы и должна дать объективную оценку наличию у выпускника подготовленности к самостоятельной профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация ординаторов по специальности 31.08.77 Ортодонтия относится к блоку 3 базовой части основной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации и завершается присвоением квалификации.

Имеет трудоемкость 3 ЗЕТ (108 часов).

II. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель государственной итоговой аттестации: объективном выявлении уровня подготовленности выпускника к компетентностному выполнению следующих видов профессиональной деятельности: профилактическая, диагностическая, лечебная, реабилитационная, психолого-педагогическая, организационно-управленческая.

1.1. Задачи государственной итоговой аттестации:

- оценка уровня сформированности у выпускников необходимых универсальных и профессиональных компетенций;
- определение уровня теоретической и практической подготовки для выполнения функций профессиональной деятельности;
- выявление уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач различной степени сложности.
- принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-ортодонт – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Института с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

1.2. Результаты освоения программы ординатуры

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных и профессиональных компетенций:

1.1. Универсальные компетенции и индикаторы их достижения:

Таблица 1

Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
УК-1. Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
	УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-2. Готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	УК-2.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
	УК-2.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
	УК-2.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
УК-3. Готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	УК-3.1 Планирует педагогическую деятельность
	УК-3.2 Осуществляет педагогическую деятельность

1.2. Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
Профилактическая деятельность	ПК-1. Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	ПК-1.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ПК-1.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со	ПК-2.1 Проводит профилактику (в том числе профилактические медицинские осмотры) пациентов со стоматологической патологией ПК-2.2 Проводит диспансеризацию и диспансерное наблюдение

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
	стоматологической патологией	
	ПК-3. Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	ПК-3.1 Проводит противоэпидемические мероприятия ПК-3.2 Организует защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
	ПК-4. Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	ПК-4.1 Применяет социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости
Диагностическая деятельность	ПК-5. Готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	ПК-5.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ПК-5.2 Направляет пациентов (или проводить самостоятельно) на лабораторные и инструментальные обследования
	ПК-6. Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	ПК-6.1 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, оформляет необходимую медицинскую документацию и направляет для прохождения медико-социальной экспертизы (МСЭ)
Лечебная деятельность	ПК-7. Готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи	ПК-7.1 Определяет тактику ведения пациента ПК-7.2 Ведет и лечит пациентов
	ПК-8. Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	ПК-8.1 Оценивает состояния пациентов ПК-8.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
Реабилитационная деятельность	ПК-9. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	ПК-9.1 Применяет методы медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях ПК-9.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях
Психолого-педагогическая деятельность	ПК-10. Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья,	ПК-10.1 Применяет психолого-педагогические методы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих ПК-10.2 Обучает пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
	профилактике стоматологических заболеваний	
Организационно-управленческая деятельность	ПК-11. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПК-11.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ПК-11.2 Участвует в управлении медицинской организацией и ее структурными подразделениями
	ПК-12. Готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ПК-12.1 Проводит анализ и оценку качества стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей
	ПК-13. Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	ПК-13.1 Участвует в организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинскую эвакуацию

III. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ

1.3. Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

1.4. Формы проведения

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственные аттестационные испытания проходят в три этапа:

- тестирование;
- оценка уровня освоения практических навыков;
- собеседование.

1.5. Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится основной образовательной программы по специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая, результаты освоения которой имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Таблица 4

Этапы государственной итоговой аттестации

№ п/п	Наименование этапа	Предмет проверки	Особенности проведения
1.	Тестирование	Определения объема и	Тестовые вопросы охватывают содержание

		качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры	пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 100 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Института в соответствии с расписанием.
2.	Оценка уровня освоения практических навыков	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры	При проверке практических навыков обучающемуся предоставляются данные лабораторных и инструментальных обследований. В процессе ответа обучающийся должен провести анализ представленных обследований и дать свое заключение. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.
3.	Собеседование	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях, так и на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке.

Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

1.1. Основная литература

1. Анохина, А.В. Конусно-лучевое компьютерное томографическое исследование, создание цифрового архива клинических случаев в ортодонтии : учеб. пособие / А. В. Анохина, С. Л. Абзалова ; Казан. гос. мед. акад., фил. ФГБОУ ДПО РМАНПО. - Казань : МеДДоК, 2019. - 32 с.

2. Бимбас, Е.С. Профилактика зубочелюстных аномалий: учеб. пособие / Е. С. Бимбас, А. С. Шишмарева, Е. З. Хелашвили; Урал. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – М.: КнигИздат, 2023. - 142 с.

3. Классификация зубочелюстных аномалий : учеб. пособие / А. А. Симакова, Е. В. Федорович, Л. Н. Горбатова [и др.] ; ред. Л. Н. Горбатова ; Север. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации, каф. стоматологии дет. возраста. - Архангельск : Изд-во Север. гос. мед. ун-та, 2020. - 96 с.

4. Курбанов, О.Р. Взаимодействие стоматологических материалов с организмом человека : учеб. пособие / О. Р. Курбанов, А. О. Алиева, З. О. Курбанов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 80 с.

5. Малахова, Н.Е. Эстетический подход при планировании ортодонтического лечения : учеб. пособие / Н. Е. Малахова, А. В. Силин ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова, каф. стоматологии общей практики. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2020. - 48 с.

6. Нарушения развития и формирования зубов : учеб. пособие / А. В. Митронин, Е.

В. Володина, М. Н. Куваева [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 128 с.

7. Особенности оформления медицинской карты ортодонтического пациента: учеб. пособие / В. В. Шкарин, Ю. П. Мансур, Т. Д. Дмитриенко [и др.] ; Волгогр. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2021. - 60 с.

8. Персин, Л.С. Брекет-системы. Современный взгляд : учеб. пособие / Л. С. Персин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 128 с.

9. Персин, Л.С. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии : учеб. пособие / Л. С. Персин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 160 с.

10. Пропедевтический курс по ортопедической стоматологии и ортодонтии: учеб. пособие / Е. А. Вакушина, Е. А. Брагин, П. А. Григоренко [и др.] ; Ставроп. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2022. - 172 с.

11. Рентгенологические методы исследования в ортодонтии : учеб. пособие / А. А. Симакова, Л. Н. Горбатова, М. А. Горбатова [и др.] ; под ред. Л.Н. Горбатовой ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Сев. гос. мед. ун-т. - Архангельск : Изд-во Север. гос. мед. ун-та, 2021. - 114 с.

12. Ретенция восьмых зубов и ее осложнения : учеб. пособие / Н. М. Хелминская [и др.] ; Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И.Пирогова, каф. челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. – М. : РНИМУ им. Н.И.Пирогова, 2019. – 57 с.

13. Солдатова, Л.Н. Изучение контрольно-диагностических моделей зубных рядов : учеб. пособие / Л. Н. Солдатова, Д. И. Волкова ; Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П.Павлова Минздрава России, каф. стоматологии дет. возраста и ортодонтии. – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2021. - 32 с.

1.2. Дополнительная литература

14. Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии : сб. науч. ст. X регион. науч.-практ. конф. с междунар. участием по дет. стоматологии / М-во здравоохранения Хабар. края, ФГБОУ ВО "Дальневост. гос. мед. ун-т" Минздрава России ; ред. А. А. Антонова. - Хабаровск : Изд-во "Антар", 2020. - 222 с.

15. Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии : сб. науч. ст. IX регион. науч.-практ. конф. с междунар. участием по дет. стоматологии / М-во здравоохранения Хабар. края [и др.] ; ред. А. А. Антонова. - Хабаровск : Антар, 2019. - 220 с.

16. Биометрия в ортодонтии : учеб.-метод. пособие / Е. В. Федорович, А. А. Симакова, Л. Н. Горбатова [и др.] ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Север. гос. мед. ун-т, каф. стоматологии дет. возраста. - Архангельск : Изд-во Север. гос. мед. ун-та, 2020. - 80 с.

17. Диагностика функциональных нарушений зубочелюстного аппарата : моногр. / Моск. гос. медико-стоматол. ун-т. - М. : Практ. медицина, 2019. - 80 с.

18. Дибиров, Т.М. Особенности планирования хирургического лечения пациентов с асимметричными деформациями челюстей : учеб.-метод. пособие для последипл. образования / Т. М. Дибиров, А. Ю. Дробышев ; Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т им. А.И.Евдокимова м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – М. : Мозартика, 2018. – 34 с.

19. Дробышев, А.Ю. Хирургические методы лечения пациентов с асимметричными деформациями челюстей : учеб.-метод. пособие для последипл. образования / А. Ю. Дробышев, Т. М. Дибиров, В. М. Михайлюков ; Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т им. А.И.Евдокимова м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – М. : Мозартика, 2018. – 37 с.

20. Жулев, Е.Н. Клиническое обследование и оформление медицинской карты стоматологического больного в клинике ортодонтии : учеб.-метод. пособие / Е. Н. Жулев, Е. Ю. Николаева, Т. О. Зубарева ; Приволж. исслед. мед. ун-т. – 5-е изд. – Н. Новгород : Изд-во Приволж. исслед. мед. ун-та, 2019. – 76 с.

21. Малахова, Н.Е. Роль остеопата в практике врача-ортодонта: учеб. пособие / Н. Е. Малахова, А. В. Силин, Ю. А. Милутка ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова, каф. стоматологии общ. практики. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2021. – 48 с.

22. Ортодонтия: тестовые вопросы / М-во здравоохранения Чуваш. Республики, Ин-т усовершенствования врачей; сост. Ю. В. Елифанова. – Чебоксары: ГАУ ДПО "ИУВ", 2022. – 40 с.

23. Ортопедическое лечение больных при травматической окклюзии, повышенной стираемости зубов и деформациях окклюзионной поверхности зубных рядов : метод. рекомендации / В. Н. Трезубов, Л. М. Мишнев, Ю. А. Быстрова [и др.] ; Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П.Павлова Минздрава России, каф. ортопед. стоматологии и материаловедения с курсом ортодонтии взрослых. – СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2019. – 60 с.

24. Персин, Л.С. Атлас ортодонтических аппаратов : атлас / Л. С. Персин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 128 с.

25. Ранняя ортодонтическая диагностика формирования зубочелюстных аномалий у детей : учеб.-метод. пособие / М. Л. Бельфер, Т. Ф. Косырева, М. В. Самойлова [и др.] ; Рос. ун-т дружбы народов. – М. : РУДН, 2020. – 64 с.

26. Тактика врача-стоматолога : практ. рук. / З. Э. Ревазова, Е. А. Волков, А. В. Митронин [и др.] ; ред. О. О. Янушевич. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 240 с.

27. Факторы риска развития зубочелюстных аномалий : учеб.-метод. пособие / А. А. Симакова, Л. Н. Горбатова, М. А. Горбатова [и др.] ; под ред. Л.Н. Горбатовой ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Сев. гос. мед. ун-т. – Архангельск : Изд-во Север. гос. мед. ун-та, 2021. – 99 с.

7.3 Информационно-электронные ресурсы

28. Атлас ортодонтических аппаратов : учеб. пособие / Л. С. Персин [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 128 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461716.html> (дата обращения: 21.01.2022). – Режим доступа : по подписке.

29. Лечение пациентов с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц : клин. рекомендации / В. Н. Трезубов, Е. А. Булычева, В. В. Трезубов, Д. С. Булычева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 96 с. – ISBN 978-5-9704-7984-1, DOI: 10.33029/9704-6151-8-STO-2021-1-96. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970479841.html> (дата обращения: 21.09.2023). – Режим доступа: по подписке.

30. Лечение пациентов с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц / В. Н. Трезубов, Е. А. Булычева, В. В. Трезубов, Д. С. Булычева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 96 с. – ISBN 978-5-9704-6151-8. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461518.html> (дата обращения: 21.09.2023). – Режим доступа : по подписке.

31. Ортодонтические аппараты при лечении зубочелюстных аномалий / Л. С. Персин, А. Б. Слабковская, И. В. Попова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 232 с. – DOI: 10.33029/9704-7501-0-ОАМ-2023-1-232. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970475010.html> (дата обращения: 21.09.2023). – Режим доступа: по подписке.

32. Ортодонтия. Нац. рук. : в 2 т. Т. 1 : Диагностика зубочелюстных аномалий / под ред. Л. С. Персина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 304 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454084.html> (дата обращения: 21.01.2022). – Режим доступа : по подписке.

33. Ортодонтия. Национальное руководство. В 2 т. Т. 2. Лечение зубочелюстных аномалий / Л. С. Персина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 376 с. – URL :

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454091.html> (дата обращения: 21.09.2023). - Режим доступа : по подписке.

34. Персин, Л. С. Атлас ортодонтических аппаратов : учеб. пособие / Л.А. Закирова, Т.А. Боровик. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 128 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451830.html>. (дата обращения: 25.01.2021). – Режим доступа : по подписке.

35. Персин, Л. С. Медицинская карта ортодонтического пациента: рук. для врачей / Л. С. Персин, А. Ю. Порохин, С. В. Текучева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 176 с. - DOI: 10.33029/9704-7863-9-MED-2023-1-176. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970478639.html> (дата обращения: 21.09.2023). - Режим доступа: по подписке.

36. Персин, Л. С. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии : учеб. пособие / Л. С. Персин [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 160 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446850.html> (дата обращения: 21.01.2022). - Режим доступа : по подписке.

37. Персин, Л. С. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии : учеб. пособие / Л. С. Персин [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 160 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459140.html> (дата обращения: 21.01.2022). - Режим доступа : по подписке.

38. Персин, Л. С. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии : учеб. пособие / Л. С. Персин [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 160 с. - URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459669.html> (дата обращения: 21.01.2022). - Режим доступа : по подписке.

7.4. Клинические рекомендации по профилю «хирургия»

7.5. Информационно-электронные ресурсы

1. Официальный сайт Минздрава России <http://www.rosminzdrav.ru>
2. Российская государственная библиотека (РГБ) www.rsl.ru
3. Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины): www.iramn.ru

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача 1

Пациентка Д., 24 года. Жалобы на эстетические нарушения. При изучении лицевых признаков установлено: верхняя губа выступает вперед, подбородок смещен назад, режущие края верхних резцов расположены на нижней губе.

Осмотр полости рта: смыкание зубов соответствует II классу 1 подклассу.

Сагиттальная щель ~ 12 мм. Укороченная уздечка языка, мелкое преддверие полости рта.

1. Лицевые признаки соответствуют окклюзии:

- 1) дистальной
- 2) мезиальной
- 3) вестибулоокклюзии
- 4) лингвоокклюзии.

2. Соотношение зубов по II классу 1 подклассу характерно для окклюзии:

- 1) мезиальной
- 2) дистальной
- 3) вестибулоокклюзии
- 4) лингвоокклюзии

3. В данном клиническом случае необходимо провести дополнительный метод обследования:
- 1) ТРГ в прямой проекции
 - 2) ТРГ в боковой проекции
 - 3) ОПТГ
 - 4) R-гр. в области 12, 11, 21 и 22 зубов.
4. Для определения положения апикального базиса верхней челюсти относительно переднего отдела основания черепа необходимо изучить:
- 1) NSeA
 - 2) NSB
 - 3) ANB
 - 4) NseBa
5. В данном возрасте целесообразно применение:
- 1) съемных пластиночных аппаратов
 - 2) несъемной ортодонтической техники
 - 3) функциональных аппаратов
 - 4) съемных ортодонтических аппаратов сочетанного действия.

Ситуационная задача 2

Пациент С., 11 лет 8 мес. Родителей не устраивает эстетика лица.

При изучении лицевых признаков определяется смещение подбородка вперед, верхняя губа западает (не выражена).

В полости рта смыкание зубов в области клыков и моляров соответствует III классу Энгля. Резцы верхней челюсти и нижней челюсти находятся в прямом смыкании. Уздечка языка укорочена. Язык расположен на дне полости рта.

1. Дополнительные методы обследования необходимо провести в данном случае:
- 1) ОПТГ
 - 2) ТРГ в боковой проекции
 - 3) ТРГ в прямой проекции
 - 4) R - снимок в области резцов верхней челюсти.
2. Соотношение зубов по III классу Энгля какой окклюзии соответствует:
- 1) дистальной
 - 2) вестибулоокклюзии
 - 3) мезиальной
 - 4) лингвоокклюзии.
3. Лицевые признаки соответствуют:
- 1) лингвоокклюзии
 - 2) дистальной окклюзии
 - 3) мезиальной окклюзии
 - 4) вестибулоокклюзии.
4. Для определения положения апикального базиса нижней челюсти относительно переднего отдела основания черепа необходимо изучить углы:
- 1) NSBa
 - 2) SNA
 - 3) SNB
 - 4) NSPg
5. В данном возрастном периоде целесообразно проводить лечение с помощью:
- 1) съемных пластиночных аппаратов
 - 2) несъемной ортодонтической техники
 - 3) функциональных аппаратов
 - 4) аппаратов комбинированного действия.

Ситуационная задача 3

Пациент 8 лет. Жалобы на неправильно расположенные зубы, эстетические нарушения.

При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту; тесное положение резцов на верхней челюсти; поворот по оси 11, 21; 12, 22 расположены небно. Индекс Тона = 1,33. Зубные ряды сужены.

1. Дополнительные методы обследования необходимо провести в данном клиническом случае:

- 1) ОПТГ
- 2) ТРГ головы в боковой проекции
- 3) прицельный снимок 55 и 65
- 4) ТРГ головы в прямой проекции.

2. ОПТГ необходимо выполнить с целью:

- 1) определения размеров тела верхней челюсти;
- 2) определения степени резорбции корней молочных зубов и наличия зачатков

постоянных зубов;

- 3) определения степени сужения верхней челюсти и нижней челюсти;
- 4) определения размеров нижней челюсти.

3. Для определения пропорциональности ширины зубных рядов верхней челюсти и нижней челюсти необходимо применить следующий метод:

- 1) Герлаха
- 2) Тона
- 3) Пона
- 4) Коркхауза.

Ситуационная задача 4

Пациентке Ф. 6 лет. Направлена на консультацию к ортодонт из хирургического отделения с диагнозом низкое прикрепление уздечки верхней губы.

При осмотре: ранняя потеря резцов на верхней челюсти. 11, 21 в стадии прорезывания. Уздечка верхней губы прикреплена к краю альвеолярного отростка, широкая. Места верхним резцам достаточно. Имеются разрушенные коронки 55 и 65.

1. С целью определения степени формирования корней 11, 21 необходимо выполнить:

- 1) ТРГ головы в боковой проекции
- 2) ОПТГ
- 3) R гр. в области 12, 11, 21 и 22 зубов.
- 4) ТРГ головы в прямой проекции.

2. В данной клинической ситуации рекомендовано:

- 1) операция перемещения уздечки верхней губы
- 2) отложить операцию до полного формирования корней 11, 21
- 3) изготовить расширяющую пластинку.

3. В данном клиническом случае после окончания формирования корней 11, 21 и проведения операции на уздечке верхней губы показано:

- 1) применение съемной ортодонтической аппаратуры
- 2) протезирование
- 3) применение несъемной ортодонтической аппаратуры

4. Указать причины, по которым проведение операции перемещения уздечки в/губы в данном возрастном периоде не показано:

1) возможно возникновение воспалительных процессов в области прорезывающихся 11, 21

2) смещение и поворот по оси 11, 21

3) возможно смещение косметического центра.

Ситуационная задача 5

Девочка 8 лет. Родители обратились с жалобой на прорезывание нижних резцов вне зубного ряда.

Клиническое обследование выявило: конфигурация лица правильная. Зубная формула: 16,55,54,53,0,11 ! 21,0,63,64,65,26

46,85,84,83,41,42 ! 31,32,73,0,75,36

42 и 32 зубы смещены язычно, места в зубном ряду недостаточно. Смыкание моляров по I классу Энгля.

1. Зубная формула

1) соответствует возрасту

2) не соответствует возрасту.

2. Возможные причины неправильного положения 42 и 32 зубов

1) сужение нижнего зубного ряда

2) наличие сверхкомплектных зубов

3) макроденция

4) смещение боковых зубов мезиально.

3. Для выявления возможной причины неправильного положения 32 и 42 зубов необходимо применить дополнительные методы исследования:

1) рентгенологическое обследование

2) измерение диагностических моделей челюстей

3) электромиографическое обследование

4) электротонometriю.

4. При измерении диагностических моделей целесообразно использовать:

1) метод Пона

2) метод Герлаха

3) метод Коркхауза

4) определить индекс Тона.

5. Выбор метода лечения (ортодонтический, хирургический, комбинированный)

зависит от:

1) возраста ребенка

2) причины неправильного положения 2!2

3) от дисциплинированности ребенка.

Ситуационная задача 6

Пациентка А., 8 лет. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту. Между 11 и 21 зубами диастема = 4 мм; на рентгенограмме между корнями 11 и 21 зубов — зачаток сверхкомплектного зуба.

1. Дополнительно необходимо рентгенологическое исследование:

1) телерентгенография головы в прямой проекции

2) томография ВНЧС

3) телентгенография головы в боковой проекции

4) никакие из перечисленных.

2. Последовательность лечения:

1) ортодонтическое, удаление сверхкомплектного

2) ортодонтическое, ортопедическое

3) удаление сверхкомплектного зуба, ортодонтическое

4) удаление сверхкомплектного зуба, ортопедическое.

3. Для лечения данного пациента рекомендуется конструкция ортодонтического аппарата:

1) нижнечелюстная

2) внеротовая

- 3) двучелюстная
- 4) верхнечелюстная
4. В конструкции съемного ортодонтического аппарата необходима пружина:
 - 1) протрагирующая
 - 2) рукообразная
 - 3) вестибулярная П-образная
 - 4) Коффина.

Ситуационная задача 7

Пациент Р., 6 лет. При осмотре полости рта — период прикуса молочных зубов, при глотании и речи язык располагается между резцами. Вертикальная щель - 5 мм.

1. Клиническая картина соответствует:
 - 1) мезиальной окклюзии
 - 2) глубокой резцовой дизокклюзии
 - 3) вертикальной резцовой дизокклюзии
 - 4) дистальной окклюзии.
2. Для полной диагностики нарушений системы необходимы методы:
 - 1) антропометрические, рентгенологические
 - 2) функциональные, рентгенологические
 - 3) антропометрические, функциональные
 - 4) антропометрические, рентгенологические, функциональные
3. Для устранения данной аномалии в конструкции аппарата необходимо использовать:
 - 1) накусочную площадку
 - 2) окклюзионные накладки
 - 3) заслонка для языка
 - 4) пелот для верхней губы.
4. Регулировать функцию языка возможно с помощью:
 - 1) пружины
 - 2) вестибулярной дуги
 - 3) заслонки
 - 4) ортодонтического винта.

Ситуационная задача 8

Пациент С., 10 лет. Жалобы на ассиметричное положение подбородка.

При осмотре полости рта определена перекрестная окклюзия, смещение косметического центра.

1. Определить симметричность зубных рядов можно с помощью антропометрического метода:
 - 1) Пона
 - 2) Коркхауза
 - 3) Линдера-Харта
 - 4) Хаулея-Герберера-Гербста.
2. Гнатическую форму перекрестной окклюзии можно выявить с помощью:
 - 1) телерентгенографии головы в боковой проекции
 - 2) томографии височно-нижнечелюстных суставов
 - 3) телерентгенографии головы в прямой проекции
 - 4) ортопантомографии.
3. Суставную форму перекрестной окклюзии можно выявить с помощью:
 - 1) аксиографии
 - 2) реографии
 - 3) гнатодинамометрии

- 4) периотестометрии.
4. Лечение суставной формы перекрестной окклюзии проводит стоматолог:
 - 1) хирург
 - 2) ортодонт
 - 3) терапевт
 - 4) ортодонт и хирург.

Ситуационная задача 9

Пациент Ф., 9 лет. Жалобы на неправильное положение передних зубов. Зубная формула соответствует возрасту.

При осмотре полости рта определено скученное положение передней группы верхнего и нижнего зубных рядов.

1. Степень выраженности аномалии можно определить с помощью методов:
 - 1) антропометрических и рентгенологических
 - 2) рентгенологических и функциональных
 - 3) антропометрических
 - 4) функциональных.
2. Скученность зубов может вызвать:
 - 1) артропатии
 - 2) парондопатии
 - 3) миопатии
 - 4) нарушение роста челюстей.
3. Лечение скученного положения зубов можно провести с помощью:
 - 1) подбородочной пращи
 - 2) лицевой дуги
 - 3) маски Диляра
 - 4) расширяющих пластинок.
4. Для лечения данной аномалии в конструкцию аппарата должны входить элементы:
 - 1) вестибулярная дуга
 - 2) ортодонтический винт
 - 3) накусочная площадка
 - 4) разобщающая поверхность.

Ситуационная задача 10

Пациент К., 12 лет. Жалобы на неправильное положение клыков верхней челюсти.

При осмотре полости рта вестибуло- и супраполложение 3!3 , места в зубном ряду для них отсутствует, в боковых отделах - дистальная окклюзия. Зубная формула соответствует возрасту.

1. Причиной данной аномалии может быть:
 - 1) раннее удаление молочных моляров
 - 2) инфантильный тип глотания
 - 3) адентия боковых резцов верхней челюсти
 - 4) ретенция 5!5
2. Для полной диагностики данной аномалии необходимы методы:
 - 1) антропометрические, рентгенологические
 - 2) функциональные, рентгенологические
 - 3) антропометрические, функциональные
 - 4) функциональные.
3. Дефицит места в зубном ряду для клыков обусловлен:
 - 1) зубоальвеолярным удлинением в переднем отделе
 - 2) латеральным смещением нижней челюсти

- 3) мезиальным смещением премоляров и моляров верхней челюсти
- 4) вестибулярным наклоном передних зубов.
4. На гипсовых моделях челюстей целесообразно изучить:
 - 1) ширину апикальных базисов челюстей
 - 2) глубину небного свода
 - 3) степень мезиального смещения боковых зубов
 - 4) индекс Тонна.

Ситуационная задача 11

Пациентка Ц., 9 лет. Жалобы на отсутствие центрального правого резца верхней челюсти. Зубная формула соответствует возрасту. Отсутствует 11-й зуб, места для него недостаточно, 12-й зуб наклонен мезиально.

1. Последовательность обследования пациента:
 - 1) клиническое и рентгенологическое
 - 2) антропометрическое и рентгенологическое
 - 3) функциональное и антропометрическое
 - 4) рентгенологическое и функциональное.
2. При данной аномалии целесообразно рентгенологическое исследование:
 - 1) телерентгенография головы в прямой проекции
 - 2) томография ВНЧС
 - 3) телерентгенография головы в боковой проекции
 - 4) прицельная рентгенография.
3. Данная клиническая картина отсутствует:
 - 1) тортоаномалии резца
 - 2) транспозиции резцов
 - 3) ретенции резца
 - 4) инфрапозиции резца.
4. Причиной ретенции резца может быть:
 - 1) сужение нижнего зубного ряда
 - 2) наличие сверхкомплектного зуба
 - 3) адентия резца
 - 4) дистальное положение моляра.

Ситуационная задача 12

Пациентка С., 13 лет. Жалобы на отсутствие верхних боковых резцов.

При осмотре полости рта определено отсутствие 12-го и 22-го зубов, диастема на верхней челюсти, дистальная окклюзия зубных рядов. На прицельной рентгенограмме установлено отсутствие зачатков 12-го и 22-го зубов.

1. Отсутствие боковых резцов вызовет нарушение:
 - 1) эстетики
 - 2) функции височно-нижнечелюстных суставов
 - 3) функции мышц челюстно-лицевой области
 - 4) движения нижней челюсти.
2. Данная клиническая картина соответствует:
 - 1) ретенции резцов
 - 2) адентии резцов
 - 3) транспозиции резцов
 - 4) тортоаномалии резцов.
3. Последовательность лечения данной аномалии:
 - 1) ортодонтия, физиотерапия
 - 2) ортодонтия, хирургия
 - 3) хирургия, ортопедия

- 4) ортодонтия и ортопедия.
4. Лечение данного пациента целесообразно проводить аппаратурой:
 - 1) лицевой дугой
 - 2) несъемной аппаратурой
 - 3) губным бампером
 - 4) небным бюгелем.

Ситуационная задача 13

Больной 12 лет. Жалоб не предъявляет.

При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту, определена левосторонняя перекрестная окклюзия. При обследовании больной установлено, что нарушение окклюзии произошло за счет деформации зубной дуги нижней челюсти, а именно, вследствие орального наклона 34, 35, 36, 37.

1. Метод диагностики позволит определить оральный наклон 34, 35, 36:
 - 1) антропометрический
 - 2) функциональный
 - 3) рентгенологический
 - 4) фотометрический.
2. Для уточнения диагноза необходимо провести измерение гипсовых моделей челюстей по методу:
 - 1) Снагиной
 - 2) Хауса
 - 3) Коркхауза
 - 4) Пона.
3. Учитывая возраст пациента целесообразно использовать ортодонтический аппарат по способу фиксации:
 - 1) съемный
 - 2) внутриротовой
 - 3) несъемный
 - 4) комбинированный.
4. Изменение положения каких зубов необходимо проводить:
 - 1) фронтальных верхних
 - 2) боковых нижних слева
 - 3) боковых верхних справа
 - 4) фронтальных нижних.

Ситуационная задача 14

Пациентка 9 лет. Жалобы на затрудненное откусывание пищи. При осмотре полости рта отмечается удлинение нижней части. Зубная формула соответствует возрасту. При смыкании зубов определяется вертикальная щель между передними зубами размером в 4 мм. Верхние и нижние резцы имеют вестибулярный наклон с образованием промежутков между ними.

1. Вертикальная щель является симптомом:
 - 1) вертикальной резцовой дизокклюзии
 - 2) дистальной окклюзии
 - 3) сагиттальной резцовой дизокклюзии
 - 4) глубокой резцовой дизокклюзии.
2. Промежутки между передними зубами являются следствием:
 - 1) удлинения зубных рядов
 - 2) сужения зубных рядов
 - 3) зубоальвеолярного удлинения
 - 4) укорочения зубных рядов.

3. План лечения

- 1) расширение зубных рядов, устранение вертикальной щели
- 2) сужение зубных рядов, зубоальвеолярное удлинение
- 3) укорочение зубных рядов, по вертикали и сагиттали.

Ситуационная задача

15 Ребенок 12 лет обратился с жалобами на неправильное положение резцов верхней челюсти. Из анамнеза удалось установить, что он длительное время прикусывал верхнюю губу.

1. Вредная привычка прикусывания верхней губы приводит:

- 1) протрузии резцов верхней челюсти
- 2) ретрузии резцов верхней челюсти
- 3) ретрузии резцов нижней челюсти

2. Для постановки диагноза необходимо провести следующие антропометрические исследования:

- 1) по методу Коркхауза
- 2) по методу Пона
- 3) по методу Хауса-Снагиной.

3. Лечение неправильного положения резцов верхней челюсти данного пациента проводить:

- 1) аппаратом Френкеля III типа
 - 2) пластинкой с секторальным распилом
 - 3) расширяющей пластинкой
 - 4) несъемной аппаратурой.
4. Длительное прикусывание верхней губы приводит:
- 1) дизокклюзии по вертикали
 - 2) глубокой резцовой окклюзии
 - 3) обратной резцовой окклюзии.

Ситуационная задача 16

Мальчик 9 лет. Жалоб не предъявляет. При осмотре лица отклонений от нормы нет. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту, отмечается вестибулярный наклон нижних и верхних резцов, диастема, тремы. При смыкании зубных рядов в центральной окклюзии определяется вертикальная щель размером в 2 мм.

1. О вестибулярном наклоне резцов будут свидетельствовать измерения гипсовых моделей челюстей по:

- 1) Герлаху
- 2) Тону
- 3) Пону
- 4) Коркхаузу.

2. Диагностировать указанные аномалии возможно с помощью:

- 1) ортопантомографии
- 2) томографии
- 3) прицельной рентгенографии
- 4) телерентгенографии (в боковой проекции).

3. Устранить вестибулярный наклон резцов возможно с помощью:

- 1) рукообразных пружин
- 2) вестибулярной дуги
- 3) небного бюгеля
- 4) протрагирующей пружины.

4. Для устранения вертикальной щели необходимы:

- 1) накусочная площадка

- 2) пелоты для щек
- 3) разобщающие поверхности в боковых отделах
- 4) наклонная плоскость.

Ситуационная задача 17

Больная 11 лет. Жалобы на косметический дефект, нарушение речи, полуоткрытый рот. При осмотре больной отмечается сагиттальная щель размером в 6 мм. Верхние зубы полностью перекрывают нижние. Дыхание ротовое. Ребенок прикусывает нижнюю губу.

1. По описанной клинической картине можно поставить предварительный диагноз:

- 1) сагиттальная и глубокая резцовая дизокклюзия
- 2) дистальная окклюзия и глубокая резцовая дизокклюзия
- 3) вертикальная резцовая дизокклюзия
- 4) дистальная окклюзия и сагиттальная дизокклюзия.

2. Возможной причиной сагиттальной щели является:

- 1) ротовое дыхание
- 2) прикусывание нижней губы
- 3) нарушение речи
- 4) полуоткрытый рот.

3. Поставить окончательный диагноз возможно с помощью методов:

- 1) антропометрический
- 2) рентгенологический
- 3) функциональный
- 4) всех перечисленных.

4. Для устойчивого результата ортодонтического лечения необходимо:

- 1) восстановить носовое дыхание
- 2) провести лечение с гиперкоррекцией аномалии
- 3) восстановить эстетику
- 4) лечение несъемной ортодонтической техникой.

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Характеристика состояния стоматологического здоровья населения страны и задачи здравоохранения.

2. Нормативные документы в области ортодонтии.

3. Перспективы развития ортодонтической службы в России. Социальные аспекты ортодонтии.

4. Анализ деятельности ортодонтической помощи.

5. Общие методические и статистические подходы в ортодонтии.

6. Учет, отчетность и ведение документации в ортодонтии.

7. Принципы организации ортодонтической помощи в России и за рубежом. Историческая справка.

8. Задачи и функции ортодонтии.

9. Оснащение ортодонтических кабинетов.

10. Организация труда врача-стоматолога ортодонта.

11. Автоматизированное рабочее место врача.

12. Формы и методы профилактики заболеваний зубов и слизистой оболочки среди медицинских работников и населения.

13. Экономическая эффективность ортодонтической службы.

14. Этические вопросы в ортодонтии.

15. Ответственность врача-стоматолога ортодонта за дачу совета, обусловленного вероятностным прогнозом.

16. Принцип конфиденциальности в работе врача-стоматолога ортодонта.

17. Этические вопросы при рекомендации и проведении диагностики.
18. Определение понятия, цели и задачи экспертизы трудоспособности.
19. Основные документы, удостоверяющие нетрудоспособность и общие правила их заполнения и выдачи.
20. Организация экспертизы временной нетрудоспособности. Показания и порядок направления на МСЭ.
21. Правовые положения для больных с тяжелыми инвалидизирующими наследственными болезнями. Социальное обеспечение больных с наследственной патологией.
22. История развития ортодонтии.
23. История развития ортодонтии в России.
24. Направление исследований в современной ортодонтии.
25. Клиническое обследование пациента.
26. Антропометрические исследования лица и головы пациента.
27. Антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей.
28. Измерения зубов.
29. Взаимоотношение размеров зубов.
30. Измерения зубных рядов.
31. Измерения небного свода.
32. Измерение апикального базиса.
33. Период внутриутробного развития.
34. Период от рождения ребенка до начала прорезывания молочных зубов.
35. Период формирования прикуса молочных зубов.
36. Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные.
37. Период прикуса постоянных зубов.
38. Строение сформированных зубов.
39. Мышцы челюстно-лицевой области. Функции основных групп мышц челюстно-лицевой области.
40. Строение и функции височно-нижнечелюстного сустава.
41. Анатомические особенности некоторых мышц челюстно-лицевой области.
42. Сопоставление отдельных мышц у взрослого и ребенка.
43. Понятие о миодинамическом равновесии.
44. Этиопатогенетическая классификация Канторовича.
45. Функциональная классификация Катца.
46. Классификация Энгля.
47. Классификация Симона.
48. Классификация Курляндского.
49. Классификация Калвеллиса.
50. Классификация Каламкарова.
51. Классификация кафедры ортодонтии и детского протезирования ММСИ.
52. Аномалии количества зубов.
53. Аномалии размера зубов.
54. Аномалии формы зубов.
55. Аномалии структуры твердых тканей зубов.
56. Нарушение сроков прорезывания.
57. Аномалии положения зубов.
58. Аномалии положения передних и боковых зубов в трансверзальном направлении.
59. Аномалии положения зубов в сагиттальном направлении.
60. Аномалии положения зубов в вертикальном направлении.
61. Тортопозиция зубов.
62. Транспозиция зубов.

63. Этиология и патогенез зубо-челюстной патологии: общая характеристика зубочелюстных аномалий. Классификация.
64. Принципы диагностики зубо-челюстных болезней: Клинические, инструментальные методы диагностики.
65. Принципы лечения зубо-челюстных аномалий.
66. Этиология и патогенез аномалий количества зубов: общая характеристика аномалий количества зубов.
67. Принципы диагностики аномалий количества зубов: Клинические, инструментальные методы диагностики.
68. Принципы лечения аномалий количества зубов.
69. Этиология и патогенез аномалий размеров зубов: общая характеристика аномалий размеров зубов.
70. Принципы диагностики аномалий размеров зубов: Клинические, инструментальные методы диагностики.
71. Принципы лечения аномалий размеров зубов.
72. Этиология и патогенез аномалий формы зубов: общая характеристика аномалий формы зубов.
73. Принципы диагностики аномалий формы зубов: Клинические, инструментальные методы диагностики.
74. Принципы лечения аномалий формы зубов.
75. Этиология и патогенез аномалий структуры твердых тканей зубов: общая характеристика аномалий структуры твердых тканей зубов.
76. Принципы диагностики аномалий структуры твердых тканей зубов: Клинические, инструментальные методы диагностики.
77. Принципы лечения аномалий структуры твердых тканей зубов.
78. Этиология и патогенез нарушений сроков прорезывания зубов: общая характеристика нарушений сроков прорезывания зубов.
79. Принципы диагностики нарушений сроков прорезывания зубов: Клинические, инструментальные методы диагностики.
80. Принципы лечения нарушений сроков прорезывания зубов.
81. Этиология и патогенез аномалий положения зубов: общая характеристика аномалий положения зубов.
82. Принципы диагностики аномалий положения зубов: Клинические, инструментальные методы диагностики.
83. Принципы лечения аномалий положения зубов.
84. Этиология и патогенез аномалий положения передних и боковых зубов в трансверзальном направлении: общая характеристика аномалий положения передних и боковых зубов в трансверзальном направлении.
85. Принципы диагностики аномалий положения передних и боковых зубов в трансверзальном направлении: Клинические, инструментальные методы диагностики.
86. Принципы лечения аномалий положения передних и боковых зубов в трансверзальном направлении.
87. Этиология и патогенез аномалий положения зубов в сагиттальном направлении: общая характеристика аномалий положения зубов в сагиттальном направлении.
88. Принципы диагностики аномалий положения зубов в сагиттальном направлении: Клинические, инструментальные методы диагностики.
89. Принципы лечения аномалий положения зубов в сагиттальном направлении.
90. Этиология и патогенез аномалий положения зубов в вертикальном направлении: общая характеристика аномалий положения зубов в вертикальном направлении.
91. Принципы диагностики аномалий положения зубов в вертикальном направлении: Клинические, инструментальные методы диагностики.

92. Принципы лечения аномалий положения зубов в вертикальном направлении.
93. Этиология и патогенез тортопозиции зубов: общая характеристика тортопозиции зубов.
94. Принципы диагностики тортопозиции зубов: Клинические, инструментальные методы диагностики.
95. Принципы лечения тортопозиции зубов.
96. Этиология и патогенез транспозиции зубов: общая характеристика транспозиции зубов.
97. Принципы диагностики транспозиции зубов: Клинические, инструментальные методы диагностики.
98. Принципы лечения транспозиции зубов.
99. Методы диагностики мезиального прикуса. Общая характеристика: показания к использованию.
100. Методы диагностики дистального прикуса. Общая характеристика: показания к использованию.
101. Методы диагностики открытого и глубокого прикуса. Общая характеристика: показания к использованию.
102. Методы диагностики перекрестного прикуса. Общая характеристика: показания к использованию.
103. Основные принципы, методы профилактики и лечение зубо-челюстных аномалий.
104. Профилактика болезней с наследственным предрасположением.
105. Лечение: основные принципы и подходы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ УМЕНИЯ И НАВЫКИ

Уметь:

- применять правила врачебной этики и нормы медицинской деонтологии при проведении оздоровительных, профилактических и лечебно-диагностических мероприятий;
- собрать информацию о состоянии здоровья консультирующегося (пациенте) и членах его семьи;
- организовать профилактику зубочелюстных аномалий;
- осуществить раннюю диагностику, дифференциальную диагностику зубочелюстных аномалий;
- определить объем и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценить их результаты;
- составить и обосновать план лечебных мероприятий, сформулировать показания и противопоказания к ортодонтическому вмешательству;
- определить объем ортодонтического лечения и влияние его на пародонт с учетом возраста, характера и тяжести основного заболевания и сопутствующей патологии;
- определить наиболее целесообразную методику ортодонтического вмешательства и выполнить ее в необходимом объеме;
- организовать при необходимости адекватное наблюдение больного после проведенного лечения;
- оценить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста;
- организовать диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности больных с ортодонтическими заболеваниями;
- оценить физическое и нервно-психическое развитие/состояние пациента.

Владеть:

- методами лечения всех ортодонтических заболеваний;

- методами профилактики всех ортодонтических заболеваний;
- методикой сбора анамнеза жизни пациента и анамнеза заболевания с определением факторов риска возникновения заболевания;
- методами оценки проведенного лечения;
- методикой оценки лабораторных и функциональных методов обследования пациента заболеваниями полости рта;
- ведением медицинской документации

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Актуальные вопросы онкологии
В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАИБОЛЬШИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СОСТАВЛЯЮТ

злокачественные новообразования
болезни органов кровообращения
травмы и отравления
болезни органов пищеварения
болезни органов дыхания

САМОЙ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ У МУЖЧИН
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

рак легкого
рак желудка
рак предстательной железы
рак прямой кишки

КУРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА

рака легкого, гортани, мочевого пузыря
рака легкого, яичников, мочевого пузыря
рака легкого, почки, щитовидной железы
рака легкого, желудка, толстой кишки
рака легкого, шейки матки, лимфосаркомы

К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ

больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественное образование
больные с предопухолевыми заболеваниями
лица, излеченные от злокачественных новообразований
правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА МЕТАСТАЗИРУЕТ

в легкие
в плоские кости
в паховые лимфоузлы
в кожу

ЧАЩЕ ВСЕГО ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА ПОРАЖАЕТ

длинные трубчатые кости
все плоские кости
кости черепа
кости таза

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ПРИ РАКЕ пищевода и анального канала прямой кишки
желудка и тонкой кишки
тонкой и ободочной кишки
желудка и ободочной кишки

ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ АНАТОМИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ:
сигмовидная кишка
восходящая ободочная кишка
поперечная ободочная кишка
нисходящая ободочная кишка
слепая кишка

К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ БОЛЬНЫЕ, СТРАДАЮЩИЕ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ С ПРИЗНАКАМИ ПРОЛИФЕРАЦИИ
Iб
Iа
II
III

ОСТЕОГЕННЫЕ САРКОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ:
до 25 лет
от 30 до 40 лет
от 40 до 50 лет
старше 50 лет

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода лечения
проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
динамическое наблюдение
назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ ЛИЦА У
75-85% больных
60-70% больных
50-55% больных
на коже лица встречается редко

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ, ЛИДИРУЮЩИМ ПО ЧАСТОТЕ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ
дисфагия
боль в грудной клетке при глотании
повышенное слюноотделение
рвота

НАИБОЛЕЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕНА К ОТДАЛЕННОМУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ МЕЛАНОМА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА

узловая
акролентигинозная
злокачественное лентиго
поверхностная

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

гематурия
пальпируемая опухоль
боль
слабость
ускоренная СОЭ

ПО МЕРЕ РОСТА РАКА ЛЕГКОГО СКОРОСТЬ НАРАСТАНИЯ СТЕПЕНИ
НАРУШЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА

при эндобронхиальном экзофитном раке
при перибронхиальном узловатом раке
при разветвленном раке
при пневмониеподобном раке
при раке верхушки легкого (Пэнкоста)

СИМПТОМЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
РАКА ЛОКАЛИЗОВАННОГО

в сигмовидной кишке
в восходящей кишке
в поперечной кишке
в слепой кишке

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ РФ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ ИМЕЕТ
ТЕНДЕНЦИЮ

к повышению
к снижению
к стабильности
к повышению в старшей возрастной группе
к снижению среди лиц молодого возраста

ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ

головка
тело
хвост
вся поджелудочная железа (тотальное поражение)

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ
ЛОКАЛИЗОВАНЫ В

печени
костях
легких
надпочечниках
селезенке

К ТРИАДЕ СИМПТОМОВ РАКА ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ

гематурия, боль, пальпируемая опухоль
гематурия, боль, ускоренная СОЭ

гематурия, потеря веса, слабость
гематурия, боль, слабость
гематурия, боль, повышенная температура тела

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОПУХОЛИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ

затрудненное и\или учащенное мочеиспускание
боль в промежности, крестце, пояснице
микроскопическая гематурия
нарушение акта дефекации

АДЕКВАТНЫМ ОБЪЕМОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

тотальная тиреоидэктомия
резекция доли
гемитиреоидэктомия
энуклеация узла

С КАКОЙ ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ ДОЛЖЕН ПРОХОДИТЬ КОНТРОЛЬНЫЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТ, ИЗЛЕЧЕННЫЙ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ

первый год - 1 раз в 3 мес, второй - третий год - 1 раз в 6 мес, в дальнейшем 1 раз в год
один раз в 6 мес. в течение 5 лет, затем – ежегодно
первый год - 1 раз в мес, второй год -1 раз в 3 мес, третий - пятый года -1 раз в 6 мес, в
дальнейшем 1 раз в год
ежегодно в течение 10 лет

НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ НЕ ВЛИЯЕТ

употребление большого количества жиров
ультрафиолетовое излучение
курение
микротравмы слизистой губы

КАКИЕ ИЗ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОПРОВОЖДАЮТСЯ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ

фолликулярный и папиллярный рак
медулярный и недифференцированный рак
папиллярный и медулярный рак
недифференцированный и фолликулярный рак

ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ВНУТРИПРОТОКОВОЙ ПАПИЛЛОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

кровянистые выделения из соска
симптом втяжения
наличие плотного участка с зернистой поверхностью
болезненность при пальпации ареолы

КАКОЙ СИМПТОМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ПИЩЕВОДА В ЛИМФОУЗЛЫ АОРТАЛЬНОГО ОКНА

осиплость голоса
кашель
боль в грудной клетке
икота
дисфагия

РАК ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В

печень
легкие
надключичные лимфатические узлы
кости

МЕТАСТАЗЫ В ПЕЧЕНЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ РАКЕ

желудочно-кишечного тракта
легкого
молочной железы
женских половых органов

Здоровый образ жизни

ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ЛАКУНАРНОГО ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЮТСЯ

артериальная гипертензия
мерцательная аритмия
сахарный диабет
искусственные клапаны сердца
все вышеперечисленное

ПОКАЗАТЕЛИ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

натошак > 7.0 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста ≥ 11.1 ммоль/л
натошак ≥ 6.1 и < 7.0 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста < 7.8 ммоль/л
натошак < 6.1 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста > 7.8 ммоль/л

ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ХС ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ

≤ 1.8 ммоль/л
 ≤ 2.5 ммоль/л
 ≤ 3.0 ммоль/л

РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОСЕЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ ХИБС СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПП ФК

не менее 2-х раз в год
не менее 3-х раз в год
не менее 4-х раз в год

БОЛЬНЫХ ИБС, ОТНЕСЕННЫХ К ГРУППЕ УМЕРЕННОГО РИСКА НАПРАВЛЯЮТ НА КАГ

без дальнейших неинвазивных исследований
по результатам дополнительных исследований
необходимость в рутинном направлении на каг отсутствует

К ОСНОВНЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ, УЛУЧШАЮЩИМ ПРОГНОЗ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОТНОСЯТСЯ (ОТМЕТИТЬ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ОТВЕТЫ):

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА
статины
бета-адреноблокаторы
нитраты
ингибиторы АПФ или блокаторы РААС

антагонисты кальция

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПОВЫШЕН ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У МУЖЧИН

180 см и более;

94 см и более;

102 см и более;

110 см и более;

ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ (ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ) ПОДЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ КОНТИНГЕНТЫ ГРАЖДАН

больные хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), являющимися основными причинами инвалидности и преждевременной смертности населения
пациенты имеющие высокий риск развития ССЗ

больные ХНИЗ и пациенты с высоким сердечно-сосудистым риском

нет правильного ответа

ЦЕЛЮЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ ДОКАЗАННЫЕ ХНИЗ ЯВЛЯЕТСЯ

ДОСТИЖЕНИЕ ЗАДАННЫХ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИКАЛЬНОГО, ЛАБОРАТОРНОГО И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

достижение целевых уровней факторов риска

замедление патологического процесса и развития обострений.

снижение числа госпитализаций и осложнений.

повышение качества и увеличение продолжительности жизни

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЮЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ЛИЦ, НЕ ИМЕЮЩИХ ДОКАЗАННЫХ ХНИЗ, НО ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК ИХ РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

достижение заданных параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования

достижение целевых уровней факторов риска

предупреждение развития патологического процесса и заболеваний.

повышение качества и увеличение продолжительности жизни

все вышеперечисленное

В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ НУЖДАЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

1 I группа

2 II группа

III группа

I и II группы

II и III группы

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ В МАСШТАБАХ РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

43,7%

2 23,1%

17,6%

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ II ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ В МАСШТАБАХ РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

43,7%
23,1 %
17,6%

ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ (ВЫБРАТЬ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)

уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным показаниям, по поводу обострений и осложнений заболевания
сокращение числа случаев инвалидности
уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
снижение числа вызовов СМП и госпитализаций по экстренным показаниям
все перечисленное

ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АКТИВНОСТИ ВРАЧЕЙ (ФЕЛЬДШЕРОВ) В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным показаниям, по поводу обострений и осложнений заболевания
сокращение числа случаев инвалидности
уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
полнота охвата диспансерным наблюдением больных
все перечисленное

РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОСЕЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ С АГ I-III СТЕПЕНИ С ПОРАЖЕНИЯМИ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ, НО БЕЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

не менее 1 раза в год
не менее 2-х раз в год
1 раз в 3 месяца
каждый месяц

КАКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АД ЯВЛЯЕТСЯ ПОРОГОВЫМ ПРИ САМОКОНТРОЛЕ

менее или равно 140/90 мм рт ст
менее или равно 135/85 мм рт ст
менее или равно 130/80 мм рт ст

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ИБС ПРИ СКРИНИНГЕ (МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ) ОТНОСЯТСЯ К

высоким технологиям
простейшим и нетрудозатратным
сложным инструментальным

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ПОКАЗАНО, ЧТО ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА первом году программы

третьем году программы
пятом году программы

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ЭТО

комплекс организационных и технологических мероприятий по управлению и осуществлению профилактической программы
систематизированное изложение основных целей, задач, направленных на профилактику заболеваний, травм, несчастных случаев, сохранение и укрепление здоровья
повседневная работа и деятельность системы здравоохранения, общественных организаций

ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДОЛЖНА РАВНЯТЬСЯ

основному обмену;
200ккал;
энерготратам;
расходам на движение;
верного ответа нет

С ВОЗРАСТОМ ЭНЕРГОГРАТЫ

увеличиваются;
не изменяются;
уменьшаются;
зависит только от профессии;
верного ответа нет

У ЖЕНЩИН ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДОЛЖНА БЫТЬ

как у мужчин;
меньше;
больше;
зависит только от профессии;
верного ответа нет

ЖИРЫ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ПО ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ ДОЛЖНЫ СОСТАВЛЯТЬ ОТ КАЛОРИЙНОСТИ СУТОЧНОГО РАЦИОНА

7%;
10%;
30%;
40%;
верного ответа нет

ПРОСТЫЕ УГЛЕВОДЫ СОСТАВЛЯТЬ ДОЛЖНЫ ОТ КАЛОРИЙНОСТИ СУТОЧНОГО РАЦИОНА

12%;
7%;
0%;
30%;
верного ответа нет

ПРИЕМ ПИЩИ ЗА СУТКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ

2-3 раза;
3-4 раза;
по желанию;

ИЗБЫТОК ЖИРА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

желчекаменной болезни;
атеросклерозу;
раку кишечника;
раку молочной железы;
все вышеперечисленное.

ИЗБЫТОК ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОСТЫХ УГЛЕВОДОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

ожирение;
язвенную болезнь;
рак груди;
цирроз печени;
колит.

ИЗБЫТОК ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ОПАСЕН ДЛЯ РАЗВИТИЯ

гастрита;
колита;
артериальной гипертонии;
артроза суставов
верного ответа нет

В ПИТАНИИ ЖИТЕЛЕЙ РОССИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

избыток белка;
нерациональное соотношение жиров;
недостаток витаминов;
недостаток углеводов;
избыток жира и недостаток витаминов

ПОВАРЕННУЮ СОЛЬ ЛУЧШЕ ОГРАНИЧИТЬ

убрав солонку со стола;
недосаливая при кулинарной обработке
избегая солений;
верно а,б,в;
верного ответа нет

ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НЕОБХОДИМО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ОГРАНИЧИТЬ

белки;
соль;
растительное масло;
фрукты;

ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИПЕМИИ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОГРАНИЧИТЬ

жиры;
соль;
растительное масло;
фрукты, овощи;

ПРИ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧИТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО белки;

жиры;
сахара;
алкоголь;
сахара и алкоголь.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ НЕОБХОДИМЫ В ОСНОВНОМ ДЛЯ
лечения больных в стационаре;
профилактике наркомании;
помощи при отказе от курения;
достижения сбалансированности рациона;
профилактика ХНИЗ

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ РАВЕН
5- 9;
10 - 14;
15- 19;
20 - 25;
верного ответа нет

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЫСОК ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ
У МУЖЧИН
80 и более;
94 и более;
102 и более;
110 и более;
верного ответа нет

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЫСОК ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ
У ЖЕНЩИН
88 и более;
94 и более;
102 и более;
ПО и более;

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ АЛИМЕНТАРНОЙ ФОРМЫ (ПЕРВИЧНОГО) ОЖИРЕНИЯ
низкая физическая активность;
переедание;
гормональная недостаточность;

АБДОМИНАЛЬНЫЙ (МУЖСКОЙ) ТИП ОЖИРЕНИЯ ДЕЙСТВУЕТ В ОСНОВНОМ НА
сердце;
артерии;
вены;
А и Б;
суставы;

ЖЕНСКИЙ ТИП ОЖИРЕНИЯ (ТИП «ГРУШИ») ДЕЙСТВУЕТ В ОСНОВНОМ НА
печень;
легкие;
опорно-двигательный аппарат;
почки;
верного ответа нет

ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

лекарственная терапия;
диета;
пищевые добавки;
хирургическое лечение;

СТЕПЕНЬ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ РЕДУКЦИИ ДИЕТЫ ПРИ ОЖИРЕНИИ ВОЗМОЖНА ДО

500 ккал.
800 ккал.
1000 ккал.
1200ккал.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ ПОКАЗАНА ПРИ
высоких степенях ожирения;
сопутствующей патологии;
булимии;

ПРИ ОЖИРЕНИИ НУЖНО ОГРАНИЧИВАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

белки;
витамины;
минералы;
углеводы;

ПОВЫШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА ПРЕДПОЛАГАЕТ

занятия йогой;
аэробные нагрузки на досуге;
марафон;
силовые нагрузки;
верного ответа нет

1Г ЖИРА СОДЕРЖИТ, КИЛОКАЛОРИЙ

1;
4;
7;
9;

1Г УГЛЕВОДОВ СОДЕРЖИТ, КАЛОРИЙ

1;
4;
7;
9;

1Г БЕЛКА СОДЕРЖИТ, КАЛОРИЙ

1;
7;
4;
9;

верного ответа нет

1Г «ЧИСТОГО» АЛКОГОЛЯ СОДЕРЖИТ КАЛОРИЙ

- 1;
- 4;
- 7;
- 9;

верного ответа нет

АЛКОГОЛЬ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА «ЧИСТЫЙ СПИРТ» ВРЕДЕН ДЛЯ ЖЕНЩИН В КОЛИЧЕСТВЕ ЗА СУТКИ БОЛЕЕ

- 5г;
- 50 г;
- 30 г;
- 60 г;

АЛКОГОЛЬ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА «ЧИСТЫЙ СПИРТ» ВРЕДЕН ДЛЯ МУЖЧИН В КОЛИЧЕСТВЕ ЗА СУТКИ БОЛЕЕ

- 5г;
- 50 г;
- 50 г;
- 60 г;

верного ответа нет

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ (СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ, ВОЗ) – ЭТО

процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем, а также процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над факторами, определяющими здоровье и улучшить тем самым здоровье
процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем.
процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над факторами, определяющими здоровье и улучшить тем самым здоровье.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
б) убежденность лиц, принимающих решения, межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
ориентация на граждан, участие местного сообщества.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРВИЧНАЯ – ЭТО

комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний
комплекс немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний
комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНАЯ – ЭТО

комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

РИСК КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ НЕЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

сердечно-сосудистых
травм и несчастных случаев
болезней нервной системы
новообразований
болезней органов пищеварения

ЦЕЛЬ КОНЦЕПЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

стабилизация показателей здоровья населения РФ.
снижении показателей смертности общей
снижение показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний
снижение показателей смертности от внешних причин

КОНТИНГЕНТЫ, НА КОТОРЫЕ НАПРАВЛЕНА КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ ЗДОРОВЫХ

детей всех возрастных групп.
молодежь.
пожилых людей
все вышеперечисленное.

КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОФИЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ НЕОБХОДИМЫМИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ БРЕМЕНИ БОЛЕЗНИ В ПОПУЛЯЦИИ

смертность, инвалидность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
летальность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, инвалидность, летальность, временная нетрудоспособность

СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НАПРАВЛЕНЫ НА

выявление заболеваний на ранних стадиях.
выявление заболеваний и факторов риска
выявление факторов риска и факторов здоровья

ПО ПРОГНОЗАМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ К 2020 ГОДУ ОСНОВНОЙ УРОН (ЧИСЛО ПОТЕРЯННЫХ ЛЕТ ТРУДОСПОСОБНОСТИ) ВСЛЕДСТВИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВИТ

50%
80%
60%

ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ К ОСНОВНЫМ НИЗ ОТНОСЯТ

болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства
болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, травмы, психические заболевания и расстройства
болезни системы кровообращения, рак, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства.

СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НИЗ В ЗАПАДНЫХ СТРАНАХ СВЯЗЫВАЮТ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, СО СЛЕДУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ

снижением распространенности поведенческих ФР среди населения
снижением частоты возникновения новых случаев НИЗ
снижением смертности от БСК
все ответы верны

УПРАВЛЯЕМЫЕ ОСНОВНЫМИ ФАКТОРЫ РИСКА, ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА РОСТ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ

курение, потребление алкоголя, нездоровое питание
только курение
курение и повышенное артериальное давление
курение, повышенное артериальное давление, потребление алкоголя, нездоровое питание

КАКОЙ ПРИНЦИП (СТРАТЕГИЯ) ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПО ОЦЕНКАМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ, СЧИТАЕТСЯ ОСНОВНЫМ

популяционная стратегия
стратегия высокого риска
сочетание стратегий популяционной и высокого риска

РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ ПРИ ВЫБОРЕ СТРАТЕГИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО

уровнями отдельных факторов риска
возрастом
географическими условиями и характеристиками окружающей среды
суммарным риском
наличием необходимого оборудования

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ДОЛЖНЫ ВКЛЮЧАТЬ

разработку законодательства;
просвещение населения
поддержку активности населения;
доступ к информации и содействие ее распространению;
наличие и доступность профилактической помощи;
межсекторальное взаимодействие.
все вышеперечисленное

КАКИЕ ПРИНЦИПЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, НА ПРИМЕРЕ МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, СЧИТАЮТСЯ ВАЖНЕЙШИМИ И ДОЛЖНЫ УЧИТЫВАТЬСЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

поддержки, осознание пользы от занятий.
уверенность индивидуума в наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.

уверенность индивидуума в возможностях заниматься физической активностью, в получение удовольствия от занятий, наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.

уверенность индивидуума в пользе от занятий.

КАКИЕ ФАКТОРЫ, НАРЯДУ С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА, ОКАЗАЛИ СУЩЕСТВЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НА РОСТ СМЕРТНОСТИ ОТ БСК В РОССИИ
психосоциальные факторы, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения,
психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения
экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

СРЕДИ ПРИЧИН ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТ БСК ТЕМПЫ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РОССИИ ВЫШЕ ОТ

ишемической болезни сердца, чем от цереброваскулярной болезни
цереброваскулярной болезни, чем от ишемической болезни сердца

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ

20%

50%

40%

55%

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ИБС ПРИ СКРИНИНГЕ (МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ) ОТНОСЯТСЯ К

высоким технологиям

простейшим и нетрудозатратным

сложным инструментальным

К НАУЧНО ДОКАЗАННЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕРАМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ПРОФИЛАКТИКИ) АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТСЯ

диетическая коррекция избыточной массы тела, дислипотеидемии, водно-солевого обмена.

оптимизация двигательной активности: быстрая ходьба и/или бег, плавание; включение физической активности в часы досуга и повседневную деятельность.

отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем).

нормализация режима дня, рациональное распределение свободного времени.

рациональная психотерапия, самосовершенствование, аутотренинг, развитие устойчивости к стрессовым ситуациям.

все вышеперечисленное

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ПОКАЗАНО, ЧТО ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА первом году

на третьем году

через 5 лет;

ДОЛЯ СМЕРТЕЙ СРЕДИ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ,
СВЯЗАННАЯ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА

до 10%

20-30%

30-40%

40-50%

ДОЛЯ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ,
СВЯЗАННАЯ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА

до 10%

20-30%

30-40%

40-50%

В КАКИХ СТРАНАХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЧАСТОТА КУРЕНИЯ МУЖЧИН
МЕНЕЕ 30%

Западная Европа

Восточная Европа

Финляндия

Канада

ОСНОВНЫЕ МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КУРЕНИЯ ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ
ВКЛЮЧАЮТ

предотвращать курение с детского и юношеского возраста

оказывать помощь лицам, желающим бросить курить

информационную работу медиков, СМИ

законодательное регулирование

все вышеперечисленное

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОГРАНИЧЕНИИ КУРЕНИЯ ТАБАКА НЕ
ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

регулирование производства табачных изделий, оптовой и розничной продажи
рекламирование табака

запрет на курения (на рабочих местах, в транспорте, учреждениях здравоохранения,
образования, культуры, спорта, власти)

пропаганду знаний о вреде курения.

запрет на показ курения в фильмах, кроме новых.

ВО ВРЕМЯ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ КАМПАНИИ В РОССИИ НАБЛЮДАЛОСЬ
снижение смертности от внешних причин

увеличение продолжительности жизни

снижение смертности от внешних причин и увеличение продолжительности жизни

В КАКОМ ГОДУ В РОССИИ ПРИНЯТА КОНЦЕПЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
ПОЛИТИКИ ПО КОНТРОЛЮ ЗА НАРКОТИКАМИ

в 2000

в 1999

в 1993

в 2005

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ НАПРАВЛЕНА НА

достижение поставленных целей программы
соблюдение запланированных сроков и использование запланированных ресурсов
достижение поставленной цели и использование запланированных ресурсов
достижение цели в запланированные сроки
достижение поставленной цели, соблюдение сроков и использования запланированных ресурсов.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

партнерство и участие СМИ

участие системы образования

управление программой, оценку процесса реализации, оценку эффективности реализации

партнерство, участие СМИ, системы образования, управление программой, оценку

процесса реализации и эффективности, профилактические технологии, обучение

специалистов, населения и пациентов, создание условий для реализации

профилактические технологии и обучение специалистов, населения и пациентов, и

создание условий для реализации

ОБЯЗАТЕЛЬНО ВХОДИТ В ДИРЕКЦИЮ ПРОГРАММЫ НА ЭТАПЕ ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ

административное руководство региона (территории)

административное руководство региона (территории) и представители общественности

административное руководство региона (территории) и представители всех партнеров по реализации программы

представители общественности и финансовых организаций, участвующих в финансировании программы.

представители всех партнеров по реализации программы и представители общественности

РОЛЬ СМИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

содействие формированию позитивного отношения к здоровью, и моды на здоровый образ жизни

повышение ответственности каждого человека за сохранение своего здоровья, а следовательно и здоровья общества

вовлечение различных секторов общества, администрации в реализацию мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

формирование партнерских отношений для продвижения профилактических программ на различных уровнях

все вышеперечисленное.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ СОТРУДНИЧЕСТВА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

обязательная программа гигиенического воспитания в школах, лекции по здоровому образу жизни и здоровому поведению в школах

обследование состояния здоровья и здорового поведения школьников и осуществление профилактических вмешательств (вакцинация) через школьные медицинские кабинеты

программа по укреплению здоровья в школах

совместная подготовка предложений к мероприятиям областных и городских программ по охране здоровья

все вышеперечисленное

ФАКТОРЫ, ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, НАИБОЛЕЕ СПОСОБСТВУЮЩИЕ УСПЕШНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

уровень информированности пациента о факторах риска

уровень подготовки медицинского работника по основам профилактического консультирования
уровень профессиональной подготовки медицинского работника и наличие личного опыта
желание пациента изменить свое поведение
знание медицинскими работниками психологии изменения поведенческих привычек и умение их применить при профилактическом консультировании

В ОСНОВЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВОСТЕПЕННЫМ

раннее выявление заболевания и факторов риска
консультирование по профилактике и коррекции факторов риска
медикаментозное лечение и коррекция факторов риска
межсекторальное сотрудничество и создание условий для реализации профилактических мер
все вышеперечисленное

МОНИТОРИРУЮТСЯ И ОЦЕНИВАЮТСЯ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ

структурные измерения
организационные изменения
показатели здоровья и уровни факторов риска
данные социологических опросов об уровне знаний и умений медицинских работников, знаний населения, пациентов.
все перечисленное

ОСНОВНЫМ В ОЦЕНКЕ КРАТКОСРОЧНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

показатели здоровья населения (пациентов)
уровень знаний и умений медицинских работников
уровень знаний населения (пациентов) и отношение к здоровью
построение партнерства
рациональное расходование ресурсов

ОСНОВНЫМ В ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

показатели здоровья населения (пациентов)
уровень знаний и умений медицинских работников
уровень знаний населения (пациентов) и отношение к здоровью
построение партнерства
рациональное расходование ресурсов

ИСТОЧНИКИ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

данные медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения
все перечисленное

**ИСТОЧНИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ
ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ КРАТКОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ программ**

данные официальной медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения

**ИСТОЧНИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ
ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ СРЕДНЕСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ**

данные официальной медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения

**ПОКАЗАТЕЛИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (В ПОЛИКЛИНИКАХ)**

распространенность факторов риска
удельный вес профилактических посещений (в % от общего числа)
полнота охвата профилактическими осмотрами (в %)
показатели, характеризующие качество диспансерного наблюдения
смертность и заболеваемость

ПОКАЗАТЕЛИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

контингент и объем диспансеризации.
потребность в диспансерном наблюдении в лечебно-профилактической помощи и
активность в ее реализации
оценку эффективности диспансеризации
здоровье прикрепленного населения
информированность и отношение населения (пациентов) к медицинским назначениям

**УКАЖИТЕ РЕКОМЕНДУЕМОЕ ВОЗ ПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ И ОВОЩЕЙ В СУТКИ
(БЕЗ УЧЕТА КАРТОФЕЛЯ)**

200 г
300 г
500 г
800 г

**ВЫСОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ
ОБЪЯСНЯЕТСЯ**

наличием сбалансированного регулярного питания;
недостатком в рационе питания белка;
избытком насыщенных жиров и легкоусвояемых углеводов в рационе питания;
недостатком в рационе питания клетчатки;
недостатком витаминов группы В и Д.

Избранные вопросы скрининга онкологических заболеваний
МЕТОДОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО
НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгеноскопия
биопсия опухоли*
УЗИ
компьютерное обследование
термография

В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА И ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ
НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ
СЧИТАЕТСЯ

эндоскопия желудка с биопсией
рентгенологический метод (Rg-скопия, Rg-графия)
исследование кала на скрытую кровь
исследование желудочного сока с гистамином

НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА (СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ) МОГУТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНЫ
при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с
регионарным лимфатическим аппаратом
при рентгенологическом исследовании
при использовании эндоскопических методов
при клиническом осмотре больного

ВНУТРИПРОТОВЫЕ ПАПИЛЛОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ ПРИ

дуктографии
бесконтрастной маммографии
крупнокадровой флюорографии
не могут быть выявлены рентгенологически

РАДИОАКТИВНЫЙ ЙОД ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ОПУХОЛЕЙ

щитовидной железы
желудка
поджелудочной железы
почки
предстательной железы

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
крупный литический очаг в эпифизе кости, иногда с остатками ячеистой структуры
нарушение кортикального слоя
экстраоссальный компонент, не содержащий дополнительных включений
периостальная реакция в виде "козырька"

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ РЭА (РАКОВО-ЭМБРИОНАЛЬНОГО АНТИГЕНА) МОЖЕТ
БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНО

для динамического наблюдения после лечения (в качестве мониторинга)
для уточнения степени распространенности опухоли (стадирования)
для установления диагноза рака

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода лечения

проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения

динамическое наблюдение

назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ И КОРНЕЙ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгеновская компьютерная томография

рентгенография + линейная томография

рентгеноскопия

сканирование органов грудной клетки с цитратом галлия (^{67}Ga)

магнитно-резонансная томография

ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО

пневмоторакс

гемоторакс

кровохаркание

имплантационное метастазирование

ДЛЯ ОЦЕНКИ МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ НЕОРГАННЫХ ОПУХОЛЯХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО

компьютерная томография

ангиографическое исследование

экскреторная урография

рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта

ультразвуковое исследование

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

цистоскопия

бимануальное ректальное исследование при опорожненном мочевом пузыре

общий клинический анализ мочи

радионуклидная цистография

ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К БЫСТРОМУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ

меланоме

раке нижней губы

раке молочной железы

остеогенной саркоме

МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В РОССИИ ДЛЯ СКРИНИНГА НА РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

гемокульт-тест

ирригография

рентгеноскопия желудка и кишечника

колоноскопия

ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА
маммография*

УЗИ молочных желез

пункционная Биопсия

секторальная резекция

самообследование

В ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА КЛЕТОК
не нарушена*

нарушена умеренно

нарушена выраженно

возможны все варианты

СОЧЕТАНИЕ «N0» ОБОЗНАЧАЕТ

недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов

нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов*

одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ
ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ

легких

органов брюшной полости

молочной железы*

щитовидной железы*

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, инфекционная безопасность
МЕХАНИЗМ (ПУТЬ) ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

контактно-бытовой

аэрогенный

вертикальный

пищевой

трансмиссивный

ВИЧ ПОРАЖАЕТ

эритроциты

лимфоциты

тромбоциты

гепатоциты

макрофаги

ДИАГНОЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ СТАВИТСЯ ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ

полового контакта

наличие у больного СПИД-маркерного заболевания

увеличения лимфатических узлов более 3-х мес.

обнаружения антител к ВИЧ в сыворотке методом ИБ

наличия у больного иммунодефицита, снижение количества Т4 (хелперов)

ПРИ ЗАГРЯЗНЕНИИ КРОВЬЮ КОЖУ РУКИ ОБРАБАТЫВАЮТ

960 спиртом

700 спиртом

дважды моют с мылом
3% раствором хлорамина

ПРЕДМЕТЫ ОБИХОДА В ОКРУЖЕНИИ БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ДЕЗИНФИЦИРУЮТ

6% раствором перекиси водорода
960 спиртом
5% хлорными растворами
3% хлорными растворами

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ АНАЛИЗА НА ВИЧ ОЗНАЧАЕТ, ЧТО
пациент болен СПИДом
в организме есть антитела к ВИЧ
человек заразен на протяжении всей его жизни
у больного терминальный период

7. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВИЧ ИНФЕКЦИИ

2-3 недели
3-4 месяца
5-6 месяцев
от 2 недель до 6 месяцев
от 3 недель до 1 года и более

ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ НАИБОЛЕЕ ЗАРАЗЕН В

стадии инкубации
серонегативный период
стадии ПСИДа
бессимптомный период

ПОКАЗАТЕЛЬ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ (БОЛЕЗНЕННОСТИ) ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ – ЭТО

число больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года, в пересчете на 100 000
жителей так же на конец года
число больных активным туберкулезом на конец года
удельный вес больных туберкулезом среди всех больных на данной территории
число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей.

САМЫМ ОПАСНЫМ ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным
поведением
скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми
бактериовыделитель с факультативным выделением МБТ и при контакте только со
взрослыми

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ УСТАНАВЛИВАЕТ

правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения
распространения туберкулеза в Российской Федерации
общие рекомендации по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации
все перечисленное

Клиническая фармакология

ШИРОТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ - ЭТО

хирургическая доза лекарства;

отношение концентрации лекарства в органе или ткани к концентрации его в плазме крови;

диапазон между минимальной терапевтической и минимальной токсической концентрациями лекарства в плазме; (+)

процент не связанного с белком лекарства;

диапазон между минимальной и максимальной терапевтическими концентрациями лекарства.

ФАРМАКОКИНЕТИКА - ЭТО

изучение абсорбции, распределения, метаболизма и выведения лекарств (+)

изучение биологических и терапевтических эффектов лекарств

изучение токсичности и побочных эффектов

методология клинического испытания лекарств

изучение взаимодействий лекарственных средств

ВИДЫ АБСОРБЦИИ В ЖКТ

фильтрация

диффузия

активный транспорт

пиноцитоз

все виды (+)

РЕЗУЛЬТАТОМ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СВЯЗЫВАНИЯ ПРЕПАРАТА С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

уменьшение $T_{1/2}$

повышение концентрации свободной фракции препарата

снижение концентрации свободной фракции препарата (+)

лучшая эффективность препарата

ПРЕПАРАТЫ, БОЛЬШЕ ПОДВЕРГАЮЩИЕСЯ МЕТАБОЛИЗМУ В ПЕЧЕНИ

липофильные (+)

гидрофильные

липофобные

имеющие кислую реакцию

имеющие щелочную реакцию

ФАРМАКОДИНАМИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ИЗУЧЕНИЕ

эффектов лекарственных средств и механизмов их действия (+)

абсорбции и распределения лекарств

метаболизма лекарств

выведения лекарств

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КИШЕЧНУЮ АБСОРБЦИЮ

pH желудочного сока

васкуляризация

моторика

состояние микрофлоры кишечника

все перечисленные (+)

ПРЕПАРАТЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ОДНОНАПРАВЛЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ, НАЗЫВАЮТСЯ

агонистами
синергистами (+)
антагонистами
миметиками
литиками

ЕСЛИ ПЕРВИЧНУЮ МОЧУ СДЕЛАТЬ БОЛЕЕ ЩЕЛОЧНОЙ, ТО

экскреция слабых кислот уменьшится
экскреция слабых кислот увеличится (+)
экскреция слабых оснований увеличится
увеличится экскреция и слабых кислот, и слабых оснований
экскреция не изменится

ПРЕПАРАТЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ИНДУКЦИИ ФЕРМЕНТОВ В ПЕЧЕНИ

фенобарбитал (+)
циметидин
амиодарон
эритромицин
ципрофлоксацин

факторы, влияющие на период полувыведения

почечный и печёночный клиренс (+)

биодоступность

скорость распределения

связь с белком

экскреция почками

ФАКТОРЫ ФАРМАКОКИНЕТИКИ, ИЗМЕНЯЮЩИЕСЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

всасывание

объём распределения

почечная экскреция

метаболизм

всё перечисленное (+)

ВЕЛИЧИНА БИОДОСТУПНОСТИ ВАЖНА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

пути введения лекарственных средств (+)

кратности приема

скорости выведения

эффективности препарата

продолжительности лечения

БИОДОСТУПНОСТЬ - ЭТО

процент вещества, выделенного из организма

процент вещества, достигшего системного кровотока (+)

эффективная доза препарата, оказывающая терапевтический эффект

процент препарата, связанного с белком

ничего из перечисленного

ЛЕКАРСТВА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СВЯЗЫВАЮТСЯ В ПЛАЗМЕ С

альбуминами (+)

глобулинами
фибриногеном
мукопротеинами
трансферрином

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС - ЭТО

разница между минимальной терапевтической и минимальной токсической дозами (+)
между максимальной терапевтической и максимальной токсической
между минимальной терапевтической и максимальной токсической
между максимальной терапевтической и минимальной токсической

ЗАВИСИТ БИОДОСТУПНОСТЬ ОТ

всасывания и связи с белком
всасывания и пресистемного метаболизма (+)
экскреции почками и биотрансформации в печени
объёма распределения

ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ($T_{1/2}$) ЭТО

время выведения препарата из организма
время снижения концентрации препарата в плазме на 50% (+)
снижение скорости выведения на 50%
время достижения терапевтической концентрации

НА ПОЧЕЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ ВЛИЯЮТ

уровень клубочковой фильтрации
уровень канальцевой реабсорбции
уровень канальцевой секреции
всё вышеперечисленное (+)
ничего из перечисленного

РЕЗУЛЬТАТОМ БИОТРАНСФОРМАЦИИ ЛЕКАРСТВ В ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

образование активных метаболитов
образование неактивных метаболитов
образование токсических продуктов
всё вышеперечисленное (+)
ничего из перечисленного

БИОТРАНСФОРМАЦИЯ ПРЕПАРАТА ПРИВОДИТ К

меньшей степени ионизации
меньшей жирорастворимости (+)
снижению связывания с белком
большей степени ионизации

ПАРАМЕТР «КАЖУЩИЙСЯ ОБЪЕМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ» ХАРАКТЕРИЗУЕТ

скорость всасывания препарата
скорость выведения препарата
скорость распада препарата
эффективность препарата
способность препарата проникать в органы и ткани (+)

БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА В ПЛАЗМЕ ПРИ
СУБЛИНГВАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ, ЧЕМ ПЕРОРАЛЬНОМ ПОТОМУ, ЧТО

лекарство не подвергается пресистемному метаболизму (+)
лекарство не связывается с белками плазмы
лекарства не связываются с тканями
увеличивается гидрофильность препарата
увеличивается липофильность препарата

ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ НЕЗАВИСИМО ОТ ДОЗЫ ИЛИ
ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ, НАЗЫВАЮТСЯ
токсические
аллергические (+)
фармакодинамические
фармакокинетические
псевдоаллергические

ВЫСОКИЙ ОБЪЁМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
о высоких концентрациях свободного препарата в плазме
о высоких концентрациях препарата в тканях (+)
о высоких концентрациях связанного препарата в плазме
о низких концентрациях препарата в тканях
о хорошей эффективности препарата

ЭФФЕКТ ДВУХ ЛЕКАРСТВ ПРЕВЫШАЕТ СУММУ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭФФЕКТОВ,
ЭТО
антагонизм
суммарный эффект
аддитивный эффект
потенцирование (+)
сенситизация

В ПОНЯТИЕ ЭЛИМИНАЦИИ ПРЕПАРАТА ВХОДИТ
всасывание
распределение
экскреция (+)
связь с белком
пресистемный метаболизм

СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВ, ПРИ КОТОРОМ БИОДОСТУПНОСТЬ
МАКСИМАЛЬНА
пероральном
сублингвальном
внутримышечном
внутривенном (+)
ректальном

В ПОНЯТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВХОДИТ
вытеснение препарата из связи с белком
ингибирование метаболизма в печени
инактивация препаратов в инфузионном растворе (+)
торможение всасывания лекарств
взаимодействие на уровне экскреции в почках

ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СНИЖАЕТСЯ СВЯЗЫВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ

ишемическая болезнь сердца
острые инфекции
цирроз печени (+)
бронхиальная астма
пневмония

ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПОЧЕЧНЫЙ КЛИРЕНС ПРЕПАРАТОВ

пол
вес
почечный кровоток (+)
гипертензия
заболевания печени

ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К УСКОРЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

курение (+)
пожилой возраст
хроническое употребление алкоголя
прием эритромицина
лихорадка

СИНДРОМ «РИКОШЕТА» - ЭТО

снижение эффекта препарата при его отмене
увеличения эффекта препарата при его отмене
ответная реакция организма при отмене препарата
развитие обратного эффекта при продолжении использования препарата (+)

ФАКТОР, ПРИВОДЯЩИЙ К ЗАМЕДЛЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВ

курение
пожилой возраст (+)
однократное употребление алкоголя
прием барбитуратов
прием рифампицина

АУТОИНДУКЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

пенициллина
нитроглицерина (+)
пропранолола
преднизолона
гентамицина

СИНДРОМ ОТМЕНЫ ЭТО

положительное действие лекарственного средства
снижение эффекта препарата при его отмене
ответная реакция организма на отмену препарата (+)
усиление эффекта препарата при его отмене

ФАКТОРЫ, УМЕНЬШАЮЩИЕ ВСАСЫВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ В ЖКТ

запор
приём антацидов (+)

приём холинолитиков
хорошее кровоснабжение стенки кишечника

ИНГИБИТОРОМ ПЕЧЁНОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

циметиди (+)
нитраты
рифампицин
фенобарбитал
никотин

АУТОИНДУКЦИЯ ВЫЗЫВАЕТ

повышение эффективности препарата при повторном применении
инактивация препарата другим лекарственным средством
увеличение активности препарата при первом введении
снижение эффективности препарата при повторном применении (+)

РАВНОВЕСНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ЭТО

состояние, когда количество абсорбированного препарата равно количеству выводимого
(+)
максимальная концентрация после введения препарата
концентрация перед очередным введением препарата
средняя концентрация после введения препарата
правильных ответов нет

ВСАСЫВАНИЕ БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ ЛЕКАРСТВ ПРОИСХОДИТ

в ротовой полости
в пищеводе
в желудке
в тонком кишечнике (+)
в толстом кишечнике

ПРЕПАРАТЫ С ВЫСОКОЙ ЛИПОФИЛЬНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

выводятся почками в неизменном виде (+)
хорошо всасываются в ЖКТ
метаболизируются в печени
хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ

дигоксина
гентамицина
теофиллина (+)
преднизолона
ванкомицина

В ЩЕЛОЧНОЙ МОЧЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ВЫВЕДЕНИЕ

морфина
новокаинамида
барбитуратов (+)
хинина
варфарина

КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВЫЗЫВАЕТ ОЩЕЛАЧИВАНИЕ МОЧИ

аскорбиновая кислота
аспирин
тиазидные диуретики
бикарбонат натрия (+)
эуфиллин

УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМЫ АБСОРБЦИИ ПРЕПАРАТА

пиноцитоз
пассивная диффузия
активный транспорт
филтрация
все перечисленное (+)

УКАЖИТЕ, ГДЕ В ОСНОВНОМ ПРОИСХОДИТ ВСАСЫВАНИЕ ЛЕКАРСТВ

в ротовой полости
в пищеводе
в желудке
в тонком кишечнике (+)
в прямой кишке

ВСАСЫВАНИЕ КАКИХ ПРЕПАРАТОВ СНИЖАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ ПИЩИ

ампициллина (+)
рамприла
омепразола
ципрофлоксацина
метопролола

СЕЛЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА ЗАВИСИТ ОТ

периода полувыведения
способа приема
связи с белком
объема распределения
дозы (+)

ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ЛЕКАРСТВ, КРОМЕ

нарушения почечной экскреции
увеличения концентрации препаратов в плазме
уменьшения связывания с белками плазмы
увеличения $T_{1/2}$
уменьшения биодоступности (+)

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРИЕМ АЛКОГОЛЯ ПРИВОДИТ К

увеличению абсорбции лекарств
увеличению объема распределения лекарств
замедлению метаболизма в печени (+)
снижению почечной экскреции
снижению $T_{1/2}$

НИКОТИН ПРИВОДИТ К

уменьшению абсорбции лекарств

увеличению объема распределения лекарств
увеличению связи с белками плазмы
ускорению метаболизма в печени (+)
ускорению почечной экскреции

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

гиперкалиемиия
гинекомастия
синдром Рейно
подагра (+)
гипогликемия

АНТИБИОТИК, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ДИАРЕЮ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ
ПРОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ

эритромицин (+)
амоксциллин
цефтриаксон
гентамицин
ванкомицин

НАИБОЛЕЕ ТОКСИЧНЫМ ИЗ АНТИБИОТИКОВ АМИНОГЛИКОЗИДНОЙ ГРУППЫ
ЯВЛЯЕТСЯ

амикацин
тобрамицин
гентамицин
неомицин (+)
стрептомицин

РАЗВИТИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАКОГО ВИТАМИНА МОЖНО ОЖИДАТЬ ПРИ
ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

A
B1
B2
C
фолиевой кислоты (+)

НАЗНАЧЕНИЕ КАКОГО ВИТАМИНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К
ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ У РЕБЕНКА

A (+)
B1
B2
C
PP

ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ НЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПОДАГРЕ ИЗ-ЗА
СПОСОБНОСТИ ВЫЗЫВАТЬ ГИПЕРУРИКЕМИЮ

нитроглицерин
эритромицин
пропранолол
гипотиазид (+)
каптоприл

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ РАННИЙ СИМПТОМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ

рвота
гинекомастия
потеря аппетита (+)
гиперкалиемия
тахикардия

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИДЕПРЕССАНТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИХ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

сердцебиение
сухость во рту
нарушение аккомодации
задержка мочеиспускания
все перечисленное (+)

Диуретик, вызывающий развитие гирсутизма и гинекомастии

гипотиазид
спиронолактон (+)
фуросемид
диакарб
индапамид

СОЧЕТАНИЕ ГИПОТОНИИ И БРАДИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

клофелина (+)
нифедипина
каптоприла
празозина
нитроглицерина

Медицина чрезвычайных ситуаций

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЗАЩИТЕ И ПО ЗАЩИТЕ НАСЕЛЕНИЯ, МАТЕРИАЛЬНЫХ И КУЛЬТУРНЫХ ЦЕННОСТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ РФ ОТ ОПАСНОСТЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ВЕДЕНИИ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭТИХ ДЕЙСТВИЙ ЭТО

мобилизация;
мобилизационная подготовка;
территориальная оборона;
гражданская оборона;

ВВЕДЕНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ НА ТЕРРИТОРИИ РФ НАЧИНАЕТСЯ

с момента объявления состояния войны;
с момента фактического начала военных действий;
с введением на территории РФ военного положения;
все перечисленное выше;

ОБЩЕЕ РУКОВОДСТВО ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНОЙ В ОБЛАСТИ ИЛИ КРАЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

Центр по делам ГО и ЧС;
Комиссия по ГО и ЧС;
Специально уполномоченное лицо;

Законодательное собрание области;
Губернатор.

ВОЗРАСТ ГРАЖДАН, РФ МУЖСКОГО ПОЛА, КОТОРЫХ МОГУТ ЗАЧИСЛЯТЬ В НЕВОЕНИЗИРОВАННЫЕ ФОРМИРОВАНИЯ И СЛУЖБЫ ГО СОСТАВЛЯЕТ

18-27 лет;
20 - 45 лет;
16 - 60 лет
18-60 лет;
18-45 лет.

ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ И ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАЧ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ ПОВЫШАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕНИЯ

повседневных мероприятий;
первоочередных мероприятий первой группы;
первоочередных мероприятий второй группы;
мероприятий общей готовности;
все перечисленное выше.

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРЕВОДУ ЭКОНОМИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЭКОНОМИКИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЭКОНОМИКИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ПЕРЕВОДУ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ, ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЙ НА РАБОТУ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ, ПЕРЕВОДУ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ДРУГИХ ВОЙСК, ВОИНСКИХ ФОРМИРОВАНИЙ, ОРГАНОВ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ НА ОРГАНИЗАЦИЮ И СОСТАВ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ- ЭТО

мобилизация;
мобилизационная подготовка;
военная подготовка;
гражданская оборона;
мероприятия ГО и ЧС.

МЕРОПРИЯТИЯ МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРОВОДЯТСЯ

в мирное время;
в военное время;
в рабочее время;
всегда;
после введения военного положения.

СОСТОЯНИЕ ВОЙНЫ В РФ ОБЪЯВЛЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ

в случае угрозы вооруженного нападения на РФ другого государства;
в случае вооруженного нападения на РФ другого государства или группы государств;
в случае возникновения чрезвычайной ситуации;
в случае угрозы проведения на территории РФ террористических актов;

НА УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В ОБЛАСТИ МОБИЛИЗАЦИИ, ВОЗЛОЖЕНО

разработка документов по планированию деятельности организации;
создание мобилизационных органов;
осуществление международного сотрудничества
выполнение мобилизационных заказов (заданий);

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РФ, ПОСТРАДАВШЕГО ОТ
ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭТИХ ДЕЙСТВИЙ ВОЗЛОЖЕНО
на МО РФ
на ВСМК
на МСГО
на ГВМУ
на МЗ РФ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, В СЛУЧАЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ, ВКЛЮЧАЕТ
лечебно-эвакуационные и санитарно-противоэпидемические мероприятия, медицинское
снабжение, медицинскую защиту населения
медицинское снабжение, этап медицинской эвакуации, путь медицинской эвакуации,
медицинскую защиту.
лечебно-эвакуационные мероприятия, учет и отчетность, эвакуационное направление,
медицинскую сортировку
санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, медицинское снабжение,
вид медицинской помощи, объем медицинской помощи
повышение устойчивости тыла, сохранение промышленного потенциала страны, защиту
населения в условиях военного времени

СОСТАВ МСГО ПРЕДСТАВЛЕН

областью, краем, республикой в составе РФ б. территорией города, городского района,
сельского округа
руководством, органом управления, формированиями, учреждениями
головными больницами, многопрофильными и профилированными больницами
органами управления и штабами МСГО

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОДЧИНЕННОСТИ, ФОРМИРОВАНИЯ МСГО ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ

на территориальные и производственные
на объектовые и территориальные
на производственные и объектовые
на территориально-производственные
на санитарные - гигиенические и лечебные

В СОСТАВ МСГО НА МЕСТНОМ УРОВНЕ ВХОДЯТ

силы и средства МСГО организаций
силы и средства МСГО на территории города, сельского района
силы и средства МСГО на территории субъектов РФ
силы и средства МСГО на территории всей РФ
формирования и учреждения

Первая и неотложная помощь

МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ПРИ ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ СОСТАВЛЯЕТ

2-3 минуты
4-5 минут
5-6 минут
до 30 минут +

ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЮТСЯ

нитевидный пульс на сонной артерии
отсутствие спонтанного дыхания +
отсутствие пульса на сонной артерии +
отсутствие сознания +

САМЫМ ЧАСТЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

асистолия
фибрилляция желудочков +
полная атриовентрикулярная блокада
экстремальная синусовая брадикардия

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ
ЯВЛЯЮТСЯ

старческий возраст
травмы не совместимые с жизнью +
заведомо неизлечимые заболевания, в последней стадии развития +

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

только клиническая смерть +
агония и предагональное состояние
все внезапно развившиеся терминальные состояния
клиническая смерть и биологическая смерть

СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ КОМПРЕССИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ВДУВАНИЯМИ
ВОЗДУХА ПРИ СЛР, ПРОВОДИМОЙ 1 РЕАНИМАТОРОМ ДОЛЖНО БЫТЬ

1 вдох:5-6 компрессий
1-2 вдоха:6-8 компрессий
15 компрессий:2 вдоха
30 компрессий:2 вдоха +

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

постоянная одышка
приступообразная одышка
вынужденное положение больного во время приступа
приступы одышки с удлиненным выдохом +
"бочкообразная" грудная клетка

МАКСИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ
АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК, ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА СОСТАВЛЯЕТ

10 мин
30 мин +
1 час
3 мин

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ
ЯВЛЯЕТСЯ

введение антигистаминных препаратов
наложение жгута
в/в введение преднизолона и адреналина +
п/к введение адреналина в место инъекции

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

бледность кожи на фоне высокой температуры
заторможенность и вялость больного
гипотония, не поддающаяся лечению прессорными аминами +
гипотония, поддающихся лечению прессорными аминами

К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ В НОРМЕ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

меньше верхней
больше верхней
равна верхней

В БЕЗЗУБОМ РТЕ НОВОРОЖДЕННОГО ДЕСНЕВЫЕ ВАЛИКИ ИМЕЮТ ФОРМУ

полуэллипса
полукруга
параболы

НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ НОВОРОЖДЕННОГО РАСПОЛОЖЕНА ДИСТАЛЬНЕЕ
ВЕРХНЕЙ НА РАССТОЯНИИ

до 5 мм
до 10 мм
до 14 мм

ВЕРТИКАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ МЕЖДУ ДЕСНЕВЫМИ ВАЛИКАМИ В НОРМЕ ДОСТИГАЕТ

2,5 мм
5 мм
7,5 мм

ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ

I - II - III - IV - V
I - II - IV - III - V
II - I - III - IV - V

ЗУБНЫЕ РЯДЫ В ПРИКУСЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ИМЕЮТ ФОРМУ

полуэллипса
полукруга
параболы

ДИСТАЛЬНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ВТОРЫХ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ ТРЕХЛЕТНЕГО
РЕБЕНКА В НОРМЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ

в одной плоскости
с мезиальной ступенью
с дистальной ступенью

ФРОНТАЛЬНЫЕ ЗУБЫ 3-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА В НОРМЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ

с тремами
без трем
только с диастемой

ЩЕЧНЫЕ БУГОРКИ НИЖНИХ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ 3-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА
РАСПОЛАГАЮТСЯ

вестибулярнее щечных бугорков верхних моляров
на одном уровне со щечными бугорками верхних моляров
в продольной фиссуре верхних моляров

НЕБНЫЕ БУГОРКИ ВЕРХНИХ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ 3-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА
РАСПОЛАГАЮТСЯ

на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров
в продольной фиссуре нижних моляров
вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров

ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К СМЕНЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ НА ПОСТОЯННЫЕ
ПРОДОЛЖАЕТСЯ

от 5 до 8 лет
от 4 до 6 лет
от 3 до 4 лет

АКТИВНЫЙ РОСТ ЧЕЛЮСТЕЙ РЕБЕНКА В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К СМЕНЕ
ЗУБОВ ПРОИСХОДИТ

во фронтальном отделе
в позадимолярной области
в позадимолярной области и во фронтальном отделе

НАЛИЧИЕ ТРЕМ МЕЖДУ ЗУБАМИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ 5-
ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА

признак аномалии
признак нормального развития
не имеет диагностического значения

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СТИРАЕМОСТЬ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ 5-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА В
НОРМЕ ПРОИСХОДИТ

во фронтальном отделе
в боковых отделах
во фронтальном и боковых отделах

ДИСТАЛЬНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ВТОРЫХ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ 6-ЛЕТНЕГО
РЕБЕНКА РАСПОЛАГАЮТСЯ

в одной вертикальной плоскости
с мезиальной ступенькой
с дистальной ступенькой

ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

6-1-2-3-4-5-7
1-2-4-5-3-6
6-1-2-4-3-5-7

ФОРМА ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ

полукруг
полуэллипс
парабола

ФОРМА НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ

полукруг
полуэллипс
парабола

НЕБНЫЕ БУГОРКИ ВЕРХНИХ БОКОВЫХ ЗУБОВ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С
продольными фиссурами нижних
язычными бугорками нижних
вестибулярными бугорками нижних

ЩЕЧНЫЕ БУГОРКИ НИЖНИХ БОКОВЫХ ЗУБОВ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ
с небными бугорками верхних
с продольными фиссурами верхних
со щечными бугорками верхних

КАЖДЫЙ ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АНТАГонирует В НОРМЕ
с одноименным и в передистоящим зубами нижней челюсти
одноименным и позадистоящим зубами нижней челюсти
одноименным зубом

НИЖНИЕ 1|1 ИМЕЮТ В НОРМЕ ПО
одному антагонисту на верхней челюсти
два антагониста на верхней челюсти
три антагониста на верхней челюсти

ВЕРХНИЕ 8|8 ИМЕЮТ В НОРМЕ ПО
одному антагонисту на нижней челюсти
два антагониста на нижней челюсти
три антагониста на нижней челюсти

ГЛУБИНА РЕЗЦОВОГО ПЕРЕКРЫТИЯ В НОРМЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ
1/2 высоты коронки резцов нижней челюсти
1/3 высоты коронки резцов нижней челюсти
2/3 высоты коронки резцов нижней челюсти

РЕЗЦЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С РЕЗЦАМИ НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ
небной поверхностью
режущим краем
вестибулярной поверхностью

РЕЗЦЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ
язычной поверхностью
режущим краем
вестибулярной поверхностью

ЗУБНАЯ ДУГА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
больше альвеолярной дуги
меньше альвеолярной дуги
равна альвеолярной дуге

БАЗАЛЬНАЯ ДУГА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
меньше альвеолярной дуги
больше альвеолярной дуги
равна альвеолярной дуге

ЗУБНАЯ ДУГА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

меньше альвеолярной дуги
больше альвеолярной дуги
равна альвеолярной дуге

БАЗАЛЬНАЯ ДУГА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

меньше альвеолярной дуги
больше альвеолярной дуги
равна альвеолярной дуге

ПЕРЕДНИЙ ЩЕЧНЫЙ БУГОРОК ВЕРХНЕГО 6 В НОРМЕ КОНТАКТИРУЕТ С

задним щечным бугорком нижнего 6
межбугорковой фиссурой нижнего 6
контактной точкой между нижними 6 и 5

БУГОРОК ВЕРХНЕГО 3 В НОРМЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ

между нижним 3 и 4
на уровне бугорка нижнего 3
между 3 и 2

ОККЛЮЗИЯ - ЭТО СМЫКАНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ

при привычном положении нижней челюсти
в состоянии физиологического покоя
при смещении нижней челюсти вперед на половину ширины коронок моляров

СРОКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ

4-6 месяцев - II и I, 6-8 - III, 8-10 мес.- IV, 10-12 мес.- V
6-8 месяцев - I, 8-12 мес.- II, 12-16 мес.- IV, 16-20 мес.- III, 20-30 месяцев- IV
6-8 мес.- I, 8-12 мес.- II, 12-16 мес.- III, 16-20 мес.- IV

СРОКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

6 - 6-7 лет, 1 - 7-8 лет, 2 - 8-9 лет; 4 - 9-11 лет, 3 - 10-12 лет
6 - 6-7 лет, 1 - 7-8 лет, 2 - 8-9 лет, 4 - 9-11 лет, 3 - 9-10 лет, 5 - 10-11 лет, 7 - 11-12 лет
1 - 6-7 лет, 2 - 7-8 лет, 3 - 8-9 лет, 4 - 10-12 и 5 - 11-13 лет

ГИПЕРОДОНТИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

наличии сверхкомплектных зубов
отсутствии зачатков зубов
ретенции зубов

ГИПОДОНТИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

наличии сверхкомплектных зубов
отсутствии зачатков зубов
задержке прорезывания зубов

МАКРОДЕНТИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИИ

размеров зубов
формы зубов
структуры зубов

МИКРОДЕНТИЯ - ЭТО

увеличение размеров зубов

уменьшение размеров зубов
уменьшение количества зубов

МАКРОДЕНТИЯ - ЭТО

уменьшение размеров зубов
увеличение количества зубов
увеличение размеров зубов

ТОРТОАНОМАЛИЯ ЭТО

высокое положение зуба
поворот зуба вокруг вертикальной оси
вестибулярный наклон зуба

РЕТЕНЦИЯ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ

количества зубов
сроков прорезывания зубов
формирования зубов

АДЕНТИЯ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ

количества зубов
сроков прорезывания зубов
структуры зубов

МЕЗИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА - ЭТО СМЕЩЕНИЕ ЗУБА

вперед по зубной дуге
назад по зубной дуге
в сторону неба

ДИСТАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА - ЭТО СМЕЩЕНИЕ ЗУБА

вперед по зубной дуге
назад по зубной дуге
в сторону неба

ИНФРАПОЛОЖЕНИЕ НИЖНЕГО КЛЫКА - ЭТО ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА

выше окклюзионной плоскости
ниже окклюзионной плоскости
вне зубной дуги

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭНГЛЯ ОСНОВАНА НА СМЫКАНИИ

челюстей
первых моляров
резцов

КЛЮЧ ОККЛЮЗИИ ПО ЭНГЛЮ - ЭТО СМЫКАНИЕ

первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей
постоянных клыков верхней и нижней челюстей
постоянных резцов верхней и нижней челюстей

ПЕРВЫЙ И ВТОРОЙ ПОДКЛАССЫ II КЛАССА ЭНГЛЯ РАЗЛИЧАЮТСЯ ПОЛОЖЕНИЕМ

моляров
клыков

резцов

II КЛАСС ЭНГЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ ЗУБОВ

нижней челюсти назад
верхней челюсти назад
нижней челюсти вперед

III КЛАСС ЭНГЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ

нижней челюсти назад
верхней челюсти вперед
нижней челюсти вперед

ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ СООТВЕТСТВУЕТ

I классу Энгля
II классу Энгля
III классу Энгля

МЕЗИАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ СООТВЕТСТВУЕТ

I классу Энгля
II классу Энгля
III классу Энгля

НЕЙТРАЛЬНАЯ (ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ) ОККЛЮЗИЯ СООТВЕТСТВУЕТ

I классу Энгля
II классу Энгля
III классу Энгля

ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ БОКОВЫХ ЗУБОВ

нижней челюсти назад
нижней челюсти вперед
верхней челюсти назад

МЕЗИАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ БОКОВЫХ ЗУБОВ

нижней челюсти назад
нижней челюсти вперед
верхней челюсти вперед

ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ ОККЛЮЗИИ В НАПРАВЛЕНИЯХ

сагиттальном
вертикальном
трансверсальном

МЕЗИАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ ОККЛЮЗИИ В НАПРАВЛЕНИЯХ

сагиттальном
вертикальном
трансверсальном

ВЕСТИБУЛОККЛЮЗИЯ - ЭТО СМЕЩЕНИЕ

нижних или верхних боковых зубов в щечную сторону
нижних или верхних боковых зубов в оральную сторону

только верхних боковых зубов в оральную сторону

ЛИНГВОККЛЮЗИЯ - ЭТО СМЕЩЕНИЕ

верхних боковых зубов орально

нижних боковых зубов орально

верхних боковых зубов щечно

ПАЛАТОККЛЮЗИЯ - ЭТО СМЕЩЕНИЕ

верхних боковых зубов орально

нижних боковых зубов орально

верхних боковых зубов щечно

ЛИНГВОККЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К

сагиттальным аномалиям окклюзии

вертикальным аномалиям окклюзии

трансверсальным аномалиям окклюзии

ГЛУБОКАЯ РЕЗЦОВАЯ ОККЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К

сагиттальным аномалиям окклюзии

вертикальным аномалиям окклюзии

трансверсальным аномалиям окклюзии

ВЕСТИБУЛОККЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К

сагиттальным аномалиям окклюзии

вертикальным аномалиям окклюзии

трансверсальным аномалиям окклюзии

ПАЛАТОККЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К

сагиттальным аномалиям окклюзии

вертикальным аномалиям окклюзии

трансверсальным аномалиям окклюзии

ЛИНГВОККЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К

сагиттальным аномалиям окклюзии

вертикальным аномалиям окклюзии

трансверсальным аномалиям окклюзии

МАКРОГНАТИЯ - ЭТО

увеличение челюсти

уменьшение челюсти

смещение челюсти вперед

МИКРОГНАТИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ

размера челюстей

положения челюстей

формы челюстей

ПРОГНАТИЯ И РЕТРОГНАТИЯ ОТНОСЯТСЯ К АНОМАЛИЯМ

размера челюстей

положения челюстей

формы челюстей

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЫШЦ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОМ

электромиографии, электромиотонометрии
реопарадонтोगрафии
артрофонографии

РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВНЧС ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ
сократительную способность мышц челюстно-лицевой области
гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС
движение головок нижней челюсти

ЭЛЕКТРОМИОТОНОМЕТРИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ
биоэлектрическую активность жевательных мышц
сократительную способность жевательных мышц
сократительную способность только височных мышц

СИНХРОННУЮ РАБОТУ МЫШЦ АНТАГОНИСТОВ И СИНЕРГИСТОВ ПОЗВОЛИТ ОПРЕДЕЛИТЬ

амплитуда ЭМГ
временные параметры ЭМГ
коэффициент координации в фазе жевательного движения

К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ В ОРТОДОНТИИ ОТНОСЯТСЯ

осмотр полости рта, функциональные пробы
антропометрические, рентгенологические, функциональные, графические
опрос, осмотр, измерение гипсовых моделей челюстей

ПРИ АНОМАЛИЯХ ОККЛЮЗИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

клиническое обследование
антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей, внешний осмотр
клиническое обследование и специальные методы диагностики

ПО ТАБЛИЦЕ ВЕТЦЕЛЯ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

мезиодистальные размеры коронок молочных зубов
мезиодистальные размеры коронок постоянных зубов
вертикальные размеры коронок молочных зубов

ПРИ РАННЕЙ ПОТЕРЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ НУЖНО ПРОВЕСТИ

стимулирование прорезывания постоянных зубов
сошлифовывание нестершихся бугров молочных зубов
протезирование

О СИММЕТРИЧНОСТИ РАЗВИТИЯ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЗВОЛЯЮТ СУДИТЬ

панорамная рентгенограмма
ТРГ - боковая проекция
ТРГ - прямая проекция и ортопантомограмма

С ЦЕЛЮ ИЗМЕРЕНИЯ ДЛИНЫ ТЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

ортопантомограмму
ТРГ - прямая проекция

ТРГ - боковая проекция

МЕТОД ДОЛГОПОЛОВОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
длины и ширины нижней челюсти в постоянном прикусе
ширины и длины апикального базиса в постоянном прикусе
длины и ширины зубных рядов в период прикуса молочных зубов

ПАНОРАМНУЮ РЕНТГЕНОГРАФИЮ ПРИМЕНЯЮТ В ОРТОДОНТИИ ДЛЯ
измерения размеров зубов нижней челюсти
измерения ширины зубного ряда
выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРОВ АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА ЧЕЛЮСТИ
ИСПОЛЬЗУЮТ
метод Пона
метод Хауса-Снагиной
индекс Тона

ОРТОПАНТОМОГРАФИЮ В ОРТОДОНТИИ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
длины верхней челюсти
длины нижней челюсти
наличия зачатков постоянных зубов

ДЛИНУ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ЗУБНОГО РЯДА ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ
МЕТОДА
Пона
Коркхауза
Хауса-Снагиной

НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О РАЗМЕРАХ ЧЕЛЮСТЕЙ ДАЕТ
антропометрическое изучение строения лица ребенка
фотометрический метод
телерентгенография головы

ИНДЕКС ТОНА ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
пропорциональности размеров верхнего и нижнего зубного ряда
ширины зубного ряда
пропорциональности размеров верхних и нижних резцов

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СИММЕТРИЧНОСТИ РОСТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ЦЕЛЕСООБРАЗНО СДЕЛАТЬ РЕБЕНКУ
панорамную рентгенограмму нижней челюсти
телерентгенограмму в прямой проекции
ортопантограмму и телерентгенограмму в прямой проекции

МЕТОД ГЕРЛАХА ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
длины тела нижней челюсти
ширины зубного ряда
пропорциональности размеров боковых и передних сегментов зубных рядов верхней и нижней челюстей

ГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД ХАУЛЕЯ - ГЕРБЕРА - ГЕРБСТА ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

нарушения длины зубных рядов
нарушения ширины зубных рядов
нарушения положения зубов и формы зубных рядов

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ РЕГИСТРИРУЕТ

движения нижней челюсти
движения в ВНЧС
биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области

ТОНУС МЫШЦ ИЗУЧАЕТСЯ

в расслабленном и сокращенном состоянии
в активном состоянии
при выдвижении челюсти

РЕОГРАФИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОД

исследования биопотенциалов мышц
изучения гемодинамики
исследования движения суставных головок

МЕТОД ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ В ОРТОДОНТИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

исследования кровеносных сосудов пародонта
исследования ВНЧС
изучения функции мышц

ДЛЯ ОЦЕНКИ ПАРАДОНТА БОКОВОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

ТРГ - прямую проекцию
ортопантомографию
томографию

ЛАТЕРАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

томография
телерентгенография в прямой проекции
ТРГ в боковой проекции

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО ПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД

ТРГ в боковой проекции
ТРГ в прямой проекции
ортопантомография

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

ТРГ прямая проекция
ортопантомография
панорамная рентгенография челюстей

МЕТОД, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ

ортопантомография

внутриротовая рентгенография
панорамная рентгенография

АНОМАЛИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ КОСТЕЙ В САГИТТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ
МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

ортопантомографии
ТРГ в боковой проекции
панорамной рентгенографии

ПЕРЕДНИЙ ОТДЕЛ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА НА ТРГ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ
ПРОЕКЦИИ ОБОЗНАЧАЕТСЯ

N-Se
MT1
MT2

Высота ветви нижней челюсти на ТРГ головы в боковой проекции обозначается

N-Se
MT1
MT2

ПО ТАБЛИЦЕ УСТИМЕНКО МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

мезиодистальные размеры коронок молочных зубов
мезиодистальные размеры, высоту и толщину коронок постоянных зубов
высоту и толщину коронок постоянных зубов

ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТЬ РАЗМЕРОВ КОРОНОК ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ
ЧЕЛЮСТЕЙ ПОЗВОЛИТ ОПРЕДЕЛИТЬ

методика Пона
методика Коркхауза
индекс Тона

МЕТОД ПОНА ОСНОВАН

на зависимости суммы мезиодистальных размеров 4-х нижних резцов и ширины зубного
ряда в переднем и заднем отделах
на зависимости суммы мезиодистальных размеров верхних резцов и ширины зубных
рядов
на пропорциональности размеров 4 верхних и 4 нижних резцов

РАЗМЕРЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО МЕТОДУ ПОНА ИЗУЧАЮТСЯ В

сагиттальном направлении
сагиттальном и вертикальном направлениях
трансверсальном направлении

ИНДЕКС ТОНА В НОРМЕ

1,33
1,22
1,5

ПРЕМОЛЯРНЫЙ ИНДЕКС ПОНА РАВЕН

80
85
64

МОЛЯРНЫЙ ИНДЕКС ПОНА РАВЕН

80

85

64

ИЗУЧИТЬ РАЗМЕРЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПРИКУСЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ МОЖНО МЕТОДОМ

Пона

Коркхауза, Тона

Долгополовой

МЕТОД КОРКХАУЗА ОСНОВАН НА

пропорциональности трансверсальных и сагиттальных размеров зубов

зависимости суммы мезиодистальных размеров 4-х верхних резцов и длины переднего отрезка зубного ряда

отношении ширины и длины зубных рядов

ДАННЫЕ, ПОЛУЧЕННЫЕ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ГИПСОВЫХ МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО МЕТОДУ ГЕРЛАХА, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ

об изменении ширины и длины зубных рядов

о соотношении размеров боковых сегментов зубных рядов

о соотношении фронтального и боковых сегментов зубных рядов

МЕТОДИКА ХАУСА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

форму зубных рядов

степень развития базиса

размеры сегментов зубных рядов

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ФОРМЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКИ

Пона

Коркхауза

Хаулея-Гербера-Гербста

ДИАГРАММА ХАУЛЕЯ-ГЕРБЕРА-ГЕРБСТА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

размеры зубных рядов

форму зубных рядов

размеры сегментов зубных рядов

РАЗМЕРЫ И ПОЛОЖЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ВНЧС МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ НА

внутриротовой рентгенограмме

томограмме ВНЧС

ортопантомограмме

МЕТОД ЭЛЕКТРОМИОАРТРОГРАФИИ ПОЗВОЛЯЕТ ИЗУЧИТЬ

сокращение жевательных мышц и движение головок нижней челюсти

тонус жевательных мышц

выносливость собственно жевательных мышц

ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ ПОНА НА 4 | 4

середина межбугорковой фиссуры

вершина небного бугорка
дистальная точка ската щечного бугорка

ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ ПОНА НА 4 | 4
середина межбугорковой фиссуры
вершина щечного бугорка
дистальная точка ската щечного бугорка

ПРИ ПИОДЕРМИИ НА КРАСНОЙ КАЙМЕ ГУБ ГНОЙНЫЕ КОРКИ РАЗМЯГЧАЮТ
РАСТВОРОМ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА

5 %
3 %
1 %

УДАЛЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ПО МЕТОДУ ХОТЦА ПОКАЗАНО
при несоответствии размеров зубов и челюстей
при наличии сверхкомплектных зубов
адентии

ПРИ ДИСТОПИИ КЛЫКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УДАЛЕНИЮ ПОДЛЕЖИТ
клык
премоляр
боковой резец

ПРИ РЕТЕНЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕЗЦА (ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ЗАНИМАЕТ
ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ) ПОКАЗАНО
удаление ретенированного резца
обнажение коронки ретенированного резца
удаление бокового резца

УДАЛЕНИЕ ПЕРВЫХ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОКАЗАНО
при недоразвитии нижней челюсти и чрезмерном развитии верхней челюсти
при макроглоссии
при наличии короткой уздечки языка

УДАЛЕНИЕ ВТОРЫХ МОЛЯРОВ ПОКАЗАНО ПРИ
сужении зубных рядов
аномалии их положения
дизокклюзии зубных рядов (контакт осуществляется только на вторых молярах)

КОМПАКТООСТЕОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЮ
улучшения фиксации ортодонтического аппарата
ускорения ортодонтического лечения
продолжения ортодонтического лечения

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЯХ ПРОВОДЯТСЯ
не ранее 14 лет
в возрасте 10 лет
в любом возрасте

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ПРИМЕНЯЕТСЯ
ДЛЯ

лечения дистальной окклюзии
расширения зубного ряда
тренировки мышц

ЛЕЧЕБНУЮ ГИМНАСТИКУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ В ПЕРИОДЕ
формирования прикуса молочных зубов
сформированного "молочного" прикуса и начале сменного
прикуса постоянных зубов

УПРАЖНЕНИЯ С ЭКВИЛИБРАТОРОМ И ДИСКОМ ФРИЭЛЯ ВЫПОЛНЯЮТСЯ В
СЛЕДУЮЩЕМ РЕЖИМЕ
статическом
динамическом
попеременном

УПРАЖНЕНИЯ С РОТОРАСШИРИТЕЛЕМ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНЯТЬ В
СЛЕДУЮЩЕМ РЕЖИМЕ
статическом и динамическом
статическом
динамическом

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ УПРАЖНЕНИЙ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПЛАСТИНКОЙ
ТРЕНИРУЮТСЯ
височные мышцы
подбородочная мышца
круговая мышца рта

ДИНАМИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ ВЫПОЛНЯЮТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ РЕЖИМЕ
в изотоническом
в изометрическом
при сокращении мышц без их расслабления

СТАТИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ ВЫПОЛНЯЮТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ РЕЖИМЕ
изотоническом
изометрическом
при сокращении мышц без их расслабления

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ МЫШЦ, ВЫДВИГАЮЩИХ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ,
РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРИ
сужении зубных рядов
недоразвитии нижней челюсти
мезиальной окклюзии

ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ УПРАЖНЕНИЯ
облизывание вестибулярной поверхности верхних резцов
закусывание верхней губы
сжатие нижней губы и подведение ее под верхние зубы

ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ НЕБНОГО НАКЛОНА ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ
РЕКОМЕНДУЮТСЯ УПРАЖНЕНИЯ
сжатие зубов в центральной окклюзии
облизывание верхней губы

давление на зубы кончиком языка

ДЛЯ МЫШЦ, ПОДНИМАЮЩИХ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ, РЕКОМЕНДУЮТСЯ УПРАЖНЕНИЯ

сжатие зубов

закусывание нижней губы

медленное выдвижение нижней челюсти вперед

К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ОРТОДОНТИЧЕСКИМ АППАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

аппараты, используемые для лечения зубочелюстных аномалий

аппараты, предупреждающие развитие деформаций зубных рядов и челюстей

аппараты, используемые для стабилизации достигнутых результатов лечения

ЛЕЧЕБНЫЕ АППАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

устранения вредных привычек

нормализации носового дыхания

исправления положения зубов, формы и размера зубного ряда и нормализации

соотношения зубных рядов

ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКИ ДЕЙСТВУЮЩЕГО АППАРАТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

накусочной площадки

винта, лигатуры, пружины, дуги, резинового кольца

наклонной плоскости

В КОНСТРУКЦИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АППАРАТОВ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВХОДЯТ

винт

резиновая тяга

наклонная плоскость, накусочная площадка, пелот

ДЛЯ КАППЫ ШВАРЦА И КАППЫ БЫНИНА ОБЯЗАТЕЛЬНЫ

накусочная площадка

вестибулярная дуга

наклонная плоскость

ФИКСИРУЮЩИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ В СЪЕМНЫХ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТАХ ЯВЛЯЮТСЯ

пелоты

кламмеры

наклонная плоскость

К ВНЕРОТОВЫМ АППАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

пластинки на верхнюю челюсть с винтом

лицевая дуга

подбородочная праща с головной шапочкой

ВНЕРОТОВАЯ РЕЗИНОВАЯ ТЯГА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

тренировки мышц

введения дополнительного элемента аппарата: лицевая дуга, подбородочная праща

увеличения силы действующего аппарата

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ РЕЗИНОВАЯ ТЯГА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В трансверсальном направлении

сагиттальном направлении
вертикальном направлении

АППАРАТ, В КОНСТРУКЦИИ КОТОРОГО ЕСТЬ ВИНТ, ПРУЖИНА, ЛИГАТУРА,
НАЗЫВАЕТСЯ АППАРАТОМ

механического действия
функционального действия
комбинированного действия

В ПЛАСТИНЕ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДУГОЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

сила винта
сила резинового кольца
упругие свойства проволоки

СТАЦИОНАРНАЯ ДУГА ЭНГЛЯ СОСТОИТ ИЗ

лигатур и дуги
ортодонтических коронок на постоянные моляры, трубок, дуги, лигатур
ортодонтических коронок на постоянные моляры и трубок

ДУГА ЭНГЛЯ ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ

комбинированного действия
механического действия
функционального действия

ОПОРНЫМИ ЗУБАМИ В АППАРАТЕ ЭНГЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

клыки
моляры
премоляры

СКОЛЬЗЯЩАЯ ДУГА ЭНГЛЯ ПРЕДНАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ

расширения зубного ряда
уменьшения зубного ряда
укорочения зубного ряда

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПЕРВЫЕ 3 ДНЯ
НАЗНАЧАЮТ ПРЕПАРАТЫ

кератопластические
антибактериальные
противовирусные и обезболивающие

В ОРТОДОНТИЧЕСКОМ АППАРАТЕ ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ДУГА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

расширения зубного ряда
смещения нижней челюсти
перемещения зубов в оральное направление

АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ХОЙПЛЯ С ВИНТОМ ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ

функциональным
механическим
комбинированным

РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
дизокклюзии зубных рядов

дистальной окклюзии
мезиальной окклюзии

АППАРАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ СОДЕРЖАТ ЭЛЕМЕНТЫ
механически действующие
функционально действующие
механически и функционально действующие

АППАРАТ БРЮКЛЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПЛАСТИНКУ НА
верхнюю челюсть с накусочной площадкой
нижнюю челюсть с наклонной плоскостью, вестибулярной дугой и опорными кламмерами
верхнюю челюсть с наклонной плоскостью

В КОНСТРУКЦИЮ РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА ВХОДЯТ
винт и вестибулярная дуга
вестибулярная дуга и наклонная плоскость
щечные щиты, небный бюгель, губные пелоты

РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
мезиальной окклюзии
аномалии зубных рядов
дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов

К РЕТЕНЦИОННЫМ АППАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ
аппараты, применяемые для предупреждения развития аномалий
аппараты, используемые для расширения зубного ряда
аппараты, закрепляющие достигнутые результаты лечения

ИСПОЛЬЗУЯ МЕТОДИКУ КОРКХАУЗА, ВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ
длину переднего отрезка зубного ряда
ширину верхнего зубного ряда
ширину нижнего зубного ряда

ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦЕВ ПРИВОДИТ К
гипертонусу мускулатуры и способствует сужению зубных рядов
гипотонусу мускулатуры и способствует расширению зубных рядов

ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
микроглоссия или макроглоссия, ротовое дыхание
удлинение нижней челюсти
задержка роста по сагиттали нижней челюсти

К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМ АНОМАЛИЯМ ОТНОСЯТСЯ
вторичные частичные адентии
первичные адентии, макроденция
вторичная полная адентия

ПРИВЫЧКА СПАТЬ НА СПИНЕ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ ПРИВОДИТ К
нарушению положения зубов
нарушению прорезывания зубов
задержке роста нижней челюсти

ПОСТОЯННЫЙ СОН НА ОДНОМ БОКУ С ПОДЛОЖЕННОЙ ПОД ЩЕКУ РУКОЙ ПРИВОДИТ К

равномерному сужению зубных рядов
равномерному расширению зубных рядов и смещению нижней челюсти вперед
одностороннему сужению зубных рядов и смещению нижней челюсти 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

ПРИ ИНФАНТИЛЬНОМ ТИПЕ ГЛОТАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ

напряжение круговой и подбородочной мышц
напряжение верхней части лица
ротовое дыхание

ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

восстановления функции жевания и профилактики
улучшения гигиенических условий полости рта
расслабления жевательной мускулатуры

ПРИ НАРУШЕНИИ ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО

укорочение нижней трети лица
рот приоткрыт, несомкнутые губы
выражена супраментальная складка

ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ РОТОВОМ ДЫХАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА

расположение языка между зубами
сосание большого пальца
сосание верхней губы

ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА МЕЖДУ ЗУБАМИ ПРИВОДИТ К

расширению верхнего зубного ряда
неполному прорезыванию передних зубов
сужению нижнего зубного ряда

УСЛОВИЯ ДЛЯ НАРУШЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ СОЗДАЮТСЯ ПРИ

хроническом гастрите
пиелонефрите
бронхиальной астме, хронических бронхитах

У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОВЕДЕНЫ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

санация носоглотки

санация полости рта

изготовление съемного протеза

ГЛОСОПТОЗ

язык располагается на дне полости рта

язык увеличен, отмечается высокое небо

короткая уздечка языка

ПРИ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКЕ СОСАНИЯ И ПРИКУСЫВАНИЯ ЯЗЫКА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

сужение нижнего зубного ряда

расширение верхнего зубного ряда

сужение зубных рядов

К ИНФАНТИЛЬНОМУ ГЛОТАНИЮ ПРИВОДИТ НЕПРАВИЛЬНОЕ ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

с использованием резиновой соски

с использованием короткой соски

через соску с большим отверстием

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

нарушение окклюзии

аномалии формы молочных зубов

ранняя потеря молочных зубов

ВОЗРАСТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ КАК МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

от 4 до 7 лет

от 7 до 17 лет

от 12 до 15 лет

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА ЭФФЕКТИВНА В

периоде молочных зубов

периоде смены зубов

периоде постоянных зубов

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЗАКРЕПЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

устранения деформации

предупреждения формирования деформаций зубочелюстной системы

ПРИ СМЕЩЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВПЕРЕД ЗОНА ДАВЛЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ

в переднем отделе сустава

в заднем отделе сустава

во всех отделах сустава

ПРИ СМЕЩЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВПЕРЕД ЗОНА НАТЯЖЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ

в переднем отделе сустава

в заднем отделе сустава

во всех отделах сустава

ПЕРЕМЕЩАТЬ ПОСТОЯННЫЕ ЗУБЫ ЛУЧШЕ

после окончания формирования корня зуба

до окончания формирования корня зуба

независимо от степени формирования корня зуба

ПРИ СМЕЩЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗАД ЗОНА ДАВЛЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ

в переднем отделе сустава

в заднем отделе сустава

во всех отделах сустава

ПРИ СМЕЩЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗАД ЗОНА НАТЯЖЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ

в переднем отделе сустава

в заднем отделе сустава

во всех отделах сустава

РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА ПОЗВОЛЯЕТ РАСШИРИТЬ

верхний зубной ряд

нижний зубной ряд

оба зубных ряда

РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА СОЗДАЕТ УСЛОВИЯ ДЛЯ РОСТА

нижней челюсти

верхней челюсти

обеих челюстей

РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА СДЕРЖИВАЕТ РОСТ

нижней челюсти

верхней челюсти

обеих челюстей

ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ ЗУБА НА СТОРОНЕ ДАВЛЕНИЯ ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ

расширяется

сужается

не изменяется

ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ ЗУБА НА СТОРОНЕ НАТЯЖЕНИЯ ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ
ЩЕЛЬ

расширяется

сужается

не изменяется

В РЕГУЛЯТОРЕ ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА ОККЛЮЗИОННЫЕ НАКЛАДКИ
ИМЕЮТ ОТПЕЧАТКИ

верхних зубов

нижних зубов

верхних и нижних зубов

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

нижней

верхней
верхней и нижней

В РЕГУЛЯТОРЕ ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА ГУБНЫЕ ПЕЛОТЫ
РАСПОЛАГАЮТСЯ В ОБЛАСТИ ГУБЫ

нижней
верхней
верхней и нижней

ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ СОСАНИЯ ГУБЫ ПРИМЕНЯЮТ
ПЛАСТИНКУ

вестибулярную
небную с вестибулярной дугой
лингвальную с винтом

ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ПРИМЕНЯЮТ
ПЛАСТИНКУ

вестибулярную
небную с вестибулярной дугой
лингвальную с винтом

В АППАРАТЕ ПЕРСИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ГУБНЫЕ
ПЕЛОТЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ОБЛАСТИ ГУБЫ

верхней
нижней
верхней и нижней

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
полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом ортодонтом

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
3 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
3 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
- *0.33 ставки младшего медицинского персонала

ЦЕЛЕСООБРАЗНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПО ОРТОДОНТИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ СОСТАВЛЯЕТ

- 1 группу
- 2 группы
- 3 группы
- *4 группы
- 5 групп

РАБОТА ВРАЧА ОРТОДОНТА С ДЕТЬМИ I ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ СОСТОИТ

- в аппаратурном ортодонтическом лечении
- в борьбе с вредными привычками
- в нормализации нарушений функций
- 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 ранней потерей зубов
- 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 детских соматических поликлиниках
- *в специализированных ортодонтических центрах

АНАЛИЗ РАБОТЫ ВРАЧА ОРТОДОНТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ С УЧЕТОМ
КОЛИЧЕСТВА

- посещений больных
- примененных ортодонтических аппаратов
- *вылеченных детей
- трудовых единиц
- детей, взятых на ортодонтическое лечение

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

без морфологических функциональных и эстетических нарушений в зубочелюстной системе

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

уменьшение степени выраженности зубочелюстных аномалий

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

при улучшении эстетики лица

ГЛАВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЯВЛЯЮТСЯ

выявление детей с выраженными зубочелюстными аномалиями

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

устранение вредных привычек

*все перечисленное

В РАБОТУ ВОСПИТАТЕЛЕЙ ДЕТСКИХ САДОВ В СВЯЗИ С ПРОФИЛАКТИКОЙ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧИТЬ

борьбу с вредными привычками

правильную осанку

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

без морфологических, функциональных и эстетических отклонений

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
массаж в области отдельных зубов

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
в домашних условиях индивидуально под руководством врача ортодонта

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
диспансеризация детей по ортодонтическим показаниям

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ФОРМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ

в детских соматических поликлиниках
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
в устранении вредных привычек у беременной женщины
*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
миотерапию, массаж
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
устранение вредных привычек сосания языка

РАБОТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАПРАВЛЕНА

на устранение ранних признаков аномалий прикуса
на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса
на регулирование роста челюстей
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
упражнения для нормализации положения языка
дыхательная гимнастика

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОМУ (СЕРИЙНОМУ) УДАЛЕНИЮ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ПОСЛЕДСТВИЯМИ РАННЕЙ ПОТЕРИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЗА 1 ГОД ДО ИХ СМЕНЫ ЯВЛЯЮТСЯ

сужение зубных рядов
укорочение зубных рядов
смещение отдельных зубов
нарушение сроков прорезывания постоянных 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
неправильного глотания

САМОРЕГУЛЯЦИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ НАСТУПАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ коррекции неправильных окклюзионных контактов за счет физиологической стираемости эмали

роста челюстей
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 понимание негативных последствий вредных привычек
*на все перечисленное

В ЗАНЯТИЕ ПО ЛОГОПЕДИЧЕСКОМУ ОБУЧЕНИЮ В СВЯЗИ С ПРОФИЛАКТИКОЙ
АНОМАЛИИ ПРИКУСА СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧИТЬ
нормализацию функции глотания
тренировку круговой мышцы рта
нормализацию осанки
дыхательные упражнения
*все перечисленное

ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ В ФОРМИРОВАНИИ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА В
ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЮТСЯ
вредные привычки
ротовое дыхание
наследственная отягощенность
неправильное вскармливание
*все перечисленное

ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ ВЫРАЖЕННОГО ОТКРЫТОГО ПРИКУСА ЯВЛЯЕТСЯ
*неправильное положение языка в покое и во время функций сосания: языка, пальцев,
различных предметов
укороченная уздечка языка
ротовое дыхание
инфантильный способ глотания
вредная привычка сосания соски

ПРИМЕНЕНИЕ СТАНДАРТНЫХ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ПЛАСТИНОК
ЦЕЛЕСООБРАЗНО
при лечении дистального глубокого прикуса
*при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания пальца,
прикусывания губ
для нормализации функции глотания
при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания языка
при лечении глубокого прикуса

ПРИ ПОКАЗАНИИ К УДАЛЕНИЮ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПРИ ОЦЕНКЕ
ИЗМЕРЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ
недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм
макродентия
мезиальное смещение боковых зубов
уменьшение длины апикального базиса
*несоответствие величины апикального базиса и величины зубов

ЗАДАЧИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ВКЛЮЧАЮТ
устранение вредных привычек
коррекцию мягких тканей
удаление отдельных зубов

пришлифование бугров отдельных зубов

*создание оптимальных условий для развития зубочелюстной системы

ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ПОДБОРОДОЧНОЙ ПРАЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

устранение вредной привычки сосания языка

нормализация функции глотания

нормализация функции дыхания

*нормализация положения нижней челюсти и задержка ее роста

оптимизация роста верхней челюсти

ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПРАЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

лечение мезиального прикуса

лечение дистального прикуса

нормализация функции дыхания

*лечение вертикальных аномалий прикуса

устранение вредной привычки сосания языка

ПРИМЕНЕНИЕ СОСКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

абсолютно противопоказано

показано детям с вредной привычкой сосания пальцев

показано детям с ротовым дыханием

показано постоянное

*показано ограниченное

СООТНОШЕНИЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ В НОРМЕ - ЭТО

соотношение челюстей в одной вертикальной плоскости

нижняя челюсть впереди верхней

*нижняя челюсть сзади верхней до 5 мм

любое соотношение челюстей

ПРОФИЛАКТИКОЙ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ

пластика уздечки языка

правильный режим жизни ребенка

применение рукавичек

*правильный способ вскармливания

предупреждение и лечение общих заболеваний

УЧИТЬ РЕБЕНКА ЧИСТИТЬ ЗУБЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО В ВОЗРАСТЕ

до 1 года

1 года

*2 лет

3 лет

4-5 лет

ПОНЯТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ ОПРЕДЕЛЯЕТ

понятие о долге врача

правовые основы медицинского законодательства

*вопросы нравственности

гражданская позиция

понятие коллегиальности

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ - ЭТО

понятие о долге врача

*взаимоотношение врача и больного

вопросы нравственности

понятие коллегиальности

правовые основы медицинского законодательства

РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА ЛИЦЕВЫЕ ПРИЗНАКИ

в 3 года

*в 6 лет

в 9 лет

в 12 лет

в 15 лет

ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ХАРАКТЕРИЗУЕТ

2 типа нервной деятельности

3 типа нервной деятельности

*4 типа нервной деятельности

5 типов нервной деятельности

6 типов нервной деятельности

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО ПЕРЕД
ОРТОДОНТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ

необходима всем больным

*необходима для отдельных больных

не нужна

пагубно влияет на ортодонтическое лечение

необходима после определенного возраста

ПРИМЕНЯТЬ ГИПНОТЕРАПИЮ КАК СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СТОЙКИХ ВРЕДНЫХ
ПРИВЫЧЕК У ДЕТЕЙ

необходимо во всех случаях

*можно только в подростковом возрасте

можно у детей со здоровой психикой

нельзя

можно у детей с нарушенной психикой

ПРИНИМАТЬ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕННОЙ
ПСИХИКОЙ

необходимо во всех случаях

можно только в детском возрасте

можно только в подростковом возрасте

*можно для отдельных больных

нельзя

«АНАТОМИЯ ПОЛОСТИ РТА»

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

на 14-16 неделе беременности

НАЧАЛО ЗАКЛАДКИ И ОБЫЗВЕЩВЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПРОИСХОДИТ
на 8-9 неделе беременности
*на 12-16 неделе беременности
на 20-24 неделе беременности
на 30-32 неделе беременности
на 33-40 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
ни с чем из перечисленного

ПОЛОЖЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО В НОРМЕ
ортогнатическое
*ретрогнатическое
прогнатическое
вариабельное
латерогнатическое

В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ
РОЛЬ АКТА СОСАНИЯ
существенная
не существенная
*существенная, но до определенного возраста
не имеет значения
очень существенная

ВИДАМИ РОСТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
интерстициальный рост
суставной рост
суставной и шовный рост
*суставной, шовный и аппозиционный рост
ремоделирующий рост

ВРЕМЕННЫЕ РЕЗЦЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ
*в 6-12 месяцев
в 12-18 месяцев
в 18-24 месяцев
в 24-30 месяцев
в 34-40 месяцев

ВРЕМЕННЫЕ ПЕРВЫЕ МОЛЯРЫ И КЛЫКИ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ
в 6-12 месяцев
*в 16-20 месяцев
в 20-24 месяцев
в 28-32 месяцев
в 34-40 месяцев

ВРЕМЕННЫЕ КЛЫКИ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ

в 6-12 месяцев
в 16-20 месяцев
*в 20-24 месяцев
в 28-30 месяцев
в 34-40 месяцев

ВТОРЫЕ ВРЕМЕННЫЕ МОЛЯРЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ

в 6-12 месяцев
в 16-20 месяцев
в 20-24 месяцев
*в 28-30 месяцев
в 34-40 месяцев

I ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ПРИКУСА ПРОИСХОДИТ

в 6-12 месяцев
*в 16-24 месяцев
в 28-30 месяцев
в 30-36 месяцев
в 40-46 месяцев

ВАРИАНТОМ СМЫКАНИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ В НОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

*фиссурно-бугорковое смыкание (по I классу)
бугровое
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 VIV / VIV зубов
прямой с мезиальной степенью или без нее у VIV / VIV зубов
дистальный с расположением VIV / VIV в одной плоскости
мезиальный с мезиальной степенью между VIV / VIV зубов
дистальный с дистальной степенью между VIV / VIV зубов

II ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ПРИКУСА ПРОИСХОДИТ

в 3-4 года
*в 6-8 лет
в 9-10 лет
в 10-12 лет
в 12-14 лет

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИРОТОВЫХ И ОКОЛОРОТОВЫХ МЫШЦ НА УСТАНОВЛЕНИЕ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ В ПРИКУСЕ

проявляется существенно
проявляется не существенно
не имеет значения
*проявляется очень существенно
проявляется существенно до определенного возраста

ЗАЧАТКИ ЗУБОВ ВНУТРИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПЕРЕМЕЩАЮТСЯ
только в мезиальном направлении
только в буккальном направлении
только в окклюзионном направлении
*во всех трех направлениях
в дистальном направлении

III ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ПРИКУСА ПРОИСХОДИТ
в 3-4 года
в 6-7 лет
*в 9-11 лет
в 10-12 лет
в 12-13 лет

ШОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У РЕБЕНКА ОКОСТЕНЕВАЕТ
к 6 месяцам
*после первого года жизни
после второго года жизни
после третьего года жизни
к 5 годам

СРЕДИННЫЙ НЕБНЫЙ ШОВ ОКОСТЕНЕВАЕТ
после первого года жизни
к 6 годам
к 14 годам
к 18 годам
*после 20 лет, к 24-25 годам

У РЕБЕНКА ИНФАНТИЛЬНЫЙ ТИП ГЛОТАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ
до 1 года
*до 1.5-2 лет
до 3-6 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
в 15-18 лет

У РЕБЕНКА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ СОМАТИЧЕСКИЙ ТИП ГЛОТАНИЯ В ВОЗРАСТЕ
1 года
*3-4 лет
5-6 лет
8-10 лет
после 10 лет

ВРЕМЕННЫЙ ПРИКУС ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
до 1 года
до 2 лет

*до 3 лет
до 4 лет
до 5 лет

ВРЕМЕННЫЙ ПРИКУС СЧИТАЕТСЯ СФОРМИРОВАННЫМ

от 1 года до 3 лет
*от 3 до 5 лет
от 6 до 9 лет
от 9 до 11 лет
от 11 до 13 лет

НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД СМЕШАННОГО ПРИКУСА СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

от 1 года до 3 лет
от 3 до 6 лет
*от 6 до 9 лет
от 9 до 12 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
после 15 лет

ПОСТОЯННЫЙ ПРИКУС ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

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

У ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ПРИКУСА ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ

3-4 лет
6-12 лет
12-15 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
после 25 лет

ФОРМИРОВАНИЕ ВЕРХУШЕК КОРНЕЙ РЕЗЦОВ И ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

7-8 лет
8-9 лет
*9-10 лет

10-11 лет

11-12 лет

ФОРМИРОВАНИЕ ВЕРХУШЕК КОРНЕЙ ПЕРВЫХ ПРЕМОЛЯРОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

*11-12 лет

12-13 лет

13-14 лет

14-15 лет

15-16 лет

ФОРМИРОВАНИЕ ВЕРХУШЕК КОРНЕЙ ВТОРЫХ ПРЕМОЛЯРОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

11-12 лет

*12-13 лет

13-14 лет

14-15 лет

15-16 лет

ФОРМИРОВАНИЕ ВЕРХУШЕК КОРНЕЙ КЛЫКОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

11-12 лет

12-13 лет

13-14 лет

*14-15 лет

15-16 лет

ФОРМИРОВАНИЕ ВЕРХУШЕК КОРНЕЙ ВТОРЫХ МОЛЯРОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

11-12 лет

12-13 лет

13-14 лет

14-15 лет

*15-16 лет

ФОРМИРОВАНИЕ ВЕРХУШЕК КОРНЕЙ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

9-12 лет

12-15 лет

15-18 лет

18-21 год

*21-24 года

«ДИАГНОСТИКА В ОРТОДОНТИИ»

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АСИММЕТРИИ ЗУБНЫХ ДУГ МОЖНО ПРОВЕСТИ ПО МЕТОДИКЕ

Нансе

Герлаха

Шварца

Фуса

*Хорошилкиной

ПЛОЩАДЬ НЕБА ИЗУЧАЮТ ПО МЕТОДИКЕ

*Коркзаузе

Снагиной

Хауса

Герлаха

Шмута

ВЕЛИЧИНУ МОЛОЧНЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ СОПОСТАВЛЯЮТ

*по методике Мичиганского университета

по Миргазизову

по Долгополовой

по Герлаху

по Шварцу

НЕДОСТАТОК МЕСТА ДЛЯ НЕПРАВИЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ
ВЫЯВЛЯЮТ

*по размеру зуба и места для него в зубной дуге

по Нансе

по Миргазизову

по методике Мичиганского университета

по данным рентгенографии

РЕНТГЕНОГРАФИЮ КИСТЕЙ РУК ДЕЛАЮТ

для уточнения сроков окостенения

*для прогноза роста челюстей

для сопоставления костного и зубного возраста

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

форму и размер суставного диска

ОРТОПАНТОГРАММЫ ЧЕЛЮСТЕЙ ДЕЛАЮТ

*для определения количества и расположения зубов

для изучения строения лицевого отдела черепа

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 Шулера

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

для уточнения костного и зубного возраста

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

отклонения в развитии шейного отдела позвоночника

НА АКСИАЛЬНЫХ ТРГ ГОЛОВЫ ВОЗМОЖНО ВЫЯВИТЬ

количество и положение зубов

*асимметрию развития черепа

динамику роста челюстей

отклонения в развитии шейного отдела позвоночника

костный возраст

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭВМ ДЛЯ АНАЛИЗА ТРГ ГОЛОВЫ ВОЗМОЖНО

ускорить расшифровку ТРГ

расширить возможности анализа

*сделать компьютерную диагностику

прогнозировать отдаленные результаты лечения

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

ни в чем из перечисленного

ПРЕИМУЩЕСТВА РЕНТГЕНОКИНЕМАТОГРАФИИ ПО СРАВНЕНИЮ С ОБЫЧНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИЕЙ СОСТОЯТ

в ускорении исследования

*в динамическом изучении

в удешевлении всего процесса

в уменьшении лучевой нагрузки

ни в чем из перечисленного

ПЕРИОДАМИ РАЗВИТИЯ КЛАССИФИКАЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

доэнглевский

Энглевский

Шварцевский

Симоновский

*все перечисленные периоды

ОДНИМ ИЗ АВТОРОВ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Энгль

Ильина - Маркосян

Симон

Шварц

*Андрезен

ОДНИМ ИЗ АВТОРОВ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Энгль

Штернфельд

*Катц

Бетельман

Андрезен

ОДНИМ ИЗ АВТОРОВ КРАНИОМЕТРИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Энгль

Симон

*Шварц

Курляндский

Ильина - Маркосян

ОДНИМ ИЗ АВТОРОВ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Энгль

Катц

*Конторович - Коркхаузе - Шварц

Калвелис

Курляндский

В ОСНОВЕ ПОСТРОЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО
ДИАГНОЗА ЛЕЖИТ

*характер смыкания зубных рядов

этиология зубочелюстных аномалий

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

сопутствующие стоматологические 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

на уточнении характера эстетических нарушений

СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО

выявлением характера смыкания сегментов зубных дуг

*определением вида прикуса

локализацией зон морфологических отклонений в строении зубочелюстной системы

определением функциональных и эстетических нарушений

характеристикой строения лицевого отдела черепа

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

достаточно по характеристике диагноза

требуется дополнительного изучения по специальным методикам

не требует дополнительного изучения по специальным методикам

возможно на основании рентгенологических исследований

*возможно на основании биометрических исследований

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

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

на основании симптоматического, топоико-морфометрического, этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных и эстетических нарушений

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 разработки организационных мероприятий

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТРУДНОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЗВЕСТНЫ МЕТОДИКИ

Зиберта

Айзмана

*Зиберта - Малыгина

Шварца

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 научной организации труда

ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ОБЪЕМА И СРОКА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУЩЕСТВУЮТ МЕТОДИКИ

Зиберта - Малыгина

*Малыгина - Белого

Айзмана

Хорошилкиной

Токаревича

ОБЪЕМ И СРОКИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСЯТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

от времени лечения в месяцах
от количества посещений больным врача
от степени трудности лечения
от количества трудовых единиц
*от комплекса перечисленных факторов

СТЕПЕНЬ ТРУДНОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАХОДЯТСЯ В СЛЕДУЮЩЕЙ ЗАВИСИМОСТИ

*эффективность прямо зависит от степени трудности
эффективность обратно зависит от степени трудности
эффективность не зависит от степени трудности
эффективность больше зависит от продолжительности лечения
эффективность зависит от удаления отдельных зубов

СТЕПЕНЬ ТРУДНОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ

находятся в прямой сильной зависимости
находятся в обратной сильной зависимости
не зависят друг от друга
обратно зависят друг от друга при определенных обстоятельствах
*прямо зависят друг от друга при учете количества посещений

СТЕПЕНЬ ТРУДНОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОБЪЕМ

находятся в прямой сильной зависимости
находятся в обратной сильной зависимости
*прямо сильно зависят без учета продолжительности лечения
обратно сильно зависят с учетом продолжительности лечения
не зависят друг от друга

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ

*находятся в прямой сильной зависимости
находятся в обратной сильной зависимости
не зависят друг от друга
зависят от удаления отдельных зубов
зависят от других причин

МЕТОДИКА МАЛЫГИНА - БЕЛОГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

*для ортодонтического лечения
для хирургического лечения
для комплексного лечения
для протетического лечения
для сочетанного лечения

ПРИ ИЗУЧЕНИИ ОБЪЕМА И СРОКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА ДОПОЛНИТЕЛЬНО ТРЕБУЕТСЯ

таблица Малыгина - Белого
ортопланимер

*таблица Токаревича
расчетная таблица Пона - Линдер - Харта - Коркхаузе - Шварца
ничего из перечисленного

ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

ортодонтический симптоматический диагноз и характеристика других заболеваний
топико-морфометрический диагноз с добавлением характеристики функциональных и эстетических нарушений

окончательный ортодонтический диагноз и характеристика других стоматологических заболеваний

*заключительный ортодонтический, стоматологический диагнозы с характеристикой заболеваний других органов и систем организма
описание местных и общих нарушений в организма

К АНОМАЛИИ ПРИКУСА ПРИВОДЯТ

аномалии положения зубов

зубоальвеолярные нарушения

зубочелюстные аномалии

*все перечисленные отклонения

ЗУБО-АЛЬВЕОЛЯРНЫЕ РАЗНОВИДНОСТИ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА ХАРАКТЕРИЗУЕТ

соотношение зубных дуг

положение зубов

топография зубов

*топография зубов, зубных рядов и альвеолярных дуг

топография челюстей

ГНАТИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА ХАРАКТЕРИЗУЕТ

соотношение зубных дуг

топография альвеолярных дуг

*топография и размеры челюстных костей

топография других лицевых костей

размер и положение зубов

СКЕЛЕТНЫЕ РАЗНОВИДНОСТИ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА ХАРАКТЕРИЗУЕТ

соотношение зубных дуг

топография альвеолярных дуг

топография челюстных дуг

*топография пограничных костей лицевого отдела черепа

топография мозговых костей черепа

НА ТОПОГРАФИЮ ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА ВЛИЯЕТ

размер частей

положение частей

*размер и местоположение частей

ИЗУЧАЕМАЯ СТРУКТУРА ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА ПО СВОЕМУ РАЗМЕРУ ИМЕЕТ

1 значение

2 значения

- *3 значения
- 4 значения
- 5 и более значений

ИЗУЧАЕМАЯ СТРУКТУРА ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА ПО СВОЕМУ МЕСТОПОЛОЖЕНИЮ ИМЕЕТ

- 1 значение
- 2 значения
- *3 значения
- 4 значения
- 5 и более значений

ИНКЛИНАЦИЯ СТРУКТУРЫ

- является самостоятельным нарушением
- не является самостоятельным нарушением
- иногда является самостоятельным нарушением
- является комбинированным, самостоятельным нарушением
- *является комбинированным, несамостоятельным нарушением

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- челюсти
- верхнюю часть лицевого отдела черепа
- *нижнюю часть лицевого отдела черепа
- зубо-альвеолярные дуги челюстей
- пограничные кости лицевого скелета

"КЛЮЧ ОККЛЮЗИИ" ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- всегда соотношением шестых зубов
- всегда соотношением пятых временных зубов
- всегда соотношением клыков
- *часто соотношением пятых временных зубов
- иногда соотношением шестых зубов

СООТНОШЕНИЕ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ МОЖЕТ НАРУШИТЬ

- размер временных моляров
- *разница в размерах между нижними и верхними временными молярами
- отсутствие трем между зубами
- наличие трем между временными зубами
- отсутствие стираемости временных зубов

ПЕРВЫЕ ПОСТОЯННЫЕ МОЛЯРЫ ПО I КЛАССУ ЭНГЛЯ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ

- в 6 лет
- в 7-8 лет
- в 12 лет
- после 12 лет
- *в зависимости от варианта физиологического формирования прикуса

КОРРЕКЦИЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ МОЖЕТ ПРОИСХОДИТЬ

- при I физиологическом повышении прикуса
- *при II физиологическом повышении прикуса
- при III физиологическом повышении прикуса

при IV физиологическом повышении прикуса
при V физиологическом повышении прикуса

УКАЖИТЕ ОТЛИЧИЕ МЕЖДУ ОРТОГНАТИЧЕСКИМ И НЕЙТРАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ

ортогнатический прикус можно назвать нейтральным

нейтральный прикус нельзя назвать ортогнатическим

нейтральный прикус можно назвать ортогнатическим

*при нейтральном прикусе имеются любые отклонения в положении передних зубов

при нейтральном прикусе имеются отклонения в положении боковых зубов

ОТЛИЧИЕМ МЕЖДУ САГИТТАЛЬНЫМИ АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА И ОРТОГНАТИЧЕСКИМИ ЯВЛЯЕТСЯ

*соотношение всех боковых зубов

соотношение передних зубов

соотношение первых постоянных моляров

соотношение клыков

ничего из перечисленного

ВИД ПРИКУСА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ПО СООТНОШЕНИЮ

первых постоянных моляров

шестых зубов и клыков

шестых сегментных зубных дуг

*зубных рядов в трех взаимно перпендикулярных направлениях

передних зубов

ОТЛИЧИЕ МЕЖДУ САГИТТАЛЬНЫМИ АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА СОСТОИТ В НАРУШЕНИИ КОНТАКТОВ

между шестыми зубами

между клыками

между резцами

*боковых зубов

передних зубов

ДИСТАЛЬНЫЙ ПРИКУС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ КОНТАКТОВ

шестых зубов по III классу Энгля

клыков по III классу Энгля

*боковых зубов по II классу Энгля

передних зубов по I классу Энгля

боковых зубов по I классу Энгля

МЕЗИАЛЬНЫЙ ПРИКУС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ КОНТАКТОВ

шестых зубов по III классу Энгля

клыков по III классу Энгля

*боковых зубов по III классу Энгля

передних зубов по III классу Энгля

боковых зубов по I классу Энгля

ПРЯМОЙ ПРИКУС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

нарушением контактов боковых зубов

нарушением контактов передних зубов

нарушением контактов всех зубов

*укорочением овала верхней зубной дуги
укорочением овала нижней зубной дуги

ГЛУБОКОЕ РЕЗЦОВОЕ ПЕРЕКРЫТИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

нарушением контактов боковых зубов
нарушением контактов передних зубов
нарушением контактов всех зубов
*укорочением овала нижней зубной дуги
укорочением овала верхней зубной дуги

ДЕЗОККЛЮЗИЯ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

нарушением контактов передних зубов
нарушением контактов боковых зубов
*отсутствием контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели
отсутствием контактов большинства зубов с появлением сагиттальной щели

ГЛУБОКИЙ ПРИКУС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

нарушением контактов передних зубов
нарушением контактов боковых зубов
нарушением контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели
*отсутствием контактов между передними зубами с наличием сагиттальной щели

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЕ ОТЛИЧИЕ МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ РАЗНОВИДНОСТЯМИ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО

*глубокое резцовое перекрытие является состоянием физиологическим
глубокое резцовое перекрытие является состоянием патологическим
глубокий снижающий прикус является состоянием патологическим
глубокий снижающий прикус является состоянием физиологическим
глубокий травмирующий прикус является состоянием физиологическим

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ В САГИТТАЛЬНОМ И ВЕРТИКАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИЯХ, НАХОДЯТСЯ В ПРЕДЕЛАХ

+0.5-1 мм
+1.5 мм
*+2 мм
+3 мм
+4 мм и более

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКОЙ ГЛУБИНЫ ФРОНТАЛЬНОГО ПЕРЕКРЫТИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОГО НАРУШЕНИЕМ В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

*глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не влияет на высоту нижней части лица
глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица
глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица
глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица

высота нижней части лица не имеет дифференциально диагностического значения при определении зоны нарушения

ПРИ ВЕСТИБУЛО-ПЕРЕКРЕСТНОМ ПРИКУСЕ

верхние боковые зубы перекрывают нижние

*нижние боковые зубы перекрывают верхние

верхние и нижние боковые зубы находятся в бугровых контактах

все верхние зубы перекрывают нижние

все нижние зубы перекрывают верхние

ПРИ ЛИНГВО-ПЕРЕКРЕСТНОМ ПРИКУСЕ

нижние боковые зубы полностью перекрывают верхние

*верхние боковые зубы полностью перекрывают нижние

верхние боковые зубы и нижние находятся в бугорковых контактах

все верхние зубы перекрывают нижние

все нижние зубы перекрывают верхние

"КОСОЙ" ПЕРЕКРЕСТНЫЙ ПРИКУС ЯВЛЯЕТСЯ

односторонним вестибуло-перекрестным

односторонним лингво-перекрестным

двусторонним лингво-перекрестным

двусторонним вестибуло-перекрестным

*двусторонним лингво-вестибуло-перекрестным

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИКУСА ДАЕТСЯ

в одной плоскости

в двух плоскостях

в трех плоскостях

в одной плоскости, но с учетом передних и боковых сегментов

*в нескольких плоскостях и с описанием контактов передних и боковых сегментов

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СМЕЩЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ НЕСОВПАДЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЛИНИИ

между зубами

лица и зубов

лица и верхнего зубного ряда

лица и нижнего зубного ряда

*лица и нижней челюсти

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЛУБИНЫ ФРОНТАЛЬНОГО ПЕРЕКРЫТИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОГО НАРУШЕНИЕМ В ОБЛАСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ

глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не влияет на высоту нижней части лица

глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица

*глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица

глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица

высота нижней части лица не имеет дифференциально диагностического значения при определении зоны нарушения

НЕЙТРАЛЬНЫЙ ПРИКУС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ КОНТАКТОВ

шестых зубов по I классу Энгля

шестых зубов по II классу Энгля

шестых зубов по III классу Энгля

*передних зубов по I классу Энгля

передних зубов по II классу Энгля

ВИД ПРИКУСА ОПРЕДЕЛЯЕТ

соотношение отдельных зубов

соотношение зубных рядов в состоянии физиологического покоя

смыкание зубных рядов в состоянии центральной окклюзии

*смыкание зубных рядов в состоянии привычной окклюзии

смыкание зубных рядов в положении передней окклюзии

ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

устранение морфологических нарушений

устранение функциональных нарушений

устранение эстетических нарушений

*создание морфологического, эстетического и функционального оптимума в зубочелюстной системе

устранение функциональных и эстетических нарушений

ТИП ПРИКУСА ЧЕЛОВЕКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

по характеру соотношения резцов

по характеру соотношения клыков

по характеру соотношения премоляров

по характеру соотношения моляров

*по нескольким ориентирам

СУЩЕСТВУЕТ

2 типа лица человека

3 типа лица человека

4 типа лица человека

5 типов лица человека

*более 5 типов лица человека

САГИТТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ МЕЖДУ РЕЗЦАМИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

от вестибулярной поверхности верхних резцов до язычной поверхности нижних

от вестибулярной поверхности верхних резцов до вестибулярной поверхности нижних

*от язычной поверхности верхних резцов до вестибулярной поверхности нижних

от язычной поверхности верхних резцов до язычной поверхности нижних

измерить невозможно

ВЕРТИКАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ МЕЖДУ РЕЗЦАМИ ИЗМЕРЯЕТСЯ

*от режущего края верхних резцов до режущего края нижних

от бугорков верхних резцов до режущего края нижних

от бугорков верхних резцов до бугорков нижних резцов

от пришеечной части верхних резцов до режущего края нижних

от режущего края верхних резцов до пришеечной части нижних

ИЗУЧИТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО САГИТТАЛИ ПОЗВОЛЯЕТ МЕТОДИКА

Пона
Линдера - Харта
*Коркхауза
Снагиной
Герлаха

ИЗУЧИТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО ТРАНСВЕРСАЛИ
ПОЗВОЛЯЕТ МЕТОДИКА

*Пона
Герлаха
Коркхауза
Изара
Фуса

ВЫЯВИТЬ МЕЗИАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ НА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ
МОДЕЛЯХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ МЕТОДИКА

Пона
*Шмута
Изара
Снагиной
Фриеля

ВЫЯВИТЬ УКОРОЧЕНИЕ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА НА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ
МОДЕЛЯХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ МЕТОДИКА

Герлаха
*Коркхауза
Хауса
Пона
Снагиной

ИЗМЕРИТЕЛЬНЫМ ТОЧКАМ ПО МЕТОДИКЕ ПОНА НА МОЛЯРАХ ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВУЕТ

середина межбугровой фиссуры
*переднее углубление межбугровой фиссуры
передний щечный бугор
задний щечный бугор
небные поверхности

ИЗМЕРИТЕЛЬНЫМ ТОЧКАМ ПО МЕТОДИКЕ ПОНА НА МОЛЯРАХ НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВУЕТ

середина межбугровой фиссуры
переднее углубление межбугровой фиссуры
*передний щечный бугор
задний щечный бугор
небные поверхности

ИЗМЕРИТЕЛЬНЫМ ТОЧКАМ ПО МЕТОДИКЕ ПОНА НА ПРЕМОЛЯРАХ ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВУЕТ

*середина межбугровой фиссуры
щечный бугор
дистальный скат щечного бугра
мезиальный скат щечного бугра

язычный бугор

ИЗМЕРИТЕЛЬНЫМ ТОЧКАМ ПО МЕТОДИКЕ ПОНА НА ПРЕМОЛЯРАХ НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВУЕТ

середина межбугровой фиссуры

щечный бугор

*дистальный скат щечного бугра

мезиальный скат щечного бугра

язычный бугор

ШИРИНУ ЛИЦА ИЗУЧАЮТ ПО МЕТОДИКЕ

Фуса

*Изара

Фриеля

Нанса

Пона

ДЛИНУ ЗУБНОЙ ДУГИ ПО ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ ИЗУЧАЮТ ПО
МЕТОДИКЕ

Шварца

Коркхауза

*Нанса

Пона

ВЫЯВЛЕНИЮ УКРОЧЕНИЯ БОКОВЫХ СЕГМЕНТОВ ЗУБНОЙ ДУГИ ПОЗВОЛЯЕТ
МЕТОДИКА

*Герлаха

Нанса

Снагиной

Пона

Фриеля

ВЫЯВИТЬ МАКРОДЕНТИЮ ПОЗВОЛЯЕТ МЕТОДИКА

Фуса

*Герлаха

Фриеля

Хорошилкиной

Пона

ВЫЯВИТЬ ОДНОСТОРОННЕЕ СМЕЩЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ ПОЗВОЛЯЕТ
МЕТОДИКА

*Хорошилкиной

Пона

Хауса

Нанса

Снагиной

ИНДЕКС ФАСЦИАЛЬНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ, РАВНЫЙ 96-100, ОПРЕДЕЛЯЕТ
очень узкое лицо

узкое лицо

*среднее лицо

широкое лицо

очень широкое лицо

ШИРИНА АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МЕЖДУ ТОЧКАМИ, РАСПОЛОЖЕННЫМИ В ОБЛАСТИ

проекции корней моляров
проекции корней премоляров
проекции корней клыков
*собачьих ямок
определить невозможно

ШИРИНА АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МЕЖДУ ТОЧКАМИ, РАСПОЛОЖЕННЫМИ В ОБЛАСТИ

проекции корней моляров
проекции корней премоляров
у десневого края клыков
*между проекциями корней клыков и первых премоляров, отступая 8 мм от десневого края
определить невозможно

ДЛИНА АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МЕЖДУ КАСАТЕЛЬНОЙ К ДИСТАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ

6*6 до режущего края 1*1 по средней линии
*6*6 до межзубного сосочка между 1*1 по средней линии
7*7 до межзубного сосочка между 1*1 по средней линии
7*7 до режущего края 1*1
определить невозможно

ДЛИНА АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МЕЖДУ КАСАТЕЛЬНОЙ К ДИСТАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ

*6*6 до режущего края 1*1 по средней линии
6*6 до межзубного сосочка между 1*1 по средней линии
7*7 до режущего края 1*1 по средней линии
7*7 до межзубного сосочка между 1*1 по средней линии
определить невозможно

ДЛИНА АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА ОТ СУММЫ МЕЗИОДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ 12 ЗУБОВ СОСТАВЛЯЕТ

20%
30%
*40%
50%
60%

ОРБИТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ НА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЯХ СООТВЕТСТВУЕТ ЛИНИЯ,

проходящая через вершину резцового сосочка
*проходящая через задний край резцового сосочка
соединяющая точки Фриеля на премолярах
проходящая через передний край резцового сосочка
соединяющая моляры

ОРБИТАЛЬНАЯ ПЛОСКОСТЬ В НОРМЕ ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ

боковые резцы
*клыки
первые премоляры
вторые премоляры
первые моляры

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ИССЛЕДУЮТ

близкофокусной внутриротовой рентгенографией
ортопантомографией челюстей
панорамной рентгенографией
телерентгенографией
*рентгенокинематографией

ШИРИНА АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА ОТ СУММЫ МЕЗИОДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ 12 ЗУБОВ СОСТАВЛЯЕТ

20%
30%
*40%
50%
60%

РЕНТГЕНОВСКАЯ ТРУБКА ПРИ ВНУТРИРОВОЙ БЛИЗКОФОКУСНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ РАСПОЛОЖЕНА

перпендикулярно оси снимаемого зуба
перпендикулярно рентгеновской пленке
*перпендикулярно биссектрисе угла, образованного осью зуба и пленкой
параллельно окклюзионной плоскости
любым образом

ПРИ ВНУТРИРОВОЙ БЛИЗКОФОКУСНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ РЕНТГЕНОВСКАЯ ТРУБКА НАПРАВЛЯЕТСЯ НА ПРОЕКЦИЮ

коронки зуба
верхушки корня зуба
*середины корня зуба
1/3 корня зуба
не имеет значения

ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПАНОРАМНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПЛЕНКА РАСПОЛОЖЕНА

в полости рта неподвижно
*вне полости рта неподвижно
вне полости рта подвижно
любым образом
в полости рта подвижно

ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПАНОРАМНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ РЕНТГЕНОВСКАЯ ТРУБКА РАСПОЛОЖЕНА

*в полости рта неподвижно
вне полости рта неподвижно
вне полости рта подвижно
в полости рта подвижно

любым образом

ВО ВРЕМЯ ОРТОПАНТОМОГРАФИИ ЧЕЛЮСТЕЙ ПЛЕНКА РАСПОЛОЖЕНА
в полости рта неподвижно
в полости рта подвижно
вне полости рта неподвижно
*вне полости рта подвижно
любым образом

ВО ВРЕМЯ ОРТОПАНТОМОГРАФИИ ЧЕЛЮСТЕЙ РЕНТГЕНОВСКАЯ ТРУБКА
РАСПОЛАГАЕТСЯ
в полости рта неподвижно
в полости рта подвижно
вне полости рта неподвижно
*вне полости рта подвижно
любым образом

ПРИ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИИ ГОЛОВЫ РЕНТГЕНОВСКАЯ ТРУБКА
РАСПОЛОЖЕНА ОТ ИССЛЕДУЕМОГО ОБЪЕКТА НА РАССТОЯНИИ
50 см
1 м
*1.5 м
2-3 м
4-5 м

ОРТОПАНТОМОГРАФИЮ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ
в краевом смыкании резцов
при выдвигании нижней челюсти до соотношения 6!6/6!6 по I классу Энгля
*при привычной окклюзии
в состоянии физиологического покоя
при любом смыкании челюстей

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СМЕЩЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СТОРОНУ НЕОБХОДИМО
ПРИМЕНЯТЬ
жевательные пробы по Рубинову
пробу Битнера - Эйшлера
*пробу Ильиной - Маркосян
глотательные пробы
любую пробу из перечисленных

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СМЕЩЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВПЕРЕД НЕОБХОДИМО
ПРИМЕНЯТЬ
жевательные пробы по Рубинову
*пробу Битнера - Эйшлера
пробу Ильиной - Маркосян
глотательные пробы
любую пробу из перечисленных

ГЛУБИНУ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА ИЗМЕРЯЮТ
от режущего края резцов до переходной складки
от вершины межзубных сосочков до переходной складки
*от десневого края резцов до переходной складки

от экватора резцов до переходной складки
любым способом

«ЛЕЧЕНИЕ В ОРТОДОНТИИ»

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

не припаивают (перемещение проводится без крючков)

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

припаивают на вестибулярной и небной поверхности

место припаивания не имеет значения

не припаивают (перемещение проводится без крючков)

ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СМЕЩЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СТОРОНУ ШАПОЧКУ С
ПОДБОРОДОЧНОЙ ПРАЦЕЙ И ВНЕРОТОВОЙ РЕЗИНОВОЙ ТЯГОЙ

можно применять с вертикальной тягой

можно применять с горизонтальной тягой

можно применять с косой тягой

можно применять с любой тягой

*применять не рекомендуется

АСИММЕТРИЯ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПЕРЕКРЕСТНОГО
ПРИКУСА УСИЛИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

3-6 лет

*6-7 лет

10-11 лет

15-16 лет

после 20 лет

ПРИ НОШЕНИИ БИОНАТОРА ВЕЛИЧИНА РАЗОБЩЕНИЯ В ПЕРЕДНЕМ УЧАСТКЕ
без разобщения

*составляет 2-3 мм

составляет до 5 мм

составляет более 5 мм

не имеет значения

ПРИМЕНЕНИЕ БИОНАТОРА ПОКАЗАНО

во временном прикусе

*в раннем смешанном прикусе

в позднем смешанном прикусе

в постоянном прикусе

в любом периоде формирования прикуса

ПРИМЕНЕНИЕ РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИИ I ТИПА ПОКАЗАНО

при дистальном блокирующем прикусе

*при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти

при мезиальном прикусе

при перекрестном 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

при открытом 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

не имеют существенного значения

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

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

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

отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках

не имеют существенного значения

У РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИИ I ТИПА ПЕЛОТЫ

изготавливаются в области верхней губы

*изготавливаются в области нижней губы

изготавливаются в области верхней и 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

применяются в зависимости от возраста ребенка

У РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИИ III ТИПА ПЕЛОТЫ

*изготавливаются в области верхней губы

изготавливаются в области нижней 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

отсутствие выдвижения нижней челюсти

ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИИ III ТИПА ОСОБЕННОСТЬЮ КОНСТРУКТИВНОГО ПРИКУСА ЯВЛЯЕТСЯ

смещение нижней челюсти назад до соотношения 6!6/6!6 по I классу Энгля

смещение нижней челюсти до краевого смыкания резцов

*максимальное смещение нижней челюсти назад

отсутствие смещения нижней челюсти

не имеет существенного значения

У РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИИ I ТИПА НЕБНЫЙ БЮГЕЛЬ

проходит впереди 5*5

*проходит впереди 6*6

проходит позади 6*6

прохождение небного бюгеля не имеет значения

не применяется

У РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИИ III ТИПА НЕБНЫЙ БЮГЕЛЬ

проходит впереди 5*5

проходит впереди 6*6

*проходит позади 6*6

прохождение небного бюгеля не имеет значения

не применяется

РАЗНОВИДНОСТИ РЕГУЛЯТОРОВ ФУНКЦИИ I ТИПА ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ II ТИПА

разным расположением губных пелотов

*введением небной дуги

отсутствием вестибулярной дуги

различным расположением небного бюгеля

ничем из перечисленного

ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ВЕРХНЕГУБНЫХ ПЕЛОТОВ ПРОХОДИТ
на уровне прикрепления уздечки верхней губы
не доходя до основания носа
*доходя до основания носа
выше уровня основания носа
вариабельно

ПЕРЕДНЯЯ ГРАНИЦА БОКОВЫХ ЩИТОВ У РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИИ ПРОХОДИТ
между боковыми резцами и клыками
*между клыками и первыми премолярами
между первыми и вторыми 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
вариабельно

ГРАНИЦЫ ОПОРНЫХ КОЛЕЦ ИЛИ КОРОНОК НА КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА
проходят на $\frac{1}{3}$ коронки зуба
проходят на $\frac{1}{2}$ коронки зуба
*доходят до клинической шейки зуба
доходят до анатомической 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
зависит от вида прикуса

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
зависит от вида прикуса

НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ШТАНГИ ДЛЯ ДИСТАЛЬНОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ КЛЫКОВ
находится ниже режущего бугра
*находится на уровне режущего бугра
находится выше уровня режущего бугра
не имеет значения
зависит от вида прикуса

ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ШТАНГИ ДЛЯ ДИСТАЛЬНОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ КЛЫКОВ
находится на уровне десневого края

не доходит до десневого края на $\frac{1}{3}$ высоты коронки
находится на уровне проекции $\frac{1}{3}$ величины корня
находится на уровне проекции $\frac{1}{2}$ величины корня
*находится на уровне проекции вершины корня у переходной складки

МЕСТО ПРИПАИВАНИЯ ШТАНГИ ДЛЯ МЕДИАЛЬНОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ РЕЗЦОВ

*находится ближе к медиальной поверхности коронки
находится ближе к латеральной 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
не имеет значения

ДЛЯ УДЛИНЕНИЯ 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
не имеет значения

ДЛЯ УКРОЧЕНИЯ 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
не имеет значения

МЕСТО ПРИПАИВАНИЯ КРЮЧКОВ ИЛИ ШТАНГ НА СКОЛЬЗЯЩЕЙ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДУГЕ НАХОДИТСЯ

в области боковых резцов
у мезиальной поверхности клыков
*у дистальной поверхности клыков
в области первых премоляров
в области вторых премоляров

МЕСТО ПРИПАИВАНИЯ КРЮЧКОВ ИЛИ ШТАНГ НА ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩЕЙ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДУГЕ НАХОДИТСЯ

в области боковых резцов
у мезиальной поверхности клыков
у дистальной поверхности клыков
в области первых премоляров
*в области вторых премоляров

УРОВЕНЬ ПРИПАИВАНИЯ П-ОБРАЗНЫХ КРЮЧКОВ НА КОЛЬЦАХ С НЕБНОЙ СТОРОНЫ

проходит у режущего корня

проходит посередине кольца
*проходит на 2 мм ниже десневого края кольца
не имеет значения
крючки не припаивают с небной стороны

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА ХЕРБСТА - КОЖОКАРУ ЯВЛЯЕТСЯ
дистальный прикус
мезиальный прикус
глубокий прикус
*открытый прикус
перекрестный прикус

ДЕЙСТВИЕ АППАРАТА ХЕРБСТА - КОЖОКАРУ НАПРАВЛЕНО
на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти
на зубоальвеолярное вытяжение боковых зубов верхней челюсти
на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти
на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов нижней челюсти
*на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти, на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти

АППАРАТ ГЕРЛИНГА - ГАШИМОВА ПРИМЕНЯЕТСЯ
при резком сужении зубного ряда
при макродентии
*для дистального перемещения боковых зубов
для поворота зубов по оси
для вертикального вытяжения зубов

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА ДЕРИХСВАЙЛЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
укорочение зубной дуги
удлинение зубной дуги
*резкое сужение зубного ряда верхней челюсти
резкое сужение зубного ряда нижней челюсти
мезиальное смещение боковых зубов

ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА КОРОНКИ КАТЦА С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПОВЕРХНОСТИ
доходит до анатомической шейки зуба
доходит до клинической шейки зуба
*проходит, отступая от десневого края на 2-3 мм
доходит до середины коронки зуба
не имеет значения

АКТИВАТОР АНДРЕЗЕНА - ГОЙПЛЯ ОТНОСИТСЯ
к механически-действующим аппаратам
к функционально-действующим аппаратам
*к функционально-направляющим аппаратам
к внеротовым аппаратам
к блоковым аппаратам сочетанного действия

АКТИВАТОР АНДРЕЗЕНА - ГОЙПЛЯ ДЕЙСТВУЕТ
в сагиттальной плоскости
в трансверсальной плоскости
в вертикальной плоскости

*в 3 плоскостях
в 2 плоскостях

ПРИ НОШЕНИИ АКТИВАТОРА РАЗОБЩЕНИЕ В БОКОВЫХ УЧАСТКАХ
СОСТАВЛЯЕТ

1-2 мм
3-4 мм
*5-6 мм
до 10 мм
разобшение не нужно

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ КОНСТРУКТИВНОГО ПРИКУСА ДЛЯ АКТИВАТОРА НИЖНЯЯ
ЧЕЛЮСТЬ ВЫДВИГАЕТСЯ ВПЕРЕД

на 2-3 мм
*на 5 мм
на 7 мм
на 10 мм
в краевое смыкание

КРОНШТЕЙНЫ ДЛЯ ФИКСАЦИИ НИЖНЕГУБНЫХ ПЕЛОТОВ ВВОДЯТСЯ

в переднем участке нижней челюсти
в боковых участках нижней челюсти
в переднем участке верхней челюсти
*в боковых участках верхней челюсти
не имеет значение

НИЖНЯЯ ГРАНИЦА НИЖНЕГУБНЫХ ПЕЛОТОВ

проходит выше супраментальной складки
проходит на уровне супраментальной складки
*проходит ниже уровня супраментальной складки
не имеет значения
зависит от выраженности дистального прикуса

ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКТИВАТОРОМ АНДРЕЗЕНА - ГОЙПЛЯ НОРМАЛИЗУЮТСЯ
ФУНКЦИИ

жевания
глотания
речи
*все перечисленные
дыхания

ЛЕЧЕНИЕ АКТИВАТОРОМ АНДРЕЗЕНА - ГОЙПЛЯ ЛУЧШЕ ПРОВОДИТЬ В
ВОЗРАСТЕ

4-5 лет
*6-7 лет
9-10 лет
11-12 лет
в любом из перечисленных возрастов

ПРИ ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА УДАЛЕНИЕ ЗАЧАТКОВ

8*8 ПОКАЗАНО В ВОЗРАСТЕ
10 лет

12-14 лет

*16 лет

18 лет

20 лет

ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА ЗАЧАТКИ 8*8
НЕОБХОДИМО УДАЛЯТЬ

при нарушении функции дыхания

при нарушении функции глотания

при адентии 8*8

при неправильном наклоне осей 8*8

*при недостатке места для 8*8

ПОКАЗАНИЕМ К ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОМУ УДАЛЕНИЮ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ
ЯВЛЯЕТСЯ

кариозное разрушение коронок зубов

*макродентия

сагиттальная щель

протрузия резцов

открытый прикус

ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ БИОНАТОРА ЯНСОНА ЯВЛЯЕТСЯ

резкое сужение верхней челюсти

ретрузия передних зубов на верхней челюсти

мезиальное смещение боковых зубов

*протрузия передних зубов на верхней челюсти

ретрузия передних зубов на нижней челюсти

ОСОБЕННОСТЬЮ КОНСТРУКТИВНОГО ПРИКУСА ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ
БИОНАТОРА ЯНСОНА ЯВЛЯЕТСЯ

выдвижение нижней челюсти на 3 мм

выдвижение нижней челюсти по I классу Энгля

*выдвижение нижней челюсти до краевого смыкания верхних и нижних резцов

без смещения нижней челюсти

не имеет значение

РАЗДРАЖАЮЩУЮ ТЕРАПИЮ В ОБЛАСТИ РЕТИНИРОВАННОГО ЗУБА НАДО
ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ

*3-5 месяцев

1 месяца

8-10 месяцев

1.5-2 лет

срок не имеет значения

СЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ У ДЕТЕЙ ЗАМЕНЯЮТ

каждый год

*1 раз в 2 года

1 раз в 3 года

1 раз в 4 года

1 раз в 5 лет

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА С БОКОВЫМ СМЕЩЕНИЕМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОККЛЮЗИОННЫЕ НАКЛАДКИ ДВУХ ЧЕЛЮСТНЫХ АППАРАТОВ

готовят на стороне смещения

*готовят на противоположной стороне

готовят с двух сторон

не делают

не имеет значения

ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАСШИРЯЮЩЕЙ ПЛАСТИНКИ ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННЕГО ВЕСТИБУЛЯРНОГО ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА ОККЛЮЗИОННЫЕ НАКЛАДКИ НА БОКОВЫЕ ЗУБЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ

с отпечатками противоположных зубов

*гладкие

окклюзионные накладки не нужны

с одной стороны с отпечатками, с другой - гладкие

форма не имеет значения

ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ РЕЗИНОВОЙ ТЯГИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛИНГВАЛЬНОГО ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА КРЮЧКИ ПРИПАИВАЮТ НА БОКОВЫЕ ЗУБЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*на вестибулярной поверхности

на небной поверхности

на вестибулярной и небной поверхности

место припаивания не имеет значения

перемещение проводится без крючков

ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ РЕЗИНОВОЙ ТЯГИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛИНГВАЛЬНОГО ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА КРЮЧКИ ПРИПАИВАЮТ НА БОКОВЫЕ ЗУБЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

на вестибулярной поверхности

*на язычной поверхности

на вестибулярной и язычной поверхности

место припаивания не имеет значения

перемещение проводится без крючков

«ЛАБОРАТОРНАЯ ТЕХНИКА»

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

граница не имеет значения

ДИАМЕТР ПРОВОЛОКИ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КАСАТЕЛЬНЫХ И НАПРАВЛЯЮЩИХ В АППАРАТЕ ДЕРИХСВАЙЛЕРА ДОЛЖЕН БЫТЬ

0.6 мм

0.8 мм

1.0 мм

*1.2 мм

1.5 мм

КАППА БЫНИНА, АППАРАТ БРЮКЛЯ, АППАРАТ БАШАРОВОЙ ОТНОСЯТСЯ
к механически действующим аппаратам
к функционально-действующим аппаратам
*к функционально-направляющим аппаратам
к аппаратам сочетанного действия
к ретенционным аппаратам

АППАРАТ БРЮКЛЯ ДЕЙСТВУЕТ ПО ПРИНЦИПУ
орального наклона передних нижних зубов
вестибулярного перемещения передних верхних зубов
перемещения нижней челюсти назад
*сочетанного действия
сдерживания роста нижней челюсти

К МЕХАНИЧЕСКИМ ПРИСПОСОБЛЕНИЯМ ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЕМНЫХ
ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ
небные дуги
протрагирующие пружины
винты
боковые щиты
*кламмеры

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНАТОМИЧЕСКОЙ РЕТЕНЦИИ ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЕМНЫХ
ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ ДОСТИГАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ
кламмеров
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
относительно 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
фиксация аппарата за счет противодействия активной и реактивной сил, развиваемых
аппаратам
*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
- 2 кламмера
- 3 кламмера
- *4 кламмера
- 5 кламмеров

НА ЗУБАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ НАИЛУЧШЕЙ ФИКСАЦИИ АППАРАТА КЛАММЕРЫ СЛЕДУЕТ РАСПОЛАГАТЬ

асимметрично

симметрично

по диагонали

на одноименных жевательных зубах

*по возможности симметрично для равномерной передачи нагрузки на базис аппарата

КЛАММЕР СОСТОИТ

из плеча и тела

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

в области средней трети 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

в области 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

в области пришеечной трети части

ФИКСИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ КЛАММЕРА ДОСТИГАЕТСЯ

правильным прилеганием плеча к коронке зуба

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 диаметру проволоки
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
рамочные

КЛАММЕРЫ С ЛИНЕЙНЫМ ПРИЛЕГАНИЕМ ПЛЕЧА К КОРОНКЕ ЗУБА МОГУТ БЫТЬ

рамочные
круглые, перекидной Джексона
кламмер Адамса, кламмер Шварца
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
0.9 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
фиксатор Нападова
*рамочный

КРУГЛЫЙ КЛАММЕР

*выполняет опорно-удерживающую функцию
выполняет удерживающую функцию
используется как активно действующий элемент для поворота опорного зуба вокруг оси
используется для перемещения отдельных зубов или их групп
используется для фиксации резиновых лигатур

ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЕМНОГО АППАРАТА, ИСПОЛЬЗУЮЩЕГОСЯ ДЛЯ МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ ТЯГИ, СЛЕДУЕТ ИЗГОТАВЛИВАТЬ

2 круглых кламмера
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

кляммер Дуйзингса
рамочный
пуговчатый, крючкообразный, копьевидный
кляммер Шварца
*кляммер Адамса

ЗАВОДСКИМ ПУТЕМ ИЗГОТАВЛИВАЮТ

пуговчатые кляммеры
крючкообразные кляммеры
копьевидные кляммеры
кляммеры Адамса
*все перечисленные кляммеры

В ЗУБОТЕХНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ИЗГОТАВЛИВАЮТ

пуговчатые кляммеры
кляммеры Шварца, Адамса
крючкообразные кляммеры
копьевидные кляммеры
*все перечисленные кляммеры

КЛАММЕРЫ ШВАРЦА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИЗГОТАВЛИВАЮТ

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

КЛАММЕРЫ С ТОЧЕЧНЫМ ПРИЛЕГАНИЕМ ПЛЕЧА К КОРОНКЕ ЗУБА ИЗГИБАЮТ ИЗ ПРОВОЛОКИ **диаметром**

0.6 мм
*0.7 мм
0.8 мм
0.9 мм
1.0 мм

В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОРТОДОНТИИ РЕДКО ПРИМЕНЯЮТ КЛАММЕРЫ ШВАРЦА

из-за отсутствия набора щипцов для их изгибания
из-за недостаточно хорошего качества проволоки
из-за недостаточно надежной фиксации с их помощью аппарата
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 кляммеров других конструкций

из-за отсутствия материала для изготовления кламмеров других конструкций
из-за более простого его изготовления, чем кламмеров других конструкций
из-за надежной фиксации ортодонтических аппаратов
*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
всем перечисленным размерам

РАЗЛИЧНЫЕ РАЗНОВИДНОСТИ КОНСТРУКЦИИ КЛАММЕРОВ АДАМСА СОЗДАНЫ

с целью улучшения их фиксации
для фиксации кламмера не только на опорном, но и на соседних зубах
для использования кламмера как активно действующего элемента для перемещения
соседних зубов и их групп
с целью использования кламмера для фиксации межчелюстной и внеротовой тяги
*для многофункционального использования

ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ИЗГИБАНИЯ ПРОВОЛОКИ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КЛАММЕРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

изгибание проволоки пальцами
изгибание проволоки крампонными щипцами
расположение прямой поверхности крампонных щипцов к месту изгиба
*расположение округлой поверхности крампонных щипцов к месту изгиба
изгибание кламмеров на всех этапах проводится после отметки места изгиба карандашом

ДЛЯ ИЗГИБАНИЯ ФИКСИРУЮЩИХ ОТРОСТКОВ КЛАММЕРА АДАМСА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ ИХ ВЫСОТУ ПО РАССТОЯНИЮ

от межбугровой фиссуры до десневого края по середине вестибулярной поверхности зуба
от режущего мезиального бугра бокового зуба до десневого края
от режущего дистального бугра бокового зуба до десневого края
от экватора зуба до десневого края по середине его вестибулярной поверхности
*от точек, маркированных на экваторе, в месте перехода вестибулярной поверхности в
апроксимальную, до контактного пункта

ПОСЛЕ ИЗГИБАНИЯ ПЛЕЧА И ФИКСИРУЮЩИХ ОТРОСТКОВ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОСТАЛЬНЫХ ДЕТАЛЕЙ КЛАММЕРА НЕОБХОДИМО ПРИКЛАДЫВАТЬ ЕГО К ЗУБУ ТАК, ЧТОБЫ ПЛЕЧО

прилегало к вестибулярной поверхности зуба
отходило от вестибулярной поверхности зуба на 4-5 мм
*отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих
отростков находятся на шейке зуба около его десневого края и располагаются под углом
45 град. к вестибулярной поверхности зуба
отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих
отростков находятся между экватором и шейкой зуба
отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих
отростков находятся на экваторе зуба

ПОСЛЕ ПРАВИЛЬНОГО ПРИКЛАДЫВАНИЯ ДЕТАЛИ К КОРОНКЕ ЗУБА ТОЧКИ
ДЛЯ ИЗГИБАНИЯ РАБОЧЕГО УГЛА СЛЕДУЕТ ОТМЕЧАТЬ КАРАНДАШОМ
на уровне шейки
посередине между экватором и шейкой зуба
на уровне экватора
между экватором и окклюзионной поверхностью зуба
*в месте контакта опорного зуба с соседними

ПРИ ПРИПАСОВЫВАНИИ ТЕЛА КЛАММЕРА АДАМСА К МЕЗИАЛЬНОЙ И
ДИСТАЛЬНОЙ КОНТАКТНЫМ ПОВЕРХНОСТЯМ ОПОРНОГО ЗУБА
можно изгибать тело кламмера в вертикальной плоскости
можно изгибать тело кламмера в трансверсальной плоскости
можно изгибать тело кламмера по контактной поверхности опорного зуба
можно изгибать тело кламмера по контактной поверхности среднего зуба с опорным
*тела кламмера должны быть параллельны друг другу

ДЛЯ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВНЕРОТОВОЙ ТЯГИ В СОЧЕТАНИИ СО
СЪЕМНЫМ ОРТОДОНТИЧЕСКИМ АППАРАТОМ И БЕЗ ОПАСНОСТИ ПОТЕРЯТЬ
СТАЛИСТЫЕ СВОЙСТВА ПРОВОЛОКИ НА КЛАММЕРЕ АДАМСА
ИЗГОТАВЛИВАЮТ
крючки на фиксирующем отростке
завиток на плече кламмера
крючок на отростке, фиксирующем кламмер в базисе аппарата
*навитые трубки (по Э.А.Вольскому) на величину горизонтальной части плеча кламмера
припаянные трубки от дуги Энгля к горизонтальной части плеч кламмеров

КЛАММЕРЫ АДАМСА НЕ ПРЕПЯТСТВУЮТ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОМУ
УДЛИНЕНИЮ ОПОРНЫХ ЗУБОВ ВСЛЕДСТВИЕ
конструктивных особенностей их изготовления
точечного прилегания плеча к коронке опорного зуба
невозможности достаточно плотного прилегания кламмера к коронке опорного зуба
наличия расстояния между плечом и вестибулярной поверхностью зуба
*перемещения аппарата в вертикальном направлении вместе с зубами и альвеолярным
отростком

В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СЪЕМНЫМИ АППАРАТАМИ С
ФИКСИРУЮЩИМИ КЛАММЕРАМИ АДАМСА ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ МЕЗИАЛЬНОЕ
ПЕРЕМЕЩЕНИЕ
происходит
не происходит
не может происходить, так как боковые зубы фиксированы кламмерами Адамса
происходит, так как кламмеры могут быть изготовлены недостаточно точно
*происходит, так как аппараты постоянно перемещаются вместе с зубными рядами

ЛИНГВАЛЬНЫЕ ИЛИ НЕБНЫЕ ДУГИ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ИЗ ПРОВОЛОКИ
ДИАМЕТРОМ
0.6 мм
*0.8 мм
1.0 мм
1.2 мм
1.5 мм

ГРАНИЦА ЛИНГВАЛЬНОЙ ДУГИ В ОБЛАСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ ПРОХОДИТ
на жевательной поверхности
у жевательной поверхности
в области экватора
в пришеечной части
*в подязычной области или вдоль ската неба

ГРАНИЦА ЛИНГВАЛЬНОЙ ДУГИ В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПРОХОДИТ
у режущего края
на небных буграх
*в пришеечной части
в области экватора
место прохождения границы не имеет значения

НАЗУБНЫЕ ДУГИ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ИЗ ПРОВОЛОКИ ДИАМЕТРОМ
до 0.6 мм
до 0.8 мм
до 1.0 мм
до 1.2 мм
*любого размера

ГРАНИЦА НАЗУБНОЙ ДУГИ ПРОХОДИТ
ближе к режущему краю зуба
в области экватора коронки зуба
в пришеечной части
*по вершинам межзубных сосочков
место прохождения границы не имеет значения

КЛАММЕР СОСТОИТ
из плеча, рабочего угла, отростка для фиксации в базисе аппарата
*из плеча, тела, рабочего угла, отростка для фиксации в базисе аппарата
из плеча, отростка для фиксации в базисе аппарата
из плеча, тела
из тела, отростка для фиксации в базисе аппарата

ДЛЯ НАИЛУЧШЕЙ ФИКСАЦИИ АППАРАТА ЭЛЕМЕНТЫ КЛАММЕРА НА ЗУБЕ
СЛЕДУЕТ РАСПОЛАГАТЬ
ближе с окклюзионной поверхности зуба
на середине между окклюзионной и десневой поверхностями зуба
в десневой части коронки зуба, сразу же за экватором
*ближе к десневой части коронки зуба
место расположения не имеет значения

ДЛЯ НАИЛУЧШЕЙ ФИКСАЦИИ АППАРАТА КЛАММЕРЫ СЛЕДУЕТ
РАСПОЛАГАТЬ
на одной стороне зубного ряда
*на обеих сторонах зубного ряда
симметрично
асимметрично
по диагонали

РАМОЧНЫЙ КЛАММЕР ПОКАЗАНО ПРИМЕНЯТЬ

в период временного прикуса
*в период сменного прикуса
в период постоянного прикуса
в любой из перечисленных периодов
при множественной адентии

ЗАВОДСКИМ ПУТЕМ ИЗГОТАВЛИВАЮТ КЛАММЕРЫ
стреловидные Шварца, Адамса, пуговчатый крупный
крючкообразный, стреловидный Шварца, рамочный Джексона
пуговчатый, крючкообразный, копьеобразный
никакие из перечисленных
*все перечисленные

ГРУППУ КЛАММЕРОВ С ЛИНЕЙНЫМ ПРИЛЕГАНИЕМ ПЛЕЧА К КОРОНКЕ ЗУБА
СОСТАВЛЯЮТ КЛАММЕРЫ
крючкообразный, пуговчатый
стреловидный Шварца
*круглый, перекидной Джексона, рамочный
Адамса
копьевидный, ленточный

ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЕМНЫХ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ НАИБОЛЕЕ
УНИВЕРСАЛЬНЫ И ЭФФЕКТИВНЫ КЛАММЕРЫ
с плоскостным прилеганием плеча к коронке зуба
с линейным прилеганием плеча к коронке зуба
*с точечным прилеганием плеча к коронке зуба
с сочетанным прилеганием
с любым прилеганием

С ЦЕЛЮ ФИКСАЦИИ СЪЕМНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО АППАРАТА
КЛАММЕРЫ АДАМСА МОЖНО ИЗГИБАТЬ
на моляры
на резцы
на клыки
*на любые зубы
на премоляры

ФИКСИРУЮЩИЕ ВЫСТУПЫ КЛАММЕРА АДАМСА ДОЛЖНЫ РАСПОЛАГАТЬСЯ
в области экватора зуба
между экватором и пришеечной частью зуба
в пришеечной части зуба
*у шейки зуба на месте перехода вестибулярной поверхности в проксимальную
место расположения не имеет значения

ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛАММЕРА АДАМСА ДЛЯ
ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ
кламмер с одним фиксирующим отростком, с крючком для резиновой тяги, с навитым
плечом по Вольскому
кламмер с завитком в области плеча, с двумя фиксирующими отростками, многозвеньевой
кламмер Адамса

*кламмеры с крючками для резиновой тяги, с завитком в области плеча, с петлями, изогнутыми на отростках, фиксирующих кламмер в базисе аппарата по типу петель вестибулярной дуги
кламмер с двумя фиксирующими отростками
все виды кламмеров Адамса

ДЛЯ ПРОТРАГИРУЮЩИХ ПРУЖИН, ПЕРЕМЕЩАЮЩИХ ЗУБ БЕЗ ПОВОРОТА ПО ОСИ, ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1 изгиб

*2 изгиба

3 изгиба

4 изгиба

количество изгибов не имеет значения

РУКООБРАЗНАЯ ПРУЖИНА РАСПОЛАГАЕТСЯ

в плоскости перемещаемого зуба

впереди плоскости перемещаемого зуба

*позади плоскости перемещаемого зуба

место расположения не имеет значения

перпендикулярно перемещаемому зубу

ПРУЖИНА КОФФИНА ИЗГИБАЕТСЯ ИЗ ПРОВОЛОКИ ДИАМЕТРОМ

0.6 мм

0.8 мм

1.0 мм

*1.2 мм

1.5 мм

ПРОТРАГИРУЮЩИЕ И РУКООБРАЗНЫЕ ПРУЖИНЫ ИЗГИБАЮТСЯ ИЗ ПРОВОЛОКИ ДИАМЕТРОМ

*0.6 мм

0.8 мм

1.0 мм

1.2 мм

1.5 мм

НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ВЕРТИКАЛЬНЫХ УПОРОВ ДЛЯ ЯЗЫКА ПРОХОДИТ

на уровне режущих краев резцов верхней челюсти

на уровне режущих краев резцов нижней челюсти

отступая на 1/3 от режущего края резцов нижней челюсти

*на уровне середины коронки резцов нижней челюсти

ниже уровня десневого края резцов нижней челюсти

НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ГОРИЗОНТАЛЬНЫХ УПОРОВ ДЛЯ ЯЗЫКА ПРОХОДИТ

на уровне режущих краев резцов нижней челюсти

отступая на 1/3 от режущего края резцов нижней челюсти

*на уровне середины коронки резцов нижней челюсти

на уровне десневого края резцов нижней челюсти

ниже уровня десневого края резцов нижней челюсти

ПРИ ДИСТАЛЬНОМ ПЕРЕМЕЩЕНИИ БОКОВЫХ ЗУБОВ ВИНТ РАСПОЛАГАЕТСЯ перпендикулярно к перемещенным зубам

в куполе неба

*параллельно перемещаемым зубам на скате альвеолярного отростка
с противоположной стороны
место расположения не имеет значения

НАЗУБНАЯ ЧАСТЬ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДУГИ ДОХОДИТ

до дистальной поверхности клыков

до дистальной поверхности первых премоляров

*до латеральной поверхности боковых резцов

до латеральной поверхности центральных резцов

граница не имеет значения

ИЗГИБЫ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДУГИ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ

П-образную форму

U-образную форму

У-образную форму

*полукруглую форму

любую форму

ВЫСОТА ПОЛУКРУГЛЫХ ИЗГИБОВ ДОЛЖНА БЫТЬ

0.5 мм

1 мм

3 мм

*5 мм

7 мм

ШИРИНА ПОЛУКРУГЛЫХ ИЗГИБОВ РАВНЯЕТСЯ

3 мм

5 мм

7 мм

*мезиодистальному размеру клыка

величине, большей мезиодистального размера клыка

ОТРОСТОК ДЛЯ МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ ТЯГИ РАВЕН

2 мм

*4 мм

6 мм

8 мм

10 мм

КРЮЧКОВИДНЫЙ ОТРОСТОК ФАСОННОЙ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДУГИ ДЛЯ
ДИСТАЛЬНОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ КЛЫКА ДОЛЖЕН ОХВАТЫВАТЬ

вестибулярную поверхность зуба

*мезиальную поверхность зуба

небную поверхность зуба

вестибулярную, мезиальную и частично небную поверхность зуба

не имеет значения

ОТРОСТОК ДЛЯ МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ ТЯГИ ИЗГИБАЕТСЯ

на назубной части

на мезиальном колене изгиба

*на дистальном колене изгиба

на вершине изгиба
место изгиба не имеет значения

ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ М-ОБРАЗНОГО ИЗГИБА ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДУГИ
ЯВЛЯЕТСЯ

дистальное перемещение зубов
мезиальное перемещение зубов
ретрузия зубов
*вертикальное вытяжение зубов
фиксация аппарата

ОДИНОЧНЫЙ ВИНТ ДЛЯ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ОТКЛОНЕНИЯ РЕЗЦА
РАСПОЛАГАЕТСЯ

*перпендикулярно к перемещаемому зубу
на скате альвеолярного отростка
в куполе неба
в области моляров
параллельно перемещаемым зубам

УГОЛ НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТИ У АППАРАТА БРЮКЛЯ СОСТАВЛЯЕТ

15
30
*45
60
величина угла не имеет значения

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ АППАРАТА БРЮКЛЯ ИМЕЮТСЯ

при открытом прикусе
при прямом прикусе
при перекрытии верхними резцами на 1/3 нижних
*при мезиальном прикусе
не имеет значения

ДЛЯ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ВЕРХНИХ РЕЗЦОВ ПРИ ДИСТАЛЬНОМ
БЛОКИРУЮЩЕМ ПРИКУСЕ ВИНТ РАСПОЛАГАЕТСЯ

в куполе неба
на скате альвеолярного отростка неба
*в переднем участке пластинки
место расположения не имеет значения
винт не применяется

ДЛЯ ДИСТАЛЬНОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ БОКОВЫХ ЗУБОВ ВИНТ РАСПОЛАГАЕТСЯ

в куполе неба
перпендикулярно перемещаемым зубам на альвеолярном отростке
*параллельно перемещаемым зубам на альвеолярном отростке
место расположения не имеет значения
винт не применяется

АППАРАТЫ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ РАСКРЫТИЯ СРЕДИННОГО НЕБНОГО
ШВА, ОТНОСЯТСЯ

*к механически действующим аппаратам
к функционально-действующим аппаратам

к функционально-направляющим аппаратам
к аппаратам сочетанного действия
к ретенционным аппаратам

ДЛЯ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ВЕРХНИХ РЕЗЦОВ ПРИ МЕЗИАЛЬНОМ ПРИКУСЕ ВИНТ РАСПОЛАГАЕТСЯ

*в куполе неба
на скате альвеолярного отростка неба
в переднем участке пластинки
место расположения не имеет значения
винт не применяется

АППАРАТ ДЕРИХСВАЙЛЕРА ИМЕЕТ

2 опорных коронки
*4 опорных коронки
6 опорных коронок
8 опорных коронок
количество опорных коронок не имеет значения

«ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ И ДЕФОРМАЦИИ»

МЕТОДОМ УСТРАНЕНИЯ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ДНЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

фиксация руки в локтевом лучезапястном суставе
применение вестибулярной пластинки
*применение метода внушения, гипноза
одевание перчатки
применение вестибуло-оральной пластинки

МЕТОДОМ УСТРАНЕНИЯ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ СОСАНИЯ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ

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

ФУНКЦИЮ СМЫКАНИЯ ГУБ МОЖНО НОРМАЛИЗОВАТЬ

*миотерапией для круговой мышцы рта после санации полости рта
пластикой низко прикрепленной уздечки верхней губы
устранением аномалии прикуса
пластикой укороченной уздечки нижней губы
тренировкой правильного глотания

МЕТОДОМ НОРМАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИИ ЖЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

исправление аномалий прикуса
*своевременная санация и протезирование полости рта
пластика укороченной уздечки языка
пластика укороченной уздечки нижней губы
миотерапия для тренировки жевательных мышц

ТАКТИКОЙ ВРАЧА ПРИ РАННЕЙ ПОТЕРЕ МОЛЯРОВ НА ОДНОЙ ИЗ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ВРЕМЕННОМ НЕЙТРАЛЬНОМ ПРИКУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

*изготовление съемного протеза
рентгенообследование, массаж
удаление зубов на противоположной челюсти
наблюдение
закрытие дефекта за счет соседних зубов

ТАКТИКОЙ ВРАЧА ПРИ РАННЕЙ ПОТЕРЕ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ (В ВОЗРАСТЕ 11 ЛЕТ) ЯВЛЯЕТСЯ

протезирование - изготовление съемного протеза
изготовление несъемного протеза
*закрытие дефекта за счет 7 и 8 зубов
удаление зубов на противоположной челюсти
наблюдение

РАННИМ ПРИЗНАКОМ ФОРМИРУЮЩЕГОСЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ЯВЛЯЕТСЯ

*углубление резцового перекрытия
увеличение степени фронтального перекрытия
зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти
зубоальвеолярное укорочение боковых участков челюстей
уменьшение высоты нижней части лица

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ РАННИЕ ПРИЗНАКИ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА, СЛЕДУЕТ

стимулировать рост верхней челюсти
задержать рост нижней челюсти
устранить причину, способствующую усугублению патологии
*обеспечить условия для физиологического развития челюстей
пришлифовать бугры отдельных зубов

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
задержать рост верхней челюсти
*устранить причины развития дистального прикуса

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ РАННИЕ ПРИЗНАКИ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА В ПЕРИОД ФОРМИРОВАНИЯ ВРЕМЕННОГО ПРИКУСА, СЛЕДУЕТ

назначить аппаратное лечение с учетом дезартикуляции прикуса
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
задержать рост челюстных костей в боковых участках

*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

изготовление несъемного 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

наблюдение

ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИИ ДЫХАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ

*миотерапия для круговой мышцы губ после санации носоглотки

пластика укороченной уздечки языка

исправление аномалии прикуса

применение активатора Андресена - Гойпля

исправление осанки

ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ В ЛЕЧЕБНЫХ ЦЕЛЯХ СТАНДАРТНЫХ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ПЛАСТИНОК ЯВЛЯЕТСЯ

нормализация функции глотания

устранение вредных привычек сосания пальцев, губ

устранение вредной привычки сосания языка

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

макроглоссия

ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАСТИКЕ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ

нарушение глотания

нарушение звукопроизношения

*укороченная уздечка языка, ограничивающая его подвижность

вредная привычка прокладывать язык между зубами

ротовое дыхание

ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАСТИКЕ УКОРОЧЕННОЙ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ

несмыкание губ

укороченная уздечка верхней губы

*диастема более 8 мм

нарушение звукопроизношения

низкое прикрепление уздечки верхней губы с вплетением волокон в срединный небный шов

«АНОМАЛИИ И ДЕФОРМАЦИИ ЗУБОВ»

ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

устранение морфологических нарушений

устранение функциональных нарушений

устранение эстетических нарушений

*создание морфологического, функционального и эстетического оптимума в зубочелюстной системе

уменьшение степени тяжести патологии

НЕМЕДЛЕННОМУ УДАЛЕНИЮ ПОДЛЕЖИТ СВЕРХКОМПЛЕКТНЫЙ

ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, имеющий несформированный корень

ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, но с наклоном его оси по отношению к корням соседних зубов до 30 с незавершенным формированием верхушки корня

зуб, находящийся в начальной стадии прорезывания

прорезавшийся зуб

*любой зуб

САМОРЕГУЛЯЦИЮ ДИАСТЕМЫ ДО 5 ММ МЕЖДУ РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ СВЕРХКОМПЛЕКТНОГО ЗУБА МЕЖДУ НИМИ МОЖНО ОЖИДАТЬ В ВОЗРАСТЕ

до 6 лет

до 7 лет

*до 8 лет

до 9 лет

до 11 лет

ДИАСТЕМУ МЕЖДУ 1*1 И ПАРАЛЛЕЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ИХ ПРОДОЛЬНЫХ ОСЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБУСЛАВЛИВАЕТ

вредная привычка сосания пальца

вредная привычка сосания нижней губы

*адентия 2*2

ретенция сверхкомплектного зуба, локализующегося в области верхушек корней резцов одонтома в области верхушек корней резцов

ДИАСТЕМУ, ЛАТЕРАЛЬНОЕ ОТКЛОНЕНИЕ ОСЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБУСЛАВЛИВАЕТ

сосание большого пальца руки

сосание и прикусывание нижней губы

ранняя потеря постоянного бокового резца

*сосание языка

укороченная уздечка языка

ДИАСТЕМУ, МЕЗИАЛЬНЫЙ НАКЛОН ОСЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ, ЛАТЕРАЛЬНЫЙ НАКЛОН ВЕРХУШЕК КОРНЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБУСЛАВЛИВАЕТ

адентия 2*2

ранняя потеря 2*2

небное положение 2*2

*наличие одонтомы в области корней 1*1 или сверхкомплектного поперечно расположенного зуба

все перечисленное

ПРИЧИНОЙ, ВЫЗЫВАЮЩЕЙ ПОВОРОТ ЗУБОВ ПО ОСИ, ЯВЛЯЕТСЯ

сужение зубного ряда

индивидуальная макродонтия

абсолютная макродонтия

ранняя потеря отдельных временных зубов и мезиальное смещение позади

расположенных зубов

*любая из перечисленных причин

ДЛЯ МЕЗИАЛЬНОГО НАКЛОНА ОСЕЙ 1*1 И УСТРАНЕНИЯ ДИАСТЕМЫ ПРИМЕНЯЮТ

пластинку с рукообразными пружинами или пружинами с завитком

пластинку с пружинами двойной тяги

пластинку с двумя вестибулярными дугами

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

аппарат Энгля в сочетании с кольцами на перемещаемые зубы с трубками или штангами

кольца с канюлями, дугой и резиновой тягой

ОБЛЕГЧАЕТ ПОВОРОТ ЗУБА ПО ОСИ И ОБЕСПЕЧИВАЕТ ДОСТИЖЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ ДОСТИГНУТЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

*компактостеотомия

электростимуляция

массаж

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

травматическое повреждение

*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"

неправильная артикуляция языка при произношении звуков "Ш", "С"

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

прикусывание ручки, карандаша

*все перечисленные причины

ПРИЧИНОЙ, ВЫЗЫВАЮЩЕЙ ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС, ЯВЛЯЕТСЯ

вредная привычка сосания пальцев

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

опистогнатический прикус

физиологический дистальный или мезиальный прикус

*все перечисленные виды прикуса

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ МОЖЕТ БЫТЬ

дистальный прикус

мезиальный прикус

глубокое резцовое перекрытие

прямой прикус

*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

любого из перечисленных аппаратов

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

от 9 до 10 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
15 лет и старше

**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
щечные пелоты
*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
все перечисленное

**КОНСТРУКТИВНЫМИ ДЕТАЛЯМИ РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИЙ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА,
СПОСОБСТВУЮЩИМИ ОПТИМИЗАЦИИ РОСТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ**
нижнегубные пелоты

боковые щиты
лингвальная дуга
лингвальный пелот с пружинами в области переднего участка нижней челюсти
*все перечисленные детали

**КОНСТРУКТИВНЫМИ ДЕТАЛЯМИ РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИЙ ФРЕНКЕЛЯ II ТИПА,
ОТЛИЧАЮЩИМИ ЕГО ОТ РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИЙ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА,
ЯВЛЯЮТСЯ**

небный бюгель и его концы и виде стопора
*небная дуга и проволочные элементы на клыки верхней челюсти
боковые щиты в области зубов и альвеолярного отростка верхней челюсти и нижней
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
боковые щиты, не прилегающие к зубам и альвеолярному отростку 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

боковые щиты, прилегающие к вестибулярной поверхности зубов и альвеолярного отростка нижней челюсти

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

наличие окклюзионных накладок на жевательную поверхность боковых зубов верхней челюсти

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 2 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 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

на 2.5 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 мм

*на 2.5 мм

УДАЛЕНИЕ IV_{IV} ВМЕСТЕ С ЗАЧАТКАМИ IV_{IV} НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПРИ ДИСТАЛЬНОМ СООТНОШЕНИИ 6!6/6!6 И 3!3/3!3 В ПРИКУСЕ) ПОКАЗАНО при тесном положении резцов верхней челюсти, их значительной протрузии без трем, недостатке места для 2-х в зубной дуге на половину ширины коронки и более при адентии зачатков отдельных постоянных зубов на нижней челюсти при значительном мезиальном смещении боковых зубов верхней челюсти
*при всех перечисленных нарушениях
удаление не показано

УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ВМЕСТЕ С ЗАЧАТКАМИ ПЕРВЫХ ПРЕМОЛЯРОВ НА ОБЕИХ ЧЕЛЮСТЯХ ПОКАЗАНО ПРИ СЛЕДУЮЩИХ НАРУШЕНИЯХ НЕЙТРАЛЬНОГО ПРИКУСА
при сумме мезиодистальных размеров 4 резцов верхней челюсти, равной более 33 мм при индексе фасциального морфологического более 104
при недостатке места для боковых резцов в зубной дуге более половины ширины их коронки
при глубоком прикусе и тесном положении передних зубов у ребенка и сходных нарушениях прикуса у одного или обоих родителей
*при всех нарушениях

МЕТОД ХОТЦА ПОКАЗАН К ПРИМЕНЕНИЮ
при плохом гигиеническом состоянии полости рта
при отсутствии хороших зуботехнических условий
*при макродентии
при наличии сверхкомплектных зубов
при наличии ретинированных зубов

ЛЕЧЕНИЕ ПО МЕТОДУ ХОТЦА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ В ВОЗРАСТЕ
6-7 лет
*8-9 лет
10-11 лет
12-13 лет
в любом возрасте

ПОВОРОТ ПО ОСИ РЕЗЦОВ ИСПРАВЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩИХ ОДНОЧЕЛЮСТНЫХ СЪЕМНЫХ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ
пластинки с секторальным распилом
пластинки с накусочной плоскостью
пластинки с протрагирующими пружинами
пластинки с рукообразными пружинами
*пластинки с вестибулярной дугой и протрагирующей пружиной

ПОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ АСИММЕТРИЕЙ ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ
одностороннее сужение зубного ряда
одностороннее расширение зубного ряда
*одновременное сужение зубного ряда с одной стороны и расширение дуги с другой
неравномерное сужение зубного ряда
все перечисленное

ПРИ ВЫБОРЕ ПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ РАСШИРЯЮЩИХ АППАРАТОВ С ВИНТОМ ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

недостаток места для имеющихся зубов
мезиальное смещение боковых зубов
*уменьшение ширины зубного ряда
уменьшение переднего отрезка зубной дуги
все перечисленное

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СУЖЕНИЯ ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

привычка сосать палец
привычка прикусывать верхнюю губу
неправильное глотание
*ротовое дыхание
все перечисленное

ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ СУЖЕНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

*уменьшение ширины зубного ряда
уплощение фронтального участка
тесное положение зубов
увеличение фронтального участка
все перечисленное

«АНОМАЛИИ ПРИКУСА»

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
множественной потери зубов

ПРИ ГЛУБОКОМ ПРИКУСЕ ВОСПАЛЕНИЕ ТКАНЕЙ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В ОБЛАСТИ

76_67 зубов
21_12 зубов
*передних зубов в/ч и н/ч
всех зубов верхней и нижней челюсти
воспаление не наблюдается

ФОРМИРОВАНИЮ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА СПОСОБСТВУЮТ

нарушение функции дыхания
нарушение функции глотания
нарушение функции смыкания губ
парафункции жевательных и мимических мышц
*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

имеют значение при наличии 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

изучения фотографии лица

ПРИ НЕЙТРАЛЬНОМ И ДИСТАЛЬНОМ СООТНОШЕНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ НА РАЗВИТИЕ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ВЛИЯЮТ

абсолютная макроденция

нормальные размеры верхних и нижних резцов при нормальной ширине лица

*нормальные размеры верхних и нижних резцов у пациентов с узким лицом

микроденция верхних и особенно нижних резцов с тремами между ними

все перечисленные нарушения размеров зубов

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

ничего из перечисленного

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

влияет адентия боковых резцов на верхней 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

влияет адентия боковых резцов на верхней 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
влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти

НА ФОРМИРОВАНИЕ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА

смещение нижней челюсти влияет
смещение нижней челюсти не влияет
смещение нижней челюсти влияет частично
*влияет смещение нижней челюсти вперед
влияет смещение нижней челюсти в сторону

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
имеет очень существенное значение

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 21A12 и недоразвитию апикального базиса нижней челюсти
не влияет на формирование глубокого прикуса

НА ФОРМИРОВАНИЕ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ВЛИЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ В РАСПОЛОЖЕНИИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ В ВЕСТИБУЛЯРНО-ОРАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ

протрузия верхних резцов
протрузия нижних резцов
ретрузия верхних резцов
ретрузия верхних и нижних резцов
*протрузия и ретрузия верхних резцов и ретрузия нижних

МЕЗИАЛЬНОМУ ПЕРЕМЕЩЕНИЮ БОКОВЫХ ЗУБОВ НА МЕСТО РАЗРУШЕННЫХ И УДАЛЕННЫХ СПОСОБСТВУЕТ

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

ПРИ ГЛУБОКОМ ПРИКУСЕ ТРАНСВЕРСАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ ЗУБНЫХ ДУГ ИЗМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ

равномерное сужение зубных дуг между 4*4 и 6*6
большее сужение верхней зубной дуги в области 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
сужение в области 3*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

увеличение ширины между клыками на обеих челюстях

САГИТТАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ ЗУБНЫХ ДУГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕСТИБУЛО-ОРАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ 1*1 БОЛЬШЕ ВСЕГО ИЗМЕНЯЮТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ НАРУШЕНИЯХ

не изменяются

укорочение зубных рядов при нормальном расположении 1*1

*укорочение зубных рядов при ретрузии 1*1

нормальные сагиттальные размеры зубных рядов при протрузии 1*1

*удлинение зубных рядов при протрузии 1*1

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СТРОЕНИЯ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПРИ ГЛУБОКОМ ПРИКУСЕ СЛЕДУЕТ ИЗУЧАТЬ ПАРАМЕТРЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ расположение зубов

расположение челюстей

расположение апикальных базисов

вертикальные размеры лицевого скелета

*все перечисленное

ДЛЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ТИПИЧЕН ТИП РОСТА ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

нейтральный

*горизонтальный

вертикальный

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

в краниальной области

в целом

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

не имеет значения

ПРОГНОЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМ ПРИКУСОМ И ГОРИЗОНТАЛЬНЫМ ТИПОМ РОСТА ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

благоприятный

неблагоприятный

*не совсем благоприятный, так как вращение нижней челюсти вперед и вверх способствует углублению резцового перекрытия

*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)

типичные нарушения размеров зубных дуг, степень их выраженности и особенности строения лицевого скелета

*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 зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов и зубоальвеолярном укорочении в области нижних передних зубов

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

в конечном периоде сменного прикуса от 9 до 11 лет

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

мероприятия, направленные на улучшение состояния тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта

*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
диспансерное наблюдение с целью выбора наиболее оптимальных сроков лечения
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
*в различных периодах формирования прикуса

ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ НА ОСНОВАНИИ клинического обследования

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

УДАЛЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО

при I степени трудности лечения
при II степени трудности лечения
при III степени трудности лечения
при IV степени трудности лечения
*вне зависимости от степени трудности лечения с учетом индивидуальных особенностей
морфологического строения зубочелюстной системы

В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМ ПРИКУСОМ МОЖНО УДАЛИТЬ

1 зуб
2 зуба
3 зуба
4 зуба
*от 1 до 4 зубов с учетом морфологических нарушений и их выраженности

ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ РАСШИРЯЮТ

при III и IV степенях трудности лечения
при макродентии
генетическая предрасположенность
в старшем возрасте при резком недоразвитии нижней челюсти и чрезмерном развитии
верхней
*при всех перечисленных нарушениях

В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙТРАЛЬНОГО ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ОТДЕЛЬНЫЕ ЗУБЫ УДАЛЯЮТ

на верхней челюсти
на нижней челюсти
на верхней и нижней челюстях
большее количество зубов на верхней челюсти и меньшее - на нижней
*зубы не удаляют

В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ОТДЕЛЬНЫЕ ЗУБЫ УДАЛЯЮТ

- *на верхней челюсти
- на нижней челюсти
- на верхней и нижней челюстях
- преимущественно только на верхней челюсти
- зубы не удаляют

ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О НЕОБХОДИМОСТИ УДАЛЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМ ПРИКУСОМ И НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ (I И II СТЕПЕНИ ИХ ВЫРАЖЕННОСТИ) СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

- сужение зубных рядов
- удлинение или укорочение зубных рядов
- наличие тесного расположения передних зубов
- наличие или отсутствие зачатков третьих моляров
- *все перечисленные нарушения

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА УДАЛЯЮТ

- симметрично расположенные зубы
- асимметрично расположенные зубы
- одноименные зубы
- разноименные зубы
- *различные зубы с учетом конкретных особенностей морфологического строения зубных рядов и их соотношения

МЕТОД ХОТЦА ЯВЛЯЕТСЯ НАИЛУЧШИМ СОЧЕТАННЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ

- в периоде временного прикуса
- *в начальном периоде смешанного прикуса
- в конечном периоде смешанного прикуса
- в периоде постоянного прикуса
- во всех периодах формирования прикуса

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД ВРЕМЕННОГО И НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ СМЕШАННОГО ПРИКУСОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ АППАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- несъемные
- съемные одночелюстные
- механически-действующие
- функционально-действующие
- *съемные аппараты различных конструкций с накусочной площадкой

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА У ПАЦИЕНТОВ В КОНЕЧНОМ ПЕРИОДЕ СМЕШАННОГО ПРИКУСА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- съемные одночелюстные
- несъемные
- съемные ортодонтические аппараты (механически и функционально-действующие) в сочетании с несъемными
- съемные ортодонтические аппараты различных конструкций, включающие накусочную площадку, в сочетании с несъемными

*все перечисленные ортодонтические аппараты

У ПАЦИЕНТОВ С ГОРИЗОНТАЛЬНЫМ ТИПОМ РОСТА ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ОСОБЕННОСТЯМИ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ЯВЛЯЕТСЯ

исправление расположения отдельных зубов и форм зубных рядов

расширение, укорочение или удлинение зубных дуг

мезиальное перемещение боковых зубов

*зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов и ограничение прорезывания нижних передних зубов

дистальное перемещение боковых зубов

У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТИКАЛЬНЫМ ТИПОМ РОСТА ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ОСОБЕННОСТЯМИ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ЯВЛЯЕТСЯ

зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов и ограничение прорезывания нижних передних зубов

расширение, укорочение или удлинение зубных дуг

дистальное перемещение боковых зубов

зубоальвеолярное удлинение в области верхних боковых зубов и зубоальвеолярное укорочение в области верхних передних зубов

*интрузия резцов

БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ОБУСЛОВЛЕНО

*горизонтальным типом роста лицевого скелета

нарушением режуще-бугровых контактов в переднем участке зубных дуг вследствие изменения вестибуло-орального расположения резцов

укорочением зубных дуг в результате физиологического мезиального перемещения боковых зубов

сужением зубных дуг, особенно нижней в области резцов, клыков и премоляров всеми перечисленными нарушениями

РЕЦИДИВУ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА СПОСОБСТВУЕТ

неправильный метод лечения

неустраненные функциональные нарушения

кариозное разрушение и удаление зубов

недостаточное развитие нижней челюсти в процессе лечения

*все перечисленное

ГЛУБОКИЙ ПРИКУС ОТНОСИТСЯ

к сагиттальным аномалиям

к трансверсальным аномалиям

*к вертикальным аномалиям

к сочетанным нарушениям

к физиологическому типу прикуса

ГЛУБИНА РЕЗЦОВОГО ПЕРЕКРЫТИЯ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНОЙ

*на 1/3 нижнего резца

на 1/2 нижнего резца

на 2/3 нижнего резца

на величину коронки резца

при краевом смыкании

ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЕВОГО КРАЯ И АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПРИ ГЛУБОКОМ ПРИКУСЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В ОБЛАСТИ

боковых зубов на верхней челюсти

боковых зубов на нижней челюсти

*передних зубов на верхней челюсти и н/ч

передних зубов на нижней челюсти

воспаление не наблюдается

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПРИКУСОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКУС, ПРИ КОТОРОМ

обеспечивается морфологический оптимум

обеспечивается эстетический оптимум

обеспечивается функциональный оптимум

*обеспечивается, морфологический, функциональный и эстетический оптимум

имеет место привычное смыкание зубных рядов

К ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИКУСУ МОЖНО ОТНЕСТИ

дистальный прикус

мезиальный прикус

глубокий прикус

прямой прикус

*все перечисленные прикусы

ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ НЕБНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ИХ ПРОРЕЗЫВАНИИ ПОКАЗАНЫ СЪЕМНЫЕ ОДНОЧЕЛЮСТНЫЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ В ВИДЕ ПЛАСТИНКИ

для верхней челюсти с кламмерами и рукообразными пружинами, не закрытыми базисом аппарата

*для верхней челюсти с кламмерами и восьмиобразными пружинами, расположенными под базисом аппарата

для нижней челюсти с кламмерами, вестибулярной дугой и наклонной плоскостью

с секторальным распилом, расположенным в куполе неба

с небной дугой

ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ НЕБНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ПРИ ОБРАТНОМ РЕЗЦОВОМ ПЕРЕКРЫТИИ НА 1/3 ВЫСОТЫ КОРОНКИ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ

аппарат Брюкля для нижней челюсти

*пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы и протрагирующими небными пружинами

направляющие коронки Катца

пластинки для верхней челюсти с секторальным распилом

открытый активатор

ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ НЕБНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЕСЛИ ИХ РЕЖУЩИЕ КРАЯ НАХОДЯТСЯ НА ОДНОМ УРОВНЕ С РЕЖУЩИМИ КРАЯМИ РЕЗЦОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СЪЕМНЫЕ ОДНОЧЕЛЮСТНЫЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ

пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом, расположенным в области свода неба, и секторальным распилом

*пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом, расположенным на уровне небной пов-ти перемещаемых зубов, и секторальным распилом

ортодонтические кольца, укрепленные на перемещаемые зубы с припаян припаянными с их вестибулярной стороны скобами; пластинка для верхней челюсти с кламмерами, вестибулярными полудугами, заканчивающимися вертикально изогнутыми концами, располагаемыми в скобах
аппарат Брюкля для нижней челюсти
коронки Катца

ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ НЕБНОГО ПОЛОЖЕНИЯ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОКАЗАНО

*пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы, винтом и секторальным распилом
аппарат Брюкля для нижней челюсти
аппарат Энгля для верхней челюсти
направляющие коронки Катца
открытый активатор

ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ НЕБНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПРИ ОБРАТНОМ РЕЗЦОВОМ ПЕРЕКРЫТИИ НАИБОЛЕЕ УНИВЕРСАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

бионатор Бальтерса III типа
аппарат Башаровой
*аппарат Брюкля
активатор Андресена - Гойпля
пластинка для верхней челюсти с секторальным распилом

ПРИ УСТРАНЕНИИ НЕБНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ И МИНИМАЛЬНОМ ОБРАТНОМ РЕЗЦОВОМ ПЕРЕКРЫТИИ ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ СЛЕДУЮЩИМ НЕСЪЕМНЫМ АППАРАТАМ

направляющим коронкам Катца
двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой
каппе Шварца
аппарату Гашимова
*открытому активатору

ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РОСТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ МЕЗИАЛЬНОМ ПРИКУСЕ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАН

бионатор Бальтерса III типа
активатор Вундерера
*регулятор функций Френкеля (III типа)
активатор Андресена - Гойпля
аппарат Брюкля

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА И РАСШИРЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАН (ДВУЧЕЛЮСТНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ)

открытый активатор Кламонта с верхнегубными пелотами
*активатор Андресена с винтом
регулятор функций Френкеля III типа
активатор Андресена - Гойпля
аппарат Брюкля

УДЛИНИТЬ ВЕРХНИЙ ЗУБНОЙ РЯД В ПЕРЕДНЕМ УЧАСТКЕ И ДОСТИГНУТЬ УСТОЙЧИВЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ВОЗМОЖНО С ПОМОЩЬЮ

пластинки для верхней челюсти с кламмерами, винтом и секторальным распилом

*пластинки для верхней челюсти с кламперами, винтом, секторальным распилом и верхнегубными пелотами
регулятора функции Френкеля III типа
аппарата Брюкля для нижней челюсти
открытого активатора

ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА НАИБОЛЬШЕЕ ЗАДЕРЖИВАНИЕ РОСТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

*бионатор Бальтерса III типа
регулятор функций Френкеля III типа
активатор Вундерера
аппарат Брюкля для нижней челюсти
аппарат Брюкля

ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПОДБОРОДОЧНОЙ ПРАЩИ С ЦЕЛЬЮ ЗАДЕРЖИВАНИЯ РОСТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И УМЕНЬШЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ ЕЕ УГЛОВ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО

горизонтальное направление внеротовой резиновой тяги
*косое (кзади и кверху) направление внеротовой резиновой тяги
горизонтальное и косое (кзади и кверху) направление внеротовой резиновой тяги
вертикальное направление внеротовой резиновой тяги
вертикальное, косое кзади направление внеротовой резиновой тяги

В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТОМ БРЮКЛЯ, ПОДБОРОДОЧНОЙ ПРАЩЕЙ, ШАПОЧКОЙ И ВНЕРОТОВОЙ ТЯГОЙ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПОЛЬЗОВАТЬСЯ АППАРАТОМ

*и приспособлениями днем, снимать шапочку во время приема пищи
и приспособлениями днем и ночью, шапочку во время приема пищи не снимать
и приспособлениями только ночью
днем и ночью, во время приема пищи снимать
только днем

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА ПРИ НАЛИЧИИ ГЛУБОКОГО ОБРАТНОГО РЕЗЦОВОГО ПЕРЕКРЫТИЯ, НЕБНОГО НАКЛОНА РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И СМЕЩЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА БРЮКЛЯ НЕ ПОКАЗАНО В ВОЗРАСТЕ

4 года - во временном прикусе
*6 лет - в раннем смешанном прикусе
8 лет и старше - в позднем смешанном прикусе
11 лет и старше - в постоянном прикусе
не имеет значения

ГРАВИРОВКУ МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ПЕЛОТОВ ДЛЯ РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА ПРОВОДЯТ

*в области переходной складки на верхней челюсти
в области переходной складки на нижней челюсти
в области переходной складки на верхней и нижней челюстях
не доходя до переходной складки
в любом месте

ПЕРЕХОДНУЮ СКЛАДКУ НА МОДЕЛИ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ФР III НЕОБХОДИМО УГЛУБИТЬ

на 2-3 мм
*на 4-5 мм
на 6-7 мм
на 7-10 мм
на 10-15 мм

БОКОВЫЕ ЩИТЫ ФР III ДОЛЖНЫ

плотно прилегать к альвеолярному отростку верхней челюсти
*плотно прилегать к альвеолярному отростку нижней челюсти
плотно прилегать к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюстей
отстоять от альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей
ничего из перечисленного

ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА АППАРАТОМ ФР III НЕОБХОДИМ ПЕРИОД РЕТЕНЦИИ

1 год
0.5 года
2-3 мес
*период ретенции не требуется
1 мес

ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА НА АППАРАТЕ ЭНГЛЯ ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ ТЯГИ СЛЕДУЕТ ПРИПАЯТЬ КРЮЧКИ В ОБЛАСТИ

3*3
4*4
5*5
*6*6
резцов

ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА НА АППАРАТЕ ЭНГЛЯ ДЛЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ ТЯГИ СЛЕДУЕТ ПРИПАЯТЬ КРЮЧКИ В ОБЛАСТИ

*3*3
4*4
5*5
6*6
резцов

ОРТОДОНТИЧЕСКУЮ ШАПОЧКУ С ПОДБОРОДОЧНОЙ ПРАЩЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА СЛЕДУЕТ

применять в любом возрасте
*применять в периодах активного роста
применять в периоде активного лечения
не применять
применять в смешанном периоде

В НАЧАЛЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА АППАРАТОМ ЭНГЛЯ МЕЖЧЕЛЮСТНАЯ РЕЗИНОВАЯ ТЯГА ДОЛЖНА ИМЕТЬ

*горизонтальное направление
вертикальное направление
косое направление

сочетанное направление
направление не имеет значения

В ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА
АППАРАТОМ ЭНГЛЯ МЕЖЧЕЛЮСТНАЯ РЕЗИНОВАЯ ТЯГА ДОЛЖНА ИМЕТЬ
горизонтальное направление
*вертикальное направление
косое направление
тяга не применяется
направление не имеет значения

ГЛУБОКИЙ ПРИКУС ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ
трансверсальным
сагиттальным
*вертикальным
сочетанным
не является аномалией прикуса

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ
по аномалии расположения зубов в вестибуло-оральном направлении
по аномалии расположения зубов в сагиттальном направлении
*по аномалии смыкания зубов в вертикальном направлении
по краевому смыканию передних зубов
по отсутствию смыкания

НОРМАЛЬНОЙ СЧИТАЕТСЯ ГЛУБИНА РЕЗЦОВОГО ПЕРЕКРЫТИЯ
на 0-0.5 мм
*на 1.0-2.0 мм
на 2.0-3.0 мм
на 4.0-5.0 мм
на 5.0 мм и более

СТЕПЕНЕЙ ГЛУБИНЫ РЕЗЦОВОГО ПЕРЕКРЫТИЯ СУЩЕСТВУЕТ
2
4
*3
5
более 5

СУТЬ КЛАССИФИКАЦИИ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА Б.Н.БЫНИНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
*в степени глубокого резцового перекрытия
в выборе терминологии для определения патологии
в динамике развития патологического процесса
в сочетании всех перечисленных проявлений
ни в одном из перечисленных проявлений

ГЛУБОКИЙ ПРИКУС ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ
при всех аномалиях прикуса
*при дистальном соотношении зубных рядов
при мезиальном соотношении зубных рядов
при нейтральном прикусе
при перекрестном прикусе

НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ТЕРМИНОМ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАТОЛОГИИ ПРИКУСА ПО ВЕРТИКАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

*глубокий прикус

глубокое резцовое перекрытие

супраокклюзия нижних передних зубов

инфраокклюзия верхних передних зубов

травмирующий прикус

У ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМ ПРИКУСОМ

стоматологический статус остается без изменений

возрастает степень активности кариозного процесса

наблюдается сочетание активности кариеса и ухудшение гигиенического состояния полости рта

*возрастает степень активности кариозного процесса, увеличивается число заболеваний краевого пародонта и ухудшается гигиеническое состояние полости рта

ухудшается гигиеническое состояние полости рта

«ДЕФЕКТЫ ЗУБОВ И ЗУБНЫХ РЯДОВ»

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

от 4 до 6 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

от 10 до 12 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

все перечисленные периоды

ОСНОВНЫМ ВОЗРАСТНЫМ ПЕРИОДОМ САГИТТАЛЬНОГО РОСТА ЧЕЛЮСТЕЙ ОТ 3 ДО 6 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОД

*от 3 до 3.5 лет

от 3.5 до 4 лет

от 4 до 4.5 лет

от 4.5 до 5 лет

от 5 до 6 лет

ОСНОВНЫМ ВОЗРАСТНЫМ ПЕРИОДОМ САГИТТАЛЬНОГО, ТРАНСВЕРСАЛЬНОГО И ВЕРТИКАЛЬНОГО РОСТА ЧЕЛЮСТЕЙ ОТ 6 ДО 10 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОД

*от 6 до 9 лет

от 6 до 7 лет

от 8 до 9 лет

от 9 до 10 лет

все перечисленные периоды

ОСНОВНЫМ ВОЗРАСТНЫМ ПЕРИОДОМ САГИТТАЛЬНОГО, ТРАНСВЕРСАЛЬНОГО И ВЕРТИКАЛЬНОГО РОСТА ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕВОЧЕК ОТ 9 ДО 13 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОД

от 9 до 9.5 лет

от 9.5 до 10 лет

от 10 до 10.5 лет

*от 10.5 до 13 лет

все перечисленные периоды

ОСНОВНЫМ ВОЗРАСТНЫМ ПЕРИОДОМ САГИТТАЛЬНОГО РОСТА ЧЕЛЮСТЕЙ У МАЛЬЧИКОВ ОТ 13 ДО 30 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОД

*от 13 до 14 лет

от 14 до 15 лет

от 15 до 18 лет

от 18 до 30 лет

все перечисленные периоды

ВЕРТИКАЛЬНЫЙ РАЗМЕР КОРОНОК ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПЕРИОДЕ ОТ 6 ДО 30 ЛЕТ ИЗМЕНЯЕТСЯ

*от 6 до 9 лет

от 9 до 13 лет

от 13 до 15 лет

от 15 до 30 лет

во все возрастные периоды

МЕЗИОДИСТАЛЬНЫЙ РАЗМЕР КОРОНОК ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПЕРИОДЕ ОТ 6 ДО 15 ЛЕТ ИЗМЕНЯЕТСЯ

от 6 до 9 лет

от 9 до 13 лет

*от 6 до 15 лет

не изменяется от 6 до 15 лет

ПОД ДЕЙСТВИЕМ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ ЗУБЫ ЛЕГЧЕ ПЕРЕМЕЩАЮТСЯ

в дистальном направлении

*в мезиальном направлении

в вертикальном направлении

в оральном направлении

во всех перечисленных направлениях

ПРИ ПАРОДОНТОЗЕ НАГРУЗКА НА ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ ЗУБЫ И ПАРОДОНТ У ВЗРОСЛЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНА

в дистальном направлении

в мезиальном направлении
в вертикальном направлении
в вестибулярном направлении
*во всех перечисленных направлениях

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
любую из перечисленных

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
то же с небольшой выемкой
*позади последних моляров - с большой выемкой до небных складок

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

нормализация жевания
нормализация глотания
нормализация речи
нормализация положения нижней челюсти
*профилактика

ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ПРИКУСА НА СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗАХ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

нормализация резцового перекрытия
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
во всех перечисленных

ОБЪЕМ ПОЛОСТИ РТА ВОЗМОЖНО УВЕЛИЧИТЬ

выдвижением нижней челюсти
расширением зубных рядов
повышением прикуса с помощью окклюзионных накладок на боковые зубы
повышением прикуса с помощью накусочной площадки в области передних зубов
*всеми перечисленными мероприятиями

ИЗГОТОВЛЕНИЕ ВКЛАДОК С ПАРАПУЛЬПАРНЫМИ ШТИФТАМИ БЕЗ
ДЕПУЛЬПАЦИИ ЗУБА НЕ ПОКАЗАНО ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ДЕФЕКТАХ КРОНОК
ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ В ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

при отломе угла у области нижней трети кронок

при горизонтальном отломе в области нижней четвертой части кронок

*при горизонтальном отломе половины кронок и более

при косом отломе от одного угла до нижней трети противоположной стороны кронок

при всех перечисленных видах отломов

СРЕДНЯЯ СУММА МЕЗИО-ДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ КРОНОК 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

от 33 до 34 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

от 110 до 112

СРЕДНЯЯ СУММА МЕЗИО-ДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ КРОНОК 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

от 33 мм и более

СРЕДНЯЯ СУММА МЕЗИО-ДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ КРОНОК 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

от 33 до 34 мм

СРЕДНЯЯ СУММА МЕЗИО-ДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ КРОНОК 4 РЕЗЦОВ
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ АБСОЛЮТНОЙ МАКРОДОНТИИ СОСТАВЛЯЕТ

от 32 до 33 мм

от 33 до 34 мм

от 34 до 35 мм

от 35 до 36 мм

*от 36 до 37 мм

ПРИ НЕЙТРАЛЬНОМ ПРИКУСЕ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МАКРОДОНТИИ ПОКАЗАНО

расширение зубных рядов
удлинение зубных рядов
мезиальное перемещение боковых зубов
дистальное 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
все перечисленное

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
все перечисленное

ПРИЧИНОЙ НЕДОСТАТОЧНОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

позднее прорезывание временных клыков и запоздалое наступление их физиологической старости
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
чрезмерная протрузия передних зубов
*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
нарушение формы лица
*все перечисленное

ОСНОВНЫМИ ОБЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ ОРГАНИЗМА ПРИ АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПАЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

нарушение осанки
плоскостопие
кривошея
*нарушение терморегуляции
все перечисленные нарушения

ТРИАДА ПРИ АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ ВКЛЮЧАЕТ
нарушение терморегуляции, осанки, плоскостопие
адентия, нарушение терморегуляции и осанки
*ангидроз, адентия, гипотрихоз
ангидроз, гипотрихоз, кривошея
гипотрихоз, адентия, нарушение осанки

ПОСЛЕДСТВИЯМИ АДЕНТИИ БОЛЕЕ 10 ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
смещение зубов и их наклоны
зубоальвеолярное удлинение в области зубов, не имеющих антагонистов
смещение нижней челюсти
снижение высоты прикуса
*все перечисленное

КРАЙ КОРОНКИ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАСПОЛАГАЕТСЯ
под десной до 1.5 мм
под десной до 1 мм
под десной до 0.5 мм
*до десневого края
на 0.5 мм короче

В ОБЛАСТИ ОТСУТСТВУЮЩИХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ
ПРЕДПОЧТЕНИЕ
коронке на постоянный моляр с литой распоркой и тройной лапкой напереди
расположенный зуб (по Ильиной - Маркосян)
кольцу на постоянный моляр с литой распоркой и тройной лапкой напереди
расположенный зуб
коронке на постоянный моляр с припаянной к ней П-образной рамкой
*кольцу на постоянный моляр с припаянной к нему П-образной рамкой
коронке на постоянный моляр с пружинящей П-образной рамкой

В ВОЗРАСТЕ ДО 15 ЛЕТ ПРИ НЕДОСТАТКЕ МЕСТА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ
СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЮЩИМ НЕСЪЕМНЫМ ПРОТЕЗАМ
мостовидному протезу с коронками на опорные зубы и фасеткой или фасетками
консольному протезу при отсутствии бокового резца
мостовидному протезу по Мерефилдву
*раздвижному мостовидному протезу по Ильиной - Маркосян
литому мостовидному протезу

ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗДВИЖНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА С 1 ИЛИ 2
ИСКУССТВЕННЫМИ РЕЗЦАМИ ЯЗЫЧНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ КОРОНОК БОКОВЫХ
ЗУБОВ СЛЕДУЕТ ПОКРЫВАТЬ БАЗИСОМ АППАРАТА
на 0.5 мм
на 1 мм
на 2 мм
на 3 мм

*всю язычную поверхность

СЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ ВРЕМЕННОГО ПРИКУСА СЛЕДУЕТ ЗАМЕНЯТЬ

через 2-4 мес

через 4-6 мес

через 6-8 мес

*через 8-10 мес

более, чем через 1 год

СЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ СМЕШАННОГО ПРИКУСА СЛЕДУЕТ ЗАМЕНЯТЬ

через 2-4 мес

через 4-6 мес

*через 6-8 мес

через 8-10 мес

более, чем через 1 год

ДЛЯ УСКОРЕННОГО РАСКРЫТИЯ СРЕДИННОГО НЕБНОГО ШВА ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ

каркасному литому из металла аппарату с коронками и штангами на опорные зубы и винтом

*аппарату Дерихсвайлера

коронкам на опорные зубы с припаянными штангами, сваренными в базис небной пластинки, с винтом

кольцам на опорные зубы с трубками с их вестибулярной стороны, с оральными штангами на, в том числе, соседние зубы, сваренными в базис аппарата, не прилегающей к десневым сосочкам и придесневым участкам, и винтом
любой из перечисленных конструкций

ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРОРЕЗЫВАНИЯ РЕТИНИРОВАННОГО КЛЫКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ВОЗРАСТЕ 15 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ПРИГОДЕН

мостовидный протез

съемный протез с винтом и секторальным распилом

съемный протез с винтом и продольным распилом

съемный протез с винтом, продольным распилом и накусочной площадкой для резцов и клыков нижней челюсти

*съемный протез с винтом, секторальным распилом, накусочной площадкой и пружинами для раздвижения соседних зубов

ПРАЩА ОПИРАЕТСЯ

на подбородок

на тело нижней челюсти

на углы нижней челюсти

на губы

*на различные участки в зависимости от лечебных целей и конструкции

К РАЗНОВИДНОСТЯМ ПЛАСТИНЧАТЫХ ОДНОЧЕЛЮСТНЫХ СЪЕМНЫХ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ

*оральные

вестибулярные

назубные

блоковые
каркасные

К РАЗНОВИДНОСТЯМ ДУГОВЫХ ОДНОЧЕЛЮСТНЫХ НЕСЪЕМНЫХ
ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ

оральные
вестибулярные
*назубные
блоковые
каркасные

К РАЗНОВИДНОСТЯМ ДВУЧЕЛЮСТНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНО-НАПРАВЛЯЮЩИХ
СЪЕМНЫХ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ

оральные
вестибулярные
назубные
*блоковые
каркасные

К РАЗНОВИДНОСТЯМ ДВУЧЕЛЮСТНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ДЕЙСТВУЮЩИХ
ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ

пластинчатые
дуговые
блоковые
эластичные
*каркасные

К РАЗНОВИДНОСТЯМ ОДНОЧЕЛЮСТНЫХ НЕСЪЕМНЫХ ВНЕРОТОВЫХ
ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ

пластинчатые
эластичные
блоковые
*дуговые
каркасные

К РАЗНОВИДНОСТЯМ ОДНОЧЕЛЮСТНЫХ СЪЕМНЫХ ВНЕРОТОВЫХ
ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ

пластинчатые
эластичные
блоковые
*дуговые
каркасные

ДЛЯ КРЕПЛЕНИЯ СЪЕМНЫХ АППАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

адгезия
анатомическая ретенция
механические способы
*сочетанные способы
ничего из перечисленного

ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ФИКСАЦИИ СЪЕМНЫХ АППАРАТОВ В ПРОЦЕССЕ
ЛЕЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

кламмерная фиксация
дуговая фиксация
капповая фиксация
фиксирующее действие активных элементов
*сочетанная фиксация

АППАРАТЫ, КОТОРЫЕ ОКАЗЫВАЮТ ВЗАИМНОПРОТИВОПОЛОЖНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПЕРЕДНИЕ И БОКОВЫЕ ЗУБЫ ЧЕЛЮСТИ, НАЗЫВАЮТ
одночелюстными межчелюстного действия
*одночелюстными одночелюстного действия
одночелюстными внеротового действия
межчелюстными двучелюстного действия
сочетанными

ОДНОЧЕЛЮСТНЫЕ АППАРАТЫ, КОТОРЫЕ ОКАЗЫВАЮТ ВЗАИМНОПРОТИВОПОЛОЖНОЕ ДЕЙСТВИЕ НА ВЕРХНИЙ И НИЖНИЙ ЗУБНЫЕ РЯДЫ, НАЗЫВАЮТ
*одночелюстными межчелюстного действия
одночелюстными одночелюстного действия
одночелюстными внеротового действия
межчелюстными двучелюстного действия
сочетанными

АППАРАТЫ, КОТОРЫЕ ОКАЗЫВАЮТ ВЗАИМНОПРОТИВОПОЛОЖНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ЧЕЛЮСТЬ И ГОЛОВУ, НАЗЫВАЮТ
одночелюстными одночелюстного действия
одночелюстными межчелюстного действия
*одночелюстными внеротового действия
межчелюстными двучелюстного действия
сочетанными

ВНЕРОТОВАЯ ЧАСТЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО АППАРАТА МАКСИМАЛЬНО ОПИРАЕТСЯ
на лобную часть головы
на лобно-теменную часть головы
*на лобно-теменно-затылочную часть головы
на шею
на подбородок

ПРИ ИСПРАВЛЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ АНОМАЛИЙНО СТОЯЩЕГО ЗУБА НЕОБХОДИМО СОБЛЮСТИ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ
использовать силу и опору
использовать опору и фиксацию
использовать силу, опору и фиксацию
устранить препятствие на пути перемещения зуба, создать место для перемещаемого зуба
*соблюсти все перечисленные физические условия

ПРИ ИСПРАВЛЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ АНОМАЛИЙНО СТОЯЩЕГО ЗУБА НЕОБХОДИМО СОБЛЮСТИ СЛЕДУЮЩИЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ
оценить качество коронок и корней зубов
учесть степень формирования корня зуба
оценить состояние зубоальвеолярной дуги с позиций нормогенеза тканей

оценить состояние зубоальвеолярной дуги с позиций патогенеза тканей

*учесть анатомо-физиологические условия развития зубоальвеолярной дуги с позиции ее нормо- и патогенеза, а также особенностей перестройки тканей под воздействием ортодонтических аппаратов

ОРТОДОНТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ, ИМЕЮЩИЕ АКТИВНО-ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ, НАЗЫВАЮТСЯ

функционально-направляющими

*механически-действующими

функционально-действующими

аппаратами сочетанного действия

никак не называются

ОРТОДОНТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ, ИМЕЮЩИЕ ПАССИВНО-ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ, НАЗЫВАЮТСЯ

*функционально-направляющими

механически-действующими

функционально-действующими

аппаратами сочетанного действия

никак не называются

ИСТОЧНИКОМ СИЛЫ В ФУНКЦИОНАЛЬНО-ДЕЙСТВУЮЩИХ АППАРАТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

винт, пружина, дуга, резиновая тяга, магнитная тяга и др.

наклонная плоскость, направляющие петли, накладки, каппы, пелоты и т.д.

энергия жевательных мышц

энергия мимических мышц

*энергия жевательных и мимических мышц

«ТРАВМА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ»

ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПЕРИОДЕ ВРЕМЕННОГО ПРИКУСА СЛЕДУЕТ ЗАМЕЩАТЬ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

с 2 лет

с 3 лет

*с 4 лет

с 5 лет

с 6 лет

ТАКТИКОЙ ВРАЧА ПРИ НАЛИЧИИ ВКОЛОЧЕННЫХ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

удаление вколоченных резцов

вытяжение вколоченных резцов

наблюдение

*применение противовоспалительных средств и наблюдение

невмешательство

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

съемная пластинка для верхней челюсти с пружинами на травмированный и соседние зубы

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВОЗРАСТОМ НАИБОЛЬШИЕ НАРУШЕНИЯ ЕЕ РОСТА НАБЛЮДАЮТСЯ

по средней линии

в области клыка

в области премоляра или моляра

в области углов

*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

синдром I и II жаберных дуг

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

Кеза

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

от 8 мес до 1 года

ДЛЯ ДЕТЕЙ, НЕ ИМЕЮЩИХ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧИТЬ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ОБТУРАТОРЫ

Ильиной - Маркосян с подвижной небной занавеской

*типа Кеза

РИС-1

РИС-2

РИС-3

ПРИЧИНОЙ ДВУСТОРОННЕЙ НИЖНЕЙ МИКРОГНАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ травма в период беременности

травма во время родов при неправильном расположении плода
гематогенная инфекция
синдром Робина
*все перечисленное

ПРИЧИНАМИ ОДНОСТОРОННЕЙ НИЖНЕЙ МИКРОГНАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

травма бытовая
травма спортивная
стоматологические заболевания
заболевания среднего уха
*все перечисленные причины

ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТАМ ПО ПОВОДУ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ, ТРАВМАТИЧЕСКИХ И НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПРИМЕНЯЮТ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ И ПРИСПОСОБЛЕНИЯ

репонирующие
фиксирующие
замещающие
формирующие
*любые по показаниям

ПРИ АДЕНТИИ ВЕРХНИХ БОКОВЫХ РЕЗЦОВ БЕЗ СОКРАЩЕНИЯ РАЗМЕРА
ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ТАКТИКОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЯВЛЯЕТСЯ

*перемещение 3*3 дистально с последующим протезированием недостающих 2*2 зубов
мезиальное перемещение 3*3 с удалением III*III
мезиальное перемещение 3*3 с сохранением III*III
покрытие 1*1 коронками больших размеров
невмешательство

ПРИ РЕТЕНЦИИ ТРЕТЬИХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ ПРИ МЕЗИАЛЬНОМ ПРИКУСЕ
ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

сдерживание роста нижней челюсти внеротовой тягой
вылушивание 8A8
*удаление отдельных зубов на нижней челюсти
раздражающая терапия
наблюдение

ПОСЛЕ ВОЗРАСТНОГО ПЕРИОДА ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ
ДИАГНОЗ ИХ РЕТЕНЦИИ МОЖНО ПОСТАВИТЬ

через полгода
через 1 год
через 2 года
*через 3 года
через 4 года

СВЕРХКОМПЛЕКТНЫЕ ЗУБЫ ЧАЩЕ БЫВАЮТ В ОБЛАСТИ

моляров
премоляров
клыков
*резцов
определенной закономерности нет

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

с 12 лет