

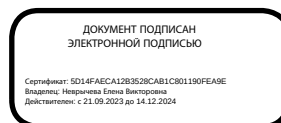
Министерство здравоохранения Хабаровского края
Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
"ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"
(КГБОУ ДПО ИПКСЗ)

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
31.08.75 Стоматология ортопедическая
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 31.08.75 Стоматология ортопедическая 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 31.08.75 Стоматология ортопедическая 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-стоматолог-ортопед – 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 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 стоматологической патологией	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
	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 ортопедической стоматологической 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, профилактике стоматологических заболеваний	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
	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 качества знаний,	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана.

		приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры	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. Аболмасов, Н. Г. Ортопедическая стоматология : учеб. / Н. Г. Аболмасов. - 11-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2020. - 556 с.

2. Балкаров, А.О. Ортопедические методы лечения при заболеваниях пародонта : учеб. пособие / А. О. Балкаров, С. Ю. Карданова ; Кабард.-Балкар. гос. ун-т им. Х.М.Бербекова. – Нальчик : [б. и.], 2018. – 83 с.

3. Биомеханические основы комплекса височно-нижнечелюстного сустава и выбор инструментов (аппаратов) для практического применения: учеб. пособие / В.Ф Лосев, Ф. Ф. Лосев, В. И. Пьянзин [и др.]; М-во здравоохранения Моск. обл., Моск. обл. науч.-исслед. клин. ин-т им. М.Ф.Владимирского, фак. усовершенствования врачей. – М.: МОНИКИ, 2021. - 16 с.

4. Ведение истории болезни в клинике ортопедической стоматологии : учеб. пособие : Рекомендовано Координац. советом по области образования “Здравоохранение и мед. науки” в качестве учеб. пособия для использования в образоват. учреждениях, реализующих программы доп. проф. образования специалистов по ортопед. стоматологии / ред.: Н. А. Цаликова, Т. И. Ибрагимов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 96 с.

5. Восстановление дефектов зубных рядов бюгельными протезами : учеб. пособие / С. Ю. Карданова, А. О. Балкаров, Ж. А. Хабжокова [и др.] ; М-во науки и высшего образования РФ, Кабард.-Балкар. гос. ун-т им. Х.М.Бербекова. - Нальчик : КБГУ, 2020. - 72 с.

6. Восстановление дефектов зубных рядов мостовидными протезами : учеб.

пособие / С. Ю. Карданова, А. О. Балкаров, Д. А. Баксаноква [и др.] ; М-во науки и высшего образования РФ, Кабард.-Балкар. гос. ун-т им. Х.М.Бербекова. - Нальчик : КБГУ, 2020. - 66 с.

7. Караева, А.Ю. Новые аспекты медикаментозных и хирургических методов лечения заболеваний пародонта. Мукозит. Периимплантит: учеб. пособие / А. Ю. Караева, А. В. Силин ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Северо-Запад. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2021. - 56 с.

8. 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.

9. Материаловедение в ортопедической стоматологии : учеб. пособие / Курск. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации, каф. ортопед. стоматологии ; сост.: В. В. Фелькер [и др.]. - Белгород : ООО "Эпицентр", 2023. - 136 с.

10. Медикаментозные средства и стоматологические материалы, используемые в эндодонтии : учеб. пособие / Дагест. гос. мед. ун-т Минздрава России, каф. терапевт. стоматологии ; сост.: Г. Г. Абдурахманов, М. Н. Меджидов. - Махачкала : АЛЕФ, 2019. - 72 с.

11. Организация оказания стоматологической помощи взрослому населению Российской Федерации в амбулаторных условиях: учеб. пособие / Д. А. Трухин, М. А. Постников, Ю. А. Шухорова, С. Е. Чигарина; Самар. гос. мед. ун-т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 104 с.

12. Основы материаловедения. Конструкционные материалы для изготовления зубных протезов : учеб. пособие / Т. Н. Юшманова, Н. В. Скрипова, Е. А. Поливаная, А. В. Катышев ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, ФГБОУ ВО "Северный государственный медицинский университет" М-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Архангельск : Изд-во Сев. гос. мед. ун-та, 2022. - 126 с.

13. Основы материаловедения в ортопедической стоматологии. Оттисчные материалы : учеб. пособие / Т. Н. Юшманова, Н. В. Скрипова, О.Я Капшина, В. Н. Тихонов ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, ФГБОУ ВО "Северный государственный медицинский университет" М-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Архангельск : Изд-во Сев. гос. мед. ун-та, 2022. - 116 с.

14. Оформление амбулаторной карты первичного стоматологического пациента: учеб. пособие / Е. Е. Статовский, И. В. Кулик, О. Н. Кравец [и др.]; 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. - 120 с.

15. Практические приемы применения лицевых дуг и артикуляторов в клинике ортопедической стоматологии: учеб. пособие / В.Ф Лосев, Ф. Ф. Лосев, В. И. Пьянзин [и др.] ; М-во здравоохранения Моск. области, Моск. обл. науч.-исслед. клин. ин-т им. М.Ф.Владимирского, фак. усовершенствования врачей. – М.: МОНИКИ, 2021. - 16 с.

16. Препарирование твердых тканей зубов под несъемные зубные протезы: учеб. пособие / [М. Ф. Сухарев, С. Н. Бармашов, Д. А. Миронов, В. С. Никитин; под ред. И. Н. Антоновой]; Первый С.-Петербур. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. пропедевтики стоматол. заболеваний. – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2020. - 44 с.

17. Применение временных конструкций при протетическом лечении: учеб. пособие / В. В. Шкарин, Л. Н. Щербаков, Ю. П. Мансур [и др.]; Волгогр. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2021. - 60 с.

18. Применение сплавов золота в ортопедической стоматологии : учеб. пособие для клин. ординаторов и аспирантов / И. Ю. Лебеденко, В. А. Парунов, Е. П. Пустовая, Д. В. Сопочинский ; Рос. ун-т дружбы народов, каф ортопед. стоматологии. – М. : ООО "Новик", 2019. – 76 с.

19. Применение сплавов палладия в ортопедической стоматологии : учеб. пособие для клин. ординаторов и аспирантов / В. А. Парунов, М. В. Быкова, И. Ю. Лебеденко [и

др.] ; Рос. ун-т дружбы народов, мед. ин-т, каф. ортопед. стоматологии. – М.: ООО "Новик", 2021. - 72 с.

20. 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.

21. Протокол немедленной дентальной имплантации с одномоментным удалением зуба: учеб. пособие / Ф. Ф. Лосев, В. И. Пьянзин, А. В. Пьянзина, В.Ф Лосев ; М-во здравоохранения Моск. области, Моск. обл. науч.-исслед. клин. ин-т им. М.Ф.Владимирского, фак. усовершенствования врачей. – М.: МОНИКИ, 2021. - 16 с.

22. Пчелин, И.Ю. Конструирование искусственных зубных рядов в артикуляторе: учеб. пособие / И. Ю. Пчелин, И. В. Линченко, В. И. Шемонаев ; Волгогр. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2021. - 118 с.

23. Пчелин, И.Ю. Монтаж моделей в артикулятор: учеб. пособие / И. Ю. Пчелин, И. В. Линченко, В. И. Шемонаев; Волгогр. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2021. - 59 с.

24. Ремизова, А.А. Клинические аспекты лечения пациентов бюгельными протезами : учеб. пособие для использования в образоват. учреждениях, реализующих осн. проф. образоват. прогр. высш. образования подгот. кадров высш. квалификации в ординатуре по специальности 31.08.75 "Стоматология ортопедическая" и прогр. проф. переподгот. по специальности "Стоматология ортопедическая": рекомендовано Координац. советом по обл. образования "Здравоохранение и мед. науки" / А. А. Ремизова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 168 с.

25. Рентгенологическая диагностика в стоматологии: учеб. пособие / В. М. Водолацкий, А. М. Угримова, А. А. Павлов, А. В. Баландина; Ставроп. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2021. - 152 с.

26. Силин, А.В. Артикуляторы в практике врача-стоматолога : учеб. пособие / А. В. Силин, Е. Е. Статовская, И. В. Кулик ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Северо-Запад. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова, каф. стоматологии общ. практики. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2020. - 44 с.

27. Средства, улучшающие адгезию съемных конструкций зубных протезов : учеб. пособие для студентов, клин. ординаторов, аспирантов, преподавателей и врачей-стоматологов / Урал. гос. мед. ун-т Минздрава России ; сост. Т. Д. Мирсаев. – Екатеринбург : Изд. Дом "Тираж", 2019. – 64 с.

28. Стоматологическая медицинская организация: санитарно-гигиенический и противоэпидемиологический режим: учеб. пособие / С. Д. Арутюнов, Н. Д. Ющук, Ю. В. Мартынов, Е. В. Кухтевич; ред.: Н. Д. Ющук, С. Д. Арутюнов; Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т им. А.И.Евдокимова м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – М.: Практик. медицина, 2021. - 104 с.

1.2. Дополнительная литература

29. Анохина, А.В. Конусно-лучевое компьютерное томографическое исследование в практике врача-ортопеда : практ. рук. / А. В. Анохина, С. Л. Абзалова ; Казан. гос. мед. акад., фил. ФГБОУ ДПО РМАНПО. - Казань : МеДДоК, 2019. - 40 с.

30. Виртуальный пациент : учеб.-метод. пособие для клин. ординаторов / И. Ю. Лебеденко, А. А. Стафеев, А. Н. Ряховский [и др.] ; Рос. ун-т дружбы народов, мед. ин-т, каф. ортопед. стоматологии. – М. : ООО "Новик", 2020. - 124 с.

31. Дентальная имплантация : нац. рук. / ЦНИИС и ЧЛХ. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 400 с.

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

33. Инновационные технологии в стоматологии : учеб.-метод. пособие к практ. занятиям / И. В. Багдасарова [и др.] ; Рос. ун-т дружбы народов, Мед. ин-т. – М. : РУДН,

2018. – 96 с.

34. Комплексное лечение патологических состояний слизистой оболочки полости рта и пародонта в клинике ортопедической стоматологии : метод. рекомендации / В. А. Кунин, Н. И. Лесных, А. А. Цапина [и др.] ; Воронеж. гос. мед. ун-т им. Н.Н. Бурденко, Ин-т стоматологии, каф. ортопед. стоматологии, каф. подгот. кадров высш. квалификации в стоматологии, стоматол. клиника. - Воронеж : Науч. кн., 2022. - 24 с.

35. Лучевая диагностика в стоматологии: учеб.-метод. пособие для студентов стоматол. фак. / Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П.Павлова Минздрава России, каф. рентгенологии и радиац. медицины; ред. В. И. Амосов. - СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2019. - 32 с.

36. Неотложные состояния в стоматологической практике: учеб.-метод. пособие для использования в образоват. учреждениях, реализующих осн. проф. образоват. программы высш. образования подгот. кадров высш. квалификации в ординатуре по укрупненной группе специальностей по стоматологии: рекомендовано Координац. советом по обл. образования "Здравоохранение и мед. науки" / С. А. Демьяненко, Д. А. Казанцев, О. Н. Казанцева, Г. Р. Гелецян. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 141 с.

37. Ортопедическая стоматология и ортодонтия. Ч. 1 / М. Ю. Саакян, Е. Н. Жулев, П. Э. Ершов [и др.] ; Приволж. исслед. мед. ун-т. – Н. Новгород : Изд-во Приволж. исслед. мед. ун-та, 2020. – 152 с.

38. 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.

39. Основные принципы препарирования зубов жевательной группы под коронки, изготовленные современными лабораторными методами : учеб.-метод. пособие / В.Ф Лосев, Ф. Ф. Лосев, В. И. Пьянзин [и др.] ; М-во здравоохранения Моск. области, Моск. обл. науч.-исслед. клин. ин-т им. М.Ф.Владимирского, фак. усовершенствования врачей. – М.: МОНИКИ, 2023. - 32 с.

40. Основы и базовые принципы дентальной имплантологии : метод. пособие / Г. А. Хацкевич, В. Г. Аветикян, И. Г. Трофимов [и др.] ; ред. А. И. Яременко ; Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П.Павлова Минздрава России. – СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2020. - 28 с.

41. Особенности анатомии и топографии полости зуба и системы корневых каналов : учеб.-метод. пособие для врачей-стоматологов / Рос. ун-т дружбы народов, мед. ин-т ; сост.: З. С. Хабазе, А. В. Зорян. – М. : РУДН, 2019. – 72 с.

42. Особенности оказания стоматологической помощи при пандемии коронавирусной инфекции: моногр. / А. М. Хамадеева, Л. Ф. Лучшева, Д. А. Трунин [и др.]; Самар. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения. - Самара: ИПК "Право", 2021. - 116 с.

43. Особенности применения титана и его сплавов в ортопедической стоматологии : учеб.-метод. пособие для клин. ординаторов и аспирантов / В. А. Парунов, М. В. Быкова, Г. В. Саносян [и др.] ; Рос. ун-т дружбы народов. – М. : ООО "Новик", 2020. - 72 с.

44. Полупан, П.В. Оптимизация хирургического лечения больных, нуждающихся в проведении костнопластических операций в полости рта при подготовке к дентальной имплантации : учеб.-метод. пособие / П. В. Полупан, А. М. Сипкин ; М-во здравоохранения Моск. области, Моск. обл. науч.-исслед. клин. ин-т им. М.Ф.Владимирского, фак. усовершенствования врачей. – М.: МОНИКИ, 2022. - 36 с.

45. Розов, Р.А. Имплантационное протезирование : контрольные тесты / Р. А. Розов ; ред. В. Н. Трезубов. – СПб.: Человек, 2023. - 24 с.

46. Снятие оттисков при полной адентии. Особенности врачебных манипуляций в ежедневной практике стоматолога-ортопеда : учеб.-метод. пособие / В.Ф Лосев, В. И.

Пьянзин, А. В. Пьянзина, М. М. Косова ; М-во здравоохранения Моск. области, Моск. обл. науч.-исслед. клин. ин-т им. М.Ф.Владимирского, фак. усовершенствования врачей. – М.: МОНИКИ, 2022. - 32 с.

47. 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.

48. Техника адгезивной фиксации керамических зубных протезов : учеб.-метод. пособие для клин. ординаторов / С. В. Апресян, К. Э. Горяинова, М. В. Ретинская [и др.] ; Рос. ун-т дружбы народов, каф. ортопед. стоматологии. – М. : ООО "Новик", 2019. – 60 с.

49. Трезубов, В.Н. Технология зубного и челюстного протезирования : рук. для практ. занятий / В. Н. Трезубов. – М. : Практик. медицина, 2020. – 168 с.

50. 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

51. Ведение истории болезни в клинике ортопедической стоматологии : учеб. пособие / под ред. Н. А. Цаликовой, Т. И. Ибрагимова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 96 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458266.html>. (дата обращения: 22.01.2021). – Режим доступа : по подписке.

52. Дентальная имплантация / под ред. А.А. Кулакова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 400 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445419.html>. (дата обращения: 03.11.2020). – Режим доступа : по подписке.

53. Капустин, К.М. Стоматология : учеб. пособие / К. М. Капустин, Д.Н. Орлов. – 2-е изд. – Саратов : Науч. книга, 2019. – 159 с. – URL: <http://www.iprbookshop.ru/81053.html>. (дата обращения: 20.01.2020). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

54. Медицинская документация – юридическая ответственность врача-стоматолога (Кариес зубов – K02; Пульпит – K04.0; Периодонтит – K04.4–K04.8) : учеб. пособие / Ю. А. Шухорова, Д. А. Трунин, С. Е. Чигарина, М. А. Постников. – М.: Ай Пи Ар Медиа, 2023. – 123 с. – ISBN 978-5-4497-2257-7. – Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/133096.html> (дата обращения: 19.09.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей. - DOI: <https://doi.org/10.23682/133096>.

55. Медицинская реабилитация при заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 368 с. - URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453902.html> (дата обращения: 21.01.2022). - Режим доступа : по подписке.

56. Ортопедическая стоматология / под ред. И. Ю. Лебеденко, С. Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 824 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449486.html>. (дата обращения: 04.12.2020). – Режим доступа : по подписке.

57. Ортопедическая стоматология: учеб.: в 2 ч. Ч. 1 / С. А. Наумович, С. В. Ивашенко, А. И. Головкин [и др.]; под ред. С. А. Наумовича, С. В. Ивашенко, С. Н. Пархамовича. – Минск: Вышэйшая школа, 2019. – 304 с. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120125.html> (дата обращения: 11.01.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

58. Ортопедическая стоматология: учеб.: в 2 частях. Ч. 2 / С. А. Наумович, С. С. Наумович, А. С. Борунов [и др.]; под ред. С. А. Наумовича, А. С. Борунова, С. С. Наумовича. – Минск: Вышэйшая школа, 2020. – 336 с. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120126.html> (дата обращения: 11.01.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

59. Персин, Л. С. 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.

60. Подготовка ординаторов по специальности 31.08.75 «Стоматология ортопедическая». В 2 ч. Ч. 1: Нормативные документы, дисциплины : учеб.-метод. пособие / Д. А. Трунин, А. М. Нестеров, Л. А. Каменева [и др.]. — М.: Ай Пи Ар Медиа, 2023. – 217 с. – ISBN 978-5-4497-2291-1 (ч. 1), 978-5-4497-2288-1. – Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/133103.html> (дата обращения: 20.09.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей. - DOI: <https://doi.org/10.23682/133103>.

61. Подготовка ординаторов по специальности 31.08.75 «Стоматология ортопедическая». В 2 ч. Ч. 2: Практика : учеб.-метод. пособие / Д. А. Трунин, А. М. Нестеров, Л. А. Каменева [и др.]. – М.: Ай Пи Ар Медиа, 2023. – 190 с. – ISBN 978-5-4497-2316-1 (ч. 2), 978-5-4497-2288-1. – Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/133104.html> (дата обращения: 22.09.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей. - DOI: <https://doi.org/10.23682/133104>.

62. Ремизова, А. А. Клинические аспекты лечения пациентов бюгельными протезами : учеб. пособие / А. А. Ремизова, М. Г. Дзгоева, Ю. И. Тиньгаева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 168 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458686.html>. (дата обращения: 27.11.2020). – Режим доступа : по подписке.

63. Электромиографическое исследование жевательных мышц в клинической стоматологии : учеб. пособие / А. М. Нестеров, М. И. Садыков, В. П. Тлустенко [и др.] ; под ред. А. М. Нестерова. – М.: Ай Пи Ар Медиа, 2023. – 153 с. – ISBN 978-5-4497-2201-0. – Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/130628.html> (дата обращения: 06.06.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей. - DOI: <https://doi.org/10.23682/130628>.

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

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент С. 77 лет.

Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект.

Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни вследствие осложнений кариеса. Пациент ранее не протезировался.

Объективно при осмотре: конфигурация лица не изменена. Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Кожные покровы чистые, при пальпации регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Жалобы со стороны ВНЧС отсутствуют.

При осмотре полости рта выявлено:

- Прикус прямой. Снижена высота нижнего отдела лица примерно на 2 мм.
- Отсутствуют полноценные окклюзионные контакты.
- Подвижность 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3, 3.4 зубов I степени.
- Слизистая оболочка щёк, губ, дна полости рта, альвеолярных отростков и нёба бледно-розовая, умеренно увлажнена.

Данные рентгеновских, лабораторных исследований: атрофия костной ткани в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4 зубов. Кортикальная пластинка межальвеолярных перегородок не прослеживается. На прицельных рентгенограммах: каналы 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.3, 4.4 зубов запломбированы. Пломбировочный материал прослеживается на всём протяжении каналов зубов (обтурация плотная, равномерная на всём протяжении), 1.2 - канал корня запломбирован на 4.2, 4.4 - следы пломбировочного материала на всем протяжении канала корня зуба.

0	0	0	0	0	П	П	П	П	П	П	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	0	П	П	П	0	0	П	П	П	0	0	0

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Назовите причину снижения высоты нижнего отдела лица.

Ситуационная задача 2

К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка Ж. 51 года.

Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетику нижних передних зубов.

Анамнез заболевания: отмечает отсутствие боковых зубов на нижней челюсти около 3,5 лет. В это же время были изготовлены металлокерамические коронки на верхнюю челюсть и, спустя месяц после удаления, съёмный пластиночный протез с гнутыми кламмерами на нижнюю челюсть. Съёмный протез сломался при жевании около двух лет назад. За починкой и изготовлением нового протеза не обращалась. За последние два года отмечает уменьшение размера передних нижних зубов.

Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются и безболезненны. Пальпация ВНЧС безболезненная, лицо симметрично. Открывание полости рта свободное. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм. Носогубные и подбородочные складки выражены.

При осмотре полости рта выявлено: - Слизистая оболочка десен, нёба, щёк и альвеолярных отростков бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус ортогнатический.

- Обследование полости рта: на верхней челюсти фиксирован металлокерамический мостовидный протез с опорами: 1.7, 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.7.

- На 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 зубах имеются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. В незначительном объёме наблюдаются твёрдые зубные отложения на зубах нижней челюсти. На 3.4, 4.4 зубах имеются композитные пломбы. Остаточный корень 4.8 зуба.

На рентгенограмме наблюдается равномерная убыль костной ткани альвеолярной части верхней и нижней челюстей на 1/2 длины корней. Каналы 3.4, 4.4 зубов запломбированы на половину длины корневого канала.

К	И	И	К	К	К	К	К	К	К	К	И	И	К
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	0	П							П	0	0	0

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения, учитывая пожелания пациентки о максимальной эстетике предполагаемых конструкций.
4. Составьте альтернативный план ортопедического лечения.
5. Манипуляции, необходимые в качестве подготовительного этапа к протезированию (план терапевтического и хирургического лечения)

Ситуационная задача 3

К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка С. 25 лет.

Жалобы на эстетический дефект и кровоточивость в области 1.1, 2.1 зубов. Дискомфорт жевания на левой стороне челюсти.

Анамнез заболевания: у 1.1 и 2.1 зубов пломбы изменились в цвете примерно год назад, кровоточивость появилась сразу после лечения зубов. 3.6 зуб удалили 8 месяцев назад вследствие кариеса и его осложнений.

При осмотре полости рта выявлено:

- зуб восстановлен световым композитом по IV классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, отмечается нависающий край пломбы в придесневой области, ИРОПЗ-0.70. 2.1 зуб восстановлен световым композитом по III классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, ИРОПЗ70.

- Десневой сосочек в области 1.1 и 2.1 зубов отёчный, определяется кровоточивость при зондировании в пришеечной области. Пломбы изготовлены единым блоком, при этом отмечается отсутствие места для десневого сосочка.

- Гигиена полости рта удовлетворительная. Рентгенологический контроль 1.1 и 2.1 зубов выявил, что ранее проводилось эндодонтическое лечение, корневые каналы запломбированы до апикального отверстия, разряжение в области верхушечных отверстий отсутствует.

- В области отсутствующего 3.6 зуба деформаций не наблюдается. 3.5 и 3.7 зубы интактные.

					П	П							
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
												0	

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план хирургического лечения.
5. На какую глубину, с точки зрения биомеханики, должен погружаться штифт культевой вкладки со штифтом для обеспечения оптимальных условий функционирования протеза?

Ситуационная задача 4

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент Г. 75 лет.

Жалобы на плохую фиксацию полного съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть и частичного съёмного протеза на нижнюю челюсть.

Анамнез заболевания: утратил зубы верхней челюсти более 10 лет назад, тогда же был изготовлен полный съёмный протез. Жевательная группа зубов нижней челюсти была удалена около 5 лет назад по поводу осложненного кариеса. Был изготовлен частичный съёмный пластиночный протез на нижнюю челюсть с гнутыми кламмерами на 4.4; 3.3 зубы.

При осмотре полости рта выявлено: - 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубы имеют II степень подвижности.

- Отмечается выраженная атрофия альвеолярного отростка и альвеолярной части нижней челюсти в области отсутствующих зубов.

- Слизистая оболочка маргинальной части десны в области 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубов гиперемирована, наличие наддесневых зубных отложений.

- Отмечается неудовлетворительная фиксация ранее изготовленного полного съёмного протеза на верхнюю челюсть, связанную с несоответствием протезного ложа протезу.

- Высота нижнего отдела лица в положении центральной окклюзии снижена на 6-7 мм от положения физиологического покоя.

По рентгенологическим данным выявлены вертикальные костные карманы в области 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубов равномерная костная атрофия на 1/2 длины корней.

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	0	0	II					II	0	0	0	0

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Предложите один из возможных планов лечения.
4. Составьте план пародонтологического лечения.
5. Перечислите, какие функциональные пробы необходимо провести при изготовлении верхнего полного съёмного пластиночного протеза (по автору).

Ситуационная задача 5

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент М. 45 лет.

Жалобы на невозможность пользоваться съёмным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции.

Анамнез заболевания: 2 года назад проводилось лечение по поводу осложнённого кариеса 1.7, 1.5, 2.4, 2.6 зубов и протезирование мостовидными протезами на верхней челюсти и съёмным пластиночным протезом на нижней челюсти.

При осмотре полости рта выявлено:

- На нижней челюсти отсутствуют все зубы.
- В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня.
- Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая.
- Слизистая без видимой патологии.
- На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 1.7-1.5 зубы. 2.4-2.6 зубы соответствуют клиническим требованиям.

К	Ф	К								К	Ф	К	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Каков современный способ фиксации съёмных протезов на беззубой челюсти?
5. Какой метод дополнительного лучевого обследования оптимален при проведении методики имплантации?

Ситуационная задача 6

К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка У. 59 лет.

Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, отсутствие зубов на верхней челюсти, боль в области 4.7 зуба.

Анамнез заболевания: зубы на верхней челюсти удаляли постепенно в результате осложнений кариеса, съёмный протез был изготовлен 10 лет назад, коронка на 4.7 зуб и мостовидный протез на нижней челюсти слева изготовлены 2 года назад. Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица.

При осмотре полости рта выявлено:

- Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.
- Зубы на верхней челюсти отсутствуют.
- Имеется съёмный протез, который не фиксируется на протезном ложе.
- На нижней челюсти имеется мостовидный протез 3.4, 3.5, 3.7 зубов, отвечающий ортопедическим требованиям. 4.6 зуб покрыт цельнолитой коронкой. Зонд свободно погружается под край коронки.
- 4.7 зуб восстановлен световым композитом, краевое прилегание пломбы хорошее.
- Кариозная полость на 4.5 зубе заполнена размягчённым дентином.

На рентгенограмме: 4.6 - разрежение в области бифуркации, каналы корней запломбированы до верхушки, разрежение костной ткани с нечёткими контурами в области верхушки корня размером 2*2 мм; 3.4, 3.5, 3.7 - каналы корней зубов запломбированы до верхушки.

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
П	К									К	К	Ф	К

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Составьте план хирургического лечения для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.

Ситуационная задача 7

К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка М. 68 лет.

Жалобы на эстетический дефект, затруднённое пережёвывание пищи.

Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни из-за кариеса и его осложнений, протезами ранее не пользовалась. При внешнем осмотре отмечается резкое снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочной складок, трещины в углах рта, открывание рта свободное, безболезненное. Подчелюстные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны, с окружающими тканями не спаяны.

При осмотре полости рта выявлено:

- Альвеолярный отросток незначительно и равномерно атрофирован.
 - Скат альвеолярного отростка - пологий; гребень альвеолярного отростка - острый.
- Позадимоллярные бугры сохранены, округлые с обеих сторон.
- Свод твёрдого нёба выпуклый. Нёбо плоское.
 - Уздечка верхней губы и щёчно-альвеолярные складки прикрепляются близко к вершине альвеолярного отростка.
 - Осмотр нижней челюсти: альвеолярная часть резко атрофирована, особенно в боковых отделах. Скат - пологий, в переднем отделе отмечается «болтающийся гребень».
 - Позадимоллярные бугорки сохранены, подвижны, округлой формы. Внутренние косые линии выражены, острые, покрытые тонкой слизистой оболочкой при ее пальпации отмечается болезненность.

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Перечислите клинические этапы изготовления съёмного пластиночного протеза при полном отсутствии зубов.
4. Объясните возникновение трещин в углах рта (ангулярного хейлита).
5. Перечислите фазы адаптации к съёмным протезам

Ситуационная задача 8

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент А. 32 года с жалобами на разрушение коронковой части 2.4, 2.5 зубов, затруднённое пережёвывание пищи.

Анамнез заболевания: 2.4, 2.5 зубы ранее были неоднократно лечены по поводу кариеса. Около трёх лет назад произошло выпадение пломбы в 2.4 зубе и скол стенки 2.5 зуба.

При осмотре полости рта выявлено: - 2.5 зубы разрушены выше уровня десны на 2 мм, ИРОПЗ -70%. - 3.5 зуб - зубоальвеолярное удлинение, при смыкании имеется контакт с разрушенными 2.4 и 2.5 зубами.

На прицельной рентгенограмме каналы 2.4, 2.5 зубов запломбированы рентгеноконтрастным материалом до физиологической верхушки зуба.

										С	С	0	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план терапевтического лечения.
4. Составьте план ортопедического лечения.
5. Основная причина зубоальвеолярного удлинения.

Ситуационная задача 9

К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка Ж. 26 лет.

Жалобы на изменение цвета фронтальной группы зубов верхней челюсти.

Анамнез заболевания: 1.1, 2.2 зубы лечены по поводу осложнений кариеса.

При осмотре полости рта выявлено:

- 1.2, 2.1 зубы - ранее лечены по поводу кариеса, пломбы занимают значительную часть вестибулярной поверхности. Цвет пломб не соответствует тканям зубов.

- Слизистая оболочка бледно-розовая, умеренно увлажнена. Определяются твёрдые и мягкие отложения в области передних зубов на нижней челюсти.

По рентгенологическим данным - 1.1, 2.2 - каналы корней зубов плотно obturированы пломбировочным материалом на всём протяжении, без видимых изменений в периапикальных тканях.

		П			П	П	П	П		П			
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
												П	

1. Поставьте развёрнутый диагноз.

2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

3. Составьте план ортопедического лечения.

4. Составьте план терапевтического лечения.

5. Перечислите способы точного определения артикуляционных (окклюзионных) контактов

Ситуационная задача 10

К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка Я. 37 лет.

Жалобы на эстетический дефект и кровоточивость в области 3.4 зубов. Дискомфорт жевания на правой стороне челюсти.

Анамнез заболевания: у 3.4 зуба целостность пломбы нарушена. Слизистая оболочка в области зуба гипертрофированна. 4.6 зуб удалили 6 месяцев назад вследствие кариеса и его осложнений.

При осмотре полости рта выявлено:

- 3.4 зуб восстановлен световым композитом по III классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, ИРОПЗ-0.7.

- Десна в области 3.4 зуба отёчна, определяется кровоточивость при зондировании в пришеечной области. Пломбы изготовлены единым блоком с нависающими краями.

- Гигиена полости рта удовлетворительная. В области отсутствующих 4.6, 4.7 зубов деформации не выявлено.

- 4.5 зуб интактный.

Рентгенологический контроль 3.4 зуба выявил, что ранее проводилось эндодонтическое лечение, корневой канал запломбирован до апикального отверстия, разряжение в области верхушечного отверстия отсутствует.

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0									П			

1. Поставьте развёрнутый диагноз.

2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

3. Составьте план ортопедического лечения.

4. Составьте план имплантологического лечения.

5. На какую длину корня зуба, с точки зрения биомеханики, должен погружаться штифт культевой штифтовой вкладки, для обеспечения оптимальных условий её фиксации.

Ситуационная задача 11

К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка С. 48 лет.

Жалобы на отсутствие зубов в боковых отделах нижней челюсти и затруднённое пережёвывание пищи. Общие заболевания: сахарный диабет в анамнезе.

Анамнез заболевания: к врачу-стоматологу не обращалась 3 года. Последнее удаление 1.8 и 2.8 зубов было 4 года назад.

При осмотре полости рта выявлено:

- Слизистая оболочка розового цвета. Высота нижнего отдела лица не снижена.
- 3.5 зуб - ИРОПЗ 40 - 50 %, ранее эндодонтически лечен по поводу острого пульпита, выявлено неплотное прилегание пломбировочного материала к тканям зуба, откол части пломбы.
- 4.4 зуб - ИРОПЗ - 70 %.
- 4.8 зуб - коронковая часть зуба разрушена, ткани корня размягчены. Корень 4.8 зуба располагается вне зубной дуги.

На прицельной рентгенограмме 3.5, 4.5 зуба, изменений в периапикальных тканях не определяется. У 4.5, 3.5 зубов наблюдается полная obturация корневых каналов пломбировочным материалом на всем протяжении, 4.4 зуб - неполная obturация, прослеживаются следы пломбировочного материала.

	П										П	П	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	П	П								П	0	0

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.
5. Составьте план хирургической подготовки полости рта к протезированию.

Ситуационная задача 12

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент В. 42 года.

Жалобы на эстетический дефект зубных рядов. Общие заболевания: остеопороз в анамнезе.

Анамнез заболевания: зуб на верхней челюсти справа (1.6) удалили в результате осложнений кариеса. К врачу-стоматологу не обращался примерно два года.

Конфигурация лица не изменена, высота нижнего отдела лица не снижена. Лимфатические узлы при пальпации не увеличены, безболезненны. Открывание рта свободное.

При осмотре полости рта выявлено:

- Коронковые части 1.7, 1.5 зубов восстановлены композитным материалом, нарушено краевое прилегание пломб, вторичный кариес, анатомическая форма зубов нарушена.
- Прикус ортогнатический.
- Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений.

Данные рентгеновских, лабораторных исследований: 1.7, 1.5 - неполная obturation, следы пломбировочного материала на всём протяжении корневых каналов.

П	0	П										П	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	П												П

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок.

Ситуационная задача 13

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент Д. 43 года.

Жалобы на застревание пищи в зубах верхней и нижней челюсти слева. Общие заболевания: остеопороз и сахарный диабет в анамнезе.

Анамнез заболевания: зубы удаляли в результате осложнений кариеса. К врачу-стоматологу не обращался несколько лет.

Конфигурация лица не изменена, высота нижнего отдела лица не снижена. Лимфатические узлы при пальпации не увеличены, безболезненны. Открывание рта свободное.

При осмотре полости рта выявлено:

- Коронки 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 зубов восстановлены композитным материалом, выявлены сколы и нарушение краевого прилегания пломб, анатомическая форма зубов нарушена. 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 - ИРОПЗ 70 - 80%.

- Прикус ортогнатический.

- Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений.

Данные рентгеновских, лабораторных исследований: 2.7, 3.5 - определяется плотная равномерная obturation на всем протяжении корневых каналов зубов; 2.5, 3.7 - следы пломбировочного материала на всём протяжении корневых каналов.

					П						П	0	П
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	П										П	0	П

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок.

Ситуационная задача 14

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент М. 62 года.

Жалобы на отсутствие зубов в боковых участках обеих челюстей, затруднённое пережёвывание пищи.

Анамнез заболевания: последнее ортопедическое лечение проводилось 10 лет назад.

При осмотре полости рта выявлено:

- Слизистая оболочка бледно-розового цвета.
- В области передних зубов нижней и верхней челюсти слизистая оболочка слегка гиперемирована, отёчна, имеются зубные отложения, отмечается атрофия костной ткани на 1/2, в области 3.1, 4.1 зубов. 3.1, 4.1 зубы подвижны.
- Высота нижнего отдела лица: разница между положением центральной окклюзии и функциональным покоем составляет 4-5 мм.
- Коронки на 1.3, 4.4 зубах штампованные, имеют дефекты нитрид титанового покрытия. Корни 2.2, 2.7, 4.7 зубов разрушены. У 2.2 зуба на прицельной рентгенограмме отмечается отломок инструмента в канале, в области верхушки корня разрежение костной ткани с чёткими границами, 2 мм в диаметре; на R-грамме 2.7, 4.7 зубов отмечается разрежение костной ткани по бифуркации корней.

П	0	0	П	К	0	П	П	R		П	П	0	R
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
R	0	0	K							П	П	0	0

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.
5. Составьте план хирургической подготовки полости рта к протезированию.

Ситуационная задача 15

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент Р. 26 лет.

Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетику передних зубов верхней челюсти, подвижность передних зубов на верхней челюсти.

Анамнез заболевания: две недели назад пациент, катаясь на мотоцикле без шлема, совершил аварию. Во время аварии, падая с транспортного средства, сильно ударился об асфальт. В результате - перелом правой лучевой кости, сотрясение мозга, отлом коронковой части двух передних зубов на верхней челюсти.

Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются и безболезненны. Пальпация ВНЧС безболезненная, лицо симметрично. Открывание полости рта свободное. Снижение высоты нижнего отдела лица не отмечается. Носогубные и подбородочные складки не выражены.

При осмотре полости рта выявлено:

- Слизистая оболочка десен, нёба, щёк и альвеолярных отростков бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. В области 1.1, 2.1 зубов - гиперемирована, отёчна.
- Прикус ортогнатический.
- На верхней челюсти - отсутствуют коронковые части 2.1, 1.1 зубов. Корни данных зубов закрыты частично слизистой оболочкой. Сколы в пределах эмали 1.2, 2.2 зубов.
- Незначительная подвижность 1.2, 2.2 зубов (первая степень). В незначительном объёме наблюдаются твёрдые зубные отложения на зубах обеих челюстей.
- На 1.6, 2.6, 3.6, 4.6 зубах имеются композитные пломбы.

На Rg наблюдается наличие корней 2.1, 1.1 зубов на уровне и ниже альвеолярной кости.

	П					R	R						
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	П									П		П	

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения, учитывая пожелания пациента о максимальной эстетике предполагаемых конструкций.
4. Составьте альтернативный план ортопедического лечения.
5. Манипуляции, необходимые в качестве подготовительного этапа к протезированию.

Ситуационная задача 16

Пациент С, 53 года, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на частичное отсутствие зубов на нижней челюсти, затруднённое пережёвывание пищи. Ранее съёмными протезами не пользовался. Готов обсудить все возможные варианты протезирования.

Открытие рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная. Аллергологический анамнез не отягощён. Хронические общесоматические заболевания и вредные привычки пациент отрицает.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический;
- слизистая оболочка в области отсутствующих зубов без особенностей, умеренно атрофирована, хорошо податливая;
- на язычной поверхности нижних передних зубов имеются над- и поддесневые зубные отложения.

	П	П										П	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	0	0	0							0	0	0	0

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.
3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.
4. Перечислите фазы адаптации к съёмным протезам.
5. Правила и особенности препарирования зубов под ортопедические конструкции.

Ситуационная задача 17

Пациент П, 55 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на частичное отсутствие зубов на нижней и верхней челюстях, косметический дефект во фронтальном отделе в.ч. Открытие рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

Аллергологический анамнез не отягощён. Хронические общесоматические заболевания и вредные привычки пациент отрицает.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический;
- слизистая оболочка разрыхленная, умеренно податливая, хорошо увлажнена;
- признаков парадонтита и парадонтоза не отмечено;
- зубо-альвеолярное удлинение: 1.5., 2.4.

	П					0						П	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27

47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	0	0	П							0	0	П	

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.
3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.
4. Перечислите фазы адаптации к съёмным протезам.
5. Правила и особенности препарирования зубов под ортопедические конструкции.

Ситуационная задача 18

Пациент Р, 45 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на частичное отсутствие зубов, в связи с травмой, произошедшей около двух недель назад, косметический дефект. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

Аллергологический анамнез не отягощён. Хронические общесоматические заболевания пациент отрицает. Вредные привычки: курение.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический;
- слизистая оболочка хорошо податливая, без видимой патологии, хорошо увлажнена;
- патологическая подвижность 1 степени 2.2., 3.2., слабая болезненность при перкуссии;
- лунки удалённых зубов без видимой патологии, в процессе заживления.

	П				0	0	0	П					
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	К				С	0	0					П	П

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.
3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.
4. Перечислите фазы адаптации к съёмным протезам.
5. Правила и особенности препарирования зубов под ортопедические конструкции

Ситуационная задача 19

Пациент П, 70 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на частичное отсутствие зубов на обеих челюстях, скол керамической облицовки на металлокерамической коронке 1.4. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная. Пациент отмечает аллергию на цветение, пыльцу.

В анамнезе жизни: хроническая ИБС по типу стабильной стенокардии напряжения 1 класса. Из вредных привычек: курение, регулярное употребление алкоголя.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический;
- слизистая оболочка умеренно податливая, хорошо увлажнена;
- множественные над- и под десневые зубные отложения.

	П	0	К							П	П	П	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	0								0	0		0

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.
3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.
4. Перечислите фазы адаптации к съёмному протезу.
5. Правила и особенности препарирования зубов под ортопедические конструкции.

Ситуационная задача 20

Пациент Д, 63 года, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на частичное отсутствие зубов на обеих челюстях, затруднённое пережёвывание пищи, косметический дефект. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

Аллергологический анамнез не отягощён. Хронические общесоматические заболевания и вредные привычки пациент отрицает. Изготовленным 3 года назад ЧСП протезом на н.ч. пациент не пользуется в связи с неудобствами, вызываемыми его ношением, отмечает низкую эстетику протеза.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический;
- слизистая оболочка хорошо увлажнена, умеренно податливая;
- патологическая подвижность зубов отсутствует;
- умеренные над- и под десневые зубные отложения в области 1.6., 2.6., 3.5. - 4.5.

	К				П				К	Ф	К		
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
					0	0	0	0					

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.
3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.
4. Перечислите фазы адаптации к съёмным протезам.
5. Классификация слизистой оболочки по Суппли.

Ситуационная задача 21

Пациент К., 56 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на частичное отсутствие зубов на верхней челюсти, затруднённое пережёвывание пищи, косметический дефект. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

Аллергологический анамнез не отягощён. Хронические общесоматические заболевания и вредные привычки пациент отрицает.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус прямой;
- слизистая оболочка тонкая, умеренно увлажнена, плохо податливая;

- состояние твёрдых тканей разрушенных зубов (корней) визуально и инструментально оценивается как пригодное для восстановления и последующего протезирования несъёмными ортопедическими конструкциями.

R	R	0								R	R	0	П
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
П	П									П		П	П

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.
3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.
4. Показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок.
5. Виды физиологического и патологического прикуса.

Ситуационная задача 22

Пациент А., 60 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на множественное отсутствие зубов, затруднённое пережёвывание пищи. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

Аллергологический анамнез не отягощён. Хронические общесоматические заболевания и вредные привычки пациент отрицает.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический;
- слизистая оболочка разрыхленная, умеренно податливая, хорошо увлажнена;
- патологическая подвижность зубов отсутствует;
- незначительные над- и поддесневые зубные отложения.

0											0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	0	0							0	R	K	0

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.
3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.
4. Показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок.
5. Классификация слизистой оболочки по Суппли.

Ситуационная задача 23

Пациент Т, 49 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на отсутствие двух зубов на верхней челюсти, косметический дефект. Зубы удалены 7 месяцев назад по причине хронических рецидивирующих воспалительных процессов в их области, отсутствия результатов консервативного лечения.

Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

Аллергологический анамнез не отягощён. Общесоматические заболевания пациент отрицает. Вредные привычки: курение, регулярное употребление алкоголя.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический; конфигурация лица не изменена;
- на язычной и небной поверхностях зубов имеются над- и поддесневые зубные отложения;
- слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, в области маргинальной десны отдельных зубов – отёчна, гиперемирована.

	П				П	П	0	0		П		П	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
R	П										П	К	

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.
3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.
4. Показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок.
5. Классификация слизистой оболочки по Суппли.

Ситуационная задача 24

Пациент Р., 49 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на косметический дефект фронтальной группы зубов верхней челюсти: неровности зубов, стёртость режущих краёв, убыль твёрдых тканей в пришеечных участках зубов. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

Аллергологический анамнез не отягощён. Хронические общесоматические заболевания пациент отрицает. Вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический, конфигурация лица не изменена;
- слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена;
- генерализованная повышенная (патологическая) стираемость зубов, компенсированная форма, смешанного типа (2-3 степени на в.ч., 1-2 степени на н.ч.), множественные некариозные поражения зубов (клиновидные дефекты, эрозии эмали).

		0								R	0		
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
			Pt									П	

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.
3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.
4. Показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок.
5. Классификация слизистой оболочки по Суппли.

Ситуационная задача 25

Пациент И., 78 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на плохую фиксацию частичных съёмных протезов, на верхней и нижней челюстях, их балансирование во время разговора и приёма пищи, болевые ощущения в процессе

пользования протезами. Протезы изготовлены два года назад, жалоб до недавнего времени не было. Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

Аллергологический анамнез неотягощён. Из общесоматических заболеваний пациент отмечает: ИБС, сахарный диабет, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический; конфигурация лица не изменена;
- слизистая оболочка тонкая, бледно-розового цвета, слабо увлажнена, на слизистой протезного ложа отмечаются участки незначительной гиперемии, травмы поверхностного слоя.

- ЧСП протезы визуально оцениваются как состоятельные, искусственные зубы с признаками незначительной стираемости, дефекты базисов и кламмеров отсутствуют. Естественные зубы и коронки также без видимых дефектов.

0	0	0	К	К	0	0	0	К	К	0	0		0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	0			0	0	0	0	0			0	К

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.
3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.
4. Показания и противопоказания к изготовлению новых съёмных протезов.
5. Классификация слизистой оболочки по Суппли.

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Ортопедическая стоматология, цели, задачи и основные принципы как дисциплины.
2. Разделы ортопедической стоматологии, их характеристика.
3. Связь ортопедической стоматологии с другими дисциплинами.
4. Структура ортопедического отделения, оснащение, оборудование, рабочее место врача-ортопеда, гигиенические требования.
5. Структура ортопедической лаборатории, ее оснащение, характеристика рабочего места зубного техника, гигиенические требования.
6. Инструменты врача ортопеда и зубного техника. Документация ортопедического отделения. Качественные и количественные показатели работы ортопедического отделения.
7. Методы обработки и стерилизации абразивных инструментов, наконечников, инструментов для осмотра полости рта, слепков в клинике ортопедической стоматологии (СПИД, гепатит).
8. Классификация и краткая характеристика материалов, применяемых в ортопедической стоматологии.
9. Медико-биологические требования к материалам, применяемым при изготовлении протезов.
10. Основные и вспомогательные материалы, требования, применение.
11. Сплавы легкоплавких металлов, состав, свойства, применение.
12. Сплавы серебра и палладия, состав, свойства, применение.
13. Хромокобальтовые сплавы, состав, свойства, применение.

14. Хромоникелевые сплавы, состав, свойства, применение.
15. Отбелы для золотых сплавов, стали, серебряно-палладиевых сплавов.
16. Требования, предъявляемые к базисным материалам.
17. Основные базисные пластмассы, состав, свойства, применение.
18. Режим полимеризации пластмасс горячего затвердевания, дефекты при нарушении режима полимеризации (газовая и гранулярная пористость, водопоглощение, внутреннее напряжение).
19. Самоотвердеющие пластмассы, состав, свойства, применение.
20. Состав, свойства, применение эластических пластмасс, режим полимеризации.
21. Силиконовые оттисковые массы, состав, свойства, применение, получение оттисков и отливка моделей.
22. Методы плавки и литья металлов.
23. Возрастные особенности строения зубочелюстной системы человека.
24. Анатомические особенности строения верхней и нижней челюстей.
25. Анатомическое строение зубов, их отличительные признаки.
26. Характеристика слизистой оболочки полости рта и ее значение для протезирования.
27. Артикуляция и окклюзия. Виды окклюзии, характеристика передней и боковой окклюзии.
28. Характеристика центральной окклюзии. Прикус, характеристика физиологических видов прикуса.
29. Характеристика ортогнатического прикуса.
30. Методы обследования больного в клинике ортопедической стоматологии. Схема истории болезни.
31. Внешний осмотр. Последовательность осмотра полости рта.
32. Рентгенологические методы исследования (обзорная, томография, ортопантомография, телерентгенография – принципы, достоинства и недостатки).
33. Классификация зубных протезов и аппаратов, применяемых в ортопедической стоматологии.
34. Подготовка полости рта к протезированию. Специальные терапевтические и хирургические мероприятия.
35. Ведущие симптомы клиники частичной потери зубов.
36. Классификация дефектов зубных рядов.
37. Характеристика функционирующей и нефункционирующей группы зубов.
38. Функциональная перегрузка, этиология, клиника. Травматическая окклюзия.
39. Механизм перемещения зубов, теория Годона, А.Я. Катца, Шредера, В.Ю. Курляндского и др.
40. Влияние препаровки зубов на пульпу и организм в целом. Механизм возникновения боли при препаровке зубов.
41. Методы обезболивания твердых тканей зубов при препаровке. Апликационная анестезия, препараты.
42. Инфильтрационная, проводниковая анестезия, препараты. Безыгольная струйная анестезия, методика.
43. Дефекты твердых тканей зубов, классификации.
44. Вкладки, классификация, показания, преимущества перед пломбами.
45. Принципы препаровки полостей зуба под вкладки (1-6 классы по Блэку), абразивные инструменты.
46. Методики получения оттисков под вкладки, оттисковые материалы.
47. Технология изготовления вкладок прямым методом.
48. Технология изготовления вкладок обратным методом.
49. Изготовление вкладок из композитных материалов, металлокерамики.
50. Технология изготовления цельнолитых вкладок.

51. Ошибки и осложнения при изготовлении вкладок, способы их устранения.
52. Литые металлические коронки, показания, преимущества перед штампованными коронками.
53. Металлокерамические коронки, показания, технология изготовления, особенности препаровки зубов.
54. Выбор опорных зубов, пути разгрузки и распределения жевательного давления.
55. Положительные и отрицательные стороны протезов с двухсторонней опорой, осложнения и их профилактика.
56. Клинико-лабораторные этапы изготовления паяных мостовидных протезов.
57. Клинико-лабораторные этапы изготовления протезов с двухсторонней опорой с фасетками.
58. Консольные протезы, показания, недостатки, клинико-лабораторные этапы изготовления.
59. Сравнительная характеристика съемных и несъемных протезов.
60. Съемный пластиночный протез, составные элементы, показания к изготовлению.
61. Учение о фиксации пластиночных протезов при дефектах зубных рядов.
62. Границы базисов протезов на верхней и нижней челюстях и факторы их определяющие.
63. Кламмера, классификация, строение удерживающего кламмера, расположение элементов на опорном зубе, кламмерные линии.
64. Требования к кламмеру и опорному зубу.
65. Требования к восковому базису с окклюзионными валиками, методика изготовления.
66. Методы починки протезов при переломе базиса, кламмера, добавления искусственного зуба.
67. Кламмерная система крепления. Строение опорно-удерживающего кламмера, назначение его элементов, крепление с базисом протеза.
68. Понятие о бюгельном протезе, составные элементы, базис и его назначение.
69. Показания и противопоказания к бюгельному протезу, положительные и отрицательные свойства.
70. Материалы для изготовления бюгельных протезов.
71. Этапы изготовления цельнолитого бюгельного протеза.
72. Задачи планирования бюгельных протезов. Строение параллелометров.
73. Система кламмеров Нея, показания к выбору кламмеров.
74. Методика изготовления каркаса бюгельного протеза на огнеупорных моделях.
75. Морфологические и функциональные нарушения в зубочелюстной системе при полной потере зубов.
76. Понятия о фиксации и стабилизации протезов на беззубых челюстях. Адгезия и функциональная присасываемость.
77. Анатомо-топографическая характеристика челюстей при полном отсутствии зубов. Классификация беззубых челюстей.
78. Анатомо-топографическая и функциональная характеристика слизистой оболочки полости рта.
79. Значение и методика избирательного пришлифования зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта.
80. Проблема адаптации к протезам. Фазы адаптации по В.Ю. Курляндскому.

ПРАКТИЧЕСКИЕ УМЕНИЯ И НАВЫКИ

Умения:

- осуществлять раннюю диагностику патологического состояния зубочелюстной системы, обусловленного аномалиями развития челюстных костей, приобретёнными частичными или полными дефектами зубов и зубных рядов, а также дефектов и деформаций челюстно-лицевой области у взрослых, лиц пожилого и старческого возраста;
- определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты;
- составлять и обосновывать план комплексного стоматологического лечения и план ортопедического лечения, формулировать показания и противопоказания к ортопедическому стоматологическому лечению;
- выбирать наиболее целесообразную методику ортопедического лечения зубочелюстной системы и выполнить её в полном объёме;
- оценивать объём операционной травмы при одонтопрепарировании с целью выбора адекватного метода обезболивания;
- оценивать психоэмоциональный статус стоматологического больного с целью выбора адекватного метода его коррекции;
- организовать адекватное управление процессом адаптации к зубным протезам с учётом индивидуальных особенностей пациента;
- определять необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении стоматологического больного;
- разработать план реабилитации;
- осуществлять санитарно-просветительскую работу;
- проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризации, выделять группы риска, осуществлять диспансерное наблюдение за хронически больными;
- осуществлять профилактику основных заболеваний челюстно-лицевой области;
- анализировать медико-статистические показатели стоматологической заболеваемости в структуре патологии, смертности и т.п., причины колебаний показателей, региональных различий и др.);
- оформить медицинскую документацию в соответствии с законодательством;
- составить отчет о работе и провести ее анализ;
- направить на проведение экспертизы временной нетрудоспособности, заполнять соответствующие документы.

Навыки:

- ранней диагностикой патологического состояния зубочелюстной системы, обусловленного аномалиями развития челюстных костей, приобретёнными частичными или полными дефектами зубов и зубных рядов, а также дефектов и деформаций челюстно-лицевой области у взрослых, лиц пожилого и старческого возраста;
- навыком определения объёма и последовательности специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты;
- навыком составления и обоснования план комплексного стоматологического лечения и план ортопедического лечения, формулирования показания и противопоказания к ортопедическому стоматологическому лечению;
- навыком выбора наиболее целесообразной методики ортопедического лечения зубочелюстной системы и выполнения её в полном объёме;
- навыком оценивания объёма операционной травмы при одонтопрепарировании с целью выбора адекватного метода обезболивания;
- навыком оценивания психоэмоционального статуса стоматологического больного с целью выбора адекватного метода его коррекции;
- современными методиками снятия прецизионных слепков (оттисков);
- навыком определения необходимости участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении стоматологического больного;

- управлением адаптацией к полным съёмным протезам, коррекцией протезов, применением адгезивов, способствующих лучшей фиксации протезов во время адаптации;
- ортопедическим лечением полного отсутствия зубов с применением современных методов: индивидуализированных артикуляторов и лицевых дуг, свч – полимеризации, стоматологических имплантатов, изготовления протезов с металлическими, в том числе титановыми базисами;
- особенностями ортопедического лечения после проведения направленной регенерации костной ткани с применением костной пластики и пластики преддверия рта;
- принципами дифференциальной диагностики, лечения и профилактики заболеваний, обусловленных материалами зубных протезов: гальваноза, аллергического стоматита, токсико-химического стоматита;
- методами фиксации съёмных и несъёмных конструкций протезов на имплантатах;
- ортопедическим лечением с применением формирующих и замещающих протезов;
- ортопедическим лечением с применением эктопротезов лица;
- ортопедическим лечением с применением зубных протезов с опорой на имплантаты;
- особенностями восстановления и сохранения физиологической окклюзии при изготовлении несъёмных протезов при частичном отсутствии зубов;
- особенностями восстановления физиологической окклюзии при ортопедическом лечении больных с полным отсутствием зубов;
- принципами ортопедического лечения заболеваний пародонта, осложнённых смещением зубов, частичной адентией, аномалиями прикуса, нарушением физиологической стираемости твёрдых тканей, нефиксированным прикусом, деформациями зубных рядов, дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов, травматической окклюзией;
- принципами ортопедического лечения заболеваний пародонта с применением современных шинирующих конструкций (несъёмные конструкции – гелиокомпозитные шины, армированные полиэтиленовым волокном или стекловолокном, металлические шины полученные методом гальванопластики, металлокомпозитные несъёмные протезы, съёмные шинирующие бюгельные протезы, съёмные цельнолитые шины);
- современными подходами к реабилитации больных после ортогнатических операций;
- алгоритмом оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, методами эвакуации пациентов;
- методом оказания экстренной первой (догоспитальной) помощи при ургентных состояниях (при травмах, острых воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области);
- методикой организации потока пациентов, методикой расчёта потребности в различных видах стоматологической помощи;
- популяционно-статистическими методами;
- экспертизой трудоспособности больных с терапевтическими стоматологическими заболеваниями.

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 1Б 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
1б

Ia
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
медуллярный и недифференцированный рак
папиллярный и медуллярный рак
недифференцированный и фолликулярный рак

ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ВНУТРИПРОТОВОКОВОЙ 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 послеглюкозо-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

ЦЕЛЬЮ 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 ЦЕЛЬЮ 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
периаостальная 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 НЕОРГАНИЧЕСКИХ 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 ОТМЕМЫ 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

новокаидамида

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 (+)
рампиприла
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
гиперкалиемия
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 +

олная 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

НОРМАТИВ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В РАСЧЕТЕ НА 10 000 НАСЕЛЕНИЯ

0.25
0.5
*1.0
1.5

2.0

ОПТИМАЛЬНАЯ НАГРУЗКА ВРАЧА-ОРТОПЕДА, ВЫРАЖЕННАЯ ЧИСЛОМ ПОСЕЩЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ В ДЕНЬ, СОСТАВЛЯЕТ

7.0

10.0

*12.0

14.0

16.0

ВРАЧ-ОРТОПЕД ПО НОРМАТИВУ ДОЛЖЕН ПРИНЯТЬ В ЧАС

0.5 пациента

1.0 пациент

1.5 пациента

*2.0 пациента

2.5 пациента

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ ПОТЕРЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПО Н.А.АГАПОВУ

свыше 10%

15%

20%

25%

*50%

ДОЛЖНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПОЛОЖЕНА НА СЛЕДУЮЩЕЕ ЧИСЛО ВРАЧЕЙ-ОРТОПЕДОВ

1.0

1.5

2.0

2.5

*3.0

СРЕДНИЕ СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

1 год

*3 года

5 лет

7 лет

10 лет

СРОК ГАРАНТИИ НА ИЗГОТОВЛЕННЫЙ ЗУБНОЙ ПРОТЕЗ?

0.5 года

*1 год

2 года

3 года

4 года

СООТНОШЕНИЕ ДОЛЖНОСТЕЙ ВРАЧ-ЗУБНОЙ ТЕХНИК ДОЛЖНО БЫТЬ

0.5:1.0

1.0:1.0

*1.0:2.0

1.5:2.0

2.0:3.0

«ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ГОЛОВЫ И ШЕИ»

В ОСНОВНОМ ТРЕУГОЛЬНИКЕ (ФУТЛЯРЕ) , КРОМЕ СОННОЙ АРТЕРИИ, РАСПОЛАГАЮТСЯ

- *Глубокие шейные лимфатические узлы
- *Блуждающий нерв
- *Внутренняя яремная вена
- Диафрагмальный нерв

МАНДИБУЛЯРНАЯ ВЕТВЬ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ИННЕРВИРУЕТ СЛЕДУЮЩИЕ МЫШЦЫ

- *Мышцу, опускающую небную занавеску
- Мышцу, поднимающую небную занавеску
- Небно-язычную
- Язычок
- Щечную

В ПОДНИМАНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УЧАСТВУЮТ МЫШЦЫ

- *Собственно жевательная
- *Медиальная крыловидная
- *Верхняя часть височной
- Латеральная, крыловидная

ДЕФИЦИТ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В ПЕРИОД ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ ПРИВОДИТ

- *К замедлению продуцирования коллагена фибробластами
- К воспалительной реакции
- К вазодилатации
- К замедлению митотической активности эпителия
- Ни одно из перечисленных

НОСОВАЯ ПОЛОСТЬ ОБРАЗОВАНА

- *Крыльными хрящами
- Костями носа
- Перпендикулярной пластинкой решетчатой кости
- Хрящем перегородки носа
- Правильные ответыи

ИННЕРВАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА ПРОИСХОДИТ

- От подглазничного нерва
- От надблокового нерва
- От крыло-небного узла
- От переднего решетчатого нерва
- *От зубного сплетения

НОСОСЛЕЗНЫЙ КАНАЛ СОСТОИТ

- Из соединения латерального и максиллярного отростков
- От соединения медиального носового и максиллярного отростков
- *От латерального носового отростка
- От медиального носового отростка

От максиллярного отростка

«ДИАГНОСТИКА В ОРТОПЕДИИ»

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В КЛИНИКЕ
ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*Клинический

Рентгенологический

Биометрический

Реографический

Измерение диагностических моделей челюстей

НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ПЕРИАПЕКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ
ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДАЕТ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Дентальная рентгенография

Панорамная рентгенография

*Ортопантомография

Телерентгенография

Рентгенокинематография

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ
КАНАЛОВ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

*Дентальная рентгенография

Панорамная рентгенография

Ортопантомография

Телерентгенография

Рентгенокинематография

МЕТОДОМ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ, ДАЮЩИМ ИСЧЕРПЫВАЮЩУЮ
ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

*Дентальная рентгенография

Панорамная рентгенография

Ортопантомография

Телерентгенография

Рентгенокинематография

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ !6 -
ВЕРХНЕГО ЛЕВОГО МОЛЯРА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЙ
МЕТОД РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ

*Дентальная рентгенография

Панорамная рентгенография

Ортопантомография

Телерентгенография

Рентгенокинематография

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПРИ
ВЫЯВЛЕНИИ СООТВЕТСТВИЯ РАЗМЕРОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ЯВЛЯЕТСЯ

Дентальная рентгенография

Панорамная рентгенография

Ортопантомография
*Телерентгенография
Рентгенокинематография

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПРИ
ВЫЯВЛЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ПО ОТНОШЕНИЮ К ОСНОВАНИЮ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

Дентальная рентгенография
Панорамная рентгенография
Ортопантомография
*Телерентгенография
Рентгенокинематография

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПРИ
ВЫЯВЛЕНИИ МОРФОЛОГИИ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО
СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ

Панорамная рентгенография
Ортопантомография
Телерентгенография
Рентгенокинематография
*Томография височно-нижнечелюстных суставов

ВТОРИЧНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРИ НАЛИЧИИ ВСЕХ ЗУБОВ МОГУТ
ВОЗНИКАТЬ

*Да
Нет

ЧАСТИЧНУЮ ВТОРИЧНУЮ АДЕНТИЮ, ОСЛОЖНЕННУЮ ФЕНОМЕНОМ
ПОПОВА*ГОДОНА, СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

От частичной адентии, осложненной снижением окклюзионной высоты и дистальным
смещением нижней челюсти

От частичной адентии, осложненной патологической стираемостью твердых тканей зубов
и снижением окклюзионной высоты

*От частичной адентии обеих челюстей, когда не сохранилось ни одной пары
антагонизирующих зубов

В.А.ПОНОМАРЕВА ВЫДЕЛЯЕТ

Три формы зубочелюстных деформаций
*Две формы зубочелюстных деформаций
Четыре формы зубочелюстных деформаций

К ДЕФОРМАЦИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ МОГУТ ПРИВОДИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

Патологическая стираемость
*Кариес
*Пародонтит
*Адентин
Лейкоплакия

ДЕФОРМАЦИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРОГРЕССИРУЕТ

*В молодом возрасте
В старческом возрасте

Одинаково как в молодом, так и в старческом возрасте

ОТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ЭКСТРА- И ИНТРААЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТЯМИ ЗУБА
ОСТАЕТСЯ НЕИЗМЕННЫМ

*При I форме феномена Попова

При II форме, 2-я группа феномена Попова

При II форме, 1-я группа феномена Попова

При III форме феномена Попова

ОБНАЖЕНИЕ ЦЕМЕНТА СМЕЩЕННЫХ ЗУБОВ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1/2 КОРНЯ
ОТНОСИТСЯ (ПО В.А.ПОНОМАРЕВОЙ)

К I форме

Ко II форме, 1-ой группе

*Ко II форме, 2-ой группе

ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ У ЗУБОВ, ЛИШЕННЫХ АНТАГОНИСТОВ

Расширена

*Сужена

Не изменена

В ПЕРИОДОНТЕ ЗУБОВ, НЕ ИМЕЮЩИХ АНТАГОНИСТОВ, РАЗРАСТАЕТСЯ

*Фиброзная ткань

Рыхлая соединительная ткань

Эпителиальная ткань

МЕТОД ДЕЗОККЛЮЗИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

*При I форме феномена Попова

При II форме феномена Попова

При I и II формах феномена Попова

ПРИ МЕТОДЕ ДЕЗОККЛЮЗИИ ВЫРАВНИВАНИЕ ОККЛЮЗИОННОЙ
ПОВЕРХНОСТИ **происходит**

За счет вколачивания зубов

*За счет перестройки костной ткани

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА
применяют следующие методы

Измерение высоты нижнего отдела лица

Анализ функциональной окклюзии

*Рентгенологическое исследование

Электрмиографическое исследование

РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Сократительной способности мышц челюстно-лицевой области

*Гемодинамики

Движения головок нижней челюсти

Размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава

ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-
НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРОИЗВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ
Снижения окклюзионной высоты

Уменьшения нагрузки на пародонт
*Нормализации функциональной окклюзии

НАЗОВИТЕ ВИДЫ ОККЛЮЗИОННЫХ КРИВЫХ

Сагиттальная
Трансверзальная
*Сагиттальная и трансверзальная

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТАХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Расширение суставной щели
Сужение суставной щели
*Контурсы суставной головки нечеткие
Деформация костных элементов сустава

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ АРТРОЗАХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Сужение суставной щели
Отсутствие суставной щели
Расширение суставной щели
*Изменение формы костных элементов сустава

ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО АРТРИТА

Боли в суставе постоянные в покое
Боли в суставе приступообразные
*Боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти
Открывание рта до 4.5-5.0 см
*Открывание рта до 0.5-1.0 см

АУСКУЛЬТАЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ АРТРОЗЕ И ХРОНИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ВЫЯВЛЯЕТ

*Крепитацию
Равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей
*Щелкающие звуки
Отсутствие суставного шума

В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ В НОРМЕ МОГУТ БЫТЬ

Групповые контакты щечных бугров жевательных зубов
Контакт клыков и боковых резцов
Контакт резцов и щечных бугров премоляров
Контакт резцов
Контакт дистальных бугров вторых моляров
*Контакт щечных бугров жевательных зубов (и) или контакт клыков

ОККЛЮЗИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ (ДАЙТЕ ПОЛНЫЙ ОТВЕТ) ПРОВОДИТСЯ

Методами избирательного сошлифовывания зубов, ортопедическими, ортодонтическими методами
Ортопедическими, ортодонтическими, хирургическими методами
*Методами избирательного сошлифовывания зубов, ортопедическими, ортодонтическими, хирургическими методами

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СУПЕРКОНТАКТОВ В ЗАДНЕМ КОНТАКТНОМ ПОЛОЖЕНИИ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ СМЕЩАЮТ

*Дистально

В правую боковую окклюзию

В левую боковую окклюзию

В переднюю окклюзию

Открыванием рта в пределах до 1-2 см

УКАЖИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ОККЛЮЗИОННЫХ ШИН ПРИ БОЛЕЗНЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

*Нормализовать функцию мышц, положение суставных головок, предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений

*Ограничить движение нижней челюсти

Исключить чрезмерную нагрузку на ткани зуба, пародонт, предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений

ПРИ БОЛЕЗНЕННОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ОТСУТСТВИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОМ СУСТАВЕ ВОЗМОЖЕН СЛЕДУЮЩИЙ ДИАГНОЗ

*Мышечно-суставная дисфункция

Артрит

Артроз

Остеома суставного отростка нижней челюсти

ФОРМА ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ

Полукруг

Трапеция

Треугольник

*Верхнего - полуэллипс, нижнего - парабола

ОРТОГНАТИЧЕСКИЙ ПРИКУС ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ПРИЗНАК

Каждый зуб имеет по одному антагонисту

Смыкание по 2 классу Энгля

*Каждый зуб вступает в контакт с двумя антагонистами за исключением верхнего зуба мудрости и нижнего первого резца. Каждый верхний зуб в центральной окклюзии вступает в контакт с одноименным нижним и позади стоящим

Смыкание по 3 классу Энгля

В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ПО ЭНГЛЮ ПОЛОЖЕНО

*Принцип соотношения зубных рядов (соотношение 1-х моляров)

Принцип аномалии зубов

Принцип аномалий челюстей и их анатомических отделов

НА ОРТОПАНТОМОГРАММЕ ПОЛУЧАЮТ

Развернутое рентгеновское изображение верхней челюсти

Развернутое рентгеновское изображение нижней челюсти

*Развернутое рентгеновское изображение верхней и нижней челюстей

АППАРАТАМИ КОМБИНИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ

Имеющие элементы функциональных аппаратов
Имеющие элементы механических аппаратов
*Имеющие элементы функциональных и механических аппаратов
Имеющие резиновую тягу

ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАЗЫВАЮТСЯ АППАРАТЫ

Действующие при активации винта
Действующие при наложении резиновой тяги
Действующие при активации проволоки
*Действующие при сокращении мускулатуры

ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ДУГА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ С ЦЕЛЮЮ

Для расширения зубного ряда
Для протрузии зуба
*Для перемещения зубов в оральном направлении
Для смещения нижней челюсти вперед

ПРИ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ СТИРАЕМОСТИ ГЛУБИНА ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ **составляет**

*Половину величины коронки зуба
Половину длины корны
2/3 коронки зуба

ПРИ ПРЯМОМ ВИДЕ ПРИКУСА ВСТРЕЧАЕТСЯ ФОРМА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ

*Горизонтальная
Вертикальная
Смешанная
Компенсированная

ФОРМА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОЙ ПОРАЖЕНЫ ВЕСТИБУЛЯРНАЯ И(ИЛИ) ОРАЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ,

Называется
Декомпенсированная
*Вертикальная
Компенсированная
Горизонтальная

ФОРМА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА, НАЗЫВАЕТСЯ

Чрезмерная
*Компенсированная
Горизонтальная
Вертикальная
Смешанная
Декомпенсированная

ОТСУТСТВИЕ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНО

Смещением нижней челюсти

*Ростом альвеолярного отростка челюстей

Изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава

Выдвижением зубов

Ошибкой препарирования

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Клинический анализ крови

*Томография височно-нижнечелюстного сустава

Биохимический анализ крови

*Рентгенологическое исследование зубов и челюстей

Аллергические пробы

ПРИ ВСЕХ ФОРМАХ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ПОКАЗАНЫ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ

Штампованные коронки

*Цельнолитые протезы

Внеротовые лечебные аппараты

ПРИ 3-Й СТЕПЕНИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

Пломб

Вкладок

*Культевых коронок

Штампованных коронок

ДЛЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ

Пластика с наклонной плоскостью

*Пластмассовая каппа

Пластика с накусочной площадкой

Пластика с вестибулярной дугой

ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПОЛОСТЬ ЗУБА

Увеличивается

*Уменьшается

Не изменяется

ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОТ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ НЕОБХОДИМО

Изготовить диагностические модели

*Измерить разницу между внол при физиологическом покое и в цо

Провести рентгенологическое исследование зубов

Провести эод

Провести реопарадонтотографию

ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ФОРМА ФАСЕТОК СТИРАНИЯ

*Кратерообразная
Ступенчатая
Прямоугольная

С ПОТЕРЕЙ ЭМАЛИ РЕЖУЩЕГО КРАЯ ЗУБОВ ИЛИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ БУГРОВ
СКОРОСТЬ СТИРАЕМОСТИ

Уменьшается
*Увеличивается
Не изменяется

ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ
ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ

В один этап
*В два этапа
В три этапа
В пять этапов

К НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ
АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ
ПРОТЕЗОВ, ОТНОСЯТ

Коррозионные процессы
*Изменение pH слюны в кислую сторону
*Процессы истирания
Тепловой эффект

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ПЛАСТМАССУ ПРЕДЛОЖЕНЫ

*Аппликационная проба по Сорокину
*Провокационная проба
*Экспозиционная проба
Лейкопеническая проба

ДЛЯ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ АЛЛЕРГИИ НА БАЗИСНЫЕ ПЛАСТМАССЫ
ПРОВОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ТЕСТЫ

*Экспозиционно-провокационная проба
Лейкопеническая проба
*Тест химического серебрения
*Соскоб на Candida
pH-метрия
Измерение разницы потенциалов

«ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ»

ИММУНИТЕТ - ЭТО

Способность иммунной системы вырабатывать антитела
Способность иммунокомпетентных клеток распознавать чужеродные белки
*Способ (механизм) защиты организма от живых тел и веществ, несущих в себе признаки генетической чужеродной информации
Способность некоторых клеток уничтожить бактериальные клетки, попадающие из внешней среды
Фагоцитарная функция клеток организма

ФАКТОР НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ - ЭТО

Выработка антител к определенному антигену
Физиологическое воздействие на бактериальную клетку
Химическое воздействие на микроорганизм
*Комплексное (физиологическое, химическое) воздействие на микроорганизм
Фагоцитарная функция специфических клеток

ДЕЙСТВИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЗАЩИТЫ В ПОЛОСТИ РТА ПОЯВЛЯЕТСЯ

*Сразу же в момент попадания белковой субстанции или иного вещества
Через сутки
Через 1-2 недели
Необходимо время для синтеза иммуноглобулинов
Необходимо время для формирования защиты

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА (В ПОЛОСТИ РТА) ЯВЛЯЕТСЯ

Барьерная функция тканей полости рта
Слюноотделение
Находящиеся в слюне антибактериальные компоненты: лизоцим, иммуноглобулины, лейкоциты и др.
Резидентная микрофлора в полости рта
*Все вышеперечисленные факторы важны

ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРОТЕЗОВ НА ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ В ПОЛОСТИ РТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ

Ионы металлов (сплавов для изготовления протезов) способны воздействовать на резидентную микрофлору полости рта
Пластмассы уменьшают миграцию лейкоцитов в полость рта
Молекулы некоторых протезных материалов способны соединяться с белками клеток и вызывать синтез аллергических антител
Механическое воздействие протезов приводит к снижению местной защиты слизистой оболочки полости рта
*Все вышеперечисленное верно

СЛЕДУЮЩЕЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ (НАИБОЛЕЕ ДЕЙСТВЕННОЕ) МЕРОПРИЯТИЕ МОЖНО ПРЕДЛОЖИТЬ В ЦЕЛЯХ УМЕНЬШЕНИЯ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОТЕЗОВ

Изготовление цельнолитых мостовидных протезов
Изготовление протезов с литыми базисами
Изготовление протезов из бесцветной пластмассы
Систематический массаж протезного ложа
*Все вышеперечисленное верно

ПРОТЕЗИРОВАТЬ БОЛЬНОГО, КОТОРЫЙ ЗАКОНЧИЛ КУРС ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО

Сразу же после окончания курса лечения
Спустя год после проведения курса лучевой терапии
*При нормальной (клинический анализ) картине крови
Через два месяца после окончания лучевой терапии
Через 6-8 месяцев

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ПОЛОСТИ РТА МОГУТ ИЗМЕНЯТЬСЯ

Криогенное воздействие на ткани
Действие высоких температур на ткани
Увч-терапия
Радиолучевая терапия
*Все вышеперечисленное

"АНОМАЛИЯ" ПРИКУСА - ЭТО

*Нарушение развития формы и функции зубочелюстной системы
Частичная потеря зубов
Изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами
Изменения в мышечной системе
Зубоальвеолярное удлинение, связанное с потерей зубов

ДЕФОРМАЦИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ - ЭТО

*Изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами
Потеря зубов
Нарушение развития формы и функций зубочелюстной системы
Изменение в височно-нижнечелюстном суставе
Открытый прикус

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ ПРИ ДЕФОРМАЦИЯХ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

Нарушение жевания
Нарушение эстетических норм
Нарушение окклюзии
Нарушение артикуляции
*Все вышеперечисленное

ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ВАЖНА ИНФОРМАЦИЯ

Соотношение зубных рядов
Характер смыкания передних зубов
Совпадение средних линий между центральными резцами
Форма зубных дуг
*Все вышеперечисленное

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ИЗМЕРЕНИЕМ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФОРМЫ АНОМАЛИИ ПРИКУСА ЯВЛЯЕТСЯ

Сумма ширины четырех верхних резцов
Ширина боковых резцов
Сумма ширины клыка и премоляров
Длины верхней и нижней зубных дуг
*Все вышеперечисленное

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

Ширина зубной дуги в области клыков
Ширина зубной дуги в области премоляров
Ширина зубной дуги в области моляров
Высота неба в области моляров
*Эти данные равноценны по значимости

СЛЕДУЮЩИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИИ

Измерения на диагностических моделях

Электромиография

*Параметры ортогнатического прикуса

Рентгенография отдельных зубов

Электромиомастикациогграфия

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПРИ АНАЛИЗЕ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММ ЯВЛЯЕТСЯ

Анализ лицевого скелета (краниометрия)

Анализ гнатической части лицевого скелета (гнатометрия)

Анализ мягких тканей лица (профилометрия)

Планиметрический анализ лица

*Все вышесказанное вместе

ВОЗМОЖНОЙ ФОРМОЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРИ ПРОГНАТИЧЕСКОМ (ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ) ПРИКУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

Протрузия верхних передних зубов в сочетании с сужением верхнего зубного ряда при нормальном нижнем зубном ряду

Правильная форма верхнего зубного ряда при уплощенной в переднем отделе нижней зубной дуги

Равномерное сужение зубных дуг с передним положением верхнего зубного ряда

Равномерное сужение зубных дуг с задним положением нижнего зубного ряда

*Все вышесказанное

ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММА ПРИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ ПРОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ЧРЕЗМЕРНЫМ РАЗВИТИЕМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

Чрезмерное развитие верхней челюсти (абсолютное) и в соотношениях с нижней челюстью

Правильное соотношение челюстей относительно основания черепа

Значительное увеличение межальвеолярного угла

Увеличение сагиттального межрезцового расстояния

*Все вышесказанное верно

НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ ПРОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ С НЕДОРАЗВИТИЕМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

Увеличение межапикального угла и сагиттального межрезцового расстояния

Недоразвитие нижней челюсти

Укорочение нижней челюсти

Горизонтальное положение нижней челюсти в лицевом скелете

*Все вышесказанное верно

ИСТИННАЯ ПРОГЕНИЯ - ЭТО

Мезиальное смещение нижней челюсти

Недоразвитие верхней челюсти при нормальной нижней

*Чрезмерное развитие нижней челюсти

Принужденный прикус

Уплотнение фронтального участка верхней челюсти

ПЕРЕДНИЕ ЗУБЫ ПРИ ПРОГЕНИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ НАХОДЯТСЯ В СООТНОШЕНИИ

Обратное смыкание резцов с контактом и незначительным перекрытием

Обратный прикус глубокий

Открытый прикус

Сагиттальный открытый прикус с глубоким перекрытием резцов

*Все вышесказанное верно

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ПРОГЕНИЧЕСКОГО ПРИКУСА, ОБУСЛОВЛЕННОГО НЕДОРАЗВИТИЕМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

Передние зубы в обратном смыкании, но в контакте

Незначительная глубина обратного перекрытия

Верхний зубной ряд трапециевидной формы, длина их передней части уменьшена

Ретрузия резцов и клыков

*Все вышесказанное верно

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ПРОГЕНИЧЕСКОГО ПРИКУСА, ОБУСЛОВЛЕННЫМ МЕЗИАЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

Нормальная величина челюстей

Переднее положение нижней челюсти относительно основания черепа

Переднее положение головки нижней челюсти в суставной ямке

Возможность смыкания зубов

*Все вышесказанное верно

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

Отсутствие контакта между передними зубами

Наличие маргинальных пародонтитов

Блокирование движений нижней челюсти

Наличие артропатий

*Все вышесказанное верно

СЛЕДУЮЩИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ГЛУБОКОМ ПРИКУСЕ

Патологическая подвижность зубов

Патологическая стираемость зубов

Погружение зуба в лунку

Маргинальные пародонтиты

*Все вышесказанное верно

ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ДВУХСТОРОННИХ ВКЛЮЧЕННЫХ ДЕФЕКТАХ ПРИ ГЛУБОКОМ ПРИКУСЕ БЫВАЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

Дистальный сдвиг нижней челюсти

Функциональная перегрузка оставшихся зубов

Наклон моляров в мезиальную сторону

Уменьшение межальвеолярной высоты

*Все вышесказанное верно

ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПОТЕРИ КОРЕННЫХ ЗУБОВ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

Выдвижение зубов потерявших антагонистов (зубоальвеолярное удлинение)

Уменьшение межальвеолярной высоты
Перегрузка оставшихся зубов
Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
*Все вышеперечисленное

ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОГО ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ЯВЛЯЕТСЯ

Частичная потеря зубов
Патологическая стираемость зубов
Заболевание тканей пародонта
Изменение положения зубов при поражении пародонта
*Все вышеперечисленное

ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС, ЯВЛЯЕТСЯ

Короткая верхняя губа
Развернутый угол нижней челюсти
Нарушение речи
Нарушение откусывания пищи
*Все вышеперечисленное

НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

Протрузия верхних зубов
Зубоальвеолярное укорочение переднего участка верхней челюсти
Зубоальвеолярное укорочение переднего участка нижней челюсти
Зубоальвеолярное укорочение переднего участка обеих челюстей и Зубоальвеолярное удлинение боковых участков верхней челюсти
*Все вышеперечисленное

УКАЖИТЕ ПРИЧИНУ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА

Нарушение формы зубных рядов
Нарушение соотношения зубных рядов в трансверзальном направлении
Смещение нижней челюсти в сторону
Мышечная дисгармония и асимметрия развития лицевого скелета
*Все вышеперечисленное

УКАЖИТЕ ПРИЗНАК СФОРМИРОВАВШЕГОСЯ В ДЕТСТВЕ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА

Перестройка зубочелюстной системы на уровне зубных рядов
Перестройка зубочелюстной системы на уровне альвеолярного отростка
Перестройка наблюдается на уровне челюстей
Наблюдается аномалия развития лицевого скелета
*Все вышеперечисленное

ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА (НЕРАВНОМЕРНОЕ СУЖЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ) ОТ ДЕФОРМАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ ПОТЕРИ ЗУБОВ УЧИТЫВАЕТСЯ

Симметричность расположения боковых зубов по отношению к срединно-сагиттальной плоскости
Фасетки стирания на зубах
Наличие травматической окклюзии
Аномалия формы суставных головок
*Все вышеперечисленное

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ВОЗМОЖНОСТИ
ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

Нарушения структуры зубочелюстной системы, которые следует устранить

Возможности морфологической перестройки

Тяжесть морфологических проявлений аномалии

Тяжесть клинических проявлений аномалии

*Все вышеперечисленное

ПРИ СКЕЛЕТНОЙ ФОРМЕ АНОМАЛИИ ПРИКУСА ПРОИСХОДИТ

Изменение положения челюстей в сагиттальной плоскости по отношению к основанию черепа

Изменение угла наклона челюстей относительно основания черепа

Нарушение роста челюстей в сагиттальной плоскости (недоразвитие челюстей)

Нарушение роста челюстей в вертикальной плоскости

*Все вышеперечисленное

СЛЕДУЮЩЕЕ ИЗМЕНЕНИЕ МОЖЕТ СОЧЕТАТЬСЯ СО СКЕЛЕТНОЙ ФОРМОЙ
АНОМАЛИИ ПРИКУСА

Дистальное положение головок нижней челюсти

Изменение формы зубных рядов

Изменение окклюзионной плоскости

Аномалия положения отдельных зубов

*Все вышеперечисленное

ОРТОДОНТИЧЕСКИМ ПУТЕМ МОЖНО УСТРАНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ
ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ВЗРОСЛЫХ

Изменить положение верхней челюсти

Изменить положение суставов относительно основания черепа

Восстановить соответствие величин челюстей

*Изменить положение зуба или группы зубов

Изменить угол нижней челюсти

У ВЗРОСЛОГО ОРТОДОНТИЧЕСКИМ ПУТЕМ МОЖНО УСТРАНИТЬ

Неправильное положение зубов

Приобретенную аномалию прикуса

Приобретенную деформацию зубного ряда

Приобретенное смещение нижней челюсти

*Все вышеперечисленное

ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛЕЧЕНИЯ ПРОГНАТИЧЕСКОГО ПРИКУСА СЛЕДУЕТ
УЧИТЫВАТЬ

Патогенез аномалии

Клиническую форму прогнатического прикуса

Степень выраженности клинических проявлений

Пространственное положение нижней челюсти

*Все вышеперечисленное

НА ВЫБОР МЕТОДА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГНАТИЧЕСКОГО
ПРИКУСА ВЛИЯЕТ

Возраст и общее состояние больного

Осложняющие и сопутствующие заболевания

Болезни пародонта, функциональная перегрузка
Патологическая стираемость зубов, деформация окклюзионной поверхности зубных рядов
*Все вышеперечисленное

ДЛЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОПАРОЗА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

Чрезмерное резцовое перекрытие
Отсутствие части зубов
*Истончение головки, деформация суставного бугорка, появление экзостозов
Стирание сочлененных поверхностей
Склерозирование сочлененных поверхностей

НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ВЛИЯЕТ

Количество сохранившихся зубов
Состояние их пародонта
Положение нижней челюсти
Нарушение окклюзии
*Все вышеперечисленное

НА СИЛУ СОКРАЩЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ВЛИЯЕТ

Вторичный глубокий прикус
Первичный глубокий прикус в сочетании с отсутствием части зубов
Уменьшение площади окклюзионного контакта
Травмирование слизистой оболочки при смыкании зубов
*Все вышеперечисленное

ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ У ВЗРОСЛЫХ МОЖНО ДОБИТЬСЯ

Изменения роста челюстей
Изменения положения верхней челюсти
Расширения верхней челюсти
*Устранения неправильное положение зубов
Изменения формы челюстей

МОЖНО ПРИМЕНИТЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ВЗРОСЛЫХ С ЦЕЛЮ

Коррекции соотношения зубных рядов
Коррекции положения отдельных зубов
Устранения мезиального положения нижней челюсти
Устранения дистального положения нижней челюсти
*Всего вышеперечисленного

ДЛЯ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГНАТИЧЕСКОГО ПРИКУСА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

Состояние височно-нижнечелюстных суставов и соотношение их элементов
Изменение высоты лица в ее нижней трети
Величина межальвеолярного расстояния и межокклюзионного пространства
Возраст и общее состояние больного
*Все вышеперечисленное

ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА ЯВЛЯЕТСЯ

Создание режуще-бугоркового контакта во фронтальном отделе
*Исправление нарушений окклюзии
Устранение причин травмы слизистой оболочки твердого неба
Устранение функциональной перегрузки пародонта зубов
Все вышеперечисленное

СЛЕДУЮЩУЮ ФОРМУ ПРОГНАТИЧЕСКОГО ПРИКУСА МОЖНО ЛЕЧИТЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРОЙ

Прогнатический прикус зубных рядов

Обусловленный дистальным смещением нижней челюсти

Прогнатический прикус, при котором сагиттальная щель между верхними и нижними передними зубами не превышает 6 мм

Приобретенный в результате потери зубов

*Все вышеперечисленное верно

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРОГНАТИЧЕСКОГО ПРИКУСА УЧИТЫВАЕТСЯ

Возраст больного не более 45 лет

Прогнатический прикус зубоальвеолярной формы

Прогнатический прикус, обусловленный дистальным смещением нижней челюсти

Прогнатический прикус при наличии опоры для ортодонтической аппаратуры

*Все вышеперечисленное

ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГНАТИЧЕСКОГО ПРИКУСА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

Нормализация положения отдельных зубов

Нормализация формы зубных рядов

Перестройка вертикальных взаимоотношений передних зубов

Изменение положения нижней челюсти в сагиттальном направлении

*Все вышеперечисленное верно

УКАЖИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРОТЕТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПРОГНАТИЧЕСКИМ ПРИКУСОМ

Скелетные формы аномалии

Сочетание аномалии с отсутствием большого количества зубов

Невозможность проведения ортодонтического лечения

Отказ больного от хирургического вмешательства

*Все вышеперечисленное

НОРМАЛИЗАЦИЯ ПРИКУСА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ ПРОТЕЗОВ

При сочетании прикуса с выраженным системным заболеванием пародонта

При отказе больного от ортодонтического лечения

При неэффективности ранее проведенного ортодонтического лечения

При генетических формах аномалии

*При всем вышеперечисленном

ЗАДАЧЕЙ ПРОТЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГНАТИЧЕСКОГО СООТНОШЕНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

Устранение повреждения слизистой оболочки твердого неба

Устранение повреждения десневого края передних нижних зубов

Уменьшение функциональной перегрузки пародонта зубов

Нормализация окклюзии зубных рядов

*Все вышеперечисленное верно

ПРОТЕТИЧЕСКИМ ПУТЕМ У БОЛЬНЫХ С ПРОГНАТИЕЙ МОЖНО

Изменить положение нижней челюсти (по показаниям)

Восстановить непрерывность зубного ряда

Изменить межальвеолярную высоту
Изменить высоту нижней трети лица
*Все вышеперечисленное

ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ МЕТОДИКУ ПРОТЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПРОГНАТИЧЕСКОГО ПРИКУСА, ЯВЛЯЕТСЯ

Величина межальвеолярного расстояния
Величина межокклюзионного расстояния
Высота нижней трети лица
Состояние пародонта зубов
*Все вышеперечисленное

ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ПЛАНА ПРОТЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГНАТИЧЕСКОГО
ПРИКУСА УЧИТЫВАЕТСЯ

Величина дефектов зубных рядов
Топография дефектов
Состояние пародонта зубов
Состояние жевательных мышц
*Все вышеперечисленное верно

ПРИ СОШЛИФОВАНИИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПРИ ГЛУБОКОМ РЕЗЦОВОМ
ПЕРЕКРЫТИИ ПРЕСЛЕДУЕТСЯ ЦЕЛЬ -

Создание трехпунктного контакта при движениях нижней челюсти
Уменьшение перегрузки передних нижних зубов
Уменьшение перегрузки передних верхних зубов
Нормализация окклюзии
*Все вышеперечисленное

ПОКАЗАНИЕМ К ДЕПУЛЬПИРОВАНИЮ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПРИ ИХ
СОШЛИФОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Хронические верхушечные периодонтиты
Аномальное положение зуба, неблагоприятное для протезирования
Необходимость значительного укорочения зубов
Необходимость значительного сошлифовывания передней группы зубов
*Все вышеперечисленное

ПРИ ПОВЫШЕНИИ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ НА ПРОТЕЗАХ ВАЖНО
УЧИТЫВАТЬ

Величину свободного межокклюзионного пространства
Предотвращение явлений бруксизма
Равномерная окклюзионная нагрузка на зубы
Предотвращение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава
*Все вышеперечисленное верно

ПРИМЕНЕНИЕ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА С ЛИТЫМ БАЗИСОМ ПОКАЗАНО

При глубоком резцовом перекрытии
При уменьшении межальвеолярной высоты и не измененной высоте нижней трети лица
При сужении зубных рядов
При функциональной перегрузке зубов
*При частых поломках протезов с пластмассовым базисом

ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ПРОТЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОГЕНИЧЕСКИМ ПРИКУСОМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩЕЕ МЕРОПРИЯТИЕ

Перед протезированием провести сошлифовывание бугорков и зубов при неравномерной спракклюзии

Увеличение межальвеолярной высоты провести с помощью накладок на естественные зубы

Изменение межальвеолярной высоты контролировать измерениями высоты нижней трети лица в состоянии покоя

Обеспечить рентгенографический контроль височно-нижнечелюстного сустава

*Все вышеперечисленное

ПРИ ПРОТЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОГНАТИЧЕСКОГО ПРИКУСА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИЗГОТАВЛИВАТЬ СЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ, ТАК КАК

На них легче поставить передние зубы

Постановка максимально может быть приближена к положению естественных зубов

Съемный протез позволяет избежать перегрузки опорных зубов

На съемном протезе легче создать опору для нижних передних зубов

*На съемном протезе легче провести коррекцию прикуса

ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГЕНИЧЕСКОГО ПРИКУСА СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

Величину сагиттального межрезцового расстояния

Положение передних зубов относительно основания челюстей

Размеры апикального базиса верхней и нижней челюстей

Положение верхней челюсти относительно основания

*Все вышеперечисленное

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ОБОСНОВАННОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРИ ПРОГЕНИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ ПРОТРУЗИОННЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ НИЖНИХ ЗУБОВ, РЕТРУЗИЕЙ ВЕРХНИХ ЗУБОВ, САГИТАЛЬНЫМ МЕЖРЕЗЦОВЫМ РАССТОЯНИЕМ 5 ММ

Перемещение в губном направлении только верхних зубов

Перемещение язычно только нижних зубов

Хирургическое лечение

*Сочетанная работа с верхней и нижней челюстью

Повышение прикуса

ПРИ ПРОГЕНИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: ПРОТРУЗИЕЙ ВЕРХНИХ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ, РЕТРУЗИЕЙ НИЖНИХ, САГИТАЛЬНЫМ МЕЖРЕЗЦОВЫМ РАССТОЯНИЕМ 10 ММ, БОЛЕЕ ОБОСНОВАНО

Смещение вперед верхних зубов

Смещение язычно нижних зубов

Одновременное смещение верхних зубов в губном направлении, нижних - в язычном

*Отказ врача от ортодонтического лечения без телерентгенографического обследования

Хирургическое лечение

МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРИ ДИСТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТЕЛЬНО ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, ЯВЛЯЕТСЯ

Ретракция верхней челюсти

Смещение зубов нижней челюсти

*Сочетанные с хирургическим, протетическим методами лечения

Хирургическое вмешательство

Удаление зубов на нижней челюсти

МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРИ ДИСТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТЕЛЬНО ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, ЯВЛЯЕТСЯ

Ретракция верхней челюсти

Смещение зубов нижней челюсти

Изменение положения верхних зубов в сочетании с протезированием

Хирургическое вмешательство

*Комплексные методы

ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОГЕНИЧЕСКОГО ПРИКУСА, ВЫЗВАННОГО МЕЗИАЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

Нормализация функции языка и глотания

Устранение деформации зубных рядов

Устранение преждевременных окклюзионных контактов

Аппаратурное лечение

*Сочетание всех вышеперечисленных методов

АППАРАТАМИ, ПРИМЕНИМЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОГО СМЕЩЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ

Аппарат Брюкля

Направляющая коронка Катца

Каппа с наклонной плоскостью

Дуга Энгля

*Все вышеперечисленные аппараты

ПЕРВЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОГЕНИЧЕСКОГО ПРИКУСА (МЕЗИАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ) БУДЕТ

Устранение деформации окклюзионной поверхности зубных рядов

Нормализация функции языка и глотания

Пришлифовывание зубов

*Аппаратурное лечение аномалии

Протезирование

КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ МИКРОГНАТИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ У ВЗРОСЛЫХ?

*Сочетание компактотеотомии с аппаратурным

Дуги с помощью дуг энгля

С помощью пластинки с винтом

Повышение прикуса

С помощью ретракционной пластинки

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРОГЕНИЧЕСКОГО ПРИКУСА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

Нижнечелюстная макрогнатия при наличии противопоказаний к хирургическому лечению

Верхнечелюстная микрогнатия при невозможности ортодонтического лечения

Отсутствие большого количества зубов

Системное заболевание пародонта

*Все вышеперечисленное

ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПРОТЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Улучшение внешнего вида больного

Нормализация окклюзионных взаимоотношений

Устранение функциональной перегрузки пародонта зубов

Восстановление непрерывности зубного ряда

*Важно все вышеперечисленное

ОСОБЕННОСТЬЮ, ХАРАКТЕРНОЙ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ПРОГЕНИЧЕСКИМ ПРИКУСОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

Необходимость реконструкции высоты прикуса

Сужение показаний к применению мостовидных протезов

Возможность изготовления протезов с окклюзионными накладками

*Более объемные съемные и несъемные протезы

Применение только съемных протезов

ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

Клиническую форму аномалии

Патогенез

Тяжесть клинических проявлений

Взаимоотношение элементов височно-нижнечелюстного сустава

*Все вышеперечисленное

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ВАЖНО УЧЕСТЬ

Пространственное положение нижней челюсти

Высоту нижней трети лица

Положение передних зубов

Величину межальвеолярного расстояния

*Все вышеперечисленное

ТЯЖЕСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АНОМАЛИИ ПРИКУСА ОСОБЕННО УСУГУБЛЯЕТ

Травматическая окклюзия

Повышенная стираемость зубов

Заболеваемость пародонта

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

*Деформация окклюзионной поверхности

ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМ ПРИКУСОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Устранение функциональной перегрузки пародонта зубов

*Исправление нарушений окклюзии, функции височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц

Создание режуще-бугоркового контакта между передними зубами

Восстановление непрерывности зубного ряда

Улучшение внешнего вида больного

ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПЕРЕСТРОЙКИ МИОТАТИЧЕСКИХ РЕЖИМОВ ПО И.С.РУБИНОВА ЯВЛЯЕТСЯ

Самостоятельное ортодонтическое лечение

*Функциональная перестройка нервно-рефлекторных связей с последующим рациональным протезированием

Морфологическая перестройка зубочелюстной системы
Предотвращение рецидива аномалии
Морфологическая перестройка в височно-нижнечелюстном суставе

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ЯВЛЯЕТСЯ

Скелетные формы аномалии, не подлежащие ортодонтическому лечению
Сочетание глубокого прикуса с потерей большого количества зубов
Неэффективность ранее проведенного ортодонтического лечения
Сочетание аномалии с выраженным системным заболеванием пародонта
*Все вышеперечисленное

НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА МОЖЕТ БЫТЬ

Нарушение речи
Чувство дискомфорта
*Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
Увеличение атрофии альвеолярных отростков
Повреждение пародонта оставшихся зубов

ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ В ОБОСНОВАНИИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИТОГО БАЗИСА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМ ПРИКУСОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Большая нагрузка на базис вследствие неправильных окклюзионных взаимоотношений
Нарушений речи
Сочетание аномалии с заболеваниями пародонта
*Недостаток места для пластмассового базиса, возможность поломки его
Сочетание аномалии с дефектами зубного ряда

УКАЖИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВО ЛИТОГО БАЗИСА ПЕРЕД ПЛАСТМАССОВЫМ

Более равномерное распределение жевательного давления между опорными зубами и слизистой оболочкой протезного ложа
Язычная металлическая пластинка предохраняет десневой край от травмы пищевым комком
Предохраняет краевой пародонт от повреждающего воздействия
*Металлический базис не вызывает (в отличие от пластмассового) аллергических повреждений слизистой оболочки
Все ли вышеперечисленное верно?

КАКОЙ ФОРМЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ БАЗИС МОЖЕТ БЫТЬ ПРИМЕНЕН НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ У БОЛЬНЫХ С ПРОГЕНИЧЕСКИМ ПРИКУСОМ И ОТСУТСТВИЕМ КОНТАКТОВ В ОБЛАСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ?

В виде поперечной полоски
Подковообразной формы
*Базис с окклюзионными накладками в области боковых зубов
В виде полной небной пластинки
В виде двух дуг

ПОКАЗАНИЯМИ К ПРИМЕНЕНИЮ ПОДКОВООБРАЗНОГО МЕТАЛЛИЧЕСКОГО БАЗИСА ЯВЛЯЮТСЯ

Повышенный рвотный рефлекс
Глубокий травмирующий прикус для создания опоры нижним зубам
Выраженный торус костного неба

Включенные дефекты во фронтальном участке

*Все вышеперечисленное

РЕШАЮЩИМ ФАКТОРОМ ПРИ КОНСТРУИРОВАНИИ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩИХ КЛАММЕРОВ В ПРОТЕЗАХ ПРИ ПРОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

Путь введения протеза

Положение средних линий

Глубина удерживающей зоны

Характер окклюзионных контактов

*Все вышеперечисленное

ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТАЛЛИЧЕСКОГО БАЗИСА УЧИТЫВАЕТСЯ

Состояние пародонта

Требование эстетики

Наличие антагонистов

Характер окклюзионных контактов

*Все вышеперечисленное

ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ (ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ В СОЧЕТАНИИ С ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ) БОЛЬНЫХ СО СКЕЛЕТНЫМ ГЛУБОКИМ ПРИКУСОМ И ЦЕЛОСТНЫМИ ЗУБНЫМИ РЯДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

Изменение положения передних зубов

Изменение формы зубных рядов

Перестройка вертикальных соотношений передних зубов

Увеличение с помощью протезов межальвеолярной высоты

*Все вышеперечисленное

ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМ (ВТОРИЧНЫМ) СНИЖАЮЩИМ ПРИКУСОМ ЯВЛЯЕТСЯ

*Восстановление нормального положения нижней челюсти в сагиттальной и вертикальной плоскостях

Реконструкция межальвеолярного расстояния

Реконструкция высоты нижней трети лица

Устранение функциональной перегрузки зубов

Улучшение эстетики

ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ КАППОВОЙ ШИНЫ, ПРИМЕНЯЮЩЕЙСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ГЛУБОКОГО ПРИКУСА, СОЧЕТАЮЩИМСЯ С ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

*Нормализация положения нижней челюсти

Увеличение межальвеолярной высоты

Устранение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

Предотвращение дальнейшего стирания естественных зубов

Устранение патологического прикуса

ОСНОВНОЙ ОШИБКОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛЫХ С ГЛУБОКИМ (ВТОРИЧНЫМ) ПРИКУСОМ ЯВЛЯЕТСЯ

*Протезирование без предварительного устранения глубокого травмирующего прикуса

Расширение показаний к изготовлению мостовидных протезов

Необоснованное мезиальное смещение нижней челюсти

Повышение прикуса на мостовидных протезах без предварительной подготовки
Все вышеперечисленное

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТОГО ПРИКУСА ЯВЛЯЕТСЯ

Лечение путем сошлифовывания контактирующих зубов

Удаление контактирующих зубов

*Комбинированный: ортодонтический, хирургический, протетический

Внедрение контактирующих зубов

Перемещение контактирующих зубов

ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

Положение смещенных зубов относительно альвеолярного отростка

Положение боковых зубов и альвеолярного отростка относительно срединно-сагиттальной плоскости

Причину аномалии: сужение зубного ряда и челюсти или чрезмерное развитие челюсти

Степень вертикального перекрытия аномалийно расположенных зубов

*Все вышеперечисленное

ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА У ВЗРОСЛЫХ МОЖНО ДОБИТЬСЯ

Расширения челюсти

Перемещения альвеолярного отростка

Торможения роста челюсти

*Перемещения зубов

Изменения лицевого скелета

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА У ВЗРОСЛЫХ ПРИМЕНИМЫ

Дуга Энгля

Пластика с винтом

Пластика с пружинящим отростком

Капповый аппарат с винтом

*Все вышеперечисленное

ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К СОЧЕТАННОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ И ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА ЯВЛЯЕТСЯ

Ускорение ортодонтического лечения

*Скелетные формы аномалий

Желание больного

Аномалии, вызванные смещением нижней челюсти

Аномалии, возникшие в результате потери части зубов

«ДЕФЕКТЫ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБОВ»

К МИКРОПРОТЕЗАМ ОТНОСЯТСЯ

Вкладки

Штифтовые вкладки

Полукоронки и вкладки

Интрадентальные и парапульпарные несъемные конструкции

*Все вышеперечисленные протезы

ВКЛАДКИ МОГУТ БЫТЬ

Пластмассовые

Фарфоровые

Металлические

Комбинированные

*Все вышеперечисленные

ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КРОНОК ЗУОВ ПО Г.БЛЭКУ К ПЕРВОМУ КЛАССУ ОТСЯТСЯ

*Полости, располагающиеся в естественных фисурах жевательных зубов

Полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров

Полости на проксимальных поверхностях передних зубов

Полости на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

Полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

КО ВТОРОМУ КЛАССУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КРОНОК ЗУОВ ПО Г.БЛЭКУ ОТСЯТСЯ ПОЛОСТИ

Располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов

*На жевательной проксимальной поверхностях моляров и премоляров

На проксимальных поверхностях передних зубов

На проксимальных поверхностях и углах передних зубов

В пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

К ТРЕТЬЕМУ КЛАССУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КРОНОК ЗУОВ ПО Г.БЛЭКУ ОТСЯТСЯ ПОЛОСТИ

Располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов

На проксимальных поверхностях моляров и премоляров

*На проксимальных поверхностях передних зубов

На проксимальных поверхностях и углах передних зубов

В пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

К ЧЕТВЕРТОМУ КЛАССУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КРОНОК ЗУОВ ПО Г.БЛЭКУ ОТСЯТСЯ ПОЛОСТИ

Располагающиеся на оральной, жевательной

и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов на жевательных поверхностях моляров и премоляров

На проксимальных поверхностях передних зубов

*На проксимальных поверхностях и углах передних зубов

В пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

К ПЯТОМУ КЛАССУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КРОНОК ЗУОВ ПО Г.БЛЭКУ ОТСЯТСЯ ПОЛОСТИ

Располагающиеся на жевательных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов

На проксимальных поверхностях моляров и премоляров

На проксимальных поверхностях передних зубов

На проксимальных поверхностях и углах передних зубов

*Все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

ПРИ РАБОТЕ С ТВЕРДЫМИ ТКАНЯМИ КЛЫКОВ С ЖИВОЙ ПУЛЬПОЙ ОСОБУЮ ОСТОРОЖНОСТЬ СЛЕДУЕТ ПРОЯВЛЯТЬ

На верхушках бугров

В пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности

На верхушках бугров и в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности

*На проксимальных поверхностях

ПРИ РАБОТЕ С ТВЕРДЫМИ ТКАНЯМИ ПРЕМОЛЯРОВ С ЖИВОЙ ПУЛЬПОЙ ОСОБУЮ ОСТОРОЖНОСТЬ СЛЕДУЕТ ПРОЯВЛЯТЬ

На верхушках бугров

В пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности

*В пришеечной зоне вестибулярной поверхности

На проксимальных поверхностях

На жевательной поверхности

ПРИ РАБОТЕ С ТВЕРДЫМИ ТКАНЯМИ МОЛЯРОВ С ЖИВОЙ ПУЛЬПОЙ ОСОБУЮ ОСТОРОЖНОСТЬ СЛЕДУЕТ ПРОЯВЛЯТЬ

На верхушках бугров

В пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности

*На верхушках бугров и в пришеечной зоне
вестибулярной и оральной поверхности

На проксимальных поверхностях

На жевательной поверхности

ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ПОД ВКЛАДКУ ДЕЛАЮТ ФАЛЬЦ

На 1/3 толщины эмали

*На 1/2 толщины эмали

На всю толщину эмали

В пределах эмали

В пределах твердых тканей, отступив от пульповой камеры на 0.5-1.0 мм

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ДНА ПОЛОСТИ ДЛЯ ВКЛАДКИ ОНА ДОЛЖНА БЫТЬ

*Параллельна крыше пульповой камеры

Повторять рельеф крыши пульповой камеры

Под углом 5 к рогам пульпы

Под углом 10 к рогам пульпы

Под углом 15 к рогам пульпы

ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ПОД ВКЛАДКУ ФАЛЬЦ ФОРМИРУЮТ ПОД УГЛОМ

15

30

*45

60

90

ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ПОД ВКЛАДКУ ФОРМИРУЮТ ФАЛЬЦ С ЦЕЛЬЮ

Предупреждения смещения

Исключения опрокидывающего момента

*Лучшей фиксации и прилегания

Исключения сколов

Исключения рассасывания цемента

ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ПОД ВКЛАДКУ ФАЛЬЦ ФОРМИРУЮТ ТОЛЬКО

Для вкладок из благородных металлов

Для вкладок из неблагородных металлов

*Для металлических вкладок

Для вкладок из высокопрочной пластмассы (изозит)

Для вкладок из фарфора

ПОЛУКОРОНКА МОЖЕТ БЫТЬ ОПОРОЙ ТОЛЬКО

Металлокерамического мостовидного протеза

Цельнометаллического мостовидного протеза

Металлокрилового цельнолитого мостовидного протеза

Паяного мостовидного протеза

*Всех перечисленных выше конструкций

ВОЗМОЖНО ЛИ ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛУКОРОНОК В КАЧЕСТВЕ ШИН ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА?

*Да

Да, если пародонтит легкой и средней степени

Да, только с предварительным депульпированием зубов

Нет

НАЗНАЧЕНИЕ КОРНЕВОЙ ЗАЩИТКИ ШТИФТОВОГО ЗУБА

Без корневой защиты невозможно соединение штифта с коронковой частью

Исключает травму десневого края

Предохраняет корень зуба от разрушения и способствует фиксации

Уменьшает функциональную перегрузку, являясь амортизирующим звеном в системе штифт-корень зуба

*Все вышеперечисленное

НУЖНО ЛИ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ПЛАСТМАССОВЫХ КОРОНОК ФОРМИРОВАТЬ УСТУП В ПРИШЕЕЧНОЙ ЗОНЕ?

*Да

Да, но только на передней поверхности

Да, если зуб депульпирован

Нет

Нет, если у пациента глубокий прикус

ПЛАСТМАССОВАЯ КОРОНКА ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕСНЕВОМУ КРАЮ ДОЛЖНА РАСПОЛАГАТЬСЯ

Не доходить до десны на 0.5 мм

Не доходить до десны на 1.0 мм

*На уровне десны

Под десной на 0.5 мм

Под десной на 1.0 мм

ПОЛУЧИТЬ БОЛЕЕ ТОЧНОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ НА МОДЕЛИ ЗУБНЫХ И ОКОЛО ЗУБНЫХ ТКАНЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ

Стомальгин

Эластик

Акродент
Сизласт 69
*Сизласт 05

ВОЗМОЖНО ЛИ ИЗГОТОВЛЕНИЕ 2-Х ЦВЕТНОЙ ПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ?

Нет

Нет, так как коронку из пластмассы готовят однократной полимеризацией

*Да

ВОЗМОЖНО ЛИ ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАСТМАССОВЫХ КОРОНОК ПРИ ПАРОДОНТИТЕ?

Нет

Нет, так как усугубится течение

*Да

Да, если процесс в стадии ремиссии

Да, если край коронки не подводить под десну

ВОЗМОЖНО ЛИ ИЗГОТОВЛЕНИЕ ПЛАСТМАССОВЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ?

*Да

Да, если отсутствует один зуб

Да, если отсутствует два зуба

Да, если отсутствует три зуба

Нет

КАКИЕ ВОЗМОЖНЫ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛИТЫХ ШТИФТОВЫХ ВКЛАДOK?

Перфорация стенки корня

Недостаточная глубина штифта

Раскол корня

Расцементировка вкладки

*Все перечисленные выше моменты

СРЕДНЯЯ ДЛИНА КОРНЕВОГО КАНАЛА ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕЗЦА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ

12.0 мм

12.5 мм

*13.0 мм

13.5 мм

14.5 мм

СРЕДНЯЯ ДЛИНА КОРНЕВОГО КАНАЛА БОКОВОГО РЕЗЦА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ

10.0 мм

11.0 мм

12.0 мм

*13.0 мм

14.0 мм

СРЕДНЯЯ ДЛИНА КОРНЕВОГО КАНАЛА КЛЫКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ

15.0 мм

16.0 мм
*16.5 мм
17.0 мм
17.5 мм

СРЕДНЯЯ ДЛИНА КОРНЕВОГО КАНАЛА ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ

11.0 мм
11.5 мм
*12.0 мм
12.5 мм
13.0 мм

СРЕДНЯЯ ДЛИНА КОРНЕВОГО КАНАЛА БОКОВЫХ РЕЗЦОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ

*13.0 мм
13.5 мм
14.0 мм
14.5 мм
15.0 мм

СРЕДНЯЯ ДЛИНА КОРНЕВОГО КАНАЛА КЛЫКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ

*15.0 мм
15.5 мм
16.0 мм
16.5 мм
17.0 мм

ВОЗМОЖНА ЛИ ФИКСАЦИЯ ФАРФОРОВЫХ КОРОНОК НА ВРЕМЕННЫЙ ЦЕМЕНТ?

Да
Да, если это одиночная коронка
Да, если у пациента нет бруксизма
Да, если не более чем на 5-7 дней
*Нет

ДЛЯ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ХАРАКТЕРНО

Боль в суставе
Хруст и щелканье в суставе
Смещение нижней челюсти
Снижение высоты прикуса
*Все вышеперечисленные моменты

ВОЗМОЖНО ЛИ ПРИМЕНЕНИЕ ФАРФОРОВЫХ КОРОНОК ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ?

Нет
Возможно
*Возможно, но после соответствующей подготовки
Возможно только при I степени
Возможно только при I и II степени

ФАРФОРОВЫЕ КОРОНКИ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ ВИДАМИ НЕСЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ НЕДОСТАТКИ

Сложность изготовления

Дороговизна

Необходимость глубокого препарирования твердых тканей

Необходимость наличия дорогостоящего оборудования

*Все перечисленные выше моменты

КАКОЙ УСТУП НУЖНО ФОРМИРОВАТЬ В ПРИШЕЕЧНОЙ ЗОНЕ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ?

Желобообразный

Символ уступа

*Под углом 90

Под углом 135

Не нужно уступа

В КАЧЕСТВЕ МАТРИЦЫ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОЛПАЧКА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПЛАТИНА

Так как это благородный металл

Так как имеет минимально возможную толщину

Так как достаточно жестка и не образует окислов

Так как по химическим свойствам совместима с фарфором

*Так как имеет высокую температуру плавления

ТОЛЩИНА ПЛАТИНОВОЙ ФОЛЬГИ, ПРИМЕНЯЕМОЙ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ФАРФОРОВЫХ КОРОНОК, СОСТАВЛЯЕТ

0.25 мм

*0.025 мм

0.075 мм

0.1 мм

0.50 мм

ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ЛИТЫХ ШТИФТОВЫХ ВКЛАДОК ЯВЛЯЕТСЯ

Патологическая стираемость зубов

Если зуб депульпирован более года тому назад

Если зуб депульпирован более 3-х лет тому назад

Если зуб депульпирован 5 и более лет тому назад

*Дефект коронковой части на 1/3 и более

ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИНА ШТИФТА ЛИТОЙ ШТИФТОВОЙ ВКЛАДКИ СОСТАВЛЯЕТ

1/4 корня

1/3 корня

1/2 длины корня

*2/3 длины корня

На всю длину корня

ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ВКЛАДОК ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ

Пластмассы

Благородных сплавов

Неблагородных сплавов

*Всего вышеперечисленного

«ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ»

ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЕ УДЛИНЕНИЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

*На верхней челюсти

На нижней челюсти

На обеих челюстях одинаково

Преимущественно во фронтальной группе зубов

Преимущественно в группе боковых зубов

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЗОККЛЮЗИИ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ, ОСЛОЖНЕННОМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ, ДЕЗОККЛЮЗИЯ МЕЖДУ АНТАГОНИРУЮЩИМИ И ЕСТЕСТВЕННЫМИ ЗУБАМИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ БОЛЕЕ

1 мм

*2 мм

3 мм

4 мм

5 мм

ОПТИМАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ЛАПКИ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА НА ЗУБЕ

Горизонтальное

*Под углом 5-10 к горизонтали

Под углом 10-15 к горизонтали

Под углом 15-20 к горизонтали

Под углом 20-25 к горизонтали

В БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗАХ, ЗАМЕЩАЮЩИХ КОНЦЕВЫЕ ДЕФЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЮТ КЛАММЕРЫ

*Ней 1

Ней 2

Ней 3

Ней 4

Ней 5

В БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗАХ, ЗАМЕЩАЮЩИХ ВКЛЮЧЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАММЕРЫ

*Ней 1

Ней 2

Ней 3

Ней 4

Ней 5

ПРИ НАКЛОНЕ ОПОРНОГО ЗУБА В ОРАЛЬНУЮ ИЛИ ВЕСТИБУЛЯРНУЮ СТОРОНУ В БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗАХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАММЕРЫ

Ней 1

Ней 2

*Ней 3

Ней 4

Ней 5

ПРИ МЕДИАЛЬНОМ НАКЛОНЕ ОПОРНОГО ЗУБА В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАММЕРЫ

Ней 1
Ней 2
Ней 3
Ней 4
*Ней 5

ПРИ НИЗКИХ КОНВЕРГИРОВАННЫХ МОЛЯРАХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗАХ КЛАММЕРЫ

Ней 1
Ней 2
Ней 3
Ней 4
*Ней 5

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КАЧЕСТВЕ АНТИОПРОКИДЫВАТЕЛЯ В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ

Отростки базиса протеза
Пальцевые отростки
*Многозвеньевые кламмеры
Непрерывные кламмеры
Передние небные дуги

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННИХ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЮГЕЛЬНЫМИ ПРОТЕЗАМИ, КОГДА БЕЗЗУБАЯ ЧАСТЬ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ИМЕЕТ СКАТ, НАПРАВЛЕННЫЙ В ДИСТАЛЬНУЮ СТОРОНУ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

Опорно-удерживающие кламмеры
*Многозвеньевые кламмеры
Непрерывные кламмеры
Дробители нагрузки
Антипрокидыватели

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННИХ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЮГЕЛЬНЫМИ ПРОТЕЗАМИ, КОГДА БЕЗЗУБАЯ ЧАСТЬ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ИМЕЕТ СКАТ, НАПРАВЛЕННЫЙ В МЕЗИАЛЬНУЮ СТОРОНУ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

Опорно-удерживающие кламмеры
*Многозвеньевые кламмеры
Непрерывные кламмеры
Дробители нагрузки
Антипрокидыватели

ТИПИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ НЕБНОЙ ДУГИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ I-А КЛАССА ПО КЕННЕДИ

Переднее
*Среднее
Заднее
Переднесреднее
Среднезаднее

ТИПИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ НЕБНОЙ ДУГИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ III КЛАССА ПО КЕННЕДИ

Переднее

Среднее

Заднее

*Переднесреднее

Заднесреднее

ЕСЛИ НЕОБХОДИМО УВЕЛИЧИТЬ ЖЕСТКОСТЬ НЕБНОЙ ДУГИ, ТО УВЕЛИЧИВАЮТ РАЗМЕР

В толщину

В ширину

*В толщину и ширину

Больше в ширину

Больше в толщину

ОТНОШЕНИЕ НЕБНОЙ ДУГИ К СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ТВЕРДОГО НЕБА

Касательное

*Не касается на 0.5-1 мм

Не касается на 1-1.5 мм

Не касается на 1.5-2 мм

Не касается на 2-2.5 мм

ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ НАКЛОНЕ ФРОНТАЛЬНОГО УЧАСТКА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ К ПЕРЕДИ ПРИМЕНЯЮТ

Лингвальную дугу

Вестибулярную дугу

*Лингвальную пластинку

Модифицированный непрерывный кламмер

Вестибулярную дугу с модифицированным непрерывным кламмером

ПРИ МАЛЕНЬКОМ ПРОСТРАНСТВЕ МЕЖДУ ДНОМ ПОЛОСТИ РТА И ДЕСНЕВЫМ КРАЕМ В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ ПРИМЕНЯЮТ

*Лингвальную дугу

Вестибулярную дугу

Лингвальную пластинку

Модифицированный непрерывный кламмер

Вестибулярную дугу и модифицированный непрерывный кламмер

РАСПОЛОЖЕНИЕ КАРКАСА СЕДЛА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА

*На вершине альвеолярного гребня

На оральном скате альвеолярного гребня

На вестибулярном скате альвеолярного гребня

На оральном скате и вершине альвеолярного гребня

На вестибулярном скате и вершине альвеолярного гребня

ДЛИНА КАРКАСА СЕДЛА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

До 1/3 длины базиса протеза

До 1/2 длины базиса протеза

*До бугров верхней челюсти

На всю длину базиса

На 2/3 базиса протеза

ДЛИНА КАРКАСА СЕДЛА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

До 1/4 длины базиса протеза
До 1/3 длины базиса протеза
До 1/2 длины базиса протеза
*До 2/3 длины базиса протеза
На всю длину базиса протеза

В БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗАХ ПРИ КОНЦЕВЫХ СЕДЛАХ ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ

На всю длину базиса
На 1/3 длины базиса протеза
На 1/2 длины базиса протеза
*На 2/3 длины базиса протеза
На 3/4 длины базиса протеза

У ПАЯНЫХ ЗОЛОТЫХ ПРОТЕЗОВ В СРАВНЕНИИ СО СТАЛЬНЫМИ

Выше гальванизм и выше твердость
Выше гальванизм, но ниже твердость
Ниже гальванизм, но выше твердость
*Ниже гальванизм и ниже твердость

У МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ В СРАВНЕНИИ С ЦЕЛЬНОЛИТЫМИ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫМИ

Выше стираемость и выше цветостойкость
Выше стираемость, но ниже цветостойкость
Ниже стираемость и ниже цветостойкость
*Ниже стираемость, но выше цветостойкость

У МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ В СРАВНЕНИИ С ЦЕЛЬНОЛИТЫМИ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫМИ

Выше гигроскопичность и выше прочность
Выше гигроскопичность, но ниже прочность
Ниже гигроскопичность и ниже прочность
*Ниже гигроскопичность, но выше прочность

У МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ПАЯННЫМИ С ПЛАСТМАССОВОЙ ОБЛИЦОВКОЙ

*Выше эстетика и выше прочность
Выше эстетика, но ниже прочность
Ниже эстетика и ниже прочность
Ниже эстетика, но выше прочность

У МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ПО СРАВНЕНИЮ С БЮГЕЛЬНЫМ

*Выше нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
Выше нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу
Ниже нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
Ниже нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу

ТОЛЩИНА ПЛЕЧА КЛАММЕРА АККЕРА У ОСНОВАНИЯ

0.5+/-0.2 мм
0.8+/-0.2 мм

*1.0+/-0.2 мм
1.2+/-0.4 мм
1.8+/-0.4 мм

ТОЛЩИНА ПЛЕЧА КЛАММЕРА АККЕРА У ОКОНЧАНИЯ

*0.5+/-0.1 мм
0.6+/-0.1 мм
0.9+/-0.1 мм
1.0+/-0.1 мм
1.2+/-0.1 мм

ТОЛЩИНА ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ (ЛАПКИ) У ОСНОВАНИЯ

Не менее 0.5 мм
Не менее 0.8 мм
*Не менее 1.0 мм
Не менее 2.5 мм
Не менее 4.0 мм

ТОЛЩИНА ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ (ЛАПКИ) У ОКОНЧАНИЯ

Не менее 0.1 мм
Не менее 0.2 мм
*Не менее 0.3 мм
Не менее 0.4 мм
Не менее 1.0 мм

ШИРИНА ВЕРХНЕЙ ЗАДНЕЙ ДУГИ

3.0+/-2.0 мм
4.0+/-2.0 мм
*5.0+/-2.0 мм
6.0+/-2.0 мм
8.0+/-2.0 мм

ШИРИНА ВЕРХНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ ДУГИ

6.0+/-2.0 мм
7.0+/-2.0 мм
8.0+/-2.0 мм
9.0+/-2.0 мм
*10.0+/-2.0 мм

ШИРИНА НИЖНЕЙ ДУГИ

2.5+/-1.0 мм
*3.0+/-1.0 мм
3.5+/-1.0 мм
4.0+/-1.0 мм
5.0+/-1.0 мм

ТОЛЩИНА ВЕРХНЕЙ ЗАДНЕЙ ДУГИ

1.3+/-0.2 мм
1.4+/-0.2 мм
*1.5+/-0.2 мм
1.6+/-0.2 мм
1.7+/-0.2 мм

ШИРИНА ВЕРХНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ ДУГИ

0.3+/-0.1 мм
0.4+/-0.1 мм
0.5+/-0.1 мм
*0.6+/-0.1 мм
0.7+/-0.1 мм

ТОЛЩИНА НИЖНЕЙ ДУГИ

0.5+/-0.1 мм
1.0+/-0.1 мм
1.5+/-0.1 мм
2.0+/-0.1 мм
*2.5+/-0.1 мм

ТОЛЩИНА НЕБНОЙ ПЛАСТИНКИ

1.5+/-0.2 мм
1.0+/-0.2 мм
*0.8+/-0.3 мм
0.4+/-0.2 мм
0.2+/-0.2 мм

ТОЛЩИНА ЯЗЫЧНОЙ ПЛАСТИНКИ У ЗУБНОГО РЯДА

1.5+/-0.1 мм
*1.0+/-0.1 мм
0.8+/-0.1 мм
0.5+/-0.1 мм
0.3+/-0.1 мм

ТОЛЩИНА ЯЗЫЧНОЙ ПЛАСТИНКИ У НИЖНЕГО КРАЯ

2.5+/-0.1 мм
*2.0+/-0.1 мм
1.5+/-0.1 мм
1.0+/-0.1 мм
0.9+/-0.1 мм

ШИРИНА ОГРАНИЧИТЕЛЯ БАЗИСА

2.0+/-2.0 мм
3.0+/-2.0 мм
4.0+/-2.0 мм
5.0+/-2.0 мм
*6.0+/-2.0 мм

ТОЛЩИНА ОГРАНИЧИТЕЛЯ БАЗИСА

5.0+/-0.2 мм
4.0+/-0.2 мм
*3.0+/-0.2 мм
2.0+/-0.2 мм
1.0+/-0.2 мм

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ КАРКАСОМ СЕДЛА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

Нет зазора

0.2 мм

0.5 мм

1.0 мм

*Не менее 1.5 мм

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ НЕБА И ВЕРХНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ ДУГОЙ

Нет зазора

Не более 0.1 мм

*Не более 0.3 мм

Не более 0.5 мм

Не более 0.8 мм

ВЕСТИБУЛЯРНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ДУГИ В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ ДЛЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО СЛЕДУЮЩИМ ПОЛОЖЕНИЕМ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Выраженной протрузией фронтальных зубов верхней челюсти

*Выраженной протрузией фронтальных зубов нижней челюсти

Вертикальным положением продольных осей нижних фронтальных зубов

Желанием пациента

Высоким альвеолярным отростком нижней челюсти

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ НЕБА И НЕБНОЙ ПЛАСТИНКОЙ

Не более 0.8 мм

Не более 0.5 мм

Не более 0.4 мм

*Не более 0.3 мм

Нет зазора

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ НЕБА И ОТВЕТВЛЕНИЯМИ БЮГЕЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Не более 0.7 мм

*Не более 0.5 мм

Не более 0.3 мм

Не более 0.2 мм

Нет зазора

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ И УДЛИНЕННЫМ ПЛЕЧОМ КЛАММЕРА РОУЧА

Нет зазора

0.1 мм

От 0.2 до 0.6 мм

От 0.6 до 0.8 мм

*От 0.8 до 1 мм

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ И УСИЛИВАЮЩИМ ОТВЕТВЛЕНИЕМ КОЛЬЦЕВИДНОГО КЛАММЕРА

Нет зазора

0.1 мм

От 0.2 до 0.6 мм

От 0.6 до 0.8 мм

*От 0.8 до 1 мм

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И ОТВЕТВЛЕНИЕМ ДЛЯ КИПМАЙДЕРА

Нет зазора

0.2 мм

От 1.0 до 1.5 мм

0.4 мм

*От 0.5 до 1.0 мм

КИПМАЙДЕР - ЭТО

Шинирующее устройство

Фиксирующее устройство

*Антипрокидывающее устройство

Эстетическое приспособление

Декоративный элемент

ТОЛЩИНА УДЛИНЯЮЩЕГО ПЛЕЧА (СТЕРЖНЯ) КЛАММЕРА РОУЧА У ОКОНЧАНИЯ

0.4 мм

*0.6 мм

0.8 мм

1.0 мм

1.2 мм

ШИРИНА ПЛЕЧА КОЛЬЦЕВИДНОГО КЛАММЕРА У ОСНОВАНИЯ

*2.0+/-0.5 мм

1.5+/-0.5 мм

1.0+/-0.5 мм

0.5+/-0.5 мм

0.3+/-0.2 мм

ТОЛЩИНА ПЛЕЧА КОЛЬЦЕВИДНОГО КЛАММЕРА У ОСНОВАНИЯ

0.8+/-0.2 мм

1.0+/-0.2 мм

*1.2+/-0.2 мм

1.4+/-0.2 мм

1.6+/-0.2 мм

ТОЛЩИНА ПЛЕЧА КОЛЬЦЕВИДНОГО КЛАММЕРА У ОСНОВАНИЯ

1.2+/-0.1 мм

1.0+/-0.1 мм

0.8+/-0.1 мм

*0.6+/-0.1 мм

0.4+/-0.1 мм

ШИРИНА КЛАММЕРА ЗАДНЕГО ДЕЙСТВИЯ (ОДНОПЛЕЧЕВОГО) У ОСНОВАНИЯ

0.5+/-0.5 мм

1.0+/-0.5 мм

1.5+/-0.5 мм

*2.0+/-0.5 мм

2.5+/-0.5 мм

ШИРИНА КЛАММЕРА ЗАДНЕГО ДЕЙСТВИЯ (ОДНОПЛЕЧЕВОГО) У ОКОН

0.4+/-0.2 мм

*0.6+/-0.2 мм

0.8+/-0.2 мм

1.0+/-0.2 мм

1.2+/-0.2 мм

ТОЛЩИНА КЛАММЕРА ЗАДНЕГО ДЕЙСТВИЯ (ОДНОПЛЕЧЕВОГО) У ОКОНЧАНИЯ

*0.6+/-0.2 мм

0.8+/-0.2 мм

1.0+/-0.2 мм

1.2+/-0.2 мм

1.4+/-0.2 мм

ТОЛЩИНА КЛАММЕРА ЗАДНЕГО ДЕЙСТВИЯ (ОДНОПЛЕЧЕВОГО) У ОКОНЧАНИЯ

1.2+/-0.1 мм

1.0+/-0.1 мм

0.8+/-0.1 мм

0.6+/-0.1 мм

*0.4+/-0.1 мм

СУЩЕСТВУЕТ ... ОСНОВНЫХ ТИПОВ НАКЛОНА МОДЕЛИ НА СТОЛИКЕ
ПАРАЛЛЕЛОМЕТРА

2 типа

3 типа

*4 типа

5 типов

6 типов

ЦОКОЛЬ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ ДЛЯ КОНСТРУИРОВАНИЯ ОПИРАЮЩЕГОСЯ
ПРОТЕЗА ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫСОТОЙ

1 мм

15 мм

*30 мм

40 мм

50 мм

НА ЦОКОЛЬ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ ДЛЯ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ НАНОСЯТ
СЛЕДУЮЩИЕ ЛИНИИ

Обзора

Экватора зуба

*Продольной оси зуба

Десневого края

Жевательной поверхности

НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЛИНИЕЙ ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕМЕНТОВ В
ОПОРНОУДЕРЖИВАЮЩЕМ КЛАММЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

Продольная ось зуба

Линия анатомического экватора

Линия вертикали

*Контрольная линия
Линия десневого края

ОБЩУЮ ЛИНИЮ, ПРОВЕДЕННУЮ ПО КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБОВ НА РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ ПРИ ПАРАЛЛЕЛОГРАФИИ, ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ

Линией поднутрения
Линией анатомического экватора
*Линией обзора
Линией десневого края
Линией жевательной поверхности и режущей поверхности

СКОЛЬКО ТИПОВ КОНТРОЛЬНЫХ ЛИНИЙ ВЫ ЗНАЕТЕ?

2 типа
3 типа
4 типа
*5 типов
6 типов

КОНТРОЛЬНОЙ ЛИНИЕЙ НАЗЫВАЮТ

Часть продольной оси зуба
Часть линии десневого края
Часть линии экватора
Часть линии жевательной поверхности
*Часть линии обзора, проходящей на коронке зуба

ЧАСТЬ КОРОНКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАСПОЛОЖЕННОЙ МЕЖДУ КОНТРОЛЬНОЙ ЛИНИЕЙ И ЖЕВАТЕЛЬНОЙ (РЕЖУЩЕЙ) ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА, НАЗЫВАЮТ

Зоной поднутрения
*Окклюзионной зоной
Ретенционной зоной
Зоной безопасности
Кламмерной зоной

ЧАСТЬ КОРОНКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАСПОЛОЖЕННОЙ МЕЖДУ КОНТРОЛЬНОЙ ЛИНИЕЙ И ДЕСНЕВЫМ КРАЕМ, НАЗЫВАЮТ

Зоной поднутрения
Окклюзионной зоной
*Ретенционной зоной
Зоной безопасности
Кламмерной зоной

ПРОСТРАНСТВО, РАСПОЛОЖЕННОЕ МЕЖДУ БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ КОРОНКИ ЗУБА, АЛЬВЕОЛЯРНЫМ ОТРОСТКОМ И ВЕРТИКАЛЬЮ ПАРАЛЛЕЛОГРАФА ПРИ ЗАДАННОМ НАКЛОНЕ МОДЕЛИ НАЗЫВАЕТСЯ

*Зоной поднутрения
Окклюзионной зоной
Ретенционной зоной
Зоной безопасности
Кламмерной зоной

ОПОРНАЯ И ОХВАТЫВАЮЩАЯ ОПОРНОУДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА
РАСПОЛАГАЕТСЯ

В зоне поднутрения

*В окклюзионной зоне

В ретенционной зоне

В зоне безопасности

В кламмерной зоне

ЧАСТЬ ОПОРНОУДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ
СТАБИЛЬНОСТЬ БЮГЕЛЯ ОТ ВЕРТИКАЛЬНЫХ СМЕЩЕНИЙ, РАСПОЛАГАЕТСЯ

В зоне поднутрения

В окклюзионной зоне

*В ретенционной зоне

В зоне безопасности

В кламмерной зоне

ПЛЕЧО КЛАММЕРА АККЕРА ДОЛЖНО ИМЕТЬ

Прямую форму

Клиновидную форму

*Саблевидную форму

Серповидную форму

Кольцевидную форму

МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ЛАПКИ КЛАММЕРА ДОЛЖНО
ИМЕТЬ

Плоскую форму

Форму ласточкина хвоста

Форму полусферы

Форму квадрата

*Ложечкообразную форму

НА ОДИНОЧНОСТОЯЩИЙ КЛЫК ПРИМЕНЯЕТСЯ КЛАММЕР

Аккера

Роуча

Бонвиля

*Свенсена

Кольцевидный

НА ОДИНОЧНОСТОЯЩИЙ КЛЫК ПРИМЕНЯЕТСЯ КЛАММЕР

Аккера

Роуча

Бонвиля

*Свенсена

Кольцевидный

НА БОКОВЫХ ЗУБАХ ПРИМЕНЯЕТСЯ КЛАММЕР

Аккера

Роуча

*Бонвиля

Свенсена

Кольцевидный

МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ФИКСИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА КЛАММЕРА
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- Аналитического стержня
- Графитового стержня
- Указательного стержня
- Фиксирующего стержня
- *Измерителя степени ретенции

ОТЛИВКА КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРОИЗВОДИТСЯ НА МОДЕЛЕ

- Диагностической
- Рабочей
- Дублированной
- *Огнеупорной
- Супергипсовой

ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПАРАЛЛЕЛОГРАФИИ РАБОЧУЮ МОДЕЛЬ НЕОБХОДИМО

- Снять со столика
- *Изолировать зоны поднутрения
- Обрезать цоколь
- Снять нанесенные линии на цоколе
- Пропитать водой

НА КАКОЙ МОДЕЛИ ТЕХНИК МОДЕЛИРУЕТ КАРКАС ЦЕЛЬНОЛИТОГО ПРОТЕЗА?

- Диагностической
- Рабочей
- Дублированной гипсовой
- Дублированной супергипсовой
- *Дублированной огнеупорной

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОГНЕУПОРНОЙ МОДЕЛИ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

- Параллелометрию рабочей модели
- Параллелографию рабочей модели
- Изолировать зоны поднутрения рабочей модели
- *Дублировать рабочую модель
- Пропитать водой рабочую модель

ДУБЛИРОВАНИЕ МОДЕЛИ ДЕЛАЮТ С ПОМОЩЬЮ

- Альгинатного материала
- Силиконового материала
- Гидроколлоидного материала
- Термопластического материала
- Эвгеполоксидцинкового материала
- *Правильные ответыи

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОГНЕУПОРНОЙ МОДЕЛИ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ

- Этилсиликат
- Корунд
- *Силамин
- Маршалит
- Супергипс

ОГНЕУПОРНУЮ МОДЕЛЬ УПРОЧНЯЮТ

Пропиткой водой
Высушиванием
Прокаливанием
*Нанесением изоляционного лака
Пропиткой расплавленным парафином

ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЦЕЛЬНОЛИТНОГО КАРКАСА ОПИРАЮЩЕГОСЯ ПРОТЕЗА
ШИРОКО ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СОВРЕМЕННЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ
СПЛАВЫ

Нержавеющая сталь
Сплав золота
Хром-никелевый сплав
*Хром-кобальтовый сплав
Серебряно-палладиевый сплав

ВЫСОКУЮ ТОЧНОСТЬ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД
ИЗГОТОВЛЕНИЯ КАРКАСОВ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА

Паяный
*Цельнолитый
Смешанный
Сочетание цельнолитого каркаса и гнутых плеч кламмера
Сочетание паяного каркаса и гнутых плеч кламмера

СЛЕДУЮЩИЕ ПРОТЕЗЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИЗГОТОВИТЬ ПРИ ЛЕЙКОПЛАКИИ И
КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ

Бюгельные протезы с опорно-удерживающими кламмерами
Съемные пластиночные протезы с кламмерами по кемени
*Протезы с опорно-удерживающими кламмерами с последующим нанесением слоя
серебра

ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЗАЕДЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИЗГОТОВИТЬ

Протезы с использованием пластмассовых искусственных зубов
Протеза с использованием фарфоровых зубов
*Протезы, изготавливаемые с учетом восстановления высоты нижнего отдела лица

ДЛЯ ПАРОДОНТИТА ХАРАКТЕРНО, ЧТО ЯВЛЕНИЯ ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ
ТКАНИ ЗАХВАТЫВАЮ

Тело челюсти
*Лишь альвеолярный отросток челюсти
Альвеолярный отросток и тело челюсти

МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПУЛЬСОВЫХ КОЛЕБАНИЙ КРОВЕНАПОЛНЕНИЯ
СОСУДОВ ПАРОДОНТА, ОСНОВАННЫЙ НА ГРАФИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ,
ИЗМЕНЕНИЙ ПОЛНОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ТКАНЕЙ
ПАРОДОНТА, НАЗЫВАЕТСЯ

Ортопантографией
*Реопарадонтографией
Электромиографией
Фотоплетизмографией
Гнатодинамометрией

«ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ»

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЮТСЯ

Клинический

Рентгенологический

Биометрический

Анализ фотографий

*Все вышеперечисленное вместе

ИСПОЛЬЗУЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ПРОБЫ, МОЖНО ВЫЯВИТЬ

Смещение нижней челюсти

Функциональные отклонения в мышцах

Функциональные отклонения в височно-нижнечелюстных суставах

Миосуставной дисфункциональный синдром

*Все вышеперечисленное

С ПОМОЩЬЮ РЕЧЕВЫХ ПРОБ И ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

Соотношение челюстей до потери зубов

Величину вертикального перекрытия зубов

Оптимальную высоту нижней трети лица

Величину межокклюзионного промежутка покоя

*Все вышеперечисленное

ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ

На наличие кисты

На оценку опорных свойств протезного ложа

На наличие остатков корней, секвестров

На возможность прогноза устойчивости кости к атрофическим процессам

*На все вышеперечисленное

ПОЛЬЗОВАНИЕ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМ ПРОТЕЗОМ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

Смещение нижней челюсти

Уменьшение межальвеолярной высоты

Изменение характера сокращений мышц (жевательных, мимических, языка)

Изменение окклюзионного положения нижней челюсти

*Все вышеперечисленное

ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА ОБ УДАЛЕНИИ ОДНОГО ОСТАВШЕГОСЯ ЗУБА НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

Возможность лучшей фиксации протеза

Сохранение межальвеолярной высоты

Перестройку нервно-рефлекторной регуляции и функции

Определение центрального соотношения челюстей

*Все ли вышеперечисленное верно?

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОХРАНЕННОГО КОРНЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

Возможность использования корня зуба в качестве опоры для съемного протеза (аттачмены, магниты и т.д.)

Передача жевательного давления через сохранившийся корень

Увеличение жевательной эффективности протеза
Замедление атрофии альвеолярного отростка
*Все вышеперечисленное

У БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ ПРИМЕНИМ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ

Устранение тяжей, перемещение уздечек
Альвеолэктомия
Углубление преддверия полости рта
Субпериостальная имплантация
*Все вышеперечисленное по показаниям

ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ К ПОВТОРНОМУ
ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

*Нормализация соотношения челюстей и межальвеолярной высоты
Профилактика артропатий
Повышение эффективности жевания
Удовлетворение эстетических запросов
Восстановление функции речи

ПРИ КОНСТРУИРОВАНИИ ПОЛНЫХ ПРОТЕЗОВ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

Состояние тканей протезного ложа
Дифференцированное распределение давления базиса на подлежащие ткани
Тщательное формирование клапанной зоны
Площадь протезного ложа
*Все вышеперечисленное

ОПОРНЫЕ СВОЙСТВА ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА МОЖНО СВЯЗАТЬ

Со степенью атрофии кости челюсти
С площадью протезного ложа
С состоянием подслизистого слоя
С воздействием жевательных и мимических мышц на протез
*Со всем вышеперечисленным

ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНА

*Плотная слизистая оболочка
Тонкая слизистая оболочка
Рыхлая, податливая слизистая оболочка
Подвижная слизистая оболочка
Сочетание тонкой слизистой оболочки с подвижной

КАКАЯ ФОРМА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНА ДЛЯ
ПРОТЕЗИРОВАНИЯ?

Отлогая
*Отвесная
С навесами
С резко выраженными буграми
С неравномерной атрофией

НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ НАЛИЧИИ ТОРУСА СРЕДНЕЙ
ВЫРАЖЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

Хирургическое вмешательство

*Дифференциальный оттиск
Изоляция торуса
Укорочение протеза
Моделировка базиса протеза с обходом торуса

ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ТРАВМЫ РЕЗЦОВОГО СОСОЧКА НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНИМАТЬ

Моделирование базиса с обходом сосочка
*Хирургическое иссечение его
Оттиск с дифференцированным давлением
Изоляция его на модели
Выпиливание базиса протеза в области сосочка

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ДИСТАЛЬНОГО КРАЯ ПОЛНОГО ВЕРХНЕГО ПРОТЕЗА СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

Костные контуры дистального края твердого неба
Структурные элементы тканей слизисто-железистой зоны
Форму ската мягкого неба
Направление ската мягкого неба и глотки
*Все вышеперечисленное

НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОМ ТИПОМ АТРОФИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

Выраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка
*Незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков
Выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе
Выраженная атрофия в переднем отделе
Неравномерная выраженная атрофия

ТЩАТЕЛЬНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ ГРАНИЦ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА НЕОБХОДИМО

При наличии узкого, острого альвеолярного гребня
При резком сужении безмышечных пространств
При расположении подбородочных отверстий выше гребня альвеолярных отростков
При наличии подвижной слизистой в боковых участках челюсти
*При всем вышеперечисленном

НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА УДЕРЖАНИЕ ПРОТЕЗА ОКАЗЫВАЕТ

Круговая мышца рта
Подбородочная мышца
Мышцы, опускающие угол рта
Мышцы, поднимающие угол рта и верхнюю губу
*Все вышеперечисленные

СМЯГЧИТЬ ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ МЫШЦ (ЖЕВАТЕЛЬНЫХ И МИМИЧЕСКИХ) НА СТАБИЛИЗАЦИЮ ПРОТЕЗА МОЖЕТ

Соединительно-тканые прослойки переходных складок
Жировая клетчатка в переходных складках
Сосуды
Внутритканевая жидкость
*Все вышеперечисленное

СЛЕДУЕТ УДЕЛИТЬ ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ ФОРМИРОВАНИЮ ЧАСТИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОТЕЗА

В области преддверия полости рта

В подъязычной области

В позадиомолярной области

В позадиальвеолярной области

*Их значение равноценно

ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ ОТТИСК С БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ

При наличии резкой атрофии альвеолярного отростка

При повышенной чувствительности слизистой оболочки

При равномерно податливой слизистой оболочке протезного ложа

При истонченной слизистой оболочке

*Все вышеперечисленное верно

КАКОЙ СПОСОБ РАЗГРУЗКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ?

Декомпенсированные оттиски

Сужение окклюзионной поверхности зубов

Постановка зубов с низкими буграми

Использование эластичных пластмасс

*Все вышеперечисленные

МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОФОРМЛЕНИЯ КРАЕВ ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

Для создания клапанной зоны

Для создания формы вестибулярного края оттиска с учетом функции мимических мышц

Для получения оптимальной толщины и формы краев оттиска с учетом эстетических требований

Для получения оптимальной толщины и формы краев оттиска с учетом фонетических требований

*Все вышеперечисленное верно

УКАЖИТЕ ПРИЗНАК УМЕНЬШЕННОЙ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

Сниженный тонус жевательных мышц

Уменьшение силы сокращения жевательных мышц

Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов

Появление заед в углах рта

*Все вышеперечисленное

УКАЖИТЕ ПРИЗНАК УВЕЛИЧЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

Увеличение тонуса жевательных мышц

Увеличение силы их сокращения

Болезненные ощущения в мышцах

Больной испытывает чрезмерное давление на костную основу протезного ложа

*Все вышеперечисленное

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

Оптимальную высоту нижнего отдела лица

Равномерное и одновременное сокращение жевательных мышц на обеих сторонах

Определенное положение суставных головок в суставных ямках

Определенное положение нижней челюсти по отношению к верхней челюсти, лицевому и мозговому черепу

*Совокупность всех вышеперечисленных признаков

ПОЛОЖЕНИЕ ПОКОЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТ

Тонус жевательных мимических мышц

Миостатические рефлексy

Эластичность и упругость слизистой оболочки

Проприоцептивная информация о положении нижней челюсти

*Совокупность всех вышеперечисленных факторов

ДЛЯ ПРАВИЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВЕРХНЕЙ ВАЖНА

Подготовка гипсовых моделей челюстей

Определение высоты нижнего отдела лица

Определение и формирование окклюзионной плоскости

Фиксация центрального положения челюстей

*Совокупность всего вышеперечисленного

ПРИМЕНЯТЬ ЖЕСТКИЕ БАЗИСЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

При значительной атрофии беззубых челюстей

При получении оттиска под контролем жевательного давления

При применении внутриротовой регистрации центральной окклюзии

При использовании фонетических проб для постановки зубов

*Во всех вышеперечисленных случаях

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА, КОТОРЫЙ ДАЕТ НАИЛУЧШИЙ ЭСТЕТИЧЕСКИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ, - ЭТО

Антропометрический метод

С помощью циркуля золотого сечения

*С помощью фонетических и глотательных проб

Ориентация на высоту нижней трети лица в состоянии покоя нижней челюсти

На основании изучения фотографий больного

НА ВЕЛИЧИНУ МЕЖОККЛЮЗИОННОГО ПРОМЕЖУТКА ВЛИЯЕТ

Положение головы

Дыхание

Общее мышечное напряжение

Парафункции мышц челюстно-лицевой области

*Все вышеперечисленное

ПРИ ПОСТАНОВКЕ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

Тип губы

Межальвеолярную высоту

Величину межокклюзионного промежутка

Угол межальвеолярный

*Все вышеперечисленное

НАИБОЛЕЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ

По носоушной и зрачковой горизонтали

По методу паунда

С помощью аппарата ларина

*С помощью внутриротовой записи движений нижней челюсти

С помощью внеротовой записи движения нижней челюсти

ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ПРИВЫЧНЫМ "ПЕРЕДНИМ" ПОЛОЖЕНИЕМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Зафиксировать среднее (между привычным передним и задним) положение нижней челюсти

Постановку фронтальных зубов провести с минимальным перекрытием нижних зубов

Поставить искусственные зубы с плоскими буграми

Пришлифовать зубы для обеспечения большей свободы движений нижней челюсти

*Все вышеперечисленное

ПРИ ПОДБОРЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

Форму лица

Форму зубной дуги

Форму головы

Возраст и пол пациента

*Все вышеперечисленное

ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ НЕОБХОДИМО РЕШИТЬ

*Как укрепить протезы на беззубой челюсти

*Как восстановить пропорции лица

*Как восстановить функцию жевания

*Как восстановить фонетическую функцию

Как восстановить пищеварительную функцию

УКАЖИТЕ ФАКТОР, КОТОРЫЙ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ ПРИ КОНСТРУИРОВАНИИ ФОНЕТИЧЕСКИ ЭФФЕКТИВНОГО ПРОТЕЗА

Постановку искусственных зубов

Форму вестибулярной и оральной поверхности базиса протеза

Учет межальвеолярной высоты

Уровень расположения окклюзионной поверхности

*Совокупность вышеперечисленных факторов

ПАЛАТОГРАФИЯ ДАЕТ ИНФОРМАЦИЮ

О положении языка при определенной форме

О положении губ

О взаимодействии языка, губ с зубами

Можно с помощью палатограммы определить изменение этих взаимодействий в связи с потерей зубов и протезированием

*Все вышеперечисленное верно

ПРОИЗНОШЕНИЕ ФОНЕМЫ "С" ДАЕТ ИНФОРМАЦИЮ

Об оптимальном сагиттальном соотношении передних верхних и нижних зубов

О степени вертикального перекрытия нижних зубов верхними (или наоборот)

О выявлении аномалийного соотношения челюстей

О выявлении привычки прокладывания языка между зубами

*Все вышеперечисленное верно

ПРИ ПОСТАНОВКЕ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВАЖЕН СЛЕДУЮЩИЙ
ОРИЕНТИР

Эстетический центр лица
Резцовый сосочек верхней челюсти
Линия клыков
Межальвеолярные линии улыбки
*Все вышеперечисленное

ПРИ ПОСТАНОВКЕ ЗУБОВ НА БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖНО
ИСПОЛЬЗОВАТЬ ТАКОЙ ОРИЕНТИР

Альвеолярный отросток
Треугольник паунда
Величина угла пересечения межальвеолярной линии с окклюзионной плоскостью
Челюстно-подъязычная линия
*Все вышеперечисленное

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ОБЪЕМНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ
БАЗИСА (МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТПЕЧАТКА) ЯВЛЯЮТСЯ

Парафункция языка и губ
Прогеническое соотношение челюстей
Прогнатическое соотношение челюстей
Значительная атрофия альвеолярных отростков и челюстей
*Все вышеперечисленные

АНАЛИЗ АКТА ГЛОТАНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ПРАВИЛЬНО СФОРМИРОВАТЬ УРОВЕНЬ
ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ
НОРМАЛЬНОГО ГЛОТАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

Губы слегка сомкнуты
Зубы сомкнуты
Круговая мышца не напряжена
Кончик языка упирается в передний участок неба и небную поверхность передних
верхних зубов
*Все вышеперечисленное

ОПРЕДЕЛИТЕ ПОКАЗАНИЯ К АНАТОМИЧЕСКОЙ ПОСТАНОВКЕ ЗУБОВ (ПО ГИЗИ)

Ортогнатическое соотношение зубных рядов со всеми его признаками
Незначительная атрофия альвеолярных отростков
Наличие легко определяемого центрального соотношения челюстей
Преобладание вертикальных движений нижней челюсти
*Все вышеперечисленное

КАКОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО ИМЕЕТ МЕТОДИКА ВНУТРИРОТОВОЙ ПРИШЛИФОВКИ
ОККЛЮЗИОННЫХ ВАЛИКОВ (А.КАТЦ, З.ГЕЛЬФАНД, А.САПОЖНИКОВ,
М.НАПАДОВ) ?

*Индивидуальность оформления окклюзионной плоскости
Возможность более точного воспроизведения резцового пути
Возможность более точного определения соотношения челюстей
Возможность более точного воспроизведения суставного пути
Индивидуальность постановки зубов

УКАЖИТЕ ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ УСПЕХ АДАПТАЦИИ БОЛЬНОГО К
ПРОТЕЗУ

Качество протезов
Реактивность организма
Тип высшей нервной деятельности пациента
Психологическая подготовка пациента к протезированию
*Важны все вышеперечисленные факторы

ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ РЕЧЕВОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВАЖНО УЧЕСТЬ

Функциональные особенности языка
Функциональную характеристику жевательных и мимических мышц
Характер взаимодействия активных органов речевой артикуляции протезом
Конструкционные особенности
*Важно все вышеперечисленное

ЛАБОРАТОРНАЯ ПЕРЕБАЗИРОВКА ПРОТЕЗОВ НЕОБХОДИМА

При недостаточной фиксации съемных протезов
При изменении формы альвеолярного отростка после непосредственного протезирования
При незначительном снижении высоты нижней трети лица
При необходимости уточнения прилегания базиса к протезному ложу
*Все вышеперечисленное

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛАСТИЧНОЙ ПЛАСТМАССЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

При протезировании в ранние (после удаления) сроки
При очень резкой атрофии альвеолярных отростков
Для изготовления временных лечебных и непосредственных протезов
Для облегчения адаптации к съемным протезам пожилых людей
*Все вышеперечисленное

ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕННОГО РВОТНОГО РЕФЛЮКСА МОЖЕТ БЫТЬ

Неплотное прилегание протеза в дистальных отделах
Удлиненный дистальный край протеза
Недостаточная изоляция торуса
Неравномерное смыкание зубных рядов, сужение зубных рядов
*Все вышеперечисленное

МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ БАЗИСЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ

У больных с бруксизмом
У лиц с мощной жевательной мускулатурой
При частых поломках пластмассового базиса
При непереносимости пластмассы
*Все вышеперечисленное верно

SUPPLI ПРЕДЛОЖИЛ КЛАССИФИКАЦИЮ

Слепочных материалов
Методов получения слепков
Формы скатов альвеолярных гребней
*Типов слизистой оболочки рта
Беззубой верхней челюсти
Беззубой нижней челюсти

НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ ГРАНИЦА ПРОТЕЗА ДОЛЖНА ПОКРЫВАТЬ

- *Пассивно подвижную слизистую оболочку
- Активно подвижную слизистую оболочку
- *Неподвижную слизистую оболочку

ДЛЯ АНАТОМИЧЕСКИХ СЛЕПКОВ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕПОЧНЫЕ МАССЫ

- *Термопластические
- *Альгинатные
- *Гипс
- Силиконовые
- Акриловые пластмассы
- Все вышеперечисленные

ПОНЯТИЕ "ПЯТЕРКА ГАНАУ" ВКЛЮЧАЕТ

- *Наклон суставного пути
- *Резцовое перекрытие
- *Сагиттальные и трансверзальные кривые
- *Наклон протетической плоскости
- *Высоту бугорков зубов
- Высоту зубов
- Форму зубов
- Цвет зубов

В.Ю.КУРЛЯНДСКИЙ РАЗЛИЧАЕТ ТРИ ФАЗЫ АДАПТАЦИИ К ЗУБНЫМ ПРОТЕЗАМ

- Возбуждение, раздражение, состояние комфорта
- Возбуждение, раздражение, торможение
- *Раздражение, частичное торможение, полное торможение

МЯГКИЕ ПОДКЛАДКИ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ ПОКАЗАНЫ

- *При сухой малоподатливой слизистой оболочке
- При гипертрофированной слизистой оболочке
- При "болтающемся" альвеолярном гребне
- При повышенном рвотном рефлекс

ПРИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СМЕЩАЕТСЯ

- Вперед
- Вниз
- Влево
- Вправо
- Лингвально
- *Кзади и вверх

ЗАДНИЙ КРАЙ ПРОТЕЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ

- *Должен перекрывать линию "А" на 1-2 мм
- Не должен доходить до линии "А" на 5 мм
- Должен оканчиваться на линии "А"

«БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА»

ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЕ УДЛИНЕНИЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- *На верхней челюсти
- На нижней челюсти
- На обеих челюстях одинаково

Преимущественно во фронтальной группе зубов
Преимущественно в группе боковых зубов

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЗОККЛЮЗИИ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ, ОСЛОЖНЕННОМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ, ДЕЗОККЛЮЗИЯ МЕЖДУ АНТАГОНИРУЮЩИМИ И ЕСТЕСТВЕННЫМИ ЗУБАМИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ БОЛЕЕ

- 1 мм
- *2 мм
- 3 мм
- 4 мм
- 5 мм

ПОЛОЖЕНИЕ ЛИНИИ ОБЗОРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ ЗАВИСИТ

- От анатомической формы зубов
- От степени наклона зубов
- От степени зубочелюстной деформации
- *От степени наклона модели
- От методики параллелометрии

ГЛУБИНА РЕТЕНЦИОННОЙ ЗОНЫ ЗУБА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ ЗАВИСИТ

- От анатомической формы зубов
- От степени выраженности экватора
- *От степени зубочелюстной деформации
- От степени наклона модели
- От методики параллелометрии

ОПТИМАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ЛАПКИ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА НА ЗУБЕ

- Горизонтальное
- *Под углом 5-10 град. К горизонтали
- Под углом 10-15 град. К горизонтали
- Под углом 15-20 град. К горизонтали
- Под углом 20-25 град. к горизонтали

В БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗАХ ЗАМЕЩАЮЩИХ КОНЦЕВЫЕ ДЕФЕКТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ КЛАММЕРЫ

- *Ней 1
- Ней 2
- Ней 3
- Ней 4
- Ней 5

В БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗАХ, ЗАМЕЩАЮЩИХ ВКЛЮЧЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАММЕРЫ

- *Ней 1
- Ней 2
- Ней 3
- Ней 4
- Ней 5

ПРИ НАКЛОНЕ ОПОРНОГО ЗУБА В ОРАЛЬНУЮ ИЛИ ВЕСТИБУЛЯРНУЮ СТОРОНУ В БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗАХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАММЕРЫ

Ней 1

Ней 2

*Ней 3

Ней 4

Ней 5

ПРИ МЕДИАЛЬНОМ НАКЛОНЕ ОПОРНОГО ЗУБА В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАММЕРЫ

Ней 1

Ней 2

Ней 3

Ней 4

*Ней 5

ПРИ НИЗКИХ КОНВЕРГИРОВАННЫХ МОЛЯРАХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗАХ КЛАММЕРЫ

Ней 1

Ней 2

Ней 3

Ней 4

*Ней 5

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КАЧЕСТВЕ АНТИОПРОКИДЫВАТЕЛЯ В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ

Отростки базиса протеза

Пальцевые отростки

*Многозвеньевые кламмеры

Непрерывные кламмеры

Передние небные дуги

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННИХ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЮГЕЛЬНЫМИ ПРОТЕЗАМИ, КОГДА БЕЗЗУБАЯ ЧАСТЬ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ИМЕЕТ СКАТ, НАПРАВЛЕННЫЙ В ДИСТАЛЬНУЮ СТОРОНУ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

Опорно-удерживающие кламмеры

*Многозвеньевые кламмеры

Непрерывные кламмеры

Дробители нагрузки

Антиопрокидыватели

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННИХ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЮГЕЛЬНЫМИ ПРОТЕЗАМИ, КОГДА БЕЗЗУБАЯ ЧАСТЬ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ИМЕЕТ СКАТ, НАПРАВЛЕННЫЙ В МЕЗИАЛЬНУЮ СТОРОНУ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

Опорно-удерживающие кламмеры

*Многозвеньевые кламмеры

Непрерывные кламмеры

Дробители нагрузки

Антиопрокидыватели

УКАЖИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЛАНИРОВАНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА

- *Уточнение выбора опорных, ретенционных и стабилизирующих элементов
- *Планирование соединяющей дуги и каркасов базиса протеза
- *Планирование базисов протеза
- *Планирование не прямых удерживателей (антипрокидывателей)

НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЫСОКОМ И СРЕДНЕМ ВЫСОТЫ АЛЬВЕОЛЯРНОМ ОТРОСТКЕ ГРАНИЦА БАЗИСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРОХОДИТ С ОРАЛЬНОЙ СТОРОНЫ

- *На уровне перехода альвеолярного отростка в твердое небо
- На уровне середины альвеолярного отростка
- На уровне ската альвеолярного гребня
- Покрывает часть твердого неба
- Покрывает значительную часть неба

НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЫСОКОМ И СРЕДНЕМ ВЫСОТЫ АЛЬВЕОЛЯРНОМ ОТРОСТКЕ ДИСТАЛЬНАЯ ГРАНИЦА БАЗИСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРИ КОНЦЕВЫХ СЕДЛАХ ПРОХОДИТ

- Впереди альвеолярного слизистого бугорка
- По альвеолярному слизистому бугорку
- *Позади альвеолярного слизистого бугорка
- На середине слизистого бугорка
- Значительно перекрывает бугорок

ТИПИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ НЕБНОЙ ДУГИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ДЕФЕКТАХ I-A КЛАССА ПО КЕННЕДИ

- Переднее
- *Среднее
- Заднее
- Переднесреднее
- Среднезаднее

ТИПИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ НЕБНОЙ ДУГИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ III КЛАССА ПО КЕННЕДИ

- Переднее
- Среднее
- Заднее
- *Переднесреднее
- Среднезаднее

ЕСЛИ НЕОБХОДИМО УВЕЛИЧИТЬ ЖЕСТКОСТЬ НЕБНОЙ ДУГИ, ТО УВЕЛИЧИВАЮТ РАЗМЕР

- В толщину
- В ширину
- *В толщину и ширину
- Больше в ширину
- Больше в толщину

ОТНОШЕНИЕ НЕБНОЙ ДУГИ К СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ТВЕРДОГО НЕБА

- Касательное
- *Не касается на 0.5-1 мм

Не касается на 1-1.5 мм
Не касается на 1.5-2 мм
Не касается на 2-2.5 мм

ТИПИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ЛИНГВАЛЬНОЙ ДУГИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА

Выше экватора альвеолярного отростка
*На уровне экватора альвеолярного отростка
Ниже экватора альвеолярного отростка
Значительно выше экватора альвеолярного отростка
Значительно ниже экватора альвеолярного отростка

ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ НАКЛОНЕ ФРОНТАЛЬНОГО УЧАСТКА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ К ПЕРЕДИ ПРИМЕНЯЮТ

Лингвальную дугу
Вестибулярную дугу
*Лингвальную пластинку
Модифицированный непрерывный кламмер
Вестибулярную дугу с модифицированным непрерывным кламмером

ПРИ МАЛЕНЬКОМ ПРОСТРАНСТВЕ МЕЖДУ ДНОМ ПОЛОСТИ РТА И ДЕСНЕВЫМ КРАЕМ В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ ПРИМЕНЯЮТ

*Лингвальную дугу
Вестибулярную дугу
Лингвальную пластинку
Модифицированный непрерывный кламмер
Вестибулярную дугу и модифицированный непрерывный кламмер

РАСПОЛОЖЕНИЕ КАРКАСА СЕДЛА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА

*На вершине альвеолярного гребня
На оральном скате альвеолярного гребня
На вестибулярном скате альвеолярного гребня
На оральном скате и вершине альвеолярного гребня
На вестибулярном скате и вершине альвеолярного гребня

ДЛИНА КАРКАСА СЕДЛА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

До 1/3 длины базиса протеза
До 1/2 длины базиса протеза
*До бугров верхней челюсти
На всю длину базиса
На 2/3 базиса протеза

ДЛИНА КАРКАСА СЕДЛА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

До 1/4 длины базиса протеза
До 1/3 длины базиса протеза
До 1/2 длины базиса протеза
*До 2/3 длины базиса протеза
На всю длину базиса протеза

В БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗАХ ПРИ КОНЦЕВЫХ СЕДЛАХ ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ

На всю длину базиса
На 1/3 длины базиса протеза

На 1/2 длины базиса протеза
*На 2/3 длины базиса протеза
На 3/4 длины базиса протеза

УКАЖИТЕ ГЛАВНЫЙ КРИТЕРИЙ ВЫБОРА ОПОРНОГО ЗУБА ПОД ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩИЙ КЛАММЕР

Устойчивость зуба
*Выраженность анатомического экватора
Высота клинической коронки
Поражение твердых тканей зубов
Отсутствие периапикального воспаления

НАИБОЛЕЕ НЕВЫГОДНО НАПРАВЛЕНИЕ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ

Трансверзальное
*Сагиттальное
Диагональное
Все вышеперечисленное
Трансверзально-сагиттальное

УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ ЭЛЕМЕНТ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА

*Дуга
Седло с искусственными зубами
Опорно-удерживающий кламмер
Многозвеньевой кламмер
Кипмайдер

ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЦЕЛЬНОЛИТОГО БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ IV КЛАССЕ ДЕФЕКТОВ ПО КЕННЕДИ ДОСТАТОЧНО СДЕЛАТЬ

*Анатомический оттиск
Функциональный оттиск
Дифференцированный оттиск
Дифференцированно-комбинированный оттиск
Произвольный оттиск

ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОГО БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРИ I КЛАССЕ ПРОТЯЖЕННОГО ДЕФЕКТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДОСТАТОЧНО СДЕЛАТЬ

Анатомический оттиск
Функциональный оттиск
Дифференцированный оттиск
*Дифференцированно-комбинированный оттиск
Произвольный оттиск

ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРИ II КЛАССЕ ПРОТЯЖЕННОГО ДЕФЕКТА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НУЖНО СДЕЛАТЬ

Анатомический оттиск
Функциональный оттиск
Дифференцированный оттиск
*Дифференцированно-комбинированный оттиск
Произвольный оттиск

ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ III КЛАССЕ ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА ПО КЕННЕДИ НУЖНО СДЕЛАТЬ

*Анатомический оттиск
Функциональный оттиск
Дифференцированный оттиск
Дифференцированно-комбинированный оттиск
Произвольный оттиск

УКАЖИТЕ МЕСТО ПРЕИМУЩЕСТВЕННОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ДУГИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Передняя треть твердого неба
Задняя треть средней трети твердого неба
Передняя треть задней трети твердого неба
*Средняя треть задней трети твердого неба
Задняя треть задней трети твердого неба

ИЗМЕНЕНИЕ ТРАДИЦИОННОГО МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЯ ДУГИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛИВАЕТ

Желание пациента
Форма твердого неба
*Выраженный тонус шов твердого неба
Топография дефекта зубного ряда
Эстетические требования

НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОТРАЖАЕТ КАЧЕСТВЕННУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА

Съемный протез
Скелетный протез
Бюгельный протез
Полуфизиологический протез
*Опирающийся протез

ТОЛЩИНА ПЛЕЧА КЛАММЕРА АККЕРА У ОСНОВАНИЯ

0.5+/-0.2 мм
0.8+/-0.2 мм
*1.0+/-0.2 мм
1.2+/-0.4 мм
1.8+/-0.4 мм

ТОЛЩИНА ПЛЕЧА КЛАММЕРА АККЕРА У ОКОНЧАНИЯ

*0.5+/-0.1 мм
0.6+/-0.1 мм
0.9+/-0.1 мм
1.0+/-0.1 мм
1.2+/-0.1 мм

ТОЛЩИНА ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ (ЛАПКИ) У ОСНОВАНИЯ

Не менее 0.5 мм
Не менее 0.8 мм
*Не менее 1.0 мм
Не менее 2.5 мм
Не менее 4.0 мм

ТОЛЩИНА ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ (ЛАПКИ) У ОКОНЧАНИЯ

Не менее 0.1 мм
Не менее 0.2 мм
*Не менее 0.3 мм
Не менее 0.4 мм
Не менее 1.0 мм

ШИРИНА ВЕРХНЕЙ ЗАДНЕЙ ДУГИ

3.0+/-2.0 мм
4.0+/-2.0 мм
*5.0+/-2.0 мм
6.0+/-2.0 мм
8.0+/-2.0 мм

ШИРИНА ВЕРХНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ ДУГИ

6.0+/-2.0 мм
7.0+/-2.0 мм
8.0+/-2.0 мм
9.0+/-2.0 мм
*10.0+/-2.0 мм

ШИРИНА НИЖНЕЙ ДУГИ

2.5+/-1.0 мм
*3.0+/-1.0 мм
3.5+/-1.0 мм
4.0+/-1.0 мм
5.0+/-1.0 мм

ТОЛЩИНА ВЕРХНЕЙ ЗАДНЕЙ ДУГИ

1.3+/-0.2 мм
1.4+/-0.2 мм
*1.5+/-0.2 мм
1.6+/-0.2 мм
1.7+/-0.2 мм

ШИРИНА ВЕРХНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ ДУГИ

0.3+/-0.1 мм
0.4+/-0.1 мм
0.5+/-0.1 мм
*0.6+/-0.1 мм
0.7+/-0.1 мм

ТОЛЩИНА НИЖНЕЙ ДУГИ

0.5+/-0.1 мм
1.0+/-0.1 мм
1.5+/-0.1 мм
2.0+/-0.1 мм
*2.5+/-0.1 мм

ТОЛЩИНА НЕБНОЙ ПЛАСТИНКИ

1.5+/-0.2 мм
1.0+/-0.2 мм
*0.8+/-0.3 мм

0.4+/-0.2 мм
0.2+/-0.2 мм

ТОЛЩИНА ЯЗЫЧНОЙ ПЛАСТИНКИ У ЗУБНОГО РЯДА

1.5+/-0.1 мм
*1.0+/-0.1 мм
0.8+/-0.1 мм
0.5+/-0.1 мм
0.3+/-0.1 мм

ТОЛЩИНА ЯЗЫЧНОЙ ПЛАСТИНКИ У НИЖНЕГО КРАЯ

2.5+/-0.1 мм
*2.0+/-0.1 мм
1.5+/-0.1 мм
1.0+/-0.1 мм
0.9+/-0.1 мм

ШИРИНА ОГРАНИЧИТЕЛЯ БАЗИСА

2.0+/-2.0 мм
3.0+/-2.0 мм
4.0+/-2.0 мм
5.0+/-2.0 мм
*6.0+/-2.0 мм

ТОЛЩИНА ОГРАНИЧИТЕЛЯ БАЗИСА

5.0+/-0.2 мм
4.0+/-0.2 мм
*3.0+/-0.2 мм
2.0+/-0.2 мм
1.0+/-0.2 мм

ТОЛЩИНА АМБРАЗУРНОГО ЗАЦЕПНОГО КРЮЧКА

3.0+/-0.1 мм
2.0+/-0.1 мм
*1.0+/-0.1 мм
0.5+/-0.1 мм
0.3+/-0.1 мм

ТОЛЩИНА АМБРАЗУРНОГО ЗАЦЕПНОГО КРЮЧКА

0.3+/-0.1 мм
0.4+/-0.1 мм
0.5+/-0.1 мм
*0.6+/-1.5 мм
0.7+/-0.1 мм

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ КАРКАСОМ СЕДЛА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

Нет зазора
0.2 мм
0.5 мм
1.0 мм
*Не менее 1.5 мм

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ КАРКАСОМ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА В МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИИ СОЕДИНЕНИЙ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Нет зазора

Не менее 0.3 мм

Не менее 0.5 мм

Не менее 1.0 мм

*Не более 1.0 мм

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ НЕБА И ВЕРХНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ ДУГОЙ

Нет зазора

Не более 0.1 мм

*Не более 0.3 мм

Не более 0.5 мм

Не более 0.8 мм

КАКИМ ПОЛОЖЕНИЕМ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО ВЕСТИБУЛЯРНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ДУГИ В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ ДЛЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ?

Выраженной протрузией фронтальных зубов верхней челюсти

*Выраженной протрузией фронтальных зубов нижней челюсти

Вертикальным положением продольных осей нижних фронтальных зубов

Желанием пациента

Высоким альвеолярным отростком нижней челюсти

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ НЕБА И НЕБНОЙ ПЛАСТИНКОЙ

Не более 0.8 мм

Не более 0.5 мм

Не более 0.4 мм

*Не более 0.3 мм

Нет зазора

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ НЕБА И ОТВЕТВЛЕНИЯМИ БЮГЕЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Не более 0.7 мм

*Не более 0.5 мм

Не более 0.3 мм

Не более 0.2 мм

Нет зазора

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ НЕБА И ВЕРХНЕЙ ЗАДНЕЙ ДУГОЙ ПРИ I КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТА

*0.6 мм

0.5 мм

0.3 мм

0.2 мм

Нет зазора

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ И УДЛИНЕННЫМ
ПЛЕЧОМ КЛАММЕРА РОУЧА

Нет зазора

0.1 мм

От 0.2 до 0.6 мм

От 0.6 до 0.8 мм

*От 0.8 до 1 мм

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ И УСИЛИВАЮЩИМ
ОТВЕТВЛЕНИЕМ КОЛЬЦЕВИДНОГО КЛАММЕРА

Нет зазора

0.1 мм

От 0.2 до 0.6 мм

От 0.6 до 0.8 мм

*От 0.8 до 1 мм

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО
ОТРОСТКА И ЯЗЫЧНОЙ ПЛАСТИНКОЙ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА

Нет зазора

0.2 мм

0.4 мм

От 0.5 до 1.0 мм

*От 1.0 до 1.5 мм

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО
ОТРОСТКА И ДУГОЙ НИЖНЕГО БЮГЕЛЯ

Нет зазора

0.2 мм

0.4 мм

От 0.5 до 1.0 мм

*От 1.0 до 1.5 мм

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО
ОТРОСТКА И ОТВЕТВЛЕНИЕМ НИЖНЕГО БЮГЕЛЯ

Нет зазора

0.2 мм

0.4 мм

*От 0.5 до 1.0 мм

От 1.0 до 1.5 мм

ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО
ОТРОСТКА И ОТВЕТВЛЕНИЕМ ДЛЯ КИПМАЙДЕРА

Нет зазора

0.2 мм

От 1.0 до 1.5 мм

0.4 мм

*От 0.5 до 1.0 мм

КИПМАЙДЕР - ЭТО

Шинирующее устройство

Фиксирующее устройство

*Антипрокидывающее устройство

Эстетическое приспособление
Декоративный элемент

ШИРИНА ПЛЕЧА У ОСНОВАНИЯ Т-ОБРАЗНОГО КЛАММЕРА РОУЧА?

0.5 мм
0.8 мм
1.0 мм
*1.5 мм
1.8 мм

ШИРИНА Т-ОБРАЗНОГО ПЛЕЧА КЛАММЕРА РОУЧА У ОКОНЧАНИЯ

0.4 мм
*0.6 мм
0.8 мм
1.0 мм
1.2 мм

ШИРИНА УДЛИНЯЮЩЕГО ПЛЕЧА (СТЕРЖНЯ) КЛАММЕРА РОУЧА У
ОСНОВАНИЯ

2.0 мм
*1.8 мм
1.6 мм
1.4 мм
1.2 мм

ШИРИНА УДЛИНЯЮЩЕГО ПЛЕЧА (СТЕРЖНЯ) КЛАММЕРА РОУЧА У
ОКОНЧАНИЯ

2.0 мм
1.8 мм
1.6 мм
*1.4 мм
1.1 мм

ТОЛЩИНА УДЛИНЯЮЩЕГО ПЛЕЧА (СТЕРЖНЯ) КЛАММЕРА РОУЧА У
ОСНОВАНИЯ

1.0 мм
*1.2 мм
1.4 мм
1.6 мм
1.8 мм

ТОЛЩИНА УДЛИНЯЮЩЕГО ПЛЕЧА (СТЕРЖНЯ) КЛАММЕРА РОУЧА У
ОКОНЧАНИЯ

0.4 мм
*0.6 мм
0.8 мм
1.0 мм
1.2 мм

ШИРИНА ПЛЕЧА КОЛЬЦЕВИДНОГО КЛАММЕРА У ОСНОВАНИЯ

*2.0+/-0.5 мм
1.5+/-0.5 мм

1.0+/-0.5 мм
0.5+/-0.5 мм
0.3+/-0.2 мм

ТОЛЩИНА ПЛЕЧА КОЛЬЦЕВИДНОГО КЛАММЕРА У ОСНОВАНИЯ

0.8+/-0.2 мм
1.0+/-0.2 мм
*1.2+/-0.2 мм
1.4+/-0.2 мм
1.6+/-0.2 мм

ТОЛЩИНА ПЛЕЧА КОЛЬЦЕВИДНОГО КЛАММЕРА У ОКОНЧАНИЯ

1.2+/-0.1 мм
1.0+/-0.1 мм
0.8+/-0.1 мм
*0.6+/-0.1 мм
0.4+/-0.1 мм

ШИРИНА КЛАММЕРА ЗАДНЕГО ДЕЙСТВИЯ (ОДНОПЛЕЧЕВОГО) У ОСНОВАНИЯ

0.5+/-0.5 мм
1.0+/-0.5 мм
1.5+/-0.5 мм
*2.0+/-0.5 мм
2.5+/-0.5 мм

ШИРИНА КЛАММЕРА ЗАДНЕГО ДЕЙСТВИЯ (ОДНОПЛЕЧЕВОГО) У ОКОНЧАНИЯ

0.4+/-0.2 мм
*0.6+/-0.2 мм
0.8+/-0.2 мм
1.0+/-0.2 мм
1.2+/-0.2 мм

ТОЛЩИНА КЛАММЕРА ЗАДНЕГО ДЕЙСТВИЯ (ОДНОПЛЕЧЕВОГО) У ОСНОВАНИЯ

*0.6+/-0.2 мм
0.8+/-0.2 мм
1.0+/-0.2 мм
1.2+/-0.2 мм
1.4+/-0.2 мм

ТОЛЩИНА КЛАММЕРА ЗАДНЕГО ДЕЙСТВИЯ (ОДНОПЛЕЧЕВОГО) У ОКОНЧАНИЯ

1.2+/-0.1 мм
1.0+/-0.1 мм
0.8+/-0.1 мм
0.6+/-0.1 мм
*0.4+/-0.1 мм

УНИВЕРСАЛЬНОСТЬ ПРИБОРА ОТРАЖАЕТ ТЕРМИН -

*Параллелометр
Параллелограф
Параллелизатор
Аналитический разметчик
Бюгелеразметчик

СКОЛЬКО ОСНОВНЫХ ТИПОВ НАКЛОНА МОДЕЛИ НА СТОЛИКЕ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРА ВЫ ЗНАЕТЕ?

- 2 типа
- 3 типа
- *4 типа
- 5 типов
- 6 типов

ЦОКОЛЬ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ ДЛЯ КОНСТРУИРОВАНИЯ ОПИРАЮЩЕГОСЯ ПРОТЕЗА ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫСОТОЙ

- 1 мм
- 15 мм
- *30 мм
- 40 мм
- 50 мм

НА ЦОКОЛЬ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ ДЛЯ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ НАНОСЯТ ЛИНИИ

- Обзора
- Экватора зуба
- *Продольной оси зуба
- Десневого края
- Жевательной поверхности

НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЛИНИЕЙ ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕМЕНТОВ В ОПОРНОУДЕРЖИВАЮЩЕМ КЛАММЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- Продольная ось зуба
- Линия анатомического экватора
- Линия вертикали
- *Контрольная линия
- Линия десневого края

ОБЩУЮ ЛИНИЮ, ПРОВЕДЕННУЮ ПО КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБОВ НА РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ ПРИ ПАРАЛЛЕЛОГРАФИИ, ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ

- Линия поднутрения
- Линия анатомического экватора
- *Линия обзора
- Линия десневого края
- Линия жевательной поверхности и режущей поверхности

ЧАСТЬ КОРОНКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАСПОЛОЖЕННОЙ МЕЖДУ КОНТРОЛЬНОЙ ЛИНИЕЙ И ЖЕВАТЕЛЬНОЙ (РЕЖУЩЕЙ) ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА, ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ

- Зоной поднутрения
- *Окклюзионной зоной
- Ретенционной зоной
- Зоной безопасности
- Кламмерной зоной

ЧАСТЬ КОРОНКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАСПОЛОЖЕННОЙ МЕЖДУ КОНТРОЛЬНОЙ ЛИНИЕЙ И ДЕСНЕВЫМ КРАЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ

Зоной поднутрения

Окклюзионной зоной
*Ретенционной зоной
Зоной безопасности
Кламмерной зоной

ПРОСТРАНСТВО, РАСПОЛОЖЕННОЕ МЕЖДУ БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА, АЛЬВЕОЛЯРНЫМ ОТРОСТКОМ И ВЕРТИКАЛЬЮ ПАРАЛЛЕЛОГРАФА ПРИ ЗАДАННОМ НАКЛОНЕ МОДЕЛИ НАЗЫВАЕТСЯ

*Зоной поднутрения
Окклюзионной зоной
Ретенционной зоной
Зоной безопасности
Кламмерной зоной

ОПОРНАЯ И ОХВАТЫВАЮЩАЯ ОПОРНОУДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА РАСПОЛАГАЕТСЯ

В зоне поднутрения
*В окклюзионной зоне
В ретенционной зоне
В зоне безопасности
В кламмерной зоне

ЧАСТЬ ОПОРНОУДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ БЮГЕЛЯ ОТ ВЕРТИКАЛЬНЫХ СМЕЩЕНИЙ, РАСПОЛАГАЕТСЯ

В зоне поднутрения
В окклюзионной зоне
*В ретенционной зоне
В зоне безопасности
В кламмерной зоне

ПЛЕЧО КЛАММЕРА АККЕРА ДОЛЖНО ИМЕТЬ ФОРМУ

Прямую
Клиновидную
*Саблевидную
Серповидную
Кольцевидную

МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ЛАПКИ КЛАММЕРА ДОЛЖНО ИМЕТЬ

Плоскую форму
Форму ласточкиного хвоста
Форму полусферы
Форму квадрата
*Ложечкообразную форму

НА ОДНОСТОЯЩИЙ МОЛЯР ПРИМЕНЯЕТСЯ КЛАММЕР АККЕРА

РОУЧА
БОНВИЛЯ
СВЕНСЕНА
*Кольцевидный

НА БОКОВЫХ ЗУБАХ ПРИМЕНЯЕТСЯ КЛАММЕР

Аккера
Роуча
*Бонвиля
Свенсена
Кольцевидный

МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ФИКСИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА КЛАММЕРА
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩЕГО ШТАТНОГО СТЕРЖНЯ
ПАРАЛЛЕЛОМЕТРА

Аналитического стержня
Графитового стержня
Указательного стержня
Фиксирующего стержня
*Измерителя степени ретенции

ТЕХНИК МОДЕЛИРУЕТ КАРКАС ЦЕЛЬНОЛИТОГО БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА НА
СЛЕДУЮЩЕЙ МОДЕЛИ

Диагностической
Рабочей
Дублированной гипсовой
Огнеупорной супергипсовой
*Дублированной огнеупорной

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОГНЕУПОРНОЙ МОДЕЛИ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

Параллелометрию рабочей модели
Параллелографию рабочей модели
Изолировать зоны поднутрения рабочей модели
*Дублировать рабочую модель
Пропитать водой рабочую модель

ДУБЛИРОВАНИЕ МОДЕЛИ ДЕЛАЮТ С ПОМОЩЬЮ

Альгинатного материала
*Силиконового материала
*Гидроколлоидного материала
Термопластического материала
Эвгенолксицинкового материала

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОГНЕУПОРНОЙ МОДЕЛИ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ

Этилсиликат
Корунд
*Силамин
Маршалит
Супергипс

ВЫБЕРИТЕ МЕТОД СТАБИЛИЗАЦИИ (ЛЕЧЕНИЯ) РАЗВИВШЕЙСЯ СТАДИИ
ОЧАГОВОГО ПАРОДОНТИТА С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ВСЮ ФРОНТАЛЬНУЮ
ГРУППУ ЗУБОВ

Фронтальная стабилизация
Сагиттальная стабилизация
Парасагиттальная стабилизация
Фронтосагиттальная стабилизация

*Стабилизация по дуге

КАКОЙ ИЗ СОВРЕМЕННЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ СПЛАВОВ ШИРОКО ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЦЕЛЬНОЛИТОГО КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА?

Нержавеющая сталь

Сплав золота

Хром-никелевый сплав

*Хром-кобальтовый сплав

Серебряно-палладиевый сплав

УКАЖИТЕ МЕТОД ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОГО ПАРОДОНТИТА ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕЗЦА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (РАЗВИВШАЯСЯ СТАДИЯ)

*Интердентальная шина В.Н.Копейкина

Шина Мамлока

Шина Эльбрехта

Шина из четырех цельнолитых (металлокерамических, металлоакриловых) коронок

Экваторные коронки в сочетании со съемной шиной, состоящей из бюгеля и опорно-удерживающих кламмеров

«ТРАВМЫ И ДЕФЕКТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ»

ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

Результат воспалительного процесса челюстно-лицевой области

Травматические повреждения и оперативные вмешательства челюстно-лицевой области

Результат лучевой терапии

Врожденные дефекты

*Все вышеперечисленное верно

ДЛЯ ДЕФЕКТА, ВОЗНИКШЕГО В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ, ХАРАКТЕРНЫ

Разнообразная локализация дефекта

Резкие рубцовые изменения в пораженной области

Изменение в цвете тканей окружающих дефект

*Все вышеперечисленное верно

УКАЖИТЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ РЕПОНИРУЮЩЕГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ

*Шина Ванкевича

Шина Порта

Проволочная шина-скоба

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ХЕЙЛО- И УРАНОПЛАСТИКИ

Разнообразное расположение дефектов мягких тканей

Значительная деформация

Значительные рубцовые изменения

Нарушения речи

*Все вышеперечисленное верно

УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИМСЯ ПЕРЕЛОМАМ

*Неправильное сопоставление отломков

Недостаточная фиксация отломков
Нарушение гигиены полости рта
Применение лечебной гимнастики

УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЛОЖНОГО СУСТАВА

*Поздняя, неэффективная иммобилизация отломков
Неправильное сопоставление костных фрагментов
*Остеомиелит
Интерпозиция
*Раннее протезирование
Все вышеперечисленные

ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, НАБЛЮДАЕМЫМИ ПРИ СТОМОНАЗАЛЬНЫХ ДЕФЕКТАХ (ПРИБРЕТЕННЫХ) , ЯВЛЯЮТСЯ

Нарушение окклюзии
Нарушение формирования пищевого комка
Нарушение речи
Нарушение глотания
*Все вышеперечисленное верно

ПРИ ЛОЖНОМ СУСТАВЕ СЪЕМНЫЙ ПРОТЕЗ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ

С одним базисом
*С двумя фрагментами и подвижной фиксацией между ними
С металлическим базисом

ОСОБЕННОСТИ СНЯТИЯ СЛЕПКОВ ПРИ СТОМОНАЗАЛЬНЫХ ДЕФЕКТАХ (ПРИБРЕТЕННЫХ)

*Необходимость тампонирувания дефекта
Сегментарное снятие оттиска
Снятие оттиска разборной ложкой
Снятие оттиска без тампонады дефекта
Снятие оттиска индивидуальной ложкой

ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ВЕРХНЕ-ЧЕЛЮСТНОГО ОБТУРИРУЮЩЕГО ПРОТЕЗА ПРИ НАЛИЧИИ НЕПРЕРЫВНОГО ЗУБНОГО РЯДА НА СОХРАНИВШЕМСЯ УЧАСТКЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ПРИМЕНИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ФИКСИРУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ

Фиксирующие кламмеры
Телескопические коронки
Балочная (штанговая) система фиксации
Опорно-удерживающие кламмеры
*Все вышеперечисленное верно

НАИБОЛЕЕ ПРИМЕНИМЫМИ МЕТОДАМИ ФИКСАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ДЕФЕКТАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ЛИЦА ЯВЛЯЮТСЯ

Сочетанная система с очковой оправой
Применение магнитных элементов
Использование эластичной пластмассы
Специальная хирургическая подготовка
*Все вышеперечисленное верно

ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ ЧЕЛЮСТЕЙ И ОДИНОЧНОМ ЗУБЕ НА СОХРАНИВШЕМСЯ УЧАСТКЕ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ПРИМЕНИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ФИКСИРУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ

Фиксирующие кламмеры

Магнитные элементы

*Телескопические коронки

Использование эластичной массы

Использование пружинных элементов

КОНСТРУКЦИЯ ОБТУРИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ ПРОТЕЗА ПРИ СРЕДИННОМ ДЕФЕКТЕ КОСТНОГО НЕБА СЛЕДУЮЩАЯ

На базе нет обтурирующей части

Обтуратор высоко входит в полость носа

Обтуратор полый

На базисе вокруг дефекта создан небольшой валик

*Обтуратор возвышается над базисом на 2-3 мм

КОНТРАКТУРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ

Костная

Рефлекторно-мышечная

Рубцовая

*Все перечисленное

БОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ ОБТУРАТОРА ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

*Обтуратор полый, воздухоносный

Обтуратор массивный, монолитный

Обтуратор изготовлен в виде тонкой пластинки

Разнообразная конструкция обтуратора

Плавающий обтуратор

КОНСТРУКЦИЕЙ ОБТУРИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ ПРИ ДЕФЕКТЕ ЗАДНЕЙ ТРЕТИ КОСТНОГО И МЯГКОГО НЕБА (БОЛЬШИНСТВО С ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ОБТУРАТОРОМ) ЯВЛЯЕТСЯ

Монолитное соединение обтурирующей части с базисом протеза

*Раздельное изготовление обтуратора и зубного протеза

Обтуратор имеет подвижное соединение с базисом протеза

Обтуратор массивный, воздухоносный

Обтуратор массивный, монолитный

НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ФОРМИРОВАНИЯ ОБТУРИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ ПРОТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

На модели восковыми композициями

В полости рта функциональное формирование обтурирующей части с помощью термопластических масс на готовом протезе

*В полости рта на жестком базисе (термопластмассами)

В полости рта на восковой конструкции протеза восковыми композициями

В полости рта на восковой конструкции протеза слепочными массами

НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ РЕЗЕКЦИОННОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

Через 2 месяца после операции

Через 6 месяцев после операции
Через 2 недели после операции
*До оперативного вмешательства
Сразу же после операции

К ОСНОВНЫМ ФУНКЦИЯМ РЕЗЕКЦИОННОГО ПРОТЕЗА ОТНОСЯТСЯ

Восстановление эстетических норм челюстно-лицевой области
Восстановление функции дыхания
Защита раневой поверхности
Частичное восстановление нарушенных функций и формирование протезного ложа
*Все вышеперечисленное верно

НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНО ОПРЕДЕЛЯЮТ СТЕПЕНЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОБТУРИРУЮЩИМ ПРОТЕЗОМ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ

Рентгенография
*Фагиография
Реопарадонтотография
Электромиография
Электромиомастикациогграфия

НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ МЕТОДАМИ ПРИ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ЖЕВАНИЯ С ОБТУРИРУЮЩИМ ПРОТЕЗОМ ЯВЛЯЮТСЯ

Применение диагностических моделей
*Электромиография
Фагиография
Реопарадонтотография
Рентгенография

НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ПРИ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЦЕННОСТИ ОБТУРИРУЮЩЕГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

Осмотр полости рта
Фонетические пробы
*Глотание воды
Проверка окклюзии и артикуляции
Выявление зон повышенного давления

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ОБЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТСЯ

Нарушение функции речи
Нарушение формирования пищевого комка
Несмыкание ротовой щели
*Нарушение окклюзионных соотношений с зубами верхней челюсти
Аномальное положение зубов

ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ "ЛОЖНОГО" СУСТАВА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВО ФРОНТАЛЬНОМ УЧАСТКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

Несинхронные движения суставных головок височно-нижнечелюстного сустава
Резкое нарушение окклюзионных взаимоотношений с верхними зубами
Смещение отломков в язычном направлении
Подвижность обломков, определяющаяся при пальцевом обследовании

*Все вышеперечисленное

НЕСРАСТАНИЕ ОТЛОМКОВ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ

Подвижность обломков

Смещение малого отломка в язычном направлении

Окклюзионные нарушения

Нарушения функции речи

*Все вышеперечисленное

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИМИСЯ ОТЛОМКАМИ

Предварительное (ортодонтическое) исправление положения отломков

Предварительное (ортодонтическое) исправление положения зубной дуги

Изготовление протезов с расположением искусственных зубов по центру альвеолярного отростка

*Изготовление протезов с двойным рядом зубов

Отказ в протезировании до хирургического исправления положения отломков

ХАРАКТЕР СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ (ВЕРТИКАЛЬНЫЙ ПЕРЕЛОМ)

Отломки находятся в состоянии "уравновешивания"

Незначительное смещение отломков

Незначительное нарушение прикуса

*Все вышеперечисленное верно

Все вышеперечисленное неверно

ХАРАКТЕР СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ В ОБЛАСТИ УГЛА (ПЕРЕЛОМ ПОПЕРЕЧНЫЙ, ИДЕТ КОСО КНУТРИ И ВПЕРЕД)

Резкое смещение малого отростка внутрь

Резкое смещение малого отростка вверх

Резкое смещение малого отростка кпереди

*Все вышеперечисленное верно

Все вышеперечисленное неверно

К СПОСОБАМ НОРМАЛИЗАЦИИ ОККЛЮЗИОННЫХ СООТНОШЕНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ОТЛОМКАХ ОТНОСЯТСЯ

Ортодонтическое исправление положения отломков

Удаление зубов

*Изготовление двойного ряда зубов

Наложение репонирующего аппарата

Наложение шинирующего аппарата

УКАЖИТЕ ОДИН ИЗ ВАЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Нарушение прикуса при сомкнутых челюстях

Невозможность закрыть рот

Глубокое перекрытие нижних зубов верхними

Дистальный сдвиг нижней челюсти

Невозможность сомкнуть губы

**ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА В ОБЛАСТИ
МЕНТАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ**

Нарушение поверхностей чувствительности кожи лица

Нарушение болевой чувствительности

Нарушение тактильной чувствительности

Нарушение температурной чувствительности

*Все вышеперечисленное неверно

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

Шины гнутые из алюминиевой проволоки

Шины из быстротвердеющих пластмасс

Стандартные шины назубные ленточные

Сочетание проволочных шин с быстротвердеющими пластмассовыми

*Возможны все вышеперечисленные варианты

**ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ШИН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ
УЧИТЫВАЮТСЯ**

Быстрота изготовления

Стандартизация шин

Гигиеничность шин

Отсутствие окклюзионных нарушений

*Все вышеперечисленное

**УКАЖИТЕ ОДИН ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ ПРИЗНАКОВ ПЕРЕДНЕГО ДВУСТОРОННЕГО
ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Смещение подбородка в сторону

*Полуоткрыт рот, невозможно закрыть рот

Болезненность в области нижней челюсти

Нарушение окклюзии

Аномалия прикуса при сомкнутых зубах

**ДЛЯ ПЕРЕДНЕГО ОДНОСТОРОННЕГО ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ХАРАКТЕРНО**

Рот полуоткрыт

Подбородок смещен в сторону (здоровую)

Ограниченное движение нижней челюсти

Изменение в пораженном суставе

*Все вышеперечисленное верно

**ДЛЯ ПЕРЕДНЕГО ДВУХСТОРОННЕГО ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ХАРАКТЕРНО**

Резкая болезненность в височно-нижнечелюстных суставах

Невозможность открыть рот

Слюнотечение

Затруднение речи

*Все вышеперечисленное верно

НАЗОВИТЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К ПРИВЫЧНЫМ ВЫВИХАМ ФАКТОРЫ

Полиартриты

Заболевание височно-нижнечелюстного сустава

Растяжение суставной капсулы

Клинические судороги

*Все вышеперечисленное верно

СНЯТЬ МЫШЕЧНУЮ КОНТРАКТУРУ ПРИ ВЫВИХАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
МОЖНО

С помощью местной анестезии

Применением мышечных релаксантов

Общим наркозом

Силовым воздействием

*Все вышеперечисленное верно

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРИВЫЧНЫХ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖНО
ПРИМЕНЯТЬ

Укрепление связочно-капсулярного аппарата

Применение ортопедических аппаратов

Оперативное лечение

Применение имплантата

*Все вышеперечисленное верно

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА АЛЬВЕОЛЯРНОГО
ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

Нарушение прикуса

Возможно пальпаторно определить подвижность отломков

Нарушение формы зубной дуги

Вытекание изо рта вязкой слюны с кровью

*Все вышеперечисленное верно

НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА ТЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Головная боль, головокружение

Значительный отек мягких тканей лица

Резкое нарушение прикуса

Нарушение речи, глотания

*Все вышеперечисленное верно

НАЗОВИТЕ ПРИЗНАК ТЯЖЕЛОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Повреждение соседних органов

Резкие функциональные нарушения

Повреждение основания черепа

Значительное нарушение верхней челюсти

*Все вышеперечисленное верно

КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА ПО ОТНОШЕНИЮ К ВЫВИХНУТЫМ ИЛИ
РЕЗКОПОДВИЖНЫМ ЗУБАМ, НАХОДЯЩИМСЯ В ЗОНЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ
(ПЕРЕЛОМА) ЧЕЛЮСТИ?

Депульпирование этих зубов

Шинирование с помощью лигатурной проволоки

Шинирование быстротвердеющей пластмассой

Удаление

*Все вышеперечисленное верно

ТАКТИКА ВРАЧА В ОТНОШЕНИИ ЗУБОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЩЕЛИ ПЕРЕЛОМА
ПРИ НАЛИЧИИ ГЛУБОКИХ ЗУБОДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ -

*Удаление

Консервативное лечение
Шинирование быстротвердеющей пластмассой
Шинирование с помощью лигатурной проволоки
Лечение с применением антибиотиков

ТАКТИКА ВРАЧА В ОТНОШЕНИИ ЗУБОВ ВКЛИНЕННЫХ В ЩЕЛЬ ПЕРЕЛОМА,
КОГДА ОНИ ПРЕПЯТСТВУЮТ ВПРАВЛЕНИЮ ОТЛОМКОВ -

Консервативное лечение
Шинирование самотвердеющей пластмассой
Лечение с применением антибиотиков
*Удаление
Перемещение с помощью репонирующего аппарата

АППАРАТОМ, ПРИМЕНЕНИЕ КОТОРОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДЛЯ
ИММОБИЛИЗАЦИИ ОТЛОМКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

Стандартный комплект Збаржа
Назубная проволочная шина
Шина Аржанцева
Проволочные шины с распорками
*Все вышеперечисленное верно

«КЛИНИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ»

РАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛЕЧ ВНУТРИКОСТНОГО ИМПЛАНТАТА ПО ОТНОШЕНИЮ К
КОРТИКАЛЬНОЙ ПЛАСТИНКЕ СЛЕДУЮЩЕЕ

*Плечи расположены на уровне кортикальной пластинки
Выше кортикальной пластинки
Ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм
Выше кортикальной пластинки на 2-3 мм
В зависимости от состояния кости

ПРОХОДИТЬ РЕГУЛЯРНЫЙ КОНТРОЛЬ БОЛЬНОМУ, ПОЛУЧИВШЕМУ ЛЕЧЕНИЕ С
ПОМОЩЬЮ ИМПЛАНТАЦИИ

Не требуется
В зависимости от желания пациента
Требуется в течение первого года
*Требуется проводить регулярный контроль
Требуется в течение первых шести месяцев

СУБПЕРИОСТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПОКАЗАНА

Если включенный дефект небольшой протяженности с резко выраженной атрофией
альвеолярного отростка
Если концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным альвеолярным отростком
*При полном отсутствии зубов на челюсти со значительной атрофией альвеолярного
гребня
При утрате одного зуба с резкой атрофией альвеолярного гребня
При утрате всех фронтальных зубов с хорошо сохранившимся альвеолярным отростком

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУБПЕРИОСТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НЕОБХОДИМО
ИЗГОТОВЛЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ

Применение индивидуальной ложки необязательно
*Необходимо применять в каждом случае

Только при использовании полного субпериостального имплантата
В зависимости от анатомических условий
Нет указаний

ПОЛУЧАТЬ ОТТИСК ПРИ СУБПЕРИОСТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ
РЕКОМЕНДУЕТСЯ

Гипсом
Альгинатными материалами
*Силиконовыми материалами
Любыми
В зависимости от клинической условий

ИЗГИБАТЬ ГОЛОВКУ ТИТАНОВОГО ИМПЛАНТАТА МОЖНО

На 30
До 10
Не более 45
*До 15
Изгибать нельзя

АНАЛОГ ИМПЛАНТАТА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ СОБСТВЕННО ИМПЛАНТАТА ПО
ТОЛЩИНЕ

Толще на 0.3 мм
*Тоньше на 0.2 мм
Толщина одинакова
Толще на 0.2 мм
Тоньше на 0.5 мм

ИНСТРУМЕНТ "СТРУЖКОУДАЛИТЕЛЬ" ПРЕДНАЗНАЧЕН

Для удаления костных опилок
Для удаления костных опилок и сглаживания неровностей
*Для удаления костных опилок, сглаживания неровностей и измерения глубины
Для удаления костных опилок, сглаживания неровностей, измерения глубины и углубления костного ложа
Для всего вышеперечисленного

НА КАКУЮ ЧАСТЬ ЭНДОДОНТО-ЭНДОССАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА НАНОСЯТ
ЦЕМЕНТ ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ?

На всю длину
На внутрикостную часть
*На внутрикорневую часть
На внутрикорневую часть и 2 мм за верхушку
В зависимости от длины имплантата

ПРИ СУБПЕРИОСТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

Проводниковая анестезия
Инфильтрационная анестезия
Нейропептаналгезия
*Инфильтрационная и проводниковая анестезия
Эндотрахеальный наркоз

ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ШВЫ СНИМАЮТСЯ

Через 3 недели

*Через 7-8 дней
Через 2-3 дня
Через 10-12 дней
Через 4-5 дней

ЗАВЫШЕНИЕ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ

Допустимо во всех случаях

*Недопустимо во всех случаях

Недопустимо только при полном отсутствии зубов

Допустимо при опоре на имплантат и естественные зубы

Допустимо при использовании имплантата в качестве промежуточной опоры

ЦЕЛЮ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИСЛИЗИСТЫХ ИМПЛАНТАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

*Улучшение фиксации съемных протезов

Улучшение фиксации мостовидных протезов

Улучшение устойчивости зубов

Улучшение эстетики протезирования

Все вышеперечисленное

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДО-СУБПЕРИОСТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПОКАЗАНО

Во фронтальном отделе нижней челюсти

В дистальных участках нижней челюсти

*Во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти

Во фронтальном отделе верхней челюсти

В дистальных участках верхней челюсти

ЕСЛИ ВЕЛИЧИНА КОСТНОГО ЛОЖА НЕЗНАЧИТЕЛЬНО ШИРЕ ИМПЛАНТАТА

Имплантация откладывается

*Возможно достижение плотной посадки путем изгибания имплантата

Если имеется место, то подготавливают новое ложе

Имплантат помещают в подготовленное ложе несмотря на подвижность

Решение зависит от величины дефекта

СТЕРИЛИЗУЮТ ИМПЛАНТАТЫ

В автоклаве

В суховоздушном стерилизаторе

*В автоклаве или в сухожаровом шкафу

Химическим способом

Всеми вышеперечисленными способами

ЦЕЛЬ ПАССИВАЦИИ - ЭТО

Упрочнение имплантата

Удаление инородных включений

*Создание окисной пленки

Устранение внутренних напряжений в металле

Улучшение кристаллической структуры

ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

Полное отсутствие зубов

Концевые дефекты зубных рядов

Потеря одного зуба

Неудовлетворительная фиксация съемного протеза

*Все вышеперечисленное

К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИМПЛАНТАЦИИ ОТНОСЯТСЯ

Эндокринные заболевания

Сифилис

Гемофилия

Нарушение кальциевого обмена

*Все вышеперечисленное

НАЗОВИТЕ ЭЛЕМЕНТЫ СУБПЕРИОСТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА

*Вестибулярная ветвь

Небная дуга

Подъязычная дуга

Оральное ответвление

Накладка

ЭЛЕМЕНТЫ КОНСТРУКЦИИ ВНУТРИСЛИЗИСТОГО ИМПЛАНТАТА -

Головка

Шейка

Базисная часть

*Все перечисленное выше

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ ЗАШИВАНИЯ РАЗРЕЗА СЛИЗИСТО-НАДКОСТНИЧНОГО ЛОСКУТА

*Кетгут

Шелк

Полиамидная нить

Волос

Все вышеперечисленное

ОССЕОИНТЕГРАЦИЯ ИМПЛАНТАТА - ЭТО

Плотное укрепление имплантата

Помещение имплантата в костную ткань

*Плотный контакт между новообразованной костной тканью и поверхностью имплантата

Наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью

Эпителиальная выстилка между имплантатом и костью

ФИБРОЗНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ИМПЛАНТАТА - ЭТО

Укрепление имплантата в соединительной ткани

*Наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью

Эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата

Помещение имплантата под надкостницу

Нет определения

ДВУХЭТАПНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ВНУТРИКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ
ПРОВОДИТСЯ

*В целях достижения оссеоинтеграции

Для снижения послеоперационной травмы

Для предупреждения фиброзной интеграции

При плохих способностях к регенерации костной ткани

В целях улучшения функционального эффекта

ПРИ НЕПРАВИЛЬНОЙ УСТАНОВКЕ ИМПЛАНТАТА В КОСТИ МОГУТ ВОЗНИКАТЬ ТАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КАК

Кровотечение

Подвижность имплантата

Флегмона

Рассасывание костной ткани вокруг имплантата

*Все вышеперечисленное

К ПОТЕРЕ ИМПЛАНТАТА МОГУТ ПРИВЕСТИ

Плохая гигиена полости рта

Нерациональное питание

Неудовлетворительная жевательная нагрузка

Нарушение обмена веществ

*Все вышеперечисленные факторы

КОМБИНАЦИЯ ВНУТРИКОСТНЫХ И СУБПЕРИОСТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ДОПУСТИМА

При расположении имплантатов на разных челюстях

При наличии больших дефектов зубных рядов

*При использовании для имплантатов однородных металлов

Во всех перечисленных случаях

Недопустима

ИМПЛАНТАЦИЯ В АРСЕНАЛЕ ИЗВЕСТНЫХ МЕТОДОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ

Единственный метод, позволяющий получить положительный результат

*Имплантация является методом выбора

Имплантация применяется только в исключительных случаях

Имплантация применяется по желанию больного

Имплантация применяется с большой осторожностью, так как еще не доказана состоятельность данного вида лечения

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ МОГУТ ЗАНИМАТЬСЯ

Все врачи-стоматологи

Только врачи-стоматологи-ортопеды

Врачи-стоматологи-хирурги высшей категории

*Врачи-стоматологи высокой квалификации, имеющие достаточный опыт практической работы и прошедшие специализацию

Врачи любой специальности

КАКИЕ ОТДЕЛЫ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИГОДНЫ ДЛЯ ВНУТРИКОСТНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ?

Только альвеолярный отросток

Фронтальный отдел верхней и нижней челюсти

*Все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат без риска повреждения определенных анатомических структур

Базальные отделы челюстей в пределах расположения зубных рядов

Только дистальные отделы верхней и нижней челюсти

НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМИ МАТЕРИАЛАМИ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

Любой подходящий для этой цели металл

*Металлы, применяемые для изготовления данных имплантатов

Нержавеющая сталь

Хромо-кобальтовый сплав

Сталь с покрытием нитридом титана

НОРМАЛИЗАЦИЯ ОККЛЮЗИИ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ

*Один из основных параметров влияющих на успех лечения

Не оказывает влияния на результаты имплантации

Может оказывать влияние на результат у некоторых больных

Не придается большого значения устранению окклюзионных нарушений

Оказывает влияние на результат лечения у больных с сопутствующей патологией

ОТПЕЧАТОК КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ СУБПЕРИОСТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПОЛУЧАЮТ

С помощью стандартной металлической ложки любым слепочным материалом

Частичной стандартной ложкой с помощью альгинатов

*С помощью жесткой индивидуальной ложки силиконовыми материалами

Жесткой индивидуальной ложкой с помощью жидкого гипса

Без использования слепочной ложки супергипсом

ИМПЛАНТАЦИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА

При сахарном диабете

При остеопорозе

При сифилисе

При СПИДе

*При всех перечисленных выше заболеваниях

КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ИМПЛАНТАТОВ МОЖЕТ БЫТЬ МАКСИМАЛЬНО УСТАНОВЛЕНО У ОДНОГО БОЛЬНОГО?

Один

Два-три

Не более шести

6-8

*Ограничений нет

НА ОБРАЗОВАНИЕ ТЕПЛА ПРИ СВЕРЛЕНИИ КОСТИ ВЛИЯЮТ

Форма сверла

Величина бора

Острота бора

Давление при сверлении

*Все вышеперечисленные факторы

НАИЛУЧШИМ СПОСОБОМ ОХЛАЖДЕНИЯ КОСТИ ПРИ ЕЕ СВЕРЛЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Внешнее воздушное охлаждение

Охлаждение жидкостью с внешним подводом

Охлаждение воздухом с подводкой внутри бора

Все способы хороши

*Подведение охлаждающей жидкости к режущей кромке

ОПТИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ПОДАЧИ ОХЛАЖДАЮЩЕЙ ЖИДКОСТИ

*300-500 мл/мин
100-200 мл/мин
600-700 мл/мин
10-15 мл/мин
30-50 мл/мин

ЧТО ПРОИСХОДИТ С КОСТНОЙ ТКАНЬЮ ПРИ ПРЕВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ КРИТИЧЕСКИХ ВЕЛИЧИН?

Гиперемия
Отек
Инфильтрация
*Некроз
Пролиферация

НЕКРОЗ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРОИСХОДИТ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ

45 град. С
40-50 град. С
*Выше 50 град. С
65 град. С и выше
60-65 град. С

ПРИ СВЕРЛЕНИИ ТЕМПЕРАТУРА КОСТИ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ

20 град.
30 град.
37 град.
*47 град.
50 град.

КАКИЕ КЛЕТОЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ОТНОСЯТСЯ К КОСТНОЙ ТКАНИ?

Остеобласты
Остеоциты
Остокласты
Нет данных
*Все вышеперечисленные элементы

ФУНКЦИЕЙ ОСТЕОБЛАСТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

*Образование костной ткани
Резорбция кости
Функция иммунитета
Функция кроветворения
Не имеет определенной функции

ФУНКЦИЕЙ ОСТЕОКЛАСТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

Образование костной ткани
*Резорбция кости
Функция иммунитета
Функция кроветворения
Не имеет функционального значения

ВОЗМОЖНЫМИ ПУТЯМИ УСКОРЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ КОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

*Гормональная стимуляция
*Электрическая стимуляция

*Применение фибрина
Стимуляция невозможна

ПРИЧИНАМИ, ВЕДУЩИМИ К НАРУШЕНИЮ КОСТНОГО ЗАЖИВЛЕНИЯ,
ЯВЛЯЮТСЯ

Травматическое препарирование кости

Облучение

Первичная подвижность имплантата

Плохая биосовместимость

*Все вышеперечисленное

ВЕЛИЧИНА ОКИСНОЙ ПЛЕНКИ НА ПОВЕРХНОСТИ ТИТАНА

5-7 ангстрем

2-10 мкм

*30-50 ангстрем

25-30 мкм

40-60 мкм

К ВОЗМОЖНЫМ РЕАКЦИЯМ КОСТНОЙ ТКАНИ НА ТРАВМУ ОТНОСЯТСЯ

Образование фиброзной ткани

Секвестрация

Образование новой костной ткани

Оссеоинтеграция

*Все вышеперечисленное

ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ НА РЕАКЦИЮ КОСТНОЙ ТКАНИ ВЛИЯЮТ

Репаративные способности костной ткани

Материал имплантата

Форма имплантата

Техника препарирования

*Все вышеперечисленные факторы

К ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ОТНОСЯТСЯ

Расхождение швов

Подвижность имплантата

Перфорация верхне-челюстного синуса

*Все вышеперечисленное

ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ИМПЛАНТАТА ИСПОЛЬЗУЮТ

Медь

*Титан

Цинк

Хром

Ниобий

ИНСТРУМЕНТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ

Скальпель

Костные кусачки

Стружкоудалитель

Иглодержатель

*Все вышеперечисленные

КАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИКОСТНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ?

Верхнечелюстной синус

Резцовые отверстия

Скуловой отросток

Лобный отросток

*Подбородочные отверстия

КАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИКОСТНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ?

Мышечковые отростки

*Придаточные пазухи

Венечные отростки

Внутреннюю косую линию

Наружную косую линию

К НАРУШЕНИЮ ОССЕОИНТЕГРАЦИИ ВЕДУТ

Травматическое препарирование кости

Предоперационное облучение

Подвижность имплантата

Перегрузка имплантата

*Все вышеперечисленные

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ АТРОФИРОВАННОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ИСПОЛЬЗУЮТ

Каучук

*Гидроксипатит

Полиуритан

Нейлон

Метилметакрилат

КОЛЛАГЕНОВЫЕ ВОЛОКНА В РАЗДЕЛИТЕЛЬНОМ СЛОЕ ПРИ ФИБРОЗНОЙ ИНТЕГРАЦИИ

Направлены вдоль имплантата

Направлены перпендикулярно поверхности имплантата

Направлены под определенным углом к имплантату

Хаотично

*Образуют сетчатую структуру

ИМЕЕТСЯ ЛИ АДАПТАЦИЯ ИЛИ АДГЕЗИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ТКАНИ К ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАТА?

*Имеется

Отсутствует

Не изучено

Отчасти

Только у титановых имплантатов

К НЕДОСТАТКАМ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ ПОРИСТЫХ МАТЕРИАЛОВ ОТНОСЯТСЯ

Меньшая механическая прочность

*Возможность загрязнения

Худшая биотолерантность

Недолговечность

Все вышеперечисленные недостатки

ПРЕИМУЩЕСТВОМ ЭНДОДОНТО-ЭНДОССАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

Лучшая биосовместимость

Отсутствие необходимости прикрепления в кости

*Отсутствие связи с внешней средой

Большая механическая прочность

Простота применения

ФАКТОРАМИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ДЛЯ РАЗМЕЩЕНИЯ ИМПЛАНТАТА НА
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

Преобладание спонгиозной кости

*Часто встречающиеся неудовлетворительные анатомические взаимоотношения

Плохое кровоснабжение

Плохая иннервация

Все вышеперечисленные

ПЕРСПЕКТИВА УСПЕХА ИМПЛАНТАЦИИ В ЮНОШЕСКИЕ ГОДЫ

Благоприятная

*Неблагоприятная

Не изучено

Благоприятный результат только у девочек

Благоприятный результат только у мальчиков

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ УТРАТЫ ЗУБНОГО ИМПЛАНТАТА ЯВЛЯЕТСЯ

Остеомиелит челюсти

Отлом имплантатной головки

*Воспалительные осложнения

Аллергическая реакция

Гальванизм

КАКОВА ПЕРИОДИЧНОСТЬ КОНТРОЛЬНЫХ ОСМОТРОВ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ
ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ?

Ежемесячно

*2 раза в год

Один раз в год

4 раза в год

5 раз в год

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ
МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

Седловидная

Касательная

*Промывная

Касательная и седловидная

Все вышеперечисленные

ЦЕЛЬ ПОВТОРНЫХ ОСМОТРОВ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ - ЭТО

Оценка состояния десны

Оценка подвижности имплантата

Проверка гигиены полости рта

Удаление зубных отложений

*Все вышеперечисленное

БЛАГОПРИЯТНОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ИМПЛАНТАТА В ОБЛАСТИ ДЕСНЫ
ЯВЛЯЕТСЯ

*Гладкая

Шероховатая

Пористая

Пористая с уступом

Безразлично

КАКИЕ ЗУБЫ МОГУТ ВКЛЮЧАТЬСЯ В МОСТОВИДНЫЙ ПРОТЕЗ ПРИ
ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИМПЛАНТАТОВ?

Любые

С подвижностью i степени

С подвижностью ii степени

*Устойчивые зубы

Рекомендации отсутствуют

ОСНОВНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ЧРЕЗКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Использование в дистальных отделах верхней челюсти

Использование в дистальных отделах нижней челюсти

Применение во фронтальном отделе верхней челюсти

*Использование во фронтальном отделе нижней челюсти

Применение во всех вышеперечисленных случаях

УГОЛ ЗАТОЧКИ БОРА ВЛИЯЕТ

На скорость внедрения в кость

На отвод костной стружки

На деформацию кости

На образование тепла

*На все вышеперечисленное

НА ПРОЦЕСС СВЕРЛЕНИЯ КОСТИ ВЛИЯЮТ

Геометрия сверла

Число оборотов

Прилагаемое давление

Ни один из перечисленных факторов

*Все вышеперечисленные факторы

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ В ПРОЦЕССЕ СВЕРЛЕНИЯ КОСТИ
ЯВЛЯЮТСЯ

Умеренное число оборотов

Увеличение давления

Применение охлаждения

Данных нет

*Все вышеперечисленные

ОПТИМАЛЬНЫМ РЕЖИМОМ СВЕРЛЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЕТСЯ

Сверление без перерыва с охлаждением

Сверление без перерыва без охлаждения

*Сверление прерывистое с охлаждением

Сверление прерывистое без охлаждения

Сверление оптимальное при любом режиме

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ДОСТАТОЧНЫМ ВНЕШНЕЕ ОХЛАЖДЕНИЕ ПРИ СВЕРЛЕНИИ В ГЛУБОКИХ СЛОЯХ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ НЕПРЕРЫВНОМ РЕЖИМЕ РАБОТЫ?

Да

*Нет

Не изучено

Зависит от величины бора

Зависит от остроты бора

ИИМПЛАНТАЦИЯ НЕ ПРОИЗВОДИТСЯ

При заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава

При остеомиелите челюстей

При парадонтопатии

*При эндокринных заболеваниях

При всех вышеперечисленных заболеваниях

К МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИМПЛАНТАЦИИ ОТНОСЯТСЯ

Аномалии прикуса

Рецидивирующий афтозный стоматит

Дефект челюсти

Лучевое облучение области головы и шеи

*Все вышеперечисленное

ИМПЛАНТАЦИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА

*При системных заболеваниях кости

При фарингите

При хроническом бронхите

При язвенной болезни желудка

При хроническом простатите

ИМПЛАНТАЦИЯ НЕ ПРОТИВОПОКАЗАНА

При нарушениях иммунной системы

При геморрагическом диатезе

При сахарном диабете

При циррозе печени

*При гиперацидном гастрите

ЭНДОДОНТО-ЭНДОССАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО УСТАНОВЛИВАЮТ

В боковых отделах верхней челюсти

В боковых отделах нижней челюсти

Во фронтальном отделе верхней челюсти

Во фронтальном отделе нижней челюсти

*Во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ЭНДОДОНТО-ЭНДОССАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА ЯВЛЯЮТСЯ

Разрушение коронковой части зуба

*Неудовлетворительное соотношение коронка/корень зуба

Хронический периодонтит

Подвижность зубов III-IV степени
Все вышеперечисленное

К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ЭНДОДОНТО-ЭНДОССАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ
ОТНОСЯТСЯ

Потеря костной ткани на 1/2 высоты корня зуба
Вывих зуба
Перелом корня зуба
Нет показаний
*Все вышепредставленные

ФАКТОРАМИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМИ УСПЕХ ИМПЛАНТАЦИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

Биосовместимость материала
Структура поверхности
Состояние ложа имплантата
Техника операции
*Все вышеперечисленное

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ИМПЛАНТАЦИИ ОТНОСЯТСЯ

Перфорация дна верхнечелюстного синуса
Обнажение имплантата
Образование свищей
Расхождение швов
*Все вышеперечисленное

ВЫСОКУЮ БИОСОВМЕСТИМОСТЬ ТИТАНА СВЯЗЫВАЮТ

С высокой коррозионной устойчивостью
С высоким диэлектрическим постоянством
С относительной чистотой поверхности
С кристаллической структурой
*Со всем вышеперечисленным

ОСЛОЖНЕНИЯМИ, ВЫЗЫВАЕМЫМИ НЕПРАВИЛЬНОЙ ПРОТЕЗНОЙ
КОНСТРУКЦИЕЙ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ, ЯВЛЯЮТСЯ

Перегрузка имплантата
Перелом имплантата
Перегрузка опорных зубов
Атрофия костной ткани
*Все вышеперечисленное

НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ НАГРУЗКОЙ НА ИМПЛАНТАТ ЯВЛЯЕТСЯ

Вертикальная нагрузка
*Вдоль оси имплантата
Боковая нагрузка в области шейки
Боковая нагрузка в области вершины головки
Нагрузка под острым углом к имплантату

НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ЭЛАСТИЧНЫХ ПРОКЛАДОВ В
КОНСТРУКЦИЯХ, ОПИРАЮЩИХСЯ НА ИМПЛАНТАТ, ЯВЛЯЕТСЯ

В конструкции имплантата
Между имплантатом и протезом
В протезе

*В любом месте
В зубном протезе или имплантате

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ НА ИМПЛАНТАТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

Расположением опор
Жесткостью протеза
Жесткостью материала имплантата
Устойчивостью зубов
*Всем вышеперечисленным

НАИБОЛЕЕ ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В КЛИНИКЕ

Внутрикостные винтовые имплантаты
*Внутрикостные пластиночные и винтовые имплантаты
Внутрислизистые имплантаты
Субпериостальные имплантаты
Эндодонто-эндоссальные имплантаты

ДОСТАТОЧНО ЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ АКРИЛОВЫЕ ЗУБЫ ПРИ
ОССЕОИНТЕГРИРОВАННЫХ ИМПЛАНТАТАХ ДЛЯ ЗАЩИТЫ ОТ ПЕРЕГРУЗКИ?

Недостаточно
В зависимости от ширины зубной дуги
*Достаточно
Неизвестно
Данные исследования противоречивы

КАКАЯ СИСТЕМА ИНТЕГРАЦИИ ИМПЛАНТАТОВ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА
В КЛИНИКЕ?

Костная интеграция
Фиброзная интеграция
*Костная и фиброзная интеграции
Нет указаний
Обе системы неприемлемы

КАКОЙ ИЗ ПЛАСТИНОЧНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРАВИЛЬНО УСТАНОВЛЕН В
КОСТЬ ЧЕЛЮСТИ?

Плечи имплантата погружены в кость, шейка расположена в мягких тканях
Плечи имплантата на уровне кортикальной пластинки
*Головка имплантата опирается на кортикальную пластинку
Плечи имплантата расположены на 0.5 мм выше кортикальной пластинки
Головка имплантата расположена над слизистой оболочкой

К ФАКТОРАМ, УЧИТЫВАЮЩИМСЯ ПРИ ВОЗМЕЩЕНИИ ПОТЕРИ ОДНОГО ЗУБА С
ПОМОЩЬЮ ИМПЛАНТАТА, ОТНОСЯТСЯ

Межзубное расстояние
Ширина альвеолярного отростка
Толщина слизистой оболочки
Ширина зоны фиксированной десны
*Все вышеперечисленное

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАСТИНОЧНЫХ ИМПЛАНТАТОВ
ЯВЛЯЮТСЯ

Потеря одного зуба

Концевые дефекты
*Универсальные показания
Только на верхней челюсти
Промежуточная опора

ПОПЕРЕЧНЫЙ ПАЗ НА АЛЬВЕОЛЯРНОМ ГРЕБНЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУБПЕРИОСТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА СОЗДАЮТ

Для отметки области расположения опорных головок
*Для расположения элементов каркаса вровень с поверхностью кости
Для устранения возможного бокового смещения
Для лучшей адаптации имплантата
В целях эстетики

ОПРЕДЕЛЯТЬ МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВОК ВНУТРИКОСТНОГО ИМПЛАНТАТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

Ад окулюс
*С помощью пластмассовой прозрачной пластинки
Произвольно
Посредством применения измерительных линеек
Рекомендаций нет

СУБСТРУКТУРА СУБПЕРИОСТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА - ЭТО

Фиксирующее приспособление имплантата
Внутрикостная часть имплантата
*Каркас субпериостального имплантата под слизисто-надкостничным лоскутом
Все, что находится под тканями организма
Опорная балка субпериостального имплантата

ИМПЛАНТАТНЫЙ ВИНТ СЛУЖИТ

Для постоянной фиксации субпериостального имплантата
Для распределения нагрузки на субпериостальный имплантат
*Для временной фиксации субпериостального имплантата
Для фиксации протеза к субпериостальному имплантату
Все вышеперечисленное

ЧРЕЗКОСТНЫЙ ИМПЛАНТАТ - ЭТО

Имплантат, проходящий через ткань зуба
*Имплантат, проходящий через кость челюсти
Имплантат, проходящий через кортикальную пластинку
Имплантат, находящийся в пределах губчатой кости
Имплантат, находящийся в пределах кортикальной кости

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ КАРКАС - ЭТО

*Губные, язычные или щечные контуры субпериостального имплантата
Субпериостальный имплантат в дистальных отделах зубного ряда
Субпериостальный имплантат окружающий естественный зуб
Субпериостальный имплантат верхней челюсти
Субпериостальный имплантат нижней челюсти

ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

Скальпель
Распатор

Стружкоудалитель
Молоток
*Все вышеперечисленное

БИОАКТИВНЫЕ ИМПЛАНТАТНЫЕ МАТЕРИАЛЫ - ЭТО

Растворяющиеся в среде организма
*Вызывающие реакцию кости
Точного определения нет
Материалы на биологической основе
Костные трансплантаты

КАКУЮ ЦЕЛЬ ПРЕСЛЕДУЮТ, ПОМЕЩАЯ АМОРТИЗАТОРЫ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ?

*Избежать чрезмерной нагрузки на кость
Имитировать естественный зуб
Избежать поломки имплантата
Избежать поломки протеза
Все вышеперечисленное

РЕШЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИНИМАЮТ НА ОСНОВАНИИ

Клинических исследований
Рентгенологических исследований
Лабораторных исследований
Функциональных исследований
*Всех вышеперечисленных исследований

МИНИМАЛЬНО РЕКОМЕНДУЕМОЕ СООТНОШЕНИЕ ВНУТРИКОСТНОЙ И ВНУТРИРОТОВОЙ ЧАСТЕЙ ЭНДОССАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА

1:2
*1:1
1:3
2:1
3:1

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИМПЛАНТАЦИИ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

Состояние зубочелюстной системы
Величину дефекта зубного ряда
Степень атрофии
Общие заболевания
*Все вышеперечисленные факторы

В КАКИХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИТУАЦИЙ ПРОГНОЗ ИМПЛАНТАЦИИ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ?

Антагонисты - здоровый зубной ряд
Антагонисты - несъемный дуговой металлокерамический протез
*Антагонисты - полный съемный протез
Антагонисты - бюгельный протез
Антагонисты - частичный пластинчатый протез

ИНДИВИДУАЛЬНО ИЗГОТАВЛИВАЮТ

Внутрикостные пластиночные имплантаты из титана
Внутрикостные пластиночные имплантаты из хромо-кобальтового сплава
Имплантаты из керамики

Имплантаты из углерода
*Субпериостальные имплантаты

ЭНДОДОНТО-ЭНДОССАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ МОГУТ ИЗГОТАВЛИВАТЬСЯ

Из титана
Из тантала
Из хромо-кобальтового сплава
Из алюмооксидной керамики
*Все вышеперечисленное верно

ЭНДО-СУБПЕРИОСТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТ

Из титана
Из вольфрама
*Из хромо-кобальтового сплава
Из тантала
Из серебряно-палладиевого сплава

ДОПУСТИМО ЛИ ДОПРЕПАРИРОВАНИЕ ГОЛОВКИ МЕТАЛЛИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА В ПОЛОСТИ РТА?

*Допустимо при обильном охлаждении с применением кофердама
Категорически не допустимо
Допустимо в исключительных случаях
Допустимо на верхней челюсти
Допустимо при обильном охлаждении и с применением кофердама только на нижней челюсти

КОНСТРУКЦИЮ СУБПЕРИОСТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА ОПРЕДЕЛЯЕТ

*Врач
Зубной техник
Пациент
Врач и пациент
Все вышеперечисленные

КНОПОЧНЫЙ ФИКСАТОР СУБПЕРИОСТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА СЛУЖИТ

Для распределения нагрузки
*Для лучшей ретенции
Для стимуляции костеобразования
Для упрочнения конструкции
Все вышеперечисленное

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ОСЬ РАЗМЕЩЕНИЯ КНОПОЧНЫХ ФИКСАТОРОВ СУБПЕРИОСТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА

Поперечная во фронтальном отделе
Поперечная в среднем отделе
Поперечная в дистальном отделе
*Диагональная
Не имеет значения

СТЕРИЛИЗАЦИЮ ИМПЛАНТАТА ИЗ ХРОМО-КОБАЛЬТОВОГО СПЛАВА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

В автоклаве
В 2% растворе хлоромина

В тройном растворе
В спирте 96 град.
*В перекиси водорода 4%

КАКОЙ СПОСОБ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ПРИ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ ТИТАНА?

Обработка спиртом
Обработка тройным раствором
Обработка формалином
3% раствор перекиси водорода
*Суховоздушный способ

КОНДУКТОР СЛУЖИТ

Для удерживания имплантата
*Для правильной подготовки ложа под имплантат
Для отвода тепла
Для расширения краев раны
Для проверки правильного положения имплантата

ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В КОСТНОЙ РАНЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

Холодный физиологический раствор
Аминокапроновую кислоту
Перекись водорода 3%
Не представлены
*Все вышеперечисленные

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ

*Проводниковую анестезию
Аппликационную анестезию
Нейролепаналгезию
Масочный наркоз
Эндотрахеальный наркоз

НА КАКУЮ ЧАСТЬ ЭНДОДОНТО-ЭНДОССАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА НАНОСЯТ ЦЕМЕНТ ДЛЯ ФИКСАЦИИ?

На весь имплантат
На внутрикоронковую часть
На внутрикостную часть
*На внутрикоронковую и внутрикостную части
Только в области апекса

ОБЫЧНО ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ИМПЛАНТАЦИИ НАЗНАЧАЮТ

Холод на область операции
Анальгетики
Антибиотики
Сульфаниламиды
*Все вышеперечисленное

ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ШЕЙКИ ВНУТРИКОСТНОГО ИМПЛАНТАТА

Находится под слизистой оболочкой
Находится в пределах слизистой оболочки
Частично находится в слизистой, частично над слизистой оболочкой

*Полностью находится в костной ткани
Частично находится в слизистой оболочке, частично в кости

ОБЯЗАТЕЛЬНО ЛИ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТЕРИЛЬНОГО ОХЛАЖДАЮЩЕГО РАСТВОРА ПРИ ОПЕРАЦИИ ИМПЛАНТАЦИИ?

*Обязательно
Раствор может быть нестерильным
Необходима только дезинфекция раствора
Стерильный раствор используется только при субпериостальной имплантации
В зависимости от общего состояния здоровья пациента

СУБПЕРИОСТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПОКАЗАНА, КОГДА ЕСТЬ

Концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным альвеолярным отростком
Двухсторонний концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным альвеолярным отростком

*Резкая атрофия альвеолярного отростка при полном отсутствии зубов
Дефект одного зуба с хорошо сохранившимся альвеолярным отростком
Ни один из представленных случаев не подходит

МАТЕРИАЛ ИМПЛАНТАТА ДОЛЖЕН ОБЛАДАТЬ ТАКИМИ СВОЙСТВАМИ КАК

Нетоксичность
Отсутствие антигенных свойств
Биологическая стабильность
Стерилизуемость
*Все вышеперечисленное

В ИМПЛАНТОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

Углерод
Керамику
Силикон
Полиметилметакрилат
*Все вышеперечисленное

ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

Имеет небольшое значение
Имплантация показана абсолютно здоровым пациентам
*Имплантация противопоказана при наличии определенных заболеваний
Не имеет значения
Зависит от объема операции

ЗНАЧЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПРОГНОЗЕ ИМПЛАНТАЦИИ

Незначительное влияние
*Важное значение
Не имеет значения
Не изучено
Не рекомендуют проводить в области расположения имплантатов

БОЛЬНОЙ А., 39 ЛЕТ. ДИАГНОЗ: ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, 2
КЛАСС ПО КЕННЕДИ. УМЕРЕННАЯ АТРОФИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ
ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА: 07054321 I 12345670 -----
07050321 I 12340000. РАССТОЯНИЕ ОТ ВЕРШИНЫ ГРЕБНЯ ДО

НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КАНАЛА 16 ММ. СОПУТСТВУЮЩИХ ОБЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕТ. ПРИ ТАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Имплантация невозможна

Имплантация возможна в более пожилом возрасте

*Имплантация возможна

Имплантация невозможна в связи с небольшой величиной альвеолярного гребня

Целесообразно только ортопедическое лечение

БОЛЬНОЙ Б., 78 ЛЕТ. ДИАГНОЗ: ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, 3 КЛАСС ПО КЕННЕДИ. УМЕРЕННАЯ АТРОФИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ В ОБЛАСТИ ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА: 00600321 I 10305600 РАССТОЯНИЕ ОТ ВЕРШИНЫ ГРЕБНЯ ДО НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КАНАЛА 07004321 I 12305008. И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА 10-12 ММ. АТРОФИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ У ОСТАВШИХСЯ ЗУБОВ НА 1/4 ВЫСОТЫ КОРНЕЙ. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ИБС, АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 2 СТАДИИ. ПРИ ДАННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Имплантация показана

Имплантация целесообразна в связи с возрастом больного

Имплантация не показана в связи с возрастом больного

*Имплантация нецелесообразна в связи с возможностью изготовления несъемных конструкций и наличием противопоказаний по общим заболеваниям

Имплантация показана в связи с благоприятными анатомо-топографическими условиями

БОЛЬНОЙ Б., 49 ЛЕТ. ЖАЛОБЫ НА НЕДОСТАТОЧНОЕ ПЕРЕЖЕВЫВАНИЕ ПИЩИ, БОЛИ В ЗУБАХ ПРИ НАКУСЫВАНИИ, ЩЕЛКАНЬЕ В СУСТАВАХ. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА: 00654321 I 12305000 ----- 00000321 I 02040600. ПОДВИЖНОСТЬ ОСТАВШИХСЯ ЗУБОВ 2 СТЕПЕНИ. КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ ЗУБНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ДАННОМ СЛУЧАЕ?

Клинико-рентгенологические методы

Традиционные методы

*Клинико-рентгенологические методы, электромиография, реопародонтография, лабораторные методы

Клинические методы обследования, лабораторные методы, компьютерная томография, ультразвуковое исследование, пробы по нечипоренко

Только клинические методы обследования

БОЛЬНАЯ Г., 25 ЛЕТ. ЖАЛОБЫ НА НЕДОСТАТОЧНОЕ ПЕРЕЖЕВЫВАНИЕ ПИЩИ, БОЛИ В ЗУБАХ ПРИ НАКУСЫВАНИИ, СИЛЬНОЕ СМЫКАНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА: 00054321 I 10340678 ----- 07654001 I 12345078.

ИМЕЕТСЯ СТИРАЕМОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМИ МЕТОДАМИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЗУБНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

*Клинический осмотр, пальпация, перкуссия, ортопантомография, электромиография, томография суставов, изучение гипсовых моделей челюстей, биометрические методы исследования

Клинико-рентгенологическое обследование, реопародонтография, ультразвуковое исследование, консультация специалистов общего профиля

Клинический осмотр, пальпация, перкуссия, изучение гипсовых моделей челюстей, параллелометрия, биометрические методы обследования

Традиционные методы

Клинико-рентгенологическое обследование

БОЛЬНАЯ Д., 45 ЛЕТ. ДИАГНОЗ: ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ДЕНТОАЛЬВЕОЛЯРНОЕ УДЛИНЕНИЕ А5, КАТАРАЛЬНЫЙ ГИНГИВИТ В ОБЛАСТИ НИЖНИХ РЕЗЦОВ. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА: 87603211 I 12305000 -----
---- 07600321 I 12340070. КАКИЕ ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПЕРЕД ЗУБНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ В ЭТОМ КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ?

Беседа с больным, разъяснение о возможных исходах имплантации, обследование по схеме

*Беседа с больным, разъяснение о возможных исходах имплантации, обследование по схеме, лечение у пародонтолога, ортопедическое устранение деформации зуб.ряда и послед. Имплантация и протезирование

Обследование по схеме, последующая имплантация и устранение деформации во время протезирования

Обследование по схеме, последующая имплантация и протезирование без устранения деформации

Любой из вышеперечисленных вариантов на усмотрение врача

БОЛЬНАЯ П., 28 ЛЕТ. ДИАГНОЗ: ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, 2 КЛАСС ПО КЕННЕДИ, ПАРОДОНТИТ, НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ, ОТЛОЖЕНИЕ ЗУБНОГО КАМНЯ НА ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕВА 2 НЕДЕЛИ НАЗАД (В ОБЛАСТИ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ИМПЛАНТАЦИИ) . ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕД ЗУБНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ.

Лечение у пародонтолога с последующей имплантацией и ортопедическим лечением

Лечение у пародонтолога с последующей имплантацией и ортопедическим лечением через 1 месяц

Лечение у пародонтолога, операция имплантации через 6 месяцев с последующим ортопедическим лечением

*Лечение у пародонтолога, изготовление временного съемного протеза на нижнюю челюсть и пользование им в течение 6 месяцев, с последующей имплантацией и изготовлением несъемных протезов

Любой из перечисленных вариантов

БОЛЬНОЙ Ж., 50 ЛЕТ. ДИАГНОЗ: ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ДЕНТОАЛЬВЕОЛЯРНОЕ УДЛИНЕНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СПРАВА, ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТИРАЕМОСТЬ СО СНИЖЕНИЕМ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА НА 4 ММ. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА: 00654321 I 12045070 ----- 07600321 I 12340070. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ПЛАНом ЛЕЧЕНИЯ В ПРЕДСТАВЛЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Имплантация и ортопедическое лечение

*Нормализация окклюзионной плоскости, восстановление высоты нижнего отдела лица на временных протезах, адаптация к новой высоте в течение 3-6 месяцев и затем, имплантация и заключительное протезирование

Восстановление высоты нижнего отдела лица на временных протезах, затем имплантация и заключительное протезирование

Имплантация и заключительное протезирование с восстановлением высоты нижнего отдела лица

Любой из вышеперечисленных вариантов

БОЛЬНАЯ Ж., 20 ЛЕТ. ДИАГНОЗ: ПОЛНАЯ АДЕНТИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА: 07050301 I 12300070 -----
---- 00000000 I 00000000. ОСТЕОПОРОЗ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ. ПОКАЗАНА ЛИ ВНУТРИКОСТНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ В ДАННОМ ПРИМЕРЕ?

*Имплантация невозможна

Имплантация возможна с помощью субпериостального имплантата

Имплантация возможна в отдаленные сроки

Имплантация может быть проведена по настоятельной просьбе больной

Имплантация может быть проведена опытным врачом

БОЛЬНОЙ И., 29 ЛЕТ. ДИАГНОЗ: ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, 2 КЛАСС ПО КЕННЕДИ, РАССТОЯНИЕ ОТ ВЕРШИНЫ ГРЕБНЯ ДО СИНУСА 20 ММ, ШИРИНА ГРЕБНЯ 8 ММ. КАКОЙ ВИД ИМПЛАНТАТА ПОКАЗАН В ДАННОМ ПРИМЕРЕ?

*Внутрикостный пластиночный

Полный субпериостальный

Частичный субпериостальный

Эндодонто-эндоссальный

Игольчатый

БОЛЬНОЙ К., 48 ЛЕТ. ДИАГНОЗ: ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, 2 КЛАСС ПО КЕННЕДИ. ВЫРАЖЕННАЯ АТРОФИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ В ОБЛАСТИ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ИМПЛАНТАЦИИ. РАССТОЯНИЕ ОТ ВЕРШИНЫ ГРЕБНЯ ДО СИНУСА 4-5 ММ, ШИРИНА ГРЕБНЯ 7-8 ММ КАКОЙ ВИД ИМПЛАНТАТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН В ДАННОЙ СИТУАЦИИ?

Полный субпериостальный

*Частичный субпериостальный

Эндо-субпериостальный

Винтовой

Пластиночный

БОЛЬНОЙ Л., 50 ЛЕТ. ДИАГНОЗ: ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОТСУТСТВИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕЗЦА, РАССТОЯНИЕ ОТ ВЕРШИНЫ ГРЕБНЯ ДО СИНУСА 16 ММ, ШИРИНА ГРЕБНЯ 9 ММ. ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАН

Внутрикостный пластиночный имплантат

*Цилиндрический титановый имплантат

Полный субпериостальный имплантат

Частичный субпериостальный имплантат

Эндодонто-эндоссальный имплантат

БОЛЬНАЯ П., 55 ЛЕТ. ДИАГНОЗ: ПОЛНАЯ АДЕНТИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА: 07600321 I 12300670 -----
----- 00000000 I 00000000. ЗУБЫ ИМЕЮТ ПОДВИЖНОСТЬ 1-2 СТЕПЕНИ. УМЕРЕННАЯ АТРОФИЯ ГРЕБНЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ И РЕЗКАЯ АТРОФИЯ В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ. ВИД ИМПЛАНТАЦИИ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

Пластиночные имплантаты на нижней челюсти с последующим изготовлением несъемных конструкций на обе челюсти

Субпериостальный имплантат на нижней челюсти с последующим изготовлением несъемных конструкций на обе челюсти

*Внутрикостная имплантация на нижней челюсти во фронтальном отделе с последующим изготовлением несъемных конструкций на верхнюю челюсть и съемного протеза на нижнюю

Имплантация нецелесообразна

Любой из перечисленных способов

БОЛЬНОЙ Н., 25 ЛЕТ. ДИАГНОЗ: ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЯХ, РЕЗКАЯ АТРОФИЯ ГРЕБНЯ НА ОБЕИХ ЧЕЛЮСТЯХ. РАССТОЯНИЕ ДО ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ И НИЖНЕАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА 2-4 ММ, ШИРИНА ГРЕБНЯ 6-8 ММ. В ДАННОМ СЛУЧАЕ МОГУТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНЫ Пластиночные имплантаты на обе челюсти

*Полные субпериостальные имплантаты на обе челюсти

Эндо-субпериостальные имплантаты на верхнюю и нижнюю челюсти

Цилиндрические

Любой из вышеперечисленных способов

БОЛЬНОЙ М., 45 ЛЕТ. ДИАГНОЗ: ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, 2 КЛАСС ПО КЕННЕДИ. НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 3 КЛАСС. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА: 07600321 I 12000008 ----- 07604321 I 12340000. ЗУБЫ УСТОЙЧИВЫ. УМЕРЕННАЯ АТРОФИЯ ГРЕБНЯ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. ВЫСОТА 12-14 ММ И ШИРИНА 5-7 ММ. ИМПЛАНТАЦИЯ НА ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЯХ В ПРЕДСТАВЛЕННОЙ СИТУАЦИИ

Нецелесообразна

Показана только на верхней челюсти

Показана только на нижней челюсти

*Показана на обеих челюстях

Невозможна из-за неблагоприятных анатомо-топографических условий

БОЛЬНОЙ Р., 28 ЛЕТ. ДИАГНОЗ: ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, 1 КЛАСС ПО КЕННЕДИ. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА: 00004301 I 12300000 ----- 00050021 I 12305000. У ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ БРУКСИЗМ И ВЫРАЖЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВАХ. ВНУТРИКОСТНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ

*Невозможна

Возможна с помощью субпериостального имплантата

Возможна в отдаленные сроки после утраты всех зубов

Может быть проведена по настоятельной просьбе больной

Может быть проведена опытным врачом

УСЛОВНО-СЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИМЕНЯЮТ

При использовании пластиночных фиброоссальных имплантатов

*При использовании винтовых разборных оссеоинтегрированных имплантатов

При использовании субпериостальных имплантатов

Применяют в зависимости от пожелания пациента

Только при неблагоприятном прогнозе имплантации