

Частное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
«Санкт-Петербургский институт стоматологии последипломного
образования»

«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор ЧОУ «СПб ИНСТОМ»

 Чибисова М.А.
« 14 » мая 2018г.

**Б3 ПРОГРАММА ИТОГОВОЙ
(ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ**

(шифр и наименование учебной дисциплины (модуля по учебному плану))

**ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.77 ОРТОДОНТИЯ**

(код и наименование направления подготовки (специальности))

врач-ортодонт

(квалификация)

форма обучения очная

Рассмотрена и одобрена
на заседании Научно-
педагогического совета ЧОУ «СПб
ИНСТОМ»

« 14 » мая 2018г.
протокол № 06-18

Санкт-Петербург
2018 г.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

№ п/п	Наименование раздела	Страница
1.	Состав рабочей группы по разработке программы итоговой (государственной итоговой) аттестации основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.77 Ортодонтия	
2.	Общие сведения о программе итоговой (государственной итоговой) аттестации основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре	
3.	Условия допуска к итоговой (государственной итоговой) аттестации	
4.	Требования к результатам освоения основной профессиональной образовательной программы	
5.	Порядок организации и проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации	
5.1	Компьютерное тестирование (I этап)	
5.2	Практическая часть (II этап)	
5.3	Теоретическая часть (III этап)	
6.	Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой (государственной итоговой) аттестации	
6.1	Учебная литература	
6.2	Программное обеспечение и информационно-справочные системы	
6.3	Интернет-ресурсы	
7.	Материально-техническое обеспечение итоговой (государственной итоговой) аттестации	
8.	Методические указания экзаменуемым	
9.	Методические указания членам экзаменационной комиссии по порядку подготовки и проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации по этапам проведения	
10.	Фонд оценочных средств итоговой (государственной итоговой) аттестации	
10.1	Перечень компетенций, сформированных в результате изучения программы, описание показателей и критериев оценивания компетенций	
10.2.1	Перечень вопросов для компьютерного тестирования итоговой (государственной итоговой) аттестации (I этап)	
10.2.2	Критерии оценки результатов компьютерного тестирования (I этап)	
10.3.1	Перечень заданий, ситуационных задач для практической части (II этап)	
10.3.2	Критерии оценки заданий и ситуационных задач для практической части (II этап)	
10.4.1	Перечень вопросов теоретической части итоговой (государственной итоговой) аттестации (III этап)	
10.4.2	Критерии оценки ответа на вопросы теоретической части (III этап)	
10.5	Критерии итоговой оценки итоговой (государственной итоговой) аттестации	
10.6	Требования к содержанию материалов итоговой (государственной итоговой) аттестации	

1. Состав рабочей группы по разработке программы итоговой (государственной итоговой) аттестации основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.77 Ортодонтия

№ п/п	Ученая степень и звание	Занимаемая должность	Фамилия, Имя, Отчество
Составитель			
1.	Доктор медицинских наук, профессор	Заведующий кафедрой ортодонтии	Фадеев Роман Александрович
Ответственный редактор			
1.	Кандидат медицинских наук, доцент	Проректор по учебной работе	Морев Владимир Сергеевич

Программа государственной (итоговой) аттестации соответствует требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.77 Ортодонтия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации 27 августа 2014 года №1128, приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 года №227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», учебному плану, запросам и требованиям заказчика кадров.

Программа итоговой (государственной итоговой) аттестации рассмотрена и одобрена на заседании кафедры ортодонтии «25» апреля 2018 г. протокол № 04.

Общие сведения о программе итоговой (государственной итоговой) аттестации основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре

Итоговая (государственная итоговая) аттестация реализуется в рамках блока итоговой (государственной итоговой) аттестации основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.77 Ортодонтия. Итоговая (государственная итоговая) аттестация организуется и проводится на 2 курсе в 4 семестре. Итоговая (государственная итоговая) аттестация является формой итоговой аттестации, проводится согласно графика учебного процесса после освоения всех дисциплин, и прохождения практик, предусмотренных учебным планом.

Цель. Итоговый междисциплинарный экзамен имеет своей целью проверку уровня теоретической и практической подготовленности выпускника, его соответствия требованиям Федеральных государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по соответствующей специальности, степени освоения компетенций и оценку его подготовленности к выполнению профессиональных задач. По результатам итоговой (государственной итоговой) аттестации решается вопрос о присвоении выпускникам квалификации по специальности «Ортодонтия» и выдаче им диплома государственного образца (врач-ортодонт).

Задача. Связать знания, полученные при изучении дисциплин базовой, вариативной части учебной программы, и дисциплин по выбору обучающегося, продемонстрировать умение применять их в своей профессиональной деятельности, продемонстрировать умение ориентироваться в специальной литературе, проявить навыки практического применения полученных в ходе практик навыков в конкретной ситуационной задаче.

3. Условия допуска к итоговой (государственной итоговой) аттестации

К итоговой (государственной итоговой) аттестации допускаются ординаторы, выполнившие требования учебной программы по всем дисциплинам, учебным темам, положительно аттестованных по всем видам промежуточного контроля при изучении дисциплин и прохождении практик.

4. Требования к результатам освоения основной профессиональной образовательной программы

В рамках проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации оценивается степень соответствия практической и теоретической подготовленности выпускника к выполнению профессиональных задач, степени освоения компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.77 «Ортодонтия». Успешно освоившим основную профессиональную образовательную программу высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.77 Ортодонтия., считается обучающийся выполнивший в полном объеме требования всех предусмотренных учебным планом учебных программ дисциплин и практик, положительно аттестованный по всем видам текущего и рубежного контроля, успешно прошедший промежуточную аттестацию по всем предусмотренным учебным планом и учебными программами дисциплин и практик.

В результате обучения по образовательной программе в ординатуре по специальности «Ортодонтия» выпускник должен быть подготовлен к следующим видам деятельности:

В результате освоения программы ординатуры по дисциплине «Ортодонтия» выпускник должен обладать следующими компетенциями:

универсальные компетенции (УК):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);
- 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);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6);

лечебная деятельность:

- готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи (ПК-7);
- готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8);

реабилитационная деятельность:

- 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);

психолого-педагогическая деятельность:

- 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);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);
- готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

В результате завершения обучения в области профессиональной деятельности

При проведении Государственной итоговой аттестации предъявляются нижеследующие требования к уровню подготовленности. Выпускники ординатуры должны:

знать:

- принципы социальной гигиены и организации ортодонтической (стоматологической) помощи;
- вопросы правовой основы и структура организации ортодонтической помощи детскому населению, подросткам и взрослым;
- принципы диспансеризации и участкового метода обслуживания детей и подростков в ортодонтии;
- нормы клинической нагрузки врача-ортодонта;
- показатели эффективности работы врача-ортодонта;
- методы профилактики зубочелюстных аномалий;
- содержание санитарного просвещения в ортодонтии;
- вопросы организации изобретательской и рационализаторской работы;
- основы медицинской психологии;
- понятие о врачебной этике и деонтологии;
- вопросы охраны труда стоматологов;
- вопросы страховой медицины;
- вопросы судебной медицины;
- клиническую анатомию мозгового отдела черепа;
- клиническую анатомию лицевого отдела черепа;
- развитие зубочелюстной системы в период временного и смешанного прикуса;
- периоды формирования прикуса постоянных зубов;

- влияние роста челюстей на формирование прикуса;
- виды клинического, функционального и лабораторного метода обследования пациентов;
- принципы построения диагноза в ортодонтии;
- классификацию патологии зубочелюстной системы;
- общие принципы и способы ортодонтического лечения;
- аппаратные методы лечения зубочелюстных аномалий;
- комплексные методы лечения зубочелюстных аномалий;
- применение методов миотерапии, психотерапии, физиотерапии и логопедии в комплексе лечения зубочелюстных аномалий;
- показания к хирургическому лечению в сочетании с ортодонтическим;
- вопросы оценки результатов лечения, его ретенции;
- организацию работы ортодонтической лаборатории;
- конструктивные особенности и технологию изготовления деталей внутри ротовых несъемных ортодонтических аппаратов;
- основные конструкции внутри ротовых несъемных ортодонтических аппаратов;
- конструктивные особенности и технологию изготовления деталей внутри ротовых съемных ортодонтических аппаратов;
- основные конструкции внутри ротовых съемных ортодонтических аппаратов;
- основные конструкции вне ротовых ортодонтических аппаратов и приспособлений;
- развитие, рост, формирование лица и зубочелюстной системы в норме;
- этиологию, патогенез зубочелюстных аномалий и деформаций;
- основы профилактики зубочелюстных аномалий и деформаций;
- клинические разновидности аномалий зубов и зубных рядов;
- общие принципы лечения аномалий зубов и зубных рядов;
- характеристику разновидностей прикуса в норме и при патологии зубочелюстной системы;
- клинико-морфологические разновидности форм дистального прикуса, диагностику и методы его лечения;
- клинико-морфологические разновидности форм мезиального прикуса, диагностику и методы его лечения;
- клинико-морфологические разновидности форм открытого прикуса, диагностику и методы его лечения;
- клинико-морфологические разновидности форм глубокого прикуса, диагностику и методы его лечения;

- клинико-морфологические разновидности форм перекрестного прикуса, диагностику и методы его лечения;
- разновидности дефектов коронок зубов и зубных дуг;
- последствия нарушения целостности коронок зубов и зубных рядов;
- клинико-биологические основы ортодонтического лечения;
- возрастные особенности конструирования зубных протезов;
- заболевания пародонта;
- разновидности травм в зубочелюстной области и тактику врача-ортодонта при этом;
- виды врожденных пороков лица и челюстей и принципы их лечения;
- деформации челюстей, обусловленные воспалительными, травматическими и неопластическими заболеваниями;
- принципы организации и задачи службы медицинских катастроф;
- принципы лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения в чрезвычайных ситуациях;
- организацию и этапность оказания квалифицированной медицинской и специализированной стоматологической помощи;
- клинику, диагностику острых неотложных состояний, инфекционных болезней;
- методы профилактики и лечения болезни зубов. возможности и особенности ортодонтического лечения лиц с такими заболеваниями;
- показания к ортодонтическому лечению взрослых с заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта;
- особенности гигиены полости рта при применении съемной и несъемной ортодонтической аппаратуры;
- современные методы обезболивания в стоматологии;
- методы обследования пациентов с хирургическими стоматологическими заболеваниями;
- клинику, диагностику и принципы лечения функциональных заболеваний височно-нижнечелюстных суставов у детей;
- этиологию, патогенез, клинические проявления артрита, остеоартроза, синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава;
- закономерности функционирования организма и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем;
- методики исследования различных функций человека для оценки состояния его здоровья, применяемые в стоматологии;
- основные закономерности и роли причин, условий и реактивность организма в возникновении заболеваний;

- общие закономерности патогенеза и морфогенеза, а также основные аспекты учения о болезни. причины, механизмы развития и проявления патологических процессов, лежащих в основе различных заболеваний;
- методологические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных стоматологических заболеваний человека;
- общественное здоровье и здравоохранение. показатели общественного здоровья, факторы, активно влияющие на эти показатели. роль здравоохранения в их формировании;
- роль страховой медицины в реформе здравоохранения;
- общие принципы использования компьютерной техники во врачебной практике.
- конкретные возможности компьютеризации организационной, диагностической и лечебной деятельности врача;
- формирование банка данных и возможности его использования.

уметь:

- проводить эпидемиологическое обследование населения с целью выявления распространенности зубочелюстных аномалий;
- определять нуждаемость и потребность в ортодонтической помощи среди детей, подростков и взрослых;
- вести отчетно-учетную документацию;
- определить порядок организации ортодонтической профилактики, планировать ее объем;
- организовать работу ортодонтической диагностической лаборатории;
- организовать ортодонтической диагностики зуботехнической лаборатории;
- планировать объемы, сроки лечения в зависимости от степени выраженности морфологических и функциональных нарушений в зубочелюстной системе;
- организовать ортодонтическую помощь больным с врожденной патологией челюстно-лицевой области;
- организовать ортодонтическую помощь подросткам и взрослым;
- проводить санитарное просвещение в ортодонтии;
- провести полное обследование пациента;
- интерпретировать результаты обследования для постановки полного ортодонтического диагноза;

- владеть клиническим и лабораторными методами обследования пациентов;
- установить предварительный и окончательный диагноз;
- определить степень тяжести заболевания, степень трудности его лечения;
- планировать объем, сроки ортодонтического лечения;
- проводить профилактику зубочелюстных аномалий у пациентов разных возрастных групп;
- определять прогноз лечения;
- определять показания к выбору методов лечения (аппаратурного или комплексного);
- выявлять необходимость миотерапии, психотерапии, физиотерапии и логопедии в комплексе ортодонтического лечения;
- определять показания к хирургическому лечению в сочетании с ортодонтическим;
- оценить результаты ортодонтического лечения и их устойчивость;
- правильно выбрать вид ретенционного аппарата и определить срок его действия;
- выбрать для ортодонтического лечения наиболее эффективные аппараты и определить их конструкцию;
- определить этиологию, патогенез зубочелюстных аномалий и деформаций;
- определить показания к применению различных методов к профилактике зубочелюстных аномалий;
- проводить обследования пациентов с разновидностями аномалий зубов и зубных рядов для диагностики и выбора методов их лечения;
- провести дифференциальную диагностику форм дистального прикуса, выбрать эффективные методы их лечения;
- провести дифференциальную диагностику форм мезиального прикуса, выбрать эффективные методы их лечения;
- провести дифференциальную диагностику форм открытого прикуса, выбрать эффективные методы их лечения;
- провести дифференциальную диагностику форм глубокого прикуса, выбрать эффективные методы их лечения;
- провести дифференциальную диагностику форм перекрестного прикуса, выбрать эффективные методы их лечения;
- выбрать правильную конструкцию зубных протезов при дефектах зубов, зубных рядов;

- проводить диагностику заболеваний пародонта у детей, подростков и взрослых;
- оценить тяжесть травмы в челюстно-лицевой области и определить тактику лечения;
- выявлять заболевания краевого пародонта и определять особенность ортодонтического лечения и протезирования;
- выбрать правильную тактику ортодонтического и ортопедического лечения при травмах в челюстно-лицевой области;
- проводить диагностику различных видов врожденной патологии в развитии лица и челюстей и определить лечебную тактику;
- организовать медицинскую помощь на до госпитальном этапе больным с острыми неотложными состояниями и инфекционными болезнями;
- организовать первую врачебную помощь при массовых поражениях населения и ДТП;
- использовать компьютерную технику для составления программ обследования и лечения.

Владеть :

- методом осмотра детей, подростков и взрослых с целью выявления зубочелюстных аномалий;
- клиническими методами обследования пациентов;
- лабораторными методами исследования;
- основными принципами построения ортодонтического диагноза;
- биометрическим исследованием в полости рта, на моделях челюстей и на масках лиц;
- методикой рентгенологического исследования в ортодонтии;
- функциональными методами исследования в ортодонтии;
- методикой планирования ортодонтического лечения (его объема, сроков) и его прогноза;
- методикой подготовки пациента к ортодонтическому лечению;
- вопросами выбора методов ортодонтического лечения;
- методикой выбора работы с различными конструкциями съемных и несъемных ортодонтических аппаратов;
- различными методами профилактики зубочелюстных аномалий;
- методами диагностики разновидностей аномалий зубов и зубных рядов и их лечения;
- методами дифференциальной диагностики форм сагиттальных аномалий прикуса и их лечения;

- методами дифференциальной диагностики форм вертикальных аномалий прикуса и их лечения;
- методами дифференциальной диагностики форм трансверзальных аномалий прикуса и их лечения;
- различными видами протетической помощи при дефектах зубов, зубных рядов с учетом вида дефекта, возраста пациентов, состояния парадонта;
- основными принципами лечения врожденных пороков развития лица и челюстей.

5. Порядок организации и проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации

Итоговая (государственная итоговая) аттестация по специальности 31.08.77 «Ортодонтия» проводится в форме итогового экзамена (государственного итогового экзамена), который состоит из трех этапов.

5.1. Компьютерное тестирование (I этап)

В ходе государственной (итоговой) аттестации слушателей ординатуры проводится компьютерное тестирование. Вопросы для тестирования по всем разделам образовательной программы в количестве 1003 разработаны профессорско-преподавательским составом кафедры ортодонтии и используются в рамках компьютерной тестовой программы. Компьютерная программа позволяет автоматически выбрать из общей базы данных 100 вопросов. На ответ на один вопрос тестирования экзаменуемому отводится одна минута. Проведение тестового контроля проводится по учебной программе под руководством преподавателя (руководителя). По вопросам, на которые экзаменуемый не успел ответить, оценки не выставляются. Ответ на каждый вопрос заранее оценивается решением кафедрального коллектива и вносится в соответствующую матрицу оценок. Экзаменуемый, прочитав текст вопроса, с помощью клавиатуры выбирает правильные с его точки зрения варианты ответов, после чего переходит к следующему вопросу теста. Окончание тестирования по текущему вопросу происходит при нажатии кнопки перехода к следующему вопросу.

При возникновении сбоя в работе технических или программных средств составляется акт о причине сбоя, времени его возникновения и продолжительности. После восстановления работоспособности системы экзаменуемый продолжает выполнение теста с того места, на котором он закончил ответ во время сбоя. При невозможности продолжения работы с первоначальным тестом экзаменуемому предъявляется новый тест.

По окончании выполнения теста экзаменатор проставляет результаты тестирования в ведомость.

Результат тестового контроля – количество правильных ответов, объявляется слушателю на следующий день после тестирования после обработки ответов.

При получении оценки «Неудовлетворительно» по тестовому контролю слушатели к сдаче практической части экзамена не допускаются.

Во время тестирования запрещается использовать рабочие тетради, учебную, справочную и иную литературу, а также любые электронные носители информации. Слушатели, нарушающие правила тестирования, отстраняются экзаменатором от экзамена. Причина отстранения указывается рапортом экзаменатора на имя председателя комиссии с подробным изложением обстоятельств.

5.2. Практическая часть (III этап)

Цель практической части государственной (итоговой) аттестации-демонстрация обучающимся практических навыков, решение ситуационных задач.

Прием практической части экзамена проводится в на следующий день после сдачи компьютерного тестирования, порядком, определенным приказом ректора института «О назначении Государственной аттестационной комиссии института и порядке подготовки и проведения итоговых экзаменов». Слушатели прибывают на кафедру в 8.45 для инструктажа о правилах проведения экзамена. Старший группы докладывает председателю комиссии о наличии слушателей и готовности к экзамену.

Председатель комиссии проводит инструктаж о порядке сдачи экзамена, уточняет состояние здоровья слушателей и возможность сдачи экзамена. Лица, имеющие острые заболевания, к экзамену не допускаются. Во время инструктажа разъясняются особенности работы в период проведения экзамена и правила поведения в учебном классе. Разъясняется частная методика приёма экзамена (организация, критерии выставления оценок).

Экзаменуемые для получения экзаменационных заданий и ситуационных задач поочередно входят в класс по предварительно составленному старшим группы списку. Вошедший в класс слушатель, подходит к столу экзаменатора и докладывает: «Товарищ профессор (доцент), слушатель такой-то для сдачи практической части экзамена прибыл». С разрешения экзаменатора слушатель берет экзаменационный билет с вопросами, получает чистые листы бумаги и приступает к подготовке ответов на вопросы задания и ситуационной задачи. Для подготовки к сдаче практической части экзамена отводится не менее 30 мин. В учебном классе одновременно могут находиться не более 5 экзаменуемых.

Проверка знаний и практических навыков у слушателей на экзамене проводится в объеме приобретенных компетенций.

При получении оценки «Неудовлетворительно» по практической части экзамена слушатели к сдаче теоретической части не допускаются.

Во время практической части экзамена запрещается использовать рабочие тетради, учебную, справочную и иную литературу, а также любые электронные носители информации. Слушатели, нарушающие правила практической части экзамена, отстраняются экзаменатором от экзамена. Причина отстранения указывается экзаменатором рапортом на имя председателя комиссии с подробным изложением обстоятельств.

5.3. Теоретическая часть (III этап)

Теоретическая часть государственной (итоговой) аттестации проводится в устной форме по экзаменационным билетам, составленным из перечня вопросов для подготовки к экзамену. Перечень вопросов отражает содержание рабочей программы подготовки по специальности и утверждается начальником кафедры. Экзаменационный билет должен содержать три вопроса.

Экзамен принимается комиссией, назначенной приказом ректора института из числа профессоров и доцентов. Организация проведения теоретической части экзамена до этапа начала подготовки слушателя к ответу по полученному билету не отличается от таковой практической части экзамена.

При приеме теоретической части экзамена в классе могут находиться одновременно не более 5 экзаменуемых. На экзамене может присутствовать начальник кафедры и его заместители. Время, предоставляемое на подготовку к ответу должно составлять не менее 30 минут. Если слушатель начал ответ, но испытывает затруднения при изложении экзаменационного материала, ему может быть предоставлена возможность выбора другого билета. При этом он предупреждается о снижении оценки на один балл.

В процессе сдачи экзамена экзаменаторы имеют право в рамках программы подготовки задавать дополнительные вопросы по специальности подготовки. Во всех случаях дополнительные вопросы должны быть ясно и четко сформулированы, а их содержание не должно выходить за пределы программы.

Результат ответа на вопросы экзаменационного билета определяется экзаменационной комиссией, исходя из установленных критериев оценки с учетом ответа слушателя на выбранный им билет и дополнительно заданные вопросы. Кроме членов экзаменационной комиссии, принимающих экзамен, никто из присутствующих на экзамене не имеет права влиять на оценку знаний слушателя.

Во время теоретической части экзамена запрещается использовать рабочие тетради, учебную, справочную и иную литературу, а также любые электронные носители информации. Слушатели, нарушающие правила поведения, отстраняются комиссией от экзамена. Причина отстранения указывается рапортом на имя председателя комиссии с подробным изложением обстоятельств.

Оценки объявляются председателем экзаменационной комиссии непосредственно после сдачи итогового экзамена последним слушателем группы и фиксируются в экзаменационной ведомости. Экзаменационные ведомости должны быть сданы в учебно-методический отдел института непосредственно в день приема экзамена.

При успешном прохождении государственной (итоговой) аттестации слушатель получает удостоверение установленного образца об

окончании ординатуры и допускается к сдаче сертификационного экзамена по специальности.

Лицам, не прошедшим государственную (итоговую) аттестацию по болезни или иным документально подтвержденным уважительным причинам, устанавливаются индивидуальные сроки сдачи экзамена. В случае получения обучающимся неудовлетворительной оценки данный факт докладывается начальнику факультета, с последующим предоставлением возможности пересдачи итогового экзамена.

В случае повторного получения неудовлетворительной оценки по результатам государственной (итоговой) аттестации, обучающемуся выдается справка о прохождении обучения по программе высшего образования в ординатуре установленного действующими нормативно-правовыми актами образца.

6. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой (государственной итоговой) аттестации

6.1. Учебная литература.

1. Таблицы по клинической анатомии органов челюстно-лицевой области без надписей.

6.2. Программное обеспечение и информационно-справочные системы:

- программы для проведения компьютерного тестирования;
- специализированные программы в составе диагностических комплексов.

6.3. Интернет ресурсы

1. Электронно-библиотечная система МЕДИ издательство:

- Журнал «Институт Стоматологии»
<http://lms2.instom.ru/mod/folder/view.php?id=650>
- Книги «Институт Стоматологии»
<http://lms2.instom.ru/mod/folder/view.php?id=648>
- Газета «Институт Стоматологии»
<http://lms2.instom.ru/mod/folder/view.php?id=649>
- Журнал «Dental Abstracts»
<http://lms2.instom.ru/mod/folder/view.php?id=647>

2. Электронная медицинская библиотека «Консультант врача»
<http://www.rosmedlib.ru/>

7. Материально-техническое обеспечение итоговой (государственной итоговой) аттестации

<p>Учебно-клинические кабинеты в стоматологической клинике, Санкт-Петербург, пр. Металлистов, 58</p>	<p>Тонометр Ростомер Толстотный циркуль Динамометр Весы Адаптометр Установка стоматологическая Гипсовочный стол Место ассистента стоматолога Инструменты стоматологические Инструменты ортодонтические Нож для обрезки моделей Вибростолик Пресс для изготовления пластмассовых протезов Ортодонтическая аппаратура (расходный материал) Стоматологические наконечники: турбинные — 2 шт., угловые — 2 шт., прямые — 2 шт. Аппарат ультразвуковой для снятия отложений зубного камня «Пьезон мастер» или подобный. Аппарат для электроодонтодиагностики. Аппарат для диатермокоагуляции. Аппарат для вакуум-формирования зубных кап «Pro-form» или подобный (1 на кабинет). Внутриротовой сканер Радиовизиограф. Компьютер. Цифровой фотоаппарат</p>
<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного и семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации Санкт-Петербург, пр. Металлистов, 58, аудитория</p>	<p>Специализированная мебель на 25 посадочных мест, набор демонстрационного оборудования (стационарный мультимедийный проектор, средства звуковоспроизведения, экран), персональный компьютер с выходом в Интернет.</p>

№1 (лекционный класс №1).	
<p>Учебная аудитория для практических занятий Санкт-Петербург, пр. Металлистов, 58, аудитория №3 (фантомный класс).</p>	<p>Учебный симулятор стоматологической установки – 12 штук. Специализированная мебель на 12 посадочных мест, Мониторы компьютерные - 13 шт. Компьютер - 1 штука Запасные модели и искусственные зубы для фантомов Наконечники стоматологические: - турбинный 13 штук – повышающий 13 штук – угловой 13 штук 1. Манекен-симулятор для отработки практических навыков по оказанию неотложной помощи. 2. Фантом демонстрационный 3. Стоматологические наконечники: турбинные , угловые, прямые. 4. Шпатель зуботехнический 5. Воск зуботехнический 6. Воск моделировочный 7. Зеркала стоматологические и ручки к ним. 8. Спиртовки. 9. Компьютер.</p>
<p>Помещение для тестирования Санкт-Петербург, пр. Металлистов, 58, аудитория №5 (учебный класс)</p>	<p>Специализированная мебель, персональный компьютер с выходом в Интернет – 4 шт., комплект лицензионного программного обеспечения.</p>
<p>Помещение для самостоятельной работы (Электронный читальный зал) Санкт-Петербург, пр. Металлистов, 58, аудитория №5 (учебный класс)</p>	<p>Специализированная мебель, персональный компьютер с выходом в Интернет – 4 шт., комплект лицензионного программного обеспечения, ЭБС «Консультант врача», доступ в электронную образовательную среду ЧОУ «СПб ИНСТОМ»</p>

8. Методические указания экзаменуемым.

Обучающийся должен самостоятельно обновить полученные ранее знания, умения, навыки, характеризующие теоретическую и практическую подготовленность по темам, содержание которых составляет предмет государственного экзамена и соответствует требованиям по готовности к видам профессиональной деятельности, решению профессиональных задач (и освоению компетенций), перечисленных в разделе 4 настоящей программы.

При подготовке к итоговой (государственной итоговой) аттестации целесообразно:

- внимательно изучить перечень вопросов и определить, в каких источниках находятся сведения, необходимые для ответа на них;
- внимательно прочитать рекомендованную литературу;
- составить краткие конспекты ответов (планы ответов).

Слушатели прибывают в 8.45 для инструктажа о правилах проведения экзамена. Старший группы докладывает председателю комиссии о наличии слушателей и готовности к экзамену.

Председатель комиссии проводит инструктаж о порядке сдачи экзамена, уточняет состояние здоровья слушателей и возможность сдачи экзамена. Лица, имеющие острые заболевания, к экзамену не допускаются. Во время инструктажа разъясняются особенности работы в период проведения экзамена и правила поведения в учебном классе. Разъясняется частная методика приёма экзамена (организация, критерии выставления оценок).

Итоговый экзамен проводится в три этапа:

- первый этап (первый день) – тестирование с использованием компьютерной программы по специально разработанным вопросам;
- второй этап (второй день) – практическая часть экзамена: проверка практических навыков и умений выпускников экзаменационной комиссией;
- третий этап (третий день) – теоретическая часть экзамена: проверка теоретических знаний выпускников экзаменационной комиссией.

9. Методические указания членам экзаменационной комиссии по порядку подготовки и проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации по этапам проведения

9.1. Период проведения:

Итоговый экзамен принимается экзаменационной комиссией. День проведения экзамена, состав экзаменационных комиссий и их председатели определяются приказом ректора института “О назначении Государственной аттестационной комиссии института и порядке подготовки и проведения итоговых экзаменов”.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

- первый этап (первый день) – тестирование с использованием компьютерной программы по специально разработанным вопросам;
- второй этап (второй день) – практическая часть экзамена: проверка практических навыков и умений выпускников экзаменационной комиссией;
- третий этап (третий день) – теоретическая часть экзамена: проверка теоретических знаний выпускников экзаменационной комиссией.

9.2. Порядок организации и проведения

Порядок проведения тестирования:

Тестовый контроль знаний слушателей проводится с использованием компьютерной программы за сутки до сдачи практической и теоретической части экзамена в день и время, определённые приказом ректора института.

Слушатели прибывают на кафедру в 8.45 для инструктажа о правилах проведения тестирования. Старший группы докладывает председателю комиссии о наличии слушателей и готовности к экзамену.

Инструктаж проводит председатель комиссии. Он уточняет состояние здоровья слушателей и возможность проведения тестирования. Лица, имеющие острые заболевания, к тестированию не допускаются.

Во время инструктажа разъясняются особенности работы в период тестирования и правила поведения в классе. Тестирование начинается в 9.00 и проводится в компьютерном классе института.

Экзаменуемый, приступая к тестированию, под руководством экзаменатора с автоматизированного рабочего места с помощью клавиатуры вводит свою фамилию, имя, отчество. Экзаменатор проверяет правильность введенной информации.

Компьютерная программа, предназначенная для проведения тестирования, автоматически случайным образом выбирает из общей базы данных (1003 вопроса) 100 вопросов, относящихся ко всем разделам

программы. На ответ на один вопрос тестирования экзаменуемому отводится одна минута. Во время тестирования экзаменуемому на экране монитора предоставляется следующая информация:

- общее число вопросов в тесте;
- порядковый номер текущего вопроса в тесте;
- текст текущего вопроса;
- варианты ответов на текущий вопрос с кнопками управления;
- результаты ответа слушателя на предшествующие вопросы;
- назначение кнопок управления.

Экзаменуемый, прочитав текст вопроса, с помощью клавиатуры выбирает правильные с его точки зрения варианты ответов, после чего переходит к следующему вопросу теста. Окончание тестирования по текущему вопросу происходит при нажатии кнопки перехода к следующему вопросу.

При возникновении сбоя в работе технических или программных средств составляется акт о причине сбоя, времени его возникновения и продолжительности. После восстановления работоспособности системы экзаменуемый продолжает выполнение теста с того места, на котором он закончил ответ во время сбоя. При невозможности продолжения работы с первоначальным тестом экзаменуемому предъявляется новый тест.

По окончании выполнения теста экзаменатор проставляет результаты тестирования в ведомость.

Результат тестового контроля - количество правильных ответов, объявляется слушателю на следующий день после тестирования после обработки ответов.

При получении оценки «неудовлетворительно» по тестовому контролю слушатели к сдаче практической части не допускаются.

Во время тестирования запрещается использовать рабочие тетради, учебную, справочную и иную литературу, а также любые электронные носители информации. Слушатели, нарушающие правила тестирования, отстраняются экзаменатором от экзамена. Причина отстранения указывается рапортом экзаменатора на имя председателя комиссии с подробным изложением обстоятельств.

Порядок проведения практической части экзамена:

Прием практической части экзамена проводится на следующий день после сдачи компьютерного тестирования, порядком, определенным приказом ректора СПбИНСТОМ. Слушатели прибывают на кафедру и строятся в 8.45 для инструктажа о правилах проведения экзамена. Старший группы докладывает председателю комиссии о наличии слушателей и готовности к экзамену.

Инструктаж проводит председатель комиссии. Он уточняет состояние здоровья слушателей и возможность проведения экзамена. Лица, имеющие острые заболевания, к экзамену не допускаются.

Во время инструктажа разъясняются особенности работы в период проведения экзамена и правила поведения в классе. Экзаменатор разъясняет частную методику приёма экзамена (организация, критерии выставления оценок).

Вызов сдающих на экзамен для получения экзаменационных заданий и ситуационных задач производится по объявленному старостой учебной группы списку очередности.

Вызванный слушатель подходит к столу экзаменатора и докладывает: «Товарищ профессор (доцент), слушатель такой-то для сдачи практической части экзамена прибыл». По разрешению экзаменатора берет билет с вопросом, в котором указываются ФИО больного, его местонахождение и основные мероприятия по диагностике и лечению или ситуационная задача.

Слушатель получает чистые листы бумаги и приступает к курации больного. Для подготовки к сдаче практической части экзамена отводится не менее 30 мин.

Проверка практических знаний и навыков у слушателей на экзамене проводится в соответствии с квалификационными требованиями в части, касающейся того, что слушатель должен уметь и владеть.

При получении оценки «неудовлетворительно» по практической части экзамена слушатели к сдаче теоретической части не допускаются.

Во время практической части экзамена запрещается использовать рабочие тетради, учебную, справочную и иную литературу, а также любые электронные носители информации. Слушатели, нарушающие правила, отстраняются экзаменатором от экзамена. Причина отстранения указывается рапортом экзаменатора на имя председателя комиссии с подробным изложением обстоятельств.

Порядок проведения теоретической части экзамена:

Слушатели, получившие положительную оценку за практическую часть экзамена и получившие допуск к сдаче теоретической части экзамена сдают её в учебном классе кафедры на третий день экзамена. Организация проведения теоретической части экзамена до этапа начала подготовки слушателя к ответу по полученному билету не отличается от таковой на практической части экзамена.

В третьей части экзамена (теоретической) экзаменуемому предлагается комплект билетов.

Для подготовки к ответу по билету испытуемому отводится не менее 30 минут. Закончив подготовку, слушатель докладывает: «Товарищ профессор, слушатель такой-то к ответу по билету № готов». С разрешения экзаменатора начинает ответ на первый вопрос билета. В ходе теоретической части экзамена слушатель должен самостоятельно ответить на три вопроса билета.

При заслушивании ответа, экзаменуемого на один из вопросов билета на экзамене не должен прерываться, кроме случаев, когда:

- имеется уверенность в том, что ответ будет полным и до конца правильным;
- экзаменуемый отвечает не по существу вопроса или допустил грубые ошибки, искажающие суть вопроса и требующие срочного уточнения.

В большинстве случаев следует выслушать экзаменуемого до конца с тем, чтобы определить подлинные знания слушателя по данному вопросу билета.

По окончании ответа по каждому вопросу билета экзаменаторы могут задавать дополнительные или уточняющие вопросы. Рекомендуются ставить дополнительные вопросы в случаях, когда:

- ответ экзаменуемого оказался недостаточно полным, четким и ясным;
- в ответе упущены существенно важные стороны вопроса или допущены серьезные ошибки;
- ответ на вопрос билета не вызывает твердой уверенности экзаменатора в достаточности знаний экзаменуемого;
- по тем или иным причинам у экзаменатора возникло сомнение в самостоятельности подготовки ответа и в понимании его сути экзаменуемым;
- экзаменатор колеблется в определении оценки знаний.

Во всех случаях дополнительные вопросы должны быть ясно и четко сформулированы, а их содержание не должно выходить за пределы программы.

Кроме членов комиссии, принимающих экзамен, никто из присутствующих на экзамене, не имеет права влиять на оценку знаний слушателя.

Во время теоретической части экзамена запрещается использовать рабочие тетради, учебную, справочную и иную литературу, а также любые электронные носители информации. Слушатели, нарушающие правила, отстраняются экзаменатором от экзамена. Причина отстранения указывается рапортом экзаменатора на имя председателя комиссии с подробным изложением обстоятельств.

10. Фонд оценочных средств итоговой (государственной итоговой) аттестации

10.1. Перечень компетенций, сформированных в результате изучения программы, описание показателей и критериев оценивания компетенций.

Шифр компетенции, её расшифровка	Степень сформированности компетенций		
	Пороговый	Базовый	Повышенный
Универсальные компетенции (УК)			
УК-1 Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	<p>Знает: Нормы культуры мышления, основы логики, нормы критического подхода, основы методологии научного знания, формы анализа.</p> <p>Умеет: Адекватно воспринимать информацию, логически верно, аргументировано и ясно строить устную и письменную речь, критически оценивать свои достоинства и недостатки, анализировать социально значимые проблемы.</p> <p>Владет: Навыками постановки цели, способностью в устной и письменной речи логически оформить результаты мышления, навыками выработки мотивации к выполнению профессиональной деятельности, решения социально и личностно значимых проблем.</p>	<p>Знает: Методы абстрактного мышления при установлении истины, методы исследования путём мысленного расчленения объекта (анализ) и путём изучения предмета в его целостности, единстве его частей (синтез).</p> <p>Умеет: С использованием методов абстрактного мышления, анализа и синтеза анализировать альтернативные варианты решения поставленных задач и оценивать экономическую эффективность реализации этих вариантов.</p> <p>Владет: Целостной системой навыков использования абстрактного мышления при решении проблем, возникающих в ходе практической деятельности, навыками отстаивания своей точки зрения.</p>	<p>Знает: Основные способы применения методик абстрактного мышления, анализа, синтеза при использовании их в повседневной практической деятельности.</p> <p>Умеет: При решении практических задач генерировать новые идеи, поддающиеся операционализации исходя из наличных ресурсов и ограничений.</p> <p>Владет: Навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению практических задач, в том числе в междисциплинарных областях.</p>
УК-2 Готовность к управлению	<p>Знает: Особенности культуры общения с учетом</p>	<p>Знает: Психологическую характеристику малых</p>	<p>Знает: Основные характеристики</p>

<p>коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</p>	<p>социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий. Умеет: Учитывать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия при общении и коммуникациях с сотрудниками и пациентами. Владеет: Основами психологии общения и коммуникаций в практической деятельности с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий.</p>	<p>социальных групп; Организацию и методику изучения межличностных отношений в коллективах; Диагностику и способы разрешения конфликтных ситуаций в коллективе. Умеет: Проводить психологический анализ конфликтных ситуаций, возникших в процессе профессиональной деятельности. Владеет: Методикой изучения социально-психологического климата в малой группе.</p>	<p>коллектива, его особенности, стадии развития; принципы управления коллективом, функции управления; Методы управления коллективом, этические нормы и принципы делового общения. Умеет: Прогнозировать и планировать процесс управления коллективом в соответствии с его особенностями и профессиональными задачами; толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия. Владеет: Приемами делового общения; основами этикета и этической защиты в деятельности современного делового человека; методикой подготовки и проведения публичного выступления.</p>
<p>УК-3 Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского</p>	<p>Знает: Нормативно-правовые основы системы медицинского (фармацевтического) образования; Цели, задачи и содержание образовательной деятельности. Умеет:</p>	<p>Знает: Требования профессиональных стандартов, ФГОС и квалификационных требований по специальностям среднего и высшего медицинского (фармацевтического) образования;</p>	<p>Знает: Особенности организации образовательного процесса по программам высшего, среднего профессионального и дополнительного профессионального образования;</p>

<p>образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.</p>	<p>Использовать действующую нормативно-правовую базу в профессиональной педагогической деятельности. Владеет: Навыками использования методических материалов для проведения занятий по программам медицинского (фармацевтического) образования; Навыками реализации положений руководящих документов в организации образовательного процесса.</p>	<p>Основы дидактики профессионального образования; Современные образовательные технологии профессионального образования; Основы методической работы преподавателя; Методику разработки и применения контрольно-измерительных и контрольно-оценочных средств, интерпретации результатов контроля и оценивания; Требования к учебно-методическому обеспечению учебных курсов, дисциплин (модулей) программ высшего, среднего профессионального и дополнительного профессионального образования. Умеет: Разрабатывать учебно-методические материалы для проведения учебных занятий практической направленности в системе медицинского (фармацевтического) образования; Организовать и провести учебное занятие в соответствии с программами медицинского (фармацевтического) образования. Владеет: Навыком разработки и применения контрольно-измерительных и контрольно-оценочных средств, интерпретации</p>	<p>Профессионально-ориентированные технологии обучения по специальности; Требования ФГОС к целям, содержанию, формам обучения и результатам подготовки различных медицинских специальностей; Педагогические аспекты в работе врача; влияние процессов гуманизации общества на медицинскую практику; Возрастные особенности развития личности; цели и задачи непрерывного медицинского образования. Умеет: Разрабатывать и обновлять (под руководством специалиста более высокого уровня квалификации) рабочие программы учебных курсов, дисциплин (модулей); Использовать педагогически обоснованные формы, методы и приемы организации деятельности обучающихся, применять современные технические средства обучения и образовательные технологии; Создавать на</p>
--	---	---	--

		<p>результатов контроля и оценивания.</p>	<p>занятиях проблемноориентированную образовательную среду, обеспечивающую формирование у обучающихся компетенций, предусмотренных требованиями ФГОС, КТ ВПП, ОПОП или ДПП; Организовать процесс обучения с использованием современных педагогических технологий; использовать формы, методы, средства обучения и воспитания в педагогической деятельности; реализовывать педагогическую деятельность по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам.</p> <p>Владеет: Навыком разработки и обновления (под руководством специалиста более высокого уровня квалификации) учебно-методических материалов для проведения всех видов учебных занятий по преподаваемым курсам, дисциплинам (модулям)</p>
--	--	---	---

			Современными образовательными технологиями; Навыками формирования и развития учебно-исследовательской деятельности у обучающихся; способами анализа собственной деятельности.
Профессиональные компетенции (ПК)			
ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его	Знает: Содержание основных положений законодательных и нормативно-правовых документов РФ в сфере охраны здоровья населения; Методические подходы по формированию здорового образа жизни, осуществления первичной, вторичной профилактики заболеваний в объеме первичной медико-санитарной помощи; Принципы регуляции физиологических функций и приспособления организма человека к условиям внешней среды; Роль внешней среды в развитии патофизиологических изменений в организме человека. Умеет: Применять положения нормативно-правовой базы РФ в сфере охраны здоровья населения для формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в объеме первичной медико-	Знает: Психофизиологическую характеристику профессиональной деятельности врачей ортодонтонтов; Средства и методы сохранения и восстановления работоспособности врача-ортодонта; Факторы стресса при ортодонтическом лечении и его проявления; Задачи и организацию психологического сопровождения ортодонтического лечения; Распространенность основных стоматологических заболеваний; Основные принципы здорового образа жизни; Причины и условия возникновения и распространения стоматологических заболеваний; Ранние клинические признаки стоматологических заболеваний; основные принципы профилактики стоматологических	Знает: Факторы риска заболеваний зубочелюстной системы, включая вредные привычки и факторы внешней среды. Умеет: Определять нуждаемость и потребность в ортодонтической помощи среди детей, подростков и взрослых; Определить порядок организации ортодонтической профилактики, планировать ее объем. Владеет: Определять порядок организации ортодонтической профилактики, планировать ее объем; Проводить санитарное просвещение в ортодонтии; Проводить профилактику зубочелюстных аномалий у пациентов разных возрастных групп.

<p>обитания.</p>	<p>санитарной помощи; Оценивать психэмоциональное состояние организма пациента. Владеет: Навыками анализа законодательной и нормативно-правовой базы РФ в сфере охраны здоровья в интересах осуществления профессиональной деятельности в вопросах формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний; Методиками оценки психэмоционального состояния организма человека.</p>	<p>заболеваний; Правила соблюдения санитарно-эпидемиологического режима при осуществлении медицинской стоматологической помощи. Умеет: Проводить психологическую подготовку перед ортодонтическим лечением; Разъяснение необходимости ортодонтического лечения для достижения оптимального психологического состояния и здоровья пациента; Разъяснение сущности предполагаемого лечения и роли самого пациента в достижении благоприятного конечного результата; Выявлять и оценивать выраженность факторов риска развития и прогрессирования стоматологических заболеваний; Выявлять ранние симптомы зубочелюстных аномалий. Владеет: Методиками психофизиологического обследования пациентов; Навыками оценки клинических признаков развития и прогрессирования зубочелюстных аномалий;</p>	
------------------	--	---	--

		Методами ранней диагностики зубочелюстных аномалий.	
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией.	Знает: Понятие о профилактическом медицинском осмотре; Особенности гигиены полости рта при применении съемной и несъемной ортодонтической аппаратуры; Порядок организации реабилитации пациентов с зубочелюстными аномалиями. Умеет: Провести профилактический медицинский осмотр. Владеет: Навыками проведения профилактического медицинского осмотра.	Знает: Организацию проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и диспансерно-динамического наблюдения в ортодонтии; Диспансеризацию, диспансерно-динамическое наблюдение участковый метод обслуживания детей и подростков в ортодонтии; Организацию проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и диспансерно-динамического наблюдения детей со стоматологической патологией. Умеет: Определить порядок организации ортодонтической профилактики, планировать ее объем; Определять потребность и потребность в ортодонтической помощи среди детей, подростков и взрослых; Определить порядок организации профилактики кариеса и его осложнений, планировать ее объем; Определять потребность и потребность в	Знает: Перечень лечебно-диагностических мероприятий диспансерно-динамического наблюдения по нозологическим формам наиболее распространенных зубочелюстно-лицевых аномалий; Перечень лечебно-диагностических мероприятий при диспансерно-динамическом наблюдения детей со стоматологической патологией. Умеет: Составить перечень лечебно-диагностических мероприятий диспансерно-динамического наблюдения по нозологическим формам наиболее распространенных зубочелюстно-лицевых аномалий; Дать анализ эффективности проведенных лечебно-диагностических мероприятий у лиц, находящихся под диспансерно-динамическим наблюдением; Проводить санитарное просвещение в ортодонтии; Составить перечень

		<p>стоматологической помощи среди детей.</p> <p>Владеет:</p> <p>Навыками организации и проведения профилактического медицинского осмотра;</p> <p>Навыками углубленного медицинского обследования с выявлением зубочелюстно-лицевых аномалий и диспансерно-динамического наблюдения в ортодонтии;</p> <p>Навыками организации и проведения профилактического мероприятий;</p> <p>Навыками организации и проведения профилактического медицинского осмотра;</p> <p>Навыками углубленного медицинского обследования с выявлением риска возникновения кариеса и его осложнений.</p>	<p>лечебно-диагностических мероприятий при диспансерно-динамическом наблюдения за детьми со стоматологической патологией;</p> <p>Дать анализ эффективности проведенных лечебно-диагностических мероприятий у детей, находящихся под диспансерно-динамическим наблюдением.</p> <p>Владеет:</p> <p>Методикой раннего и своевременного выявления факторов риска и зубочелюстно-лицевых аномалий в процессе диспансеризации, профилактических осмотров;</p> <p>Профессионально реализовать установленные лечебно-профилактические мероприятия;</p> <p>Методикой раннего и своевременного выявления факторов риска возникновения кариеса и его осложнений в процессе диспансеризации, профилактических осмотров;</p> <p>Профессионально реализовать установленные лечебно-профилактические мероприятия.</p>
--	--	--	---

<p>ПК-3 Готовность к проведению противоэпидемиологических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.</p>	<p>Знает: Объем и содержание санитарно-противоэпидемиологических (профилактических) мероприятий при выявлении больного (подозрительного на заболевание) с особо опасными инфекциями; Руководящие документы, регламентирующие проведение мероприятий при выявлении больного с особо опасными инфекциями; Основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-технические документы; Основные принципы управления и организации медицинской помощи населению; Особенности оказания первой помощи и проведения реанимационных мероприятий пострадавшим при автодорожных травмах, утоплении, электротравме, странгуляционной асфиксии, способы восстановления проходимости верхних дыхательных путей; Механизмы, пути и факторы передачи патогенных агентов. Морфологию, физиологию и генетику микроорганизмов; Микробиом человека; Особенности</p>	<p>Знает: Основы проведения санитарно-противоэпидемиологических (профилактических) мероприятий, а также медицинского снабжения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; Объем и содержание санитарно-противоэпидемиологических (профилактических) мероприятий, проводимых в зоне чрезвычайной ситуации при выявлении больных (подозрительных на заболевание) особо опасными инфекциями в зоне ответственности медицинской организации.</p> <p>Умеет: Составить план санитарно-противоэпидемиологических (профилактических) мероприятий, проводимых в зоне чрезвычайной ситуации при выявлении больных (подозрительных на заболевание) с особо опасными инфекциями в зоне ответственности медицинской организации и обеспечить его реализацию</p> <p>Оценивать химическую, радиационную и бактериологическую обстановку.</p> <p>Владеет: методикой</p>	<p>Знает: Поражающие свойства биологического оружия и основы функционирования системы биологической защиты населения; Руководящие документы, регламентирующие организацию лечебно-эвакуационных мероприятий в очагах биологического заражения; Алгоритм действий, режимы оповещения при чрезвычайных ситуациях; Способы и средства защиты населения, больных, персонала и имущества медицинских организаций в чрезвычайных ситуациях; Защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях.</p> <p>Умеет: организовать лечебно-эвакуационные мероприятия в очагах биологического заражения; Планировать и оценивать качество</p>
--	--	---	---

	<p>иммунитета при различных локализациях и состояниях; Роль воспаления в формировании иммунной реакции организма; Патогенез, биологические свойства и изменения в иммунной системе организма при заражении ВИЧ-инфекцией. Умеет: Выполнять профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия в том числе при выявлении больного (подозрительного на заболевание) с особо опасными инфекциями на основе разработанного плана; Самостоятельно проводить диагностику и оказывать неотложную (экстренную) помощь, а также определить дальнейшую медицинскую тактику при травмах, ранениях и заболеваниях; Проводить серологический метод диагностики инфекционных болезней; Получать иммунные сыворотки; Проводить иммунофлюоресцентный и иммуноферментный анализ, ПЦР; Проводить мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях; Проводить мероприятия по профилактике вирусных гепатитов.</p>	<p>планирования и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в зоне чрезвычайной ситуации и в случае выявления больных особо опасными инфекциями; Основными мероприятиями по защите от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций населения, персонала и больных в военно-медицинских организациях, а также имущества, продовольствия, воды и т.д.; Методиками обучения населения правилам и способам оказания первой помощи в чрезвычайных ситуациях.</p>	<p>медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; Участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической помощи населению с учетом социально-профессиональной и возрастно-половой структур. Владеет: Алгоритмом взаимодействия при проведении лечебно-эвакуационных мероприятий, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах особо опасных инфекций в составе формирований и учреждений службы медицины катастроф с другими службами Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций. Методикой перевода лечебно-профилактической организации на санитарно-противоэпидемический режим.</p>
--	---	---	--

	<p>Владеет: Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первичной медико-санитарной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; Навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке; Способностями оценить эффективность выполнения мероприятий по защите пациентов, персонала и населения при чрезвычайных ситуациях; Методикой определения чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам; Алгоритмом проведения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях; Алгоритмом проведения мероприятий по профилактике вирусных гепатитов.</p>		
<p>ПК-4 Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья</p>	<p>Знает: Перечень документов медицинского учёта и отчётности медицинской организации и правила их ведения и представления. Умеет: Правильно заполнять документы медицинского учёта. Владеет: Навыками работы на персональном</p>	<p>Знает: Методики составления сводных таблиц медицинской отчётности о работе лечебных отделений. Умеет: Получить сводные данные в виде установленных таблиц медицинской отчётности о работе лечебных отделений.</p>	<p>Знает: Методики расчёта основных статистических показателей, характеризующих состояние здоровья и состав лечившихся больных, длительность и исходы их лечения. Методику анализа основных медико-</p>

<p>взрослых и подростков.</p>	<p>компьютере и ведением документов медицинского учёта в электронном виде.</p>	<p>Владеет: Навыками работы на персональном компьютере и составлением установленных форм медицинской отчётности в электронном виде.</p>	<p>демографических показателей, характеризующих здоровье населения (отдельных контингентов). Умеет: Проводить сбор и медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения (отдельных контингентов), характеризующих их состояние здоровья; Провести сравнительный анализ рассчитанных статистических показателей с применением статистических критериев и оценить полученные результаты, подготавливать графические иллюстрации и слайд-презентации по результатам анализа и оценки. Владеет: Навыками работы на персональном компьютере и применением прикладного программного обеспечения для расчёта статистических показателей и критериев значимости, построения диаграмм и создания слайд-презентаций. Навыком осуществления расчетов показателей</p>
-------------------------------	--	---	---

			здоровья населения отдельных территорий (отдельных контингентов), пациентов по профилю подготовки в ординатуре.
<p>ПК-5 Готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>	<p>Знает: Алгоритм проведения клинического обследования в клинике ортодонтии; Клинические признаки наиболее распространенных зубочелюстных аномалий; Этиологические факторы, приводящие к развитию наиболее распространенных зубочелюстных аномалий.</p> <p>Умеет: Выполнять сбор анамнеза жизни и заболевания пациента; Проводить общий осмотр; Выполнять пальпацию жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; Проводить осмотр ротовой полости; Интерпретировать результаты обследования для постановки полного ортодонтического диагноза.</p> <p>Владеет: Методами клинического обследования ортодонтических пациентов.</p>	<p>Знает: Методику снятия полных анатомических оттисков с челюстей; отлива диагностических моделей челюстей; Различные методики расчета диагностических моделей челюстей; Методику антропометрического обследования лица и головы; Виды рентгенологического обследования, применяемого в ортодонтии; Методику цефалометрического анализа телерентгенограмм в прямой и боковой проекции; Диагностические аппараты, применяемые в ортодонтии; Классификации дефектов зубных рядов; Методику снятия полных анатомических оттисков с челюстей; отлива диагностических моделей челюстей; Методику антропометрического обследования лица и головы; Виды рентгенологического</p>	<p>Знает: Классификации зубочелюстно-лицевых аномалий; Дифференциальную диагностику зубочелюстно-лицевых аномалий; Методику проведения телерентгенограммы, компьютерной томограммы, магнитно-резонансной томографии; Методику использования OrthoCAD iQ – инновационную управляемую компьютером систему для оптимальной установки брекетов.</p> <p>Умеет: Провести дифференциальную диагностику зубочелюстно-лицевых аномалий; Проводить телерентгенологическое обследование пациента при составлении и корректировке плана лечения. Проводить 3D-цефалометрический анализ. Анализировать магнитно-резонансные</p>

		<p>обследования, применяемого в ортопедической стоматологии;</p> <p>Принципы современных методик рентгенодиагностики, компьютерных методов лучевой диагностики;</p> <p>Методики работы с виртуальными моделями челюстей и 3D-фотографиями.</p> <p>Умеет:</p> <p>Проводить комплексную диагностику пациентов с зубочелюстными аномалиями, включающую клиническое обследование, антропометрические, рентгенологические и функциональные (аппаратурные) методы обследования;</p> <p>Профессионально разбираться в рентгенодиагностике (ортопантомографии, прицельной рентгенографии, телерентгенографии и томографии);</p> <p>Применять знания классификации дефектов зубных рядов на практике;</p> <p>Применять методы клинической, рентгенологической диагностики стоматологических заболеваний;</p> <p>Анализировать рентгенограммы, ортопантомограммы, томограммы в том числе компьютерные 3D рентгенограммы;</p>	<p>томографии височно-нижнечелюстного сустава, интерпритировать результаты обследования;</p> <p>Проводить компьютерный расчет прогноза лечения.</p> <p>Владеет:</p> <p>Методами дифференциальной диагностики форм сагиттальных аномалий прикуса;</p> <p>Методами дифференциальной диагностики форм вертикальных аномалий прикуса;</p> <p>Методами дифференциальной диагностики форм трансверзальных аномалий прикуса;</p> <p>Навыками проведения телерентгенологического обследования пациента при составлении и корректировке плана лечения, проведения 3D-цефалометрического анализа.</p> <p>Постановки диагноза при интерпритации результатов магнитно-резонансной томографии височно-нижнечелюстного сустава;</p> <p>Методикой использования OrthoCAD iQ.</p>
--	--	---	--

		<p>Проводить сканирование зубных рядов;</p> <p>Проводить 3D-цефалометрические измерения по компьютерной томографии.</p> <p>Владеет:</p> <p>Навыками проведения антропометрического исследования пациента по фотографиям;</p> <p>Навыками расчета диагностических моделей челюстей по различным методикам;</p> <p>Навыками проведения цефалометрического анализа телерентгенограмм, анализа ортопантограмм, внутриротовых рентгеновских снимков и компьютерных томограмм;</p> <p>Навыками проведения функциональных (аппаратурных) методов обследования;</p> <p>Навыком чтения прицельных рентгенограмм, ортопантограмм, компьютерных томограмм;</p> <p>Навыком антропометрического обследования лица и головы пациента;</p> <p>Навыком снятия полных оттисков с челюстей;</p> <p>Навыком отлива диагностических моделей челюстей;</p> <p>Навыками диагностики стоматологических заболеваний по различным видам рентгенограмм;</p>	
--	--	--	--

		<p>Навыками сканирования зубных рядов внутриротовым сканером;</p> <p>Методиками проведения 3D-цефалометрического анализа;</p> <p>Создание виртуальных 3D-моделей для диагностики, планирования и симуляции ортодонтического лечения.</p>	
<p>ПК 6</p> <p>Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участия в иных видах медицинской экспертизы.</p>	<p>Знает:</p> <p>Стоматологические заболевания, приводящие к временной нетрудоспособности населения;</p> <p>понятие о временной, стойкой нетрудоспособности и инвалидизации.</p> <p>Умеет:</p> <p>Применять знания о стоматологических заболеваниях, приводящих к временной нетрудоспособности населения;</p> <p>диагностировать временную, стойкую нетрудоспособность и инвалидизацию;</p> <p>Оформлять медицинскую стоматологическую документацию с точки зрения проведения судебно-медицинской экспертизы.</p> <p>Владеет:</p> <p>Навыками диагностики стоматологических заболеваний, приводящих к временной нетрудоспособности населения;</p> <p>навыками определения временной, стойкой</p>	<p>Знает:</p> <p>Правила оформления документации по временной нетрудоспособности населения;</p> <p>Правила оформления медицинской документации согласно требованиям регламента, обязательного и дополнительного медицинского страхования.</p> <p>Умеет:</p> <p>Оформлять документации по временной нетрудоспособности населения;</p> <p>Оформлять медицинские документации согласно требованиям регламента, обязательного и дополнительного медицинского страхования.</p> <p>Владеет:</p> <p>Навыками оформления документации по временной нетрудоспособности населения.</p>	<p>Знает:</p> <p>Диагностику временной нетрудоспособности трудящихся в результате стоматологических заболеваний;</p> <p>Показания и документальное сопровождение направления граждан на медико-социальную экспертизу;</p> <p>стандарты оказания медицинской помощи согласно обязательного и дополнительного медицинского страхования.</p> <p>Умеет:</p> <p>Диагностировать временную нетрудоспособность трудящихся в результате стоматологических заболеваний;</p> <p>Оформлять документальное сопровождение направления граждан на медико-социальную</p>

	<p>нетрудоспособности и инвалидизации; Навыками оформления медицинской стоматологической документации с точки зрения проведения судебно-медицинской экспертизы.</p>		<p>экспертизу; оказывать медицинскую стоматологическую помощь согласно обязательного и дополнительного медицинского страхования. Владеет: Навыками диагностики временной нетрудоспособности трудящихся в результате стоматологических заболеваний; Навыками оформления документального сопровождения направления граждан на медико-социальную экспертизу; Навыками оказания медицинской стоматологической помощи согласно обязательного и дополнительного медицинского страхования. Навыками оформления медицинской документации согласно требованиям регламента, обязательного и дополнительного медицинского страхования.</p>
<p>ПК-7 Готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению</p>	<p>Знает: Общие принципы и способы ортодонтического лечения Методы лечения различных аномалий</p>	<p>Знает: Комплексные методы лечения зубочелюстных аномалий; Применение методов миотерапии,</p>	<p>Знает: Показания к ортодонтическому лечению взрослых с заболеваниями парадонта; Первично-костные</p>

<p>пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи.</p>	<p>прикуса, используемые в ортодонтии; Основные конструкции внутриротовых и внеротовых несъемных и съемных ортодонтических аппаратов; Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи; Эволюцию развития и особенности строения височно-нижнечелюстного сустава; Аппараты, применяемые при лечении заболеваний височно-нижнечелюстного сустава; Принципы хирургической подготовки к ортодонтическому лечению; Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и диагностику травмы и воспалительных заболеваний зубов, челюстей и мягких тканей лица и шеи у детей; Умеет: Вести отчетно-учетную документацию; Планировать объемы, сроки лечения в зависимости от степени выраженности морфологических и функциональных нарушений в зубочелюстной системе; Определить степень тяжести заболевания, степень трудности его лечения; Планировать объем,</p>	<p>психотерапии, физиотерапии и логопедии в комплексе лечения зубочелюстных аномалий; Показания к хирургическому лечению в сочетании с ортодонтическим; Физиологические основы окклюзии; Движения нижней челюсти в сагиттальной плоскости; Движения нижней челюсти в трансверзальной плоскости; Зубы, зубные ряды, окклюзионные контакты; Факторы окклюзии, окклюзионные концепции; Дисгармония окклюзии; Показания к удалению третьих моляров, возможные осложнения; Порядок проведения, показания и противопоказания к операции обнажения коронок ретенированных зубов; Принципы проведения вестибулопластики; Врожденную патологию челюстно-лицевой области у детей, виды врожденной патологии (врожденная расщелина губы и неба, пороки развития слизистой рта – уздечки; Принципы комплексного лечения детей с врожденной расщелиной губы и</p>	<p>повреждения и заболевания сустава: врожденная патология височно-нижнечелюстного сустава, воспалительные заболевания суставных концов костей: остеоартрит; неоартроз; вторичный деформирующий остеоартроз; костный анкилоз; Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их исходы в подростковом возрасте: юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава: привычный вывих; болевой синдром дисфункции, воспалительные и воспалительно-дегенеративные первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункции сустава: артрит (острый, хронический); деформирующий юношеский артроз. Умеет: Выявлять заболевания краевого пародонта и определять особенность ортодонтического лечения и протезирования; Выбрать правильную тактику</p>
---	---	--	---

	<p>сроки ортодонтического лечения; Проводить обследование больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Определять показания и объем лечения пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Заполнять медицинскую документацию; Определять показания и противопоказания к хирургической подготовке перед ортодонтическим лечением; Удалять отдельные зубы по ортодонтическим показаниям; Оказать квалифицированную помощь детям с острой травмой зубов, челюстей, мягких тканей лица, слизистой оболочки полости рта; Выполнить местное обезболивание и провести амбулаторную операцию в полости рта у детей: удаление зуба, вскрытие субпериостального абсцесса на верхней челюсти и нижней челюсти. Владеет: Методикой планирования ортодонтического лечения (его объема, сроков) и его прогноза; Методикой подготовки пациента к ортодонтическому лечению; Вопросами выбора</p>	<p>неба в условиях диспансеризации. Возрастные показания к хирургическому лечению уздечек. Умеет: Выбрать для ортодонтического лечения наиболее эффективные аппараты и определить Их конструкцию; Оценить результаты ортодонтического лечения и их устойчивость; Правильно выбрать вид ретенционного аппарата и определить срок его действия; Выявлять необходимость миотерапии, психотерапии, физиотерапии и логопедии в комплексе ортодонтического лечения; Определять высоту нижнего отдела лица; Определять показанаия и назначать комплекс упражнений пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава; Проводить пластику уздечек губ и языка; Проводить удаление третьих моляров; Проводить компактостеотомию; Оказать специализированную ортодонтическую помощь детям с врожденной расщелиной губы, альвеолярного отростка, неба. Владеет:</p>	<p>ортодонтического и ортопедического лечения при травмах в челюстно-лицевой области; Определять показания к хирургическому лечению в сочетании с ортодонтическим; Поставить диагноз и назначить комплексное лечение пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава. Владеет: Различными видами протетической помощи при дефектах зубов, зубных рядов с учетом вида дефекта, возраста пациентов, состояния парадонта; Методами комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.</p>
--	---	---	---

	<p>методов ортодонтического лечения;</p> <p>Методиками аппаратурного лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава;</p> <p>Методикой удаления зубов по ортодонтическим показаниям;</p> <p>Методикой установки микроимплантатов;</p> <p>Навыками оказания квалифицированной помощи детям с острой травмой зубов;</p> <p>Методикой удаления зубов и вскрытия субпериостального абсцесса.</p>	<p>Методикой выбора работы с различными конструкциями съемных и несъемных ортодонтических аппаратов;</p> <p>Методикой определения высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя.</p> <p>Методиками проведения и организацией контроля за выполнением лечебной гимнастики пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава;</p> <p>Методиками пластики уздечек губ и языка;</p> <p>Методикой удаления третьих моляров;</p> <p>Методиками проведения вестибулопластики;</p> <p>Методиками проведения компактостеотомии;</p> <p>Навыками оказания ортодонтической помощи детям с врожденной расщелиной губы неба и альвеолярного отростка, пороками развития уздечек слизистой оболочки полости рта.</p>	
<p>ПК-8</p> <p>Готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в</p>	<p>Знает:</p> <p>Показатели здоровья населения, факторы, формирующие здоровье человека (экологические, профессиональные, природно-климатические, эндемические, социальные,</p>	<p>Знает:</p> <p>Медико-тактическую характеристику чрезвычайных ситуаций мирного времени и очагов массового поражения военного времени;</p> <p>Основы лечебно-эвакуационного</p>	<p>Знает:</p> <p>Патологию, основные клинические проявления поражений аварийно-опасными химическими веществами и ионизирующими</p>

<p>медицинской эвакуации.</p>	<p>эпидемиологические, психоэмоциональные, профессиональные, генетические); Заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов; Требования руководящих документов по соблюдению противоэпидемического режима в медицинской организации и на этапах медицинской эвакуации. Умеет: Проводить мероприятия медицинской защиты людей от поражающего действия факторов радиационной и химической природы; Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на этапах медицинской эвакуации. Владеет: Правильным ведением медицинской документации; Методическими приемами обучения населения правилам и способам оказания первой помощи в чрезвычайных ситуациях; Навыками обеспечения противоэпидемического режима в медицинской организации и на этапах медицинской эвакуации.</p>	<p>обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях (виды медицинской сортировки, объем и порядок оказания медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации, организация и порядок медицинской эвакуации пострадавших в чрезвычайной ситуации); Основы медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного характера, химической и радиационной природы; Современные методы, средства, способы проведения лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях; Организацию медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; Основные принципы и организационные меры противоэпидемического обеспечения в условиях чрезвычайной ситуации. Умеет: Проводить экологическую экспертизу и экологическое прогнозирование</p>	<p>излучениями; Организацию лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, типичные диагностические и лечебные мероприятия первичной медико-санитарной помощи; Принципы организации и медико-санитарного обеспечения эвакуации населения и санитарно-гигиенические и противоэпидемиологические мероприятия при эвакуации населения; Характерные особенности эпидемических очагов в районах стихийных бедствий, техногенных и социальных катастроф, основные направления противоэпидемической работы в данных очагах; Патологию, основные клинические проявления поражений аварийно-опасными химическими веществами и ионизирующими излучениями; Организацию лечебно-эвакуационных</p>
-------------------------------	--	--	---

		<p>деятельности человека; Организовать оказание медицинской помощи инфекционным больным в условиях чрезвычайной ситуации.</p> <p>Владеет: Навыками транспортирования больных или лиц с подозрением на болезнь, вызванную возбудителями особо опасных инфекций, проведения дезинфекционных мероприятий;</p> <p>Своими функциональными обязанностями при работе в составе медицинских формирований и организаций.</p>	<p>мероприятий при оказании медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, типичные диагностические и лечебные мероприятия первичной медико-санитарной помощи;</p> <p>Принципы организации и медико-санитарного обеспечения эвакуации населения и санитарно-гигиенические и противоэпидемиологические мероприятия при эвакуации населения.</p> <p>Умеет: Оказывать все виды медицинской помощи пораженным химическими веществами и ионизирующими излучениями в очагах и на этапах медицинской эвакуации;</p> <p>Организовать перевод медицинской организации на строгий противоэпидемический режим в случае госпитализации больного с подозрением на особо опасную инфекцию;</p> <p>Оказывать все виды медицинской помощи пораженным химическими</p>
--	--	--	--

			<p>веществами и ионизирующими излучениями В очагах и на этапах медицинской эвакуации; Организовать перевод медицинской организации на строгий противоэпидемическ ий режим в случае госпитализации больного с подозрением на особо опасную инфекцию.</p> <p>Владеет: Правилами и методами использования медицинских средств защиты; Правилами и методами использования медицинского имущества службы медицины катастроф, навыками организации противоэпидемическ ого обеспечения на всех этапах ликвидации последствий чрезвычайной ситуации, включая передвижение, транспортировку, размещение населения, период восстановительных работ и адаптационный период перемещенного населения на новом месте жительства или при возвращении в места</p>
--	--	--	--

		<p>прежнего проживания; Навыком обеспечения свободной проходимости дыхательных путей; Навыком обеспечения искусственной вентиляции легких (ИВЛ); Навыком непрямого массажа сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки, прекардиального удара; Техникoй закрытого массажа сердца; Навыком сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации, а также с учетом объема поражения при оказании первой медицинской помощи; Навыком выбора медикаментозной терапии при базовой реанимации; Навыком введения препаратов – внутривенно, внутрисердечно, эндотрахеально (при произведенной интубации трахеи); Навыком медицинской сортировки пострадавших; Навыком иммобилизации поврежденных конечностей, позвоночника, таза, грудной клетки, головы и</p>
--	--	--

			<p>транспортировки в лечебное учреждение; Навыком организации медицинской помощи обожженным и соблюдением требований к транспортным средствам при перевозке обожженных в специализированное медицинское учреждение; Навыком согласованной работы в команде.</p>
<p>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.</p>	<p>Знает: Виды лекарственных препаратов, применяемых для реминерализующей терапии, для предупреждения возникновения и рецидива кариеса как профилактики ранней потери зубов. Умеет: Применять лекарственные препараты для реминерализующей терапии, для предупреждения возникновения и рецидива кариеса как профилактики ранней потери зубов. Владеет: Методиками применения лекарственных препаратов, для реминерализующей терапии, для предупреждения возникновения и рецидива кариеса как профилактики ранней</p>	<p>Знает: Фазы реабилитации пациентов с врожденными пороками развития лица и челюстей, а также деформациями челюстей обусловленными воспалительными, травматическими и неопластическими заболеваниями. Умеет: Определить показания к медицинской реабилитации пациентов с врожденными пороками развития лица и челюстей, а также деформациями челюстей обусловленными воспалительными, травматическими и неопластическими заболеваниями. Владеет: Организацией реабилитации пациентов с</p>	<p>Знает: Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с врожденными пороками развития лица и челюстей, а также деформациями челюстей обусловленными воспалительными, травматическими и неопластическими заболеваниями; Критерии и объективные показатели успешного завершения медицинской реабилитации. Умеет: Составлять индивидуальные реабилитационные программы для восстановления трудоспособности пациентов со скелетными</p>

	потери зубов.	врожденными пороками развития лица и челюстей, а также деформациями челюстей обусловленными воспалительными, травматическими и неопластическими заболеваниями.	аномалиями прикуса после проведенной ортогнатической операции. Владеет: Навыками использования всех средств медицинской реабилитации при составлении индивидуальных реабилитационных программ; Навыками оценки эффективности медицинской реабилитации.
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.	Знает: Основные теории мотивации; Умеет: Применять теории мотивации в профессиональной деятельности. Владеет: Навыком применения основных теорий мотивации в профессиональной деятельности.	Знает: Методы и приемы формирования мотивации; Этиологические факторы возникновения зубочелюстно-лицевых аномалий в пренатальном и постнатальном периоде; Способы предотвращения возникновения зубочелюстно-лицевых аномалий у ребенка. Умеет: Определять адекватные формы и методы формирования мотивации; Проводить консультирование беременных по поводу правильного выбора соски-пустышки, особенностей грудного вскармливания, последовательности прорезывания зубов у ребенка; Проводить консультирование	Знает: Методы и приемы формирования мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих; Роль протезирования дефектов зубных рядов в профилактике возникновения вторичных деформаций прикуса и зубочелюстных аномалий. Умеет: Разрабатывать программы мероприятий, направленных на формирование мотивации сохранения и укрепления своего здоровья и здоровья окружающих; Диагностировать вторичные деформации прикуса, возникшие после утраты зубов; Проводить

		<p>родителей по методам борьбы с вредными привычками у детей.</p> <p>Владеет: Формами и методами психолого–педагогического консультирования;</p> <p>Методиками применения лечебной гимнастики и профилактических аппаратов у детей для предупреждения возникновения зубочелюстно-лицевых аномалий.</p>	<p>наблюдение за последовательностью прорезывания и установлением третьих моляров в зубных рядах после ортодонтического лечения сагиттальных аномалий прикуса или направление на удаление их зачатков на чрезмерно развитой челюсти.</p> <p>Владеет: Формами и методами психолого–педагогического консультирования, направленного на формирование мотивации сохранения и укрепления своего здоровья и здоровья окружающих;</p> <p>Методиками устранения парафункций, привычного смещения нижней челюсти.</p>
<p>ПК-11 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>	<p>Знает: Основные положения законодательной и нормативной базы РФ по осуществлению медицинской деятельности;</p> <p>Содержание основных принципов управления и финансирования здравоохранения.</p> <p>Умеет: Осуществлять анализ законодательной и нормативной базы по осуществлению медицинской деятельности;</p> <p>Осуществлять расчеты</p>	<p>Знает: Основные методические подходы к организации управления и финансирования здравоохранения.</p> <p>Умеет: Осуществлять планирование деятельности структурного подразделения на основе анализа медико-статистической информации.</p> <p>Владеет: Навыком расчета эффективности</p>	<p>Знает: Приказы и другие нормативные акты российской федерации, определяющие деятельность медицинской службы и отдельных ее структурных подразделений.</p> <p>Умеет: Контролировать ведение текущей учетной и отчетной документации по установленным формам, в том числе с использованием</p>

	<p>потребности населения в различных видах медицинской помощи</p> <p>Осуществлять планирование своей профессиональной деятельности</p> <p>Владеет: Навыком анализа государственных программ оказания медицинской помощи (ГП «Развитие здравоохранения»), Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению)</p>	<p>деятельности медицинской организации (подразделения).</p>	<p>автоматизированных информационных систем.</p> <p>Владеет: Составлением учетной и отчетной документации по установленным формам.</p>
<p>ПК-12 Готовность к участию в оценке качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей.</p>	<p>Знает: Требования законодательных и нормативно-правовых документов Российской Федерации в сфере управления качеством медицинской помощи, современные представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи.</p> <p>Умеет: Решать типовые задачи, по оценке качества медицинской помощи.</p> <p>Владеет: Навыком расчета медико-статистических показателей для дальнейшего использования их для оценки качества медицинской помощи.</p>	<p>Знает: Требования нормативной базы по осуществлению контроля качества и безопасности медицинской деятельности.</p> <p>Умеет: Использовать критерии оценки качества медицинской помощи для оценки качества медицинской помощи по результатам анализа первичной медицинской документации с целью.</p> <p>Владеет: Навыком работы с документами в ходе подготовки к лицензированию медицинской деятельности, внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.</p>	<p>Знает: Требования законодательных и нормативно-правовых документов российской федерации в сфере управления качеством медицинской помощи, современные представления о качестве и дефекте оказания.</p> <p>Умеет: Использовать критерии оценки качества медицинской помощи для оценки качества медицинской помощи по результатам анализа первичной медицинской документации на ведущейся ортодонтическом приеме.</p> <p>Владеет:</p>

			Навыком работы с документами в ходе подготовки к лицензированию медицинской деятельности, внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
ПК-13 Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	Знает: Задачи, организационную структуру органов управления, медицинских формирований и организаций службы медицины катастроф и медицинских сил гражданской обороны здравоохранения; нормативное правовое регулирование вопросов организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях; Методы анализа и синтеза военно-медицинской информации при принятии решения на медицинское обеспечение пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях; Руководящие документы, регламентирующие проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на этапе медицинской эвакуации и в зоне чрезвычайной ситуации. Умеет: Ориентироваться в	Знает: Организацию и порядок проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях; Особенности организации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время; Основные элементы планирования санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых на этапе медицинской эвакуации. Умеет: Дать оценку и сформулировать итоговые выводы по вопросам медицинского обеспечения пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях; осуществить поиск решения нестандартных ситуаций при принятии решения на медицинское	Знает: Сущность возникновения и виды чрезвычайных ситуаций; место и роль медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций; принципы и формы применения сил и средств медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций; Организацию, порядок и структуру взаимодействия разноместных формирований и организаций службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны с другими службами Единой государственной системы

	<p>правовой базе Российской Федерации, регламентирующей вопросы медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; Осуществлять оценку обстановки при принятии решения на медицинское обеспечение пострадавшего населения при чрезвычайной ситуации; Принимать управленческие решения по организации этапности оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях; Проводить санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия на этапе медицинской эвакуации и в зоне чрезвычайной ситуации на основе разработанного плана.</p> <p>Владеет: Методиками сбора, обработки и анализа информации о санитарных потерях в чрезвычайных ситуациях, её лечебно-эвакуационной характеристики, расчета сил и средств медицинской службы при принятии решения на медицинское обеспечение пострадавшего населения методикой организации и правилам оказания всех видов медицинской помощи, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях</p>	<p>обеспечение пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях; Составить план санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых на этапе медицинской эвакуации и обеспечить его реализацию.</p> <p>Владеет: Основами управления силами и средствами Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций; Способностями оценивать эффективность взаимодействия при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации в составе разноместных формирований и организаций службы медицины катастроф с другими службами Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций; Методикой организации и</p>	<p>предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и Гражданской обороны при ликвидации медико-санитарных последствий в мирное и военное время; основные элементы планирования санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых в зоне чрезвычайных ситуаций.</p> <p>Умеет: Анализировать разноплановую обстановку в зоне чрезвычайных ситуаций; Делать выводы и предложения; Организовать работу нештатных формирований Службы медицины катастроф Минобороны России (бригады специализированной медицинской помощи, группы специалистов, врачебно-сестринские бригады); Организовать работу согласно профессиональным компетенциям и должностных обязанностей в составе медицинского отряда специального</p>
--	--	--	---

	<p>мирного и военного времени; Методикой проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на этапе медицинской эвакуации и в зоне чрезвычайной ситуации.</p>	<p>правилами проведения первичных противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных заболеваний и в очагах особо опасных инфекций, а также в районах аварий, катастроф и стихийных бедствий; Методикой планирования и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на этапе медицинской эвакуации.</p>	<p>назначения; Составить план санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых в зоне чрезвычайной ситуации и обеспечить его реализацию. Владеет: Методами оценки различных факторов, влияющих на систему медицинского обеспечения пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях; Методиками сбора, обработки информации и алгоритмом принятия решения на медицинское обеспечение пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях; Методикой планирования системы медицинского обеспечения пострадавшего населения при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций силами и средствами медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации;</p>
--	---	--	---

			методикой планирования и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в зоне чрезвычайных ситуаций.
--	--	--	---

10.2.1. Перечень вопросов для компьютерного тестирования итоговой (государственной итоговой) аттестации (I этап).

Комплект тестовых заданий состоит из 1003 вопросов, которые введены в компьютерную программу. Во время тестирования компьютерная программа автоматически случайным образом выбирает из общей базы данных 100 вопросов, относящихся ко всем разделам основной образовательной программы по специальности.

Ортодонтия

1. *Кто является основоположником ортодонтии как науки?

- 1) Персин Л.С.
- 2) Пьер Фошар
- 3) Гиппократ
- 4) Пётр I

2. **Кто разработал самую популярную, на сегодняшний день, классификацию аномалий прикуса?

- 1) Хорошилкина Ф.Я.
- 2) Гаврилов Е.И.
- 3) Эдвард Энгль
- 4) Стивен Коэн

3. ***Кто изобрёл брекет-систему?

- 1) Норман Кингсли
- 2) Эдвард Энгль
- 3) Джон Мью
- 4) Дуайт Деймон

4. *Кто выделил ортодонтию в отдельную науку?

- 1) Норман Кингсли

- 2) Дуайт Деймон
- 3) К.П.Тарасов
- 4) А.Я. Катц

5.***Наиболее целесообразным и точным способом определения нуждаемости детей в ортодонтической помощи является:

- 1)обращаемость больных в поликлинику
- 2)осмотры детей в организованных коллективах ортодонтом методом гнездования
- 3)полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
- 4)полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом ортодонтом

6.**По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено:

- 1)ставка среднего медицинского персонала
- 2)ставки среднего медицинского персонала
- 3) 2ставки среднего медицинского персонала
- 4)0.25 ставки среднего медицинского персонала

7.**По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено:

- 1) 0.5 ставки зубного техника
- 2) 1 ставка зубного техника
- 3) 0.25 тавки зубного техника
- 4)2 ставки зубного техника

8.**По штатному нормативу на 1 ставку врача ортодонта положено:

- 1) 1ставка младшего медицинского персонала
- 2) 0.5 ставки младшего медицинского персонала
- 3) 0.25 тавки младшего медицинского персонала
- 4)0.33 ставки младшего медицинского персонала

9.**Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации по ортодонтическим показаниям составляет:

- 1) 5групп
- 2) 3 группы
- 3) 2группы
- 4) 4 группы

10. ***Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит:

- 1)в аппаратурном ортодонтическом лечении
- 2)в борьбе с вредными привычками
- 3)в нормализации нарушений функций

4) в санитарно-просветительной работе по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам

11. ***Ко II диспансерной группе следует отнести детей:

- 1) с ранней потерей зубов
- 2) с неправильным положением отдельных зубов
- 3) с начальной стадией аномалии прикуса
- 4) с предпосылками к развитию отклонений в прикусе

12. *Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать:

- 1) в детских стоматологических поликлиниках
- 2) в детских садах
- 3) в школах
- 4) в специализированных ортодонтических центрах

13. *Анализ работы врача ортодонта целесообразно проводить с учетом количества:

- 1) примененных ортодонтических аппаратов
- 2) вылеченных детей
- 3) трудовых единиц
- 4) детей, взятых на ортодонтическое лечение

14. ***К III диспансерной группе следует отнести детей:

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

15. ***Критерием для перевода детей в I группу практически здоровых детей является

- 1) нормализация функции глотания
- 2) нормализация функции дыхания
- 3) получение положительных результатов в исправлении положения зубов, зубных дуг
- 4) создание эстетического, морфологического и функционального оптимума

16. **Врач-ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения при получении положительных результатов:

- 1) исправления положения зубов
- 2) при нормализации функции
- 3) при закреплении результатов ортодонтического лечения
- 4) при сформированном правильном постоянном прикусе

17. **Главными задачами диспансеризации детей ортодонтической службы являются:

- 1) выявление детей с выраженными зубочелюстными аномалиями
- 2) выявление детей с предпосылками к развитию аномалий прикуса и профилактика зубочелюстных аномалий
- 3) аппаратурное ортодонтическое лечение детей с аномалиями прикуса
- 4) все перечисленные задачи

18. **В работу "комнаты здорового ребенка" в возрасте до 1 года в детских поликлиниках следует включить:

- 1) массаж в области альвеолярных отростков, зубов
- 2) гигиенические навыки
- 3) устранение вредных привычек
- 4) все перечисленное

19. **В работу воспитателей детских садов в связи с профилактикой аномалий прикуса следует включить:

- 1) борьбу с вредными привычками и правильную осанку
- 2) тренировку носового дыхания
- 3) правильное положение головы во время сна
- 4) все перечисленное

20. ***К IV диспансерной группе следует отнести детей:

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

21. **У детей IV диспансерной группы целесообразно применять следующие виды ортодонтической помощи:

- 1) санитарно-просветительную работу
- 2) применение ортодонтических аппаратов
- 3) нормализацию нарушений функций зубочелюстной системы
- 4) массаж в области отдельных зубов

22. *Наиболее целесообразной формой ортодонтической службы с организационной точки зрения является:

- 1) укрупнение ортодонтических отделений
- 2) организация службы комплексного лечения зубочелюстных аномалий
- 3) укрупнение зуботехнических лабораторий
- 4) диспансеризация детей по ортодонтическим показаниям

23. *Укажите минимальную площадь на одно стоматологическое кресло в ортодонтическом кабинете (в кв. м.):

- 1) 1 м.кв.
- 2) 10 м.кв.
- 3) 14 м.кв.
- 4) 18 м.кв.

24. *Укажите минимальную площадь на каждое дополнительное стоматологическое кресло в кабинете (в кв. м.):

- 1) 7 м.кв.
- 2) 10 м.кв.
- 3) 14 м.кв.
- 4) 18 м.кв.

25. *Ортодонтия как специальность является:

- 1) разделом ортопедической стоматологии
- 2) разделом челюстно-лицевой хирургии
- 3) самостоятельным разделом стоматологии
- 4) разделом стоматологии детского возраста

26. ***Универсальными ортодонтическими щипцами считаются:

- 1) щипцы Де Ля Росса
- 2) зажим Мэтью
- 3) щипцы Вейнгарта
- 4) крампонные щипцы

27. **Для обрезания дуг по длине зубного ряда используют:

- 1) дистальные кусачки
- 2) бокорезы
- 3) лигатурные кусачки
- 4) кусачки для жесткой проволоки

28. **Для нанесения изгибов на дугу НЕ используются:

- 1) щипцы Твида
- 2) щипцы для торковых изгибов
- 3) щипцы Де Ля Росса
- 4) щипцы Хилгертса

29. **Какой пинцет используется для удержания брекета при фиксации?

- 1) анатомический
- 2) стоматологический

- 3) обратный
- 4) хирургический

30. **Какой инструмент используется для снятия брекетов?

- 1) краптонные щипцы
- 2) долото
- 3) щипцы для снятия брекетов
- 4) кусачки для жесткой проволоки

31. **Чем дуга НЕ может фиксироваться к лигатурным брекетам?

- 1) металлической лигатурой
- 2) эластическими цепочками
- 3) композитом
- 4) эластическими лигатурами

32. **Ортодонтия как специальность является:

- 1) разделом ортопедической стоматологии
- 2) разделом челюстно-лицевой хирургии
- 3) самостоятельным разделом стоматологии
- 4) разделом стоматологии детского возраста

33. **Рабочее место врача должно быть оборудовано с учетом:

- 1) эргономики
- 2) заработной платы врача
- 3) длительности рабочего дня врача
- 4) квалификации врача

34. **Ортодонтическое лечение можно проводить:

- 1) до 10 лет
- 2) до 16 лет
- 3) до 33 лет
- 4) в любом возрасте

35. **Какие из перечисленных инструментов можно использовать для определения положения брекета на коронке зуба:

- 1) зеркало
- 2) позиционер
- 3) пинцет
- 4) ретрактор

36. ***Какие из перечисленных инструментов применяются только в ортодонтическом кабинете (в отличие от ортопедического):

- 1) зеркало
- 2) крампонные щипцы
- 3) круглогубцы
- 4) щипцы для формирования петель

37. ***Врач-ортодонт оказывает стоматологическую помощь больному, инфицированному вирусом СПИД. При препарировании зубов больного случайно сепарационным диском повредил себе участок кожи одного из пальцев. Как нужно действовать врачу в данном случае?

- 1) смазать 5% раствором йода
- 2) выжать кровь, смазать крепким раствором KMnO_4
- 3) выжать кровь, смазать 70% раствором спирта
- 4) провести диатермокоагуляцию

38. *При направлении ребенка на ортодонтическое лечение тактика врача определяется:

- 1) эстетическими нарушениями
- 2) желанием самого пациента
- 3) функциональными нарушениями зубочелюстной системы
- 4) эстетическими нарушениями и желанием самого пациента

39. *Первым предложил классификацию аномалий положения отдельных зубов:

- 1) Агапов
- 2) Катц
- 3) Энгль
- 4) Фошар

40. **Первым в нашей стране предложил классификацию аномалий положения отдельных зубов:

- 1) Агапов
- 2) Астахов
- 3) Катц
- 4) Калвелис

41. **Фамилия автора, классификацией аномалий которого длительное время пользовалось большинство специалистов нашей страны:

- 1) Агапов
- 2) Калвелис
- 3) Каламкаров
- 4) Бетельман

42. *Для осмотра полости рта используют:

- 1) зеркало
- 2) пинцет
- 3) экскаватор
- 4) скальпель

43. *Для осмотра полости рта используют:

- 1) зонд
- 2) пинцет
- 3) экскаватор
- 4) скальпель

44. **Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы:

- 1) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) заведения
- 2) лицензия
- 3) свидетельство об окончании курсов
- 4) запись в трудовой книжке

45. **Очистку, обработку и стерилизацию стоматологических наконечников следует проводить:

- 1) обязательная стерилизация
- 2) достаточно дезинфекции
- 3) необходима предстерилизационная подготовка с последующей дезинфекцией
- 4) обязательна дезинфекция и стерилизация

46. **Из какой жаберной дуги развивается нижняя челюсть:

- 1) I пара
- 2) II пара
- 3) III пара
- 4) IV пара

47. **Из какой жаберной дуги развивается верхняя челюсть:

- 1) I пара

- 2) II пара
- 3) III пара
- 4) IV пара

48. ***Из каких отростков состоит вход в ротовую ямку на 4 неделе внутриутробного развития:

- 1) лобного и верхнечелюстного
- 2) верхнечелюстного, нижнечелюстного и носового
- 3) верхнечелюстного, нижнечелюстного и щечного
- 4) верхнечелюстного, лобного и нижнечелюстного

49. *Сколько отростков входит в нижнечелюстную дугу:

- 1) состоит из двух боковых и одного срединного отростка
- 2) является единым образованием
- 3) два латеральных отростка
- 4) два отростка - верхний и нижний

50. **На какой неделе внутриутробного развития происходит сращение небных отростков:

- 1) на 4 неделе
- 2) на 8 неделе
- 3) на 10 неделе
- 4) к концу первого месяца

51. *Сколько отростков принимает участие в образовании языка:

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 1
- 4) 4

52. **Какая аномалия внутриутробного периода развития возможна на нижней челюсти:

- 1) срединное несращение
- 2) боковое несращение
- 3) горизонтальное несращение
- 4) поперечное несращение

53. **На какой неделе внутриутробного развития происходит закладка молочных зубов:

- 1) с 3 по 7 неделю
- 2) с 15 по 30 неделю
- 3) с 5 по 12 неделю
- 4) с 7 по 20 неделю

54. *С чем связаны рост и развитие челюстных костей у новорожденных:

- 1) с содержанием кальция в молоке
- 2) с сосательным рефлексом
- 3) с частотой кормления
- 4) с длительностью кормления грудью

55. **Какой тип глотания характерен для детей до 2 лет:

- 1) соматический
- 2) переходный
- 3) инфантильный
- 4) комбинированный

56. ***В каком возрасте необходимо начинать прикорм при грудном вскармливании:

- 1) в 4 - 5 месяцев
- 2) в 6 месяцев
- 3) в 8 месяцев
- 4) в 1 год

57. ***В каком возрасте необходимо начинать прикорм при искусственном вскармливании:

- 1) в 4 - 5 месяцев
- 2) в 6 месяцев
- 3) в 8 месяцев
- 4) в 1 год

58. **Какова цель введения прикорма:

- 1) увеличить количество потребления витаминов
- 2) увеличить разнообразие питания
- 3) уменьшение потребления молока
- 4) стимуляция десневых валиков и роста челюстей

59. *Младенческая ретрогения полностью исчезает:

- 1) к 2-3 месяцу жизни
- 2) к 6-8 месяцу жизни
- 3) к 10-11 месяцу жизни

60. *В период новорожденности функция глотания протекает:

- 1) по инфантильному типу
- 2) по смешанному типу
- 3) по соматическому типу

61. **Укажите, к какому возрасту угасает функция сосания:

- 1) к 6 месяцам

- 2) к 1 году жизни
- 3) ко 2-му году жизни

62. **Укажите, к какому возрасту сформирована функция жевания:

- 1) к 2 годам жизни
- 2) к 3 годам жизни
- 3) к 4 годам жизни

63. **Укажите, к какому возрасту появляются диастема, тремы между временными зубами:

- 1) К 3 годам
- 2) К 4 годам
- 3) К 5 годам

64. ***Щитовидный хрящ формируются жаберных дуг:

- 1) 4-ой пары
- 2) мандибулярных
- 3) 2-ой пары
- 4) 3-ей пары

65. ***4-ая пара жаберных дуг в процессе развития образует:

- 1) зачаток зуба
- 2) зачатки верхней челюсти
- 3) редуцируется
- 4) подъязычную кость

66. **Нижняя губа образуется в результате срастания отростков:

- 1) верхнечелюстных
- 2) верхнечелюстных и медиальных
- 3) лобных
- 4) нижнечелюстных

67. **Верхняя челюсть формируется при срастании носовых отростков:

- 1) латеральных и медиальных
- 2) верхнечелюстных и латеральных
- 3) лобных
- 4) верхнечелюстных и медиальных

68. *Физиологическая ретрогения формируется:

- 1) не формируется
- 2) до образования неба
- 3) к моменту рождения
- 4) к моменту прорезывания первых зубов

69. *В норме верхние резцы перекрывают нижние на:

- 1) $\frac{1}{2}$
- 2) $\frac{1}{3}$
- 2) $\frac{1}{4}$
- 4) $\frac{2}{3}$

70. **Физиологические тремы и диастемы характерны в период:

- 1) формирование прикуса временных зубов
- 2) подготовка к смене зубов
- 3) прикуса постоянных зубов
- 4) сформированный прикус временных зубов

71. **Корни молочных резцов формируются к:

- 1) 6-и месяцам
- 2) 3,5 годам
- 3) 2-м годам
- 4) 1,5 годам

72. **Корни молочных клыков формируются к:

- 1) 6-и месяцам
- 2) 3,5 годам
- 3) 2-м годам
- 4) 1,5 годам

73. **Корни молочных моляров формируются к:

- 1) 6-и месяцам
- 2) 3-м годам
- 3) 2-м годам
- 4) 1,5 годам

74. **Форма верхнего зубного ряда в прикусе молочных зубов соответствует

- 1) полуэллипсу
- 2) полукругу
- 3) V-образная
- 4) параболе

75. **Форма верхнего зубного ряда постоянных зубов соответствует:

- 1) полуэллипсу
- 2) полукругу
- 3) V-образная
- 4) параболе

76. **Форма нижнего зубного ряда постоянных зубов соответствует:

- 1) полуэллипсу
- 2) полукругу
- 3) V-образная
- 4) параболе

77.** К моменту рождения в норме нижняя челюсть:

- 1) меньше верхней
- 2) больше верхней
- 3) равна верхней

78.** В беззубом рте новорожденного десневые валики имеют форму:

- 1) полуэллипса
- 2) полукруга
- 3) параболы

79.*** Нижняя челюсть новорожденного расположена дистальнее верхней на расстоянии:

- 1) до 5 мм
- 2) до 10 мм
- 3) до 14 мм

80.*** Вертикальная щель между десневыми валиками в норме достигает

- 1) 2,5 мм:
- 2) 5 мм
- 3) 7,5 мм

81.** Порядок прорезывания молочных зубов:

- 1) I-II-III-IV-V
- 2) I-II-IV-III-V
- 3) II-I-III-IV-V

82.* Зубные ряды в прикусе молочных зубов имеют форму:

- 1) полуэллипса
- 2) полукруга
- 3) параболы

83.* Дистальные поверхности молочных моляров трехлетнего ребенка в норме располагаются:

- 1) в одной плоскости
- 2) с мезиальной ступенью
- 3) с дистальной ступенью

84.** Фронтальные зубы 3-летнего ребенка в норме располагаются:

- 1) с тремами
- 2) без трем
- 3) только с диастемой

85.* Щечные бугорки нижних молочных моляров 3-летнего ребенка располагаются:

- 1) вестибулярнее щечных бугорков верхних моляров
- 2) на одном уровне со щечными бугорками верхних моляров
- 3) в продольной фиссуре верхних моляров

86.* Небные бугорки верхних молочных моляров 3-летнего ребенка располагаются:

- 1) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров
- 2) в продольной фиссуре нижних моляров
- 3) вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров

87.** Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные продолжается:

- 1) от 5 до 8 лет
- 2) от 4 до 6 лет
- 3) от 3 до 4 лет

88.*** Активный рост челюстей ребенка в период подготовки к смене зубов происходит:

- 1) во фронтальном отделе
- 2) в позадимолярной области
- 3) в позадимолярной области и во фронтальном отделе

89.** Наличие трем между зубами в переднем отделе зубных рядов 5-летнего ребенка:

- 1) признак аномалии
- 2) признак нормального развития
- 3) не имеет диагностического значения

90.** Физиологическая стираемость молочных зубов 5-летнего ребенка в норме происходит:

- 1) во фронтальном отделе
- 2) в боковых отделах
- 3) во фронтальном и боковых отделах

91.* Дистальные поверхности вторых молочных моляров 6-летнего ребенка располагаются:

- 1) в одной вертикальной плоскости
- 2) с мезиальной ступенькой
- 3) с дистальной ступенькой

92.* Порядок прорезывания постоянных зубов:

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

93.** Форма верхнего зубного ряда взрослого человека в норме:

- 1) полукруг
- 2) полуэллипс
- 3) парабола

94.** Форма нижнего зубного ряда взрослого человека в норме:

- 1) полукруг
- 2) полуэллипс
- 3) парабола

95.* Небные бугорки верхних боковых зубов в норме контактируют с:

- 1) продольными фиссурами нижних
- 2) язычными бугорками нижних
- 3) вестибулярными бугорками нижних

96.* Щечные бугорки нижних боковых зубов в норме контактируют:

- 1) с небными бугорками верхних
- 2) с продольными фиссурами верхних
- 3) со щечными бугорками верхних

97.** Каждый зуб верхней челюсти антагонизирует в норме:

- 1) с одноименным и впереди стоящим зубами НЧ

- 2) одноименным и позадистоящим зубами НЧ
- 3) одноименным зубом

98.** Нижнее 1|1 имеют в норме по:

- 1) одному антагонисту на ВЧ
- 2) два антагониста на ВЧ
- 3) три антагониста на ВЧ

99.** Верхнее 8|8 имеют в норме по:

- 1) одному антагонисту на НЧ
- 2) два антагониста на НЧ
- 3) три антагониста на НЧ

100.** Глубина резцового перекрытия в норме не превышает:

- 1) 1/2 высоты коронки резцов НЧ
- 2) 1/3 высоты коронки резцов НЧ
- 3) 2/3 высоты коронки резцов НЧ

101.** Резцы ВЧ в норме контактируют с резцами НЧ:

- 1) небной поверхностью
- 2) режущим краем
- 3) вестибулярной поверхностью

102.** Резцы НЧ в норме контактируют с резцами ВЧ:

- 1) язычной поверхностью
- 2) режущим краем
- 3) вестибулярной поверхностью

103.** Зубная дуга верхней челюсти:

- 1) больше альвеолярной дуги
- 2) меньше альвеолярной дуги
- 3) равна альвеолярной дуге

104.** Базальная дуга верхней челюсти:

- 1) меньше альвеолярной дуги
- 2) больше альвеолярной дуги
- 3) равна альвеолярной дуге

105.** Зубная дуга нижней челюсти:

- 1) меньше альвеолярной дуги
- 2) больше альвеолярной дуги
- 3) равна альвеолярной дуге

106.** Базальная дуга нижней челюсти:

- 1) меньше альвеолярной дуги
- 2) больше альвеолярной дуги
- 3) равна альвеолярной дуге

107.** Передний щечный бугорок верхнего 6 в норме контактирует с:

- 1) задним щечным бугорком нижнего 6
- 2) межбугорковой фиссурой нижнего 6
- 3) контактной точкой между нижними 6 и 5

108.** Бугорок верхнего 3 в норме располагается:

- 1) между нижним 3 и 4
- 2) на уровне бугорка нижнего 3
- 3) между 3 и 2

109.** Окклюзия- это смыкание зубных рядов:

- 1) при привычном положении НЧ
- 2) в состоянии физиологического покоя
- 3) при смещении нижней челюсти вперед на половину ширины коронок моляров

110.*** Сроки прорезывания молочных зубов:

- 1) 4-6 месяцев –II и I, 6-8- III, 8-10 мес.-IV, 10-12 мес.-V
- 2) 6-8 месяцев-I, 8-12 мес.-II, 12-16 мес.-III, 16-20 мес.-IV

111.*** Сроки прорезывания постоянных зубов:

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

112. ***Укажите ветвь верхнечелюстной артерии в ее крыловидном отделе:

- 1) подбородочная артерия
- 2) клиновидно-небная артерия

- 3) поверхностная височная артерия
- 4) щечная артерия

113. ***Укажите ветвь верхнечелюстной артерии в ее крыловидно-небном отделе:

- 1) подбородочная артерия
- 2) средняя менингеальная артерия
- 3) восходящая небная артерия
- 4) подглазничная артерия

114. **Укажите ветвь лицевой артерии:

- 1) дорсальная артерия носа
- 2) угловая артерия
- 3) подглазничная артерия
- 4) верхняя альвеолярная артерия

115. **Укажите сосуд, от которого отходят верхние альвеолярные артерии:

- 1) поверхностная височная артерия
- 2) лицевая артерия
- 3) глазная артерия
- 4) подглазничная артерия

116. *Моляры верхней челюсти кровоснабжает артерия:

- 1) лицевая
- 2) крыловидная
- 3) задняя верхняя альвеолярная
- 4) средняя верхняя альвеолярная

117. **В образовании стенок сонного треугольника участвуют:

- 1) лопаточно-подъязычная мышца
- 2) подъязычный нерв
- 3) нижняя челюсть
- 4) наружная сонная артерия

118. **В образовании поднижнечелюстного треугольника участвуют:

- 1) шило-подъязычная мышца
- 2) челюстно-подъязычная мышца
- 3) поднижнечелюстная слюнная железа
- 4) двубрюшная мышца

119. **Мимические мышцы развиваются из:

- 1) мезенхима 1-й висцеральной дуги
- 2) миотомы шейных сомитов
- 3) мезенхима 2-й висцеральной дуги
- 4) мезенхима 3-й и 4-й жаберных дуг

120. *Укажите особенности строения и топографии, которые присущи мимическим мышцам:

- 1) развиваются из миотомов головных сомитов
- 2) не покрыты подкожной фасцией
- 3) покрыты фасцией
- 4) не принимают участие в акте жевания

121. *Жевательные мышцы развиваются из:

- 1) миотомы шейных сомитов
- 2) мезенхима 1-й висцеральной дуги
- 3) мезенхима 2-й висцеральной дуги
- 4) мезенхима 3-й и 4-й жаберных дуг

122. **Укажите особенности строения и функции, свойственные жевательным мышцам:

- 1) прикрепляются к нижней челюсти
- 2) не действуют на височно-нижнечелюстной сустав
- 3) сосредоточены вокруг отверстий черепа
- 4) отражают внутреннее душевное состояние

123. **Укажите анатомические образования, к которым прикрепляется собственно жевательная мышца:

- 1) крыловидный отросток клиновидной кости
- 2) скуловой отросток верхней челюсти
- 3) височная кость
- 4) альвеолярная дуга верхней челюсти

124. **Укажите анатомические образования, к которым прикрепляется височная мышца:

- 1) наружная поверхность угла нижней челюсти
- 2) внутренняя поверхность угла нижней челюсти
- 3) шейка суставного отростка

4) венечный отросток нижней челюсти

125. **Укажите анатомические образования, к которым прикрепляется латеральная крыловидная мышца:

- 1) внутренняя поверхность угла нижней челюсти
- 2) суставной диск височно-нижнечелюстного сустава
- 3) венечный отросток нижней челюсти
- 4) шейка суставного отростка нижней челюсти

126. *Укажите мышцы, образующие диафрагму рта:

- 1) переднее брюшко двубрюшной мышцы
- 2) щито-подъязычная мышца
- 3) грудино-подъязычная мышца
- 4) грудино-щитовидная мышца

127. **Укажите какой части не существует в жевательной мышце:

- 1) поверхностная
- 2) латеральная
- 3) промежуточная
- 4) глубокая

128. **Укажите мышцы, которые не обеспечивают мимику смеха:

- 1) мышца смеха
- 2) большая скуловая мышца
- 3) мышца, опускающая угол рта
- 4) малая скуловая мышца

129. *Какой отросток имеет верхняя челюсть:

- 1) яремный отросток
- 2) венечный отросток
- 3) мышцелковый отросток
- 4) лобный отросток

130. *На теле нижней челюсти имеется:

- 1) крыловидная ямка
- 2) слезный отросток
- 3) горизонтальная пластинка
- 4) зубные альвеолы

131. **На ветви нижней челюсти располагается:

- 1) подбородочный выступ
- 2) венечный отросток
- 3) глазничная поверхность
- 4) ямка слезного мешка

132. **В подвисочную ямку открывается:

- 1) крыловидно-верхнечелюстная щель
- 2) верхняя глазничная щель
- 3) сонное отверстие
- 4) большой небный канал

133. ***Крыловидно-небная ямка сообщается посредством круглого отверстия с:

- 1) полость носа
- 2) средняя черепная ямка
- 3) двубрюшная ямка
- 4) глазница

134. **Из крыловидно-небной ямки в глазницу ведет:

- 1) крыловидно-верхнечелюстная щель
- 2) верхняя глазничная щель
- 3) нижняя глазничная щель
- 4) клиновидно-небное отверстие

135. **Нижнюю стенку глазницы образует:

- 1) верхняя челюсть
- 2) клиновидная кость
- 3) нижняя челюсть
- 4) лобная кость

136. **Контрфорсами называются:

- 1) костные выступы в области свода черепа
- 2) тонкие костные участки в области лицевого черепа
- 3) костные утолщения, по которым передаётся сила жевательного движения на свод черепа
- 4) бугристости нижней челюсти

137. **Контрфорс на нижней челюсти называется:

- 1) альвеолярно-скуловой
- 2) восходящий
- 3) крыловидно-нёбный
- 4) нёбный

138. *Сколько контрфорсов имеется на верхней челюсти:

- 1) 4
- 2) 6
- 3) 2
- 4) 3

139. **Силу давления, развиваемую клыками снизу вверху уравновешивает:

- 1) лобно-носовой контрфорс
- 2) альвеолярно-скуловой контрфорс
- 3) нёбный контрфорс
- 4) альвеолярный контрфорс

140. **От альвеолярного возвышения 1 и 2 моляров идёт:

- 1) лобно-носовой контрфорс
- 2) альвеолярно-скуловой контрфорс
- 3) крыловидно-нёбный контрфорс
- 4) нёбный контрфорс

141. **От альвеолярных возвышений последних моляров и бугра верхней челюсти начинается:

- 1) крыловидно-нёбный контрфорс
- 2) нёбный контрфорс
- 3) альвеолярный контрфорс
- 4) восходящий контрфорс

142. ***Укажите нерв, ветви которого иннервируют кожу лица:

- 1) лицевой нерв
- 2) тройничный нерв
- 3) языкоглоточный нерв
- 4) блоковый нерв

143. ***Укажите ветвь, которая отходит от нижнечелюстного нерва:

- 1) барабанная струна
- 2) большой каменистый нерв

- 3) язычный нерв
- 4) верхний альвеолярный нерв

144. **Укажите анатомическое образование, иннервируемое щечным нервом:

- 1) щечная мышца
- 2) слизистая оболочка щеки
- 3) зубы
- 4) околоушная слюнная железа

145. ***Укажите ветви, отходящие от крылонебного узла:

- 1) большие и малые небные ветви
- 2) глоточные ветви
- 3) короткие ресничные ветви
- 4) язычные ветви

146. **Жевательная мышца иннервируется:

- 1) n. massetericus
- 2) nn. temporales profundi
- 3) n. pterygoideus externus
- 4) n. pterygoideusinternus

147. **Височная мышца иннервируется:

- 1) n. massetericus
- 2) n. pterigoideus externus
- 3) nn. temporales profundi
- 4) n. pterygoideusinternus

148. **Латеральная крыловидная мышца иннервируется:

- 1) n. massetericus
- 2) nn. temporales profundi
- 3) n. pterygoideus internus
- 4) n. pterigoideusexternus

149. **Медиальная крыловидная мышца иннервируется:

- 1) n. pterygoideus internus
- 2) n. pterigoideus externus
- 3) n. massetericus
- 4) nn. temporalesprofundi

150. **Формирование полости рта происходит к концу:

- 1) шестого месяца внутриутробного развития
- 2) четвертого месяца внутриутробного развития
- 3) второго месяца внутриутробного развития
- 4) третьего месяца внутриутробного развития

151. ***Слизистая оболочка рта состоит:

- 1) из 5 слоев
- 2) из 2 слоев
- 3) из 3 слоев
- 4) из 4 слоев

152. **Многослойный плоский эпителий слизистой рта в нормальных условиях ороговеет:

- 1) на губах
- 2) на щеках
- 3) на мягком нёбе
- 4) на твердом нёбе
- 5) на дне полости рта

153. **Иннервация слизистой оболочки рта осуществляется:

- 1) I, II, III парами черепных нервов
- 2) III, IV, V парами черепных нервов
- 3) V, VII, IX парами черепных нервов
- 4) II, III парами черепных нервов

154.*Сосочки языка, не содержащие вкусовые луковицы:

- 1) нитевидные
- 2) грибовидные
- 3) листовидные
- 4) желобоватые

155. *Высокая митотическая активность эпителия слизистой оболочки рта обуславливает функцию:

- 1) защитную
- 2) пластическую
- 3) чувствительную

4) обонятельную

156. *Количество слюны, которое выделяется у взрослого человека в сутки:

- 1) 500-1000 мл
- 2) 1000-1500 мл
- 3) 1500-2000 мл
- 4) 2000-2500 мл

157. **Закладка и образование молочных зубов начинается:

- 1) на 2-3-й неделе эмбриональной жизни
- 2) на 4-5-й неделе эмбриональной жизни
- 3) на 6-8-й неделе эмбриональной жизни
- 4) на 8-9-й неделе эмбриональной жизни

158. **Закладка и образование постоянных зубов начинается:

- 1) со 2-го месяца эмбриональной жизни
- 2) с 3-го месяца эмбриональной жизни
- 3) с 5-го месяца эмбриональной жизни
- 4) с 6-го месяца эмбриональной жизни

159. **Формирование верхушки корня как молочных, так и постоянных зубов заканчивается:

- 1) через 1 год после прорезывания
- 2) через 2 года после прорезывания
- 3) через 3 года после прорезывания
- 4) через 4 года после прорезывания

160. **Верхнечелюстная кость создает опору и защиту:

- 1) для глазного яблока;
- 2) головного мозга
- 3) полости рта
- 4) полости носа
- 5) глотки.

161. **Перечислите основные образования верхнечелюстной кости:

- 1) тело челюсти
- 2) диафиз
- 3) эпифиз

- 4) скуловой, лобный, луночковый, небный отростки
- 5) имеет сложную форму с множеством ячеистых полостей

162. **Дайте название бугру верхнечелюстной кости;

- 1) небный;
- 2) скуловой;
- 3) верхнечелюстной.
- 4) носовой

163. **Укажите угол, который составляют ветви нижней челюсти по отношению к телу:

- 1) острый
- 2) прямой
- 3) тупой

164. **Назовите отросток ветви нижнечелюстной кости:

- 1) венечный
- 2) мастилярный
- 3) альвеолярный
- 4) подбородочный

165. *К генетическим факторам развития зубочелюстно-лицевых аномалий относятся:

- 1) обвитие пуповиной плода
- 2) внутриутробное вирусное инфицирование плода
- 3) наличие аномалии роста и развития верхней челюсти у матери
- 4) рахит ребенка

166. **На генетическую информацию плода влияют:

- 1) условия оплодотворения яйцеклетки
- 2) наличие мутаций в сперматозоидах отца
- 3) жилищно-бытовые условия родителей
- 4) наличие аллергии у матери

167. ***К эндокринным факторам развития зубочелюстно-лицевых аномалий относится:

- 1) рахит ребенка
- 2) аллергическая реакция на пищевые продукты
- 3) анемия
- 4) гепатит А

168. ***К пренатальным факторам развития зубочелюстно-лицевых аномалий относится:

- 1) питание матери до беременности
- 2) анемия матери
- 3) родовая травма новорожденного
- 4) сосание большого пальца

169. ***К интранатальным факторам развития зубочелюстно-лицевых аномалий относится:

- 1) внутриутробное инфицирование плода
- 2) обвитие пуповиной плода во время родов
- 3) генетически обусловленная микрогнатия
- 4) нарушение питания ребенка

170. **К постнатальным факторам развития зубочелюстно-лицевых аномалий относится:

- 1) питание матери во время беременности
- 2) длительный безводный период
- 3) кариес зубов
- 4) принятие матерью тетрациклина во время беременности

171. **Какие заболевания матери не влияют на развитие зубочелюстно-лицевых аномалий у плода:

- 1) герпес-вирусная инфекция
- 2) кандидоз полости рта
- 3) краснуха
- 4) цитомегалия

172. **Какая вредная привычка НЕ является причиной развития открытого прикуса:

- 1) сосание большого пальца
- 2) прокладывание языка между зубами
- 3) подпираание подбородка рукой
- 4) ротовое дыхание

173. ***Какая вредная привычка приводит к протрузии передних зубов:

- 1) давление языком на передние зубы
- 2) сосание языка
- 3) нарушение осанки
- 4) прикусывание губ и щек

174. **Ротовое дыхание является причиной следующей зубочелюстно-лицевой аномалии:

- 1) протрузии передних зубов
- 2) открытого прикуса

- 3) дистального прикуса
- 4) перекрестного прикуса

175. *Дистальный прикус может быть следствием:

- 1) запрокидывания головы на подушке во время сна
- 2) сосания ручки
- 3) неправильного глотания
- 4) неправильной речевой артикуляции

176. **Причиной перекрестного прикуса НЕ является:

- 1) подпираание рукой челюсти
- 2) прокладывание языка между зубами
- 3) рахит ребенка
- 4) неправильное расположение нижней челюсти в покое

177. ***Этиологическим фактором ретенции постоянных зубов НЕ является:

- 1) раннее удаление молочных зубов
- 2) вредные привычки
- 3) нехватка места в зубной дуге
- 4) генетическая предрасположенность

178. ***К веществам, вызывающим зубочелюстно-лицевых аномалий у плода в антенатальном периоде развития, НЕ относится:

- 1) НПВС
- 2) цитостатики
- 3) диазепам
- 4) пенициллин

179. ***К веществам, вызывающим развитие зубочелюстно-лицевых аномалий в антенатальном периоде у плода, относится:

- 1) амоксиклав
- 2) аспирин
- 3) аскорбиновая кислота
- 4) артикаин

180. *Ротовое дыхание ведет к развитию следующей зубочелюстно-лицевой аномалии:

- 1) микрогнатия
- 2) открытый прикус
- 3) микрогения
- 4) диастема

181. *Короткая уздечка языка является причиной развития зубочелюстно-лицевых аномалий:

- 1) макрогении
- 2) микроглоссии
- 3) глубокого резцового перекрытия
- 4) диастемы нижних резцов

182. *Какой фактор НЕ является причиной нехватки места в зубной дуге:

- 1) удаление молочных зубов за 1 год до прорезывания постоянных зубов
- 2) отсутствие протезирования при потере молочных зубов за 2 года до прорезывания постоянных зубов
- 3) питание кашами и пюре
- 4) удаление молочных зубов за 3 года до прорезывания постоянных зубов

183. *На формирование зубочелюстно-лицевых аномалий НЕ влияет:

- 1) баланс мышц
- 2) прорезывание зубов
- 3) отсутствие зачатков третьих моляров
- 4) рахит

184. **В нормализации функции дыхания первостепенное значение имеют:

- 1) нормализация осанки, положения головы
- 2) санация носоглотки
- 3) упражнения для нормализации положения языка
- 4) дыхательная гимнастика

185. **При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде:

- 1) сосания пальцев
- 2) прикусывания губ
- 3) сосания языка
- 4) прокладывания мягких тканей языка, щек в область дефекта

186. **Какая аномалия прикуса формируется при искусственном кормлении ребенка из бутылочки с большим отверстием в соске?

- 1) прогнатический
- 2) прогенический
- 3) открытый
- 4) глубокий

187. **Правильное положение кончика языка в момент глотания:

- 1) между передними зубами
- 2) между боковыми зубами
- 3) в области небной поверхности верхних фронтальных зубов
- 4) нет правильных ответов

188. **У детей с нарушением носового дыхания должны быть проведены меры профилактики зубочелюстных аномалий:

- 1) санация носоглотки
- 2) санация полости рта
- 3) изготовление съемного протеза
- 4) нет правильных ответов

189. **Низкое крепление уздечки верхней губы приводит к:

- 1) ограничению подвижности нижней губы
- 2) тремам
- 3) увеличение подвижности зубов
- 4) диастеме

190. *Причинами аномалий могут быть:

- 1) все вышеперечисленное
- 2) неправильное вскармливание
- 3) вредные привычки
- 4) рахит

191. *Привычка сосания большого пальца приводит к:

- 1) мезиальной окклюзии
- 2) протрузии нижних резцов
- 3) глубокой рез дизокклюзии
- 4) вертикальной резцовой дизокклюзии

192. **К мезиальной окклюзии приводит:

- 1) верхняя прогнатия
- 2) верхняя макрогнатия и нижняя микрогнатия
- 3) верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия
- 4) нижняя ретрогнатия

193. **Положение языка между зубами приводит к:

- 1) мезиальная окклюзия
- 2) дистальная окклюзия
- 3) глубокая резцовая окклюзия
- 4) вертикальная резцовая дизокклюзия

194. **Прикусывание пальца приводит к:

- 1) выдвижение нижней челюсти
- 2) прикусыванию щек
- 3) протрузии резцов верхней челюсти и ретрузии резцов нижней челюсти
- 4) травме языка

195. **Нарушение носового дыхания приводит к аномалии зубного ряда:

- 1) уплощение верхнего во фронтальном отделе
- 2) расширению нижнего
- 3) сужению нижнего
- 4) сужению верхней

196. **К этиологическим факторам, способствующим формированию аномалии развития зубов в антенатальном периоде относят все нижеперчисленные, КРОМЕ:

- 1) наследственности
- 2) болезни матери во время беременности
- 3) факторов внешней среды
- 4) стрессовых ситуации
- 5) болезней раннего детского возраста

197. ***К этиологическим факторам, способствующим формированию развития аномалии зубов в постнатальном периоде относят все, КРОМЕ:

- 1) раннего удаления зубов
- 2) множественного кариеса
- 3) воспалительных заболеваний
- 4) травмы челюстных костей
- 5) наследственности

198. **Наиболее вероятным этиологическим фактором супрапозиции верхних или инфрапозиции нижних зубов является все ниже перечисленные, КРОМЕ:

- 1) недостатка места
- 2) вредной привычки
- 3) сверхкомплектного зуба
- 4) одонтомы
- 5) частичной адентии

199. *НАИБОЛЕЕ вероятным этиологическим фактором вестибулярного положения клыков является все ниже перечисленные, КРОМЕ:

- 1) неправильной закладки
- 2) ротового дыхания
- 3) сверхкомплектных зубов
- 4) макродентии
- 5) адентии

200.**НАИБОЛЕЕ вероятным этиологическим фактором небного положения зубов является все ниже перечисленные, КРОМЕ:

- 1) раннего удаления
- 2) несращения альвеолярного отростка
- 3) неправильной закладки
- 4) ротового дыхания
- 5) прикусывания нижней губы

201.**НАИБОЛЕЕ вероятным этиологическим фактором орального положения боковых зубов, чаще вторых премоляров является:

- 1) декомпенсированный кариес
- 2) ранняя потеря временных моляров
- 3) ранняя потеря временных резцов
- 4) диастемы и тремы
- 5) макроденция и микроденция

202.**НАИБОЛЕЕ вероятным этиологическим фактором вестибулярного положения боковых зубов, чаще первых премоляров является:

- 1) неправильное положение зачатков
- 2) ранняя потеря временных моляров
- 3) макроденция и микроденция
- 4) диастемы и тремы
- 5) декомпенсированный кариес

203.**НАИБОЛЕЕ вероятным этиологическим фактором дистального положения боковых зубов является:

- 1) кариозное разрушение
- 2) ранняя потеря
- 3) адентия или ретенция
- 4) ротовое дыхание
- 5) новообразование

204.*Наиболее вероятным этиологическим фактором мезиального положения боковых зубов является все ниже перечисленные, КРОМЕ:

- 1) кариозных разрушений
- 2) ранней потери временных зубов
- 3) ранней потери постоянных зубов
- 4) ротового дыхания
- 5) задержки молочных моляров

205.***НАИБОЛЕЕ вероятным этиологическим фактором супрапозиции верхних или инфрапозиции нижних зубов может быть:

- 1) ранняя потеря противостоящих зубов
- 2) частичная адентия
- 3) последствие травм
- 4)микродентия
- 5) механическое препятствие

206.**НАИБОЛЕЕ вероятным этиологическим фактором инфрапозиции верхних или супрапозиции нижних зубов может быть:

- 1) недостаток места
- 2) вредные привычки
- 3) механическое препятствие
- 4) нарушение формирования корня
- 5) ранняя потеря противостоящих зубов

207.**Диастему – Пвида НАИБОЛЕЕ часто обуславливает:

- 1) Одонтома в области верхушек корней резцов
- 2) Вредная привычка сосания нижней губы
- 3) Вредная привычка сосания пальца
- 4) Ретенция сверхкомплектного зуба
- 5) Адентия 1.2; 2.2 зубов

208.**Диастему – Ивида НАИБОЛЕЕ часто обуславливает:

- 1) Ранняя потеря постоянного бокового резца
- 2) Сосание и прикусывание нижней губы
- 3)Адентия 1.2, 2.2 зубов
- 4) Укорочение уздечки языка
- 5) Микродентия

209.**Диастему – Швида НАИБОЛЕЕ часто обуславливает:

- 1) Наличие сверхкомплектного зуба между корнями
- 2) Прорезавшийся сверхкомплектный зуб
- 3) Небное положение 1.2; 2.2 зубов
- 4) Ранняя потеря 1.2; 2.2 зубов
- 5) Адентия 1.2; 2.2 зубов

210.**Наиболее вероятным этиологическим фактором поворота зуба вокруг его продольной оси является все ниже перечисленные, КРОМЕ:

- 1) макродентии
- 2) сужения зубных дуг
- 3) неправильного положения зачатка
- 4) вредных привычек
- 5) микродентии

211.**НАИБОЛЕЕ вероятным этиологическим фактором транспозиции является

- 1) неправильная закладка зачатков
- 2) вредные привычки и ротовое дыхание
- 3) макродентия и микродентия
- 4) адентия и ретенция
- 5) раннее удаление временных моляров

212.*В основе построения симптоматического ортодонтического диагноза лежит:

- 1) характер смыкания зубных рядов
- 2) этиология зубочелюстных аномалий
- 3) морфологические отклонения в строении лицевого отдела черепа
- 4) эстетические нарушения

213.*Симптоматический диагноз – это:

- 1) установление вида прикуса
- 2) определение функциональных нарушений
- 3) эстетические нарушения
- 4) сопутствующие стоматологические нарушения

214.**Клиническая дифференциальная диагностика смещения нижней челюсти представляет собой несовпадение средней линии:

- 1) между зубами
- 2) лица и зубов
- 3) лица и верхнего зубного ряда
- 4) лица и нижней челюсти

215.**Сагиттальная щель между РЕЗЦАМИ определяется:

- 1) от вестибулярной поверхности верхних резцов до вестибулярной поверхности нижних

- 2) от язычной поверхности верхних резцов до вестибулярной поверхности нижних клыков
- 3) от язычной поверхности верхних клыков до язычной поверхности нижних
- 4) измерить невозможно

216. **Вертикальная щель между РЕЗЦАМИ измеряется:

- 1) от режущего края верхних резцов до режущего края нижних
- 2) от бугорков верхних резцов до режущего края клыков
- 3) от пришеечной части верхних резцов до режущего края нижних
- 4) измерить невозможно

217. **Для определения смещения нижней челюсти вперед необходимо применять:

- 1) жевательные пробы по Рубинову
- 2) пробу Битнера - Эйшлера
- 3) глотательные пробы
- 4) любую пробу из перечисленных

218. *Глубину преддверия полости рта измеряют:

- 1) от режущего края резцов до переходной складки
- 2) от десневого края резцов до переходной складки
- 3) от экватора резцов до переходной складки
- 4) любым способом

219. *Инструменты для обследования стоматологических больных:

- 1) зонд, зеркало, гладилка
- 2) шпатель, пинцет, зонд
- 3) пинцет, зеркало, зонд
- 4) шпатель, зеркало, зонд

220. *Основные методы обследования:

- 1) расспрос, осмотр, перкуссия, пальпация, термодиагностика
- 2) термодиагностика, рентгенодиагностика
- 3) оценка гигиенического состояния, опрос, осмотр, зондирование
- 4) расспрос, осмотр, зондирование, пальпация

221. *В норме зубной ряд верхней челюсти взрослого человека имеет форму:

- 1) трапеции
- 2) полукруга
- 3) параболы
- 4) полуэллипса

222. *В норме верхние третьи моляры:

- 1) имеют по одному антагонисту на нижней челюсти
- 2) имеют по два антагониста на нижней челюсти
- 3) имеют по три антагониста на нижней челюсти
- 4) не имеют антагонистов

223. *В сформированном временном физиологическом прикусе зубные ряды имеют форму:

- 1) полуэллипса
- 2) полукруга
- 3) параболы
- 4) трапеции

224. **Тремы в переднем отделе зубного ряда у 5-летнего ребенка говорят о:

- 1) формирующейся аномалии
- 2) нормальном развитии
- 3) стираемости зубов
- 4) не имеют диагностического значения

225. **При нейтральном соотношении первых постоянных моляров передний щечный бугорок верхнего бго зуба располагается:

- 1) над передним щечным бугорком нижнего бго зуба
- 2) над дистальным щечным бугорком нижнего бго зуба
- 3) в передней межбугорковой фиссуре нижнего бго зуба
- 4) в контактной точке между 5м и 6м зубами

226. *Окклюзия – это смыкание зубных рядов:

- 1) в состоянии физиологического покоя
- 2) при смещении нижней челюсти дистально на 1/2 ширины коронки моляра
- 3) при смещении нижней челюсти мезиально на 1/2 ширины коронки моляра
- 4) при привычном положении нижней челюсти

227. ***Плоский свод неба и поперечная исчерченность его слизистой оболочки характерны для полости рта:

- 1) 2х летнего ребенка
- 2) 5ти летнего ребенка
- 3) новорожденного
- 4) взрослого человека

228. **В период подготовки к смене зубов физиологическая стираемость в норме происходит:

- 1) в области клыков
- 2) во фронтальном отделе
- 3) в боковых отделах
- 4) во фронтальном и боковых отделах

229. *В норме зубной ряд нижней челюсти взрослого человека имеет форму:

- 1) трапеции
- 2) полукруга
- 3) полуэллипса
- 4) параболы

230. ***К моменту прорезывания первых постоянных моляров в норме дистальные поверхности вторых молочных моляров образуют:

- 1) мезиальную «ступень»
- 2) дистальную «ступень»
- 3) находятся в одной плоскости
- 4) не контактируют

231. **В норме щечные бугорки верхних боковых зубов

- 1) перекрывают щечные бугорки нижних зубов
- 2) контактируют с щечными буграми нижних зубов
- 3) контактируют с продольными фиссурами нижних зубов
- 4) контактируют с язычными буграми нижних зубов

232. **В полости рта новорожденного сагиттальная щель между верхней и нижней челюстями достигает:

- 1) 5мм.
- 2) 10мм

3) 14мм

4) 20мм

234. ***У ребенка в возрасте 4 лет физиологической нормой считается:

1) дистальные поверхности вторых временных моляров расположены в одной плоскости

2) между дистальными поверхностями вторых временных моляров формируется мезиальная ступень

3) между дистальными поверхностями вторых временных моляров формируется дистальная ступень

4) между дистальными поверхностями первых временных моляров формируется мезиальная ступень

5) между дистальными поверхностями первых временных моляров формируется дистальная ступень

235. ***Второе физиологическое повышение прикуса происходит с прорезыванием:

1) первого временного моляра

2) первого постоянного моляра

3) второго постоянного моляра

4) первого постоянного премоляра

5) второго постоянного премоляра

236. **У ребенка 5 лет патологией зубочелюстной системы считается:

1) рассасывание корней временных зубов

2) отсутствие физиологической стираемости зубов

3) наличие трем и диастемы

4) превалирует функция жевания

5) нижняя челюсть в результате активного роста смещается вперед

237. ***Третье физиологическое повышение прикуса происходит с прорезыванием:

1) резцов

2) премоляров

3) клыков

4) первых постоянных моляров

5) вторых постоянных моляров

238. *В зависимости от целевого назначения оттиски могут быть:

- 1) функциональными
- 2) однослойными
- 3) диагностическими
- 4) рабочими

239. *Оттискная масса должна отвечать следующим требованиям:

- 1) легко вводиться и выводиться из полости рта
- 2) точно прилегать к тканям протезного ложа
- 3) растворяться в слюне
- 4) быстро отвердевать
- 5) усадка не должна превышать 0,1%
- 6) давать точный отпечаток рельефа слизистой оболочки полости рта

240. **Отрицательными свойствами гипса могут быть:

- 1) безвредность
- 2) хрупкость
- 3) практически не дает усадки

241. *Для ускорения реакции отверждения гипса в воду добавляют:

- 1) 3% раствор соли
- 2) 2-3% раствор натрия тетрабората
- 3) 2-3% раствор сахара

242. **Перечислите необходимые мероприятия для предупреждений рвотного рефлекса у детей:

- 1) во время оттиска ребенку наклоняют голову вперед
- 2) применение эластических оттискных масс в малом количестве
- 3) точно подбирать оттискную ложку

243. **При изготовлении диагностических моделей челюстей положение челюстей должно быть в привычной окклюзии:

- 1) да
- 2) нет
- 3) не имеет значения

244. **Возможно ли определить недостаток места для зубов в зубной дуге методом Nance?

- 1) да
- 2) нет

245. ***Какую зависимость установил Pont:

- 1) зависимость между шириной коронок верхних постоянных резцов и передним отрезком зубной дуги
- 2) зависимость ширины коронок верхних постоянных резцов и ширины зубных рядов в области премоляров и моляров
- 3) зависимость ширины коронок верхних постоянных резцов и длины зубных рядов

246. ***Что определяет метод Коргхауза:

- 1) длину переднего отрезка зубных дуг в зависимости от ширины верхних постоянных резцов
- 2) ширину переднего отрезка зубных дуг в зависимости от ширины верхних постоянных резцов

247. ***Метод Герлаха позволяет определить:

- 1) индивидуальные различия в сегментах зубных рядов
- 2) пропорциональность соотношения сегментов зубных рядов
- 3) дифференциацию тесного положения зубов, обусловленного их размерами от тесного положения при сужении и укорочении зубных рядов

248. **Укажите, с какой целью применяют метод Снагиной:

- 1) для определения длины апикального базиса
- 2) для определения ширины апикального базиса
- 3) для определения длины и ширины апикального базиса

249. **Укажите, с какой целью применяется геометрически-графический метод Хаулея-Гербста:

- 1) для определения индивидуальной длины и ширины зубной дуги
- 2) для определения индивидуальной формы верхней зубной дуги
- 3) для определения индивидуальной формы верхней зубной дуги в зависимости от поперечных размеров центрального, бокового резцов и клыка
- 4) для определения индивидуальной формы нижней зубной дуги в зависимости от поперечных размеров центрального, бокового резцов и клыка

250. *Перечислите требования к рабочим моделям:

- 1) четкое отображение зубного ряда

- 2) четкое отображение зубных рядов, альвеолярного отростка, переходной складки, уздечки, неба, ретромолярной области, подъязычного пространства
- 3) качественное отображение тканей, с которыми будет соприкасаться ортодонтический аппарат
- 4) качественное отображение зубного ряда, альвеолярного отростка, неба, подъязычной области

251. **Укажите, с какой целью проводится измерение моделей челюстей:

- 1) для уточнения диагноза
- 2) для выбора метода лечения
- 3) для научных целей
- 4) для определения центральной окклюзии

252. *При измерении размеров зубов в основном изучают:

- 1) ширину (мезиодистальные размеры коронок)
- 2) высоту коронок

253. **Укажите направление прохождения FN плоскости (Франкфуртской горизонтали):

- 1) вертикально спереди через середину носа между центральными резцами по шву твердого неба
- 2) горизонтально справа налево через нижний край глазницы и верхний край наружного слухового прохода
- 3) пересекает лицо сверху вниз через оба края глазницы

254. **Срединно-сагиттальная плоскость условно делит голову:

- 1) на верхний и нижний отделы
- 2) на левую и правую половины
- 3) на передний и задний отделы

255. ***Укажите расположение точки rpn - проназале:

- 1) точка соединения кожной перегородки носа с верхней губой
- 2) наиболее выраженное углубление между лбом и носом
- 3) наиболее выступающая точка кончика носа при ориентировании головы во франкфуртской горизонтали

256. **Укажите расположение точки pg - погонион:

- 1) наиболее выступающая точка подбородка
- 2) наиболее выступающая точка нижней губы
- 3) наиболее нижняя точка подбородка

257. **Укажите расположение точки tr-трихион:

- 1) наиболее высоко расположенная точка головы
- 2) точка передней границы волосистой части лба
- 3) наиболее выступающая кзади точка затылка
- 4) точка пересечения срединно-сагиттальной плоскости с линией соединяющей брови
- 5) наиболее выступающая точка лба

258. **Укажите расположение точки go - гонион:

- 1) наиболее выступающая точка подбородка
- 2) наиболее выступающая кнаружи и кзади точка угла нижней челюсти
- 3) наиболее нижняя точка подбородка

259. ***Морфологической высотой лица можно назвать расстояние:

- 1) от tr до gn (от трихион до гнатион)
- 2) от zu до zy (от зигион до зигион)
- 3) от n до gn (от назион до гнатион)

260. ***Что из перечисленных отношений можно отнести к морфологическому индексу Гарсона:

- 1) $(\text{от } n \text{ до } gn / \text{от } zu \text{ до } zy) \times 100\%$
- 2) $(\text{от } tr \text{ до } N / \text{от } zu \text{ до } zy) \times 100\%$
- 3) $(\text{от } tr \text{ до } gn / \text{от } zu \text{ до } zy) \times 100\%$

261. **Что изучает миотонометрия:

- 1) тонус мышц
- 2) степень развитости мышц и их функций
- 3) адаптационные возможности мышц

262. **Что изучает электромиография:

- 1) биопотенциал мышц с целью изучения их электрофизиологической активности
- 2) влияние функций мышц на рост челюстей и формирование прикуса
- 3) тонус мышц

263. **Какой метод измерения диагностических моделей челюстей применяется для определения изменений зубных дуг в горизонтальной плоскости?

- 1) Пона
- 2) Коркхауза
- 3) Герлаха
- 4) Мойерса
- 5) Литтла

264. **Метод Коркхауса позволяет определить длину:

- 1) переднего отрезка
- 2) проекционную
- 3) апикального базиса

265. **Длина переднего отрезка верхнего ряда больше нижнего на:

- 1) 1мм
- 2) 2мм
- 3) 3мм
- 4) 4мм

266. **Соотношение размеров постоянных резцов составляет:

- 1) 1,33
- 2) 1,08
- 3) 1,64
- 4) 1,22

267. **Премолярный индекс Пона равен:

- 1) 64
- 2) 65
- 3) 80
- 4) 82

268. **Молярный индекс Пона равен:

- 1) 64
- 2) 65
- 3) 80
- 4) 82

269. **Ротированный моляр или премоляр занимает в зубном ряду:

- 1) меньше места
- 2) ротация не имеет значения
- 3) больше места
- 4) положение зависит от расположения передних зубов

270. **Ротированный резец занимает в зубном ряду:

- 1) меньше места
- 2) ротация не имеет значения
- 3) больше места
- 4) зависит от направления ротации

271. ***Аксиография регистрирует:

- 1) биопотенциал мышц
- 2) тонус мышц
- 3) движения нижней чел
- 4) движения суставной головки

272. **Артрофонография регистрирует:

- 1) биопотенциал мышц
- 2) шумы в ВНЧС
- 3) движения нижней чел
- 4) движения суставной головки

273. **Реограмма позволяет судить о:

- 1) тонус жевательных мышц
- 2) движения суставной головки
- 3) подвижности зубов
- 4) гемодинамике в пародонте

274. **Ортопантомографию челюстей проводят:

- 1) для определения количества и расположения зубов
- 2) для изучения строения лицевого отдела черепа
- 3) для прогноза роста челюстей

275. **Цель проведения рентгенографии небного шва:

- 1) для определения его строения, степени окостенения, изменений, происходящих при расширении верхней челюсти, наличия волокон уздечки верхней губы
- 2) для определения изменений, происходящих в небном шве при ортодонтическом лечении
- 3) для решения вопроса о хирургическом вмешательстве при диастеме

276. **На прямых (фасных) ТРГ головы можно выявить:

- 1) количество и положение зубов
- 2) форму и размеры лицевого отдела черепа
- 3) динамику роста челюстей

277. **С какой целью проводится телерентгенография головы:

- 1) для определения размеров и расположения челюстей по отношению к основанию черепа, изучения динамики и направления роста челюстей, изменений, происходящих в процессе ортодонтического лечения
- 2) для уточнения клинического диагноза и выбора метода лечения
- 3) для изучения изменений, происходящих в процессе ортодонтического лечения

278. **Методика проведения телерентгенографии головы:

- 1) обычным аппаратом для получения панорамных рентгенограмм
- 2) специальным рентгеновским аппаратом с трубкой, удаленной от головы пациента на 1,5 м
- 3) специальным рентгеновским аппаратом с трубкой, удаленной от головы пациента на 4 м

279. **Метод, применяемый в ортодонтии, для определения периода роста лицевых костей:

- 1) телерентгенография кисти руки
- 2) телерентгенография головы
- 3) ортопантомография

280. **Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить:

- 1) возможности роста челюстей
- 2) форму и размер суставных отростков нижней челюсти головок и суставных ямок
- 3) форму и размеры суставных дисков
- 4) местоположение головок суставных отростков нижней челюсти в суставных ямках

281. **Где на телерентгенограмме головы определяют точки N (назион):

- 1) центральная точка «чаши» турецкого седла
- 2) передняя точка шва лобной и носовой кости
- 3) передняя точка носовой кости

282. **Где на телерентгенограмме головы определяют точку S (сселе):

- 1) астральная точка «чаши» турецкого седла
- 2) точки перехода верхнего контура тела нижней челюсти в передний контур ее ветвей

3) передняя точка шва лобной и носовой кости

283. ***Плоскость переднего основания черепа проводится через точки:

- 1) N-S
- 2) Go-Gn
- 3) Po-Og

284. ***Угол основания черепа это:

- 1) угол NSBa
- 2) угол SNA
- 3) угол SNB

285. **Для определения положения суставной головки нижней челюсти необходимо оценить размер:

- 1) суставных щелей
- 2) суставной ямки
- 3) суставной головки нижней челюсти
- 4) суставного бугорка

286. **Определить высоту головки нижней челюсти можно по томограмме ВНЧС:

- 1) закрытом рте
- 2) открытом рта
- 3) смещении нижней челюсти латерально
- 4) смещении нижней челюсти кзади

287. **Определить ширину головки ниж чел можно по томограмме ВНЧС:

- 1) закрытом рте
- 2) открытом рта
- 3) смещении нижней челюсти латерально
- 4) смещении нижней челюсти кзади

288. **Определить размеры суставных щелей можно по томограмме ВНЧС:

- 1) закрытом рте
- 2) открытом рта
- 3) смещении нижней челюсти латерально
- 4) смещении нижней челюсти кзади

289. ***Линия основания нижней челюсти проводится через точки:

- 1) Sna-Snp
- 2) Gn-Go
- 3) N-S

4) Ar-Go

290. **Линия SpP соответствует основанию:

- 1) нижней челюсти
- 2) заднего отдела основания черепа
- 3) переднего отдела основания черепа
- 4) верхней челюсти

291. **Линия соответствующая основания вер чел проводится через точки:

- 1) Sna-Snp
- 2) Pg-Go
- 3) N-Se
- 4) Ar-Go

292. **Плоскость основания верх чел обозначена:

- 1) N-S
- 2) SpP
- 3) MP
- 4) FH

293. ***Линия переднего отдела основания черепа проводится через точки:

- 1) Sna-Snp
- 2) Pg-Go
- 3) N-S
- 4) Ar-Go

294. **Франкфуртская горизонталь проводится через точки:

- 1) Sna-Snp
- 2) Or-Po
- 3) N-S
- 4) Ar-Go

295. **Увеличение угла SNA характерно для окклюзии:

- 1) мезиальной
- 2) глубокой резцовой
- 3) дистальной
- 4) физиологической

296. ***Увеличение угла SNB характерно для окклюзии:

- 1) мезиальной
- 2) глубокой резцовой
- 3) дистальной
- 4) физиологической

297. **Уменьшение угла SNA характерно для окклюзии:

- 1) мезиальной
- 2) глубокой резцовой
- 3) дистальной
- 4) физиологической

298. **Уменьшение угла SNB характерно для окклюзии:

- 1) мезиальной
- 2) глубокой резцовой
- 3) дистальной
- 4) физиологической

299. **Рентгеновская трубка при внутриротовой близкофокусной рентгенографии:
расположена

- 1) перпендикулярно окклюзионной плоскости
- 2) перпендикулярно биссектрисе угла, образованного осью зуба и пленкой
- 3) параллельно окклюзионной плоскости
- 4) любым образом

300. **При внутриротовой близкофокусной рентгенографии рентгеновская трубка направляется на проекцию:

- 1) коронки зуба
- 2) верхушки корня зуба
- 3) середины корня зуба
- 4) 1/3 корня зуба
- 5) не имеет значения

301. **Во время ортопантомографии челюстей рентгеновская трубка располагается:

- 1) в полости рта неподвижно
- 2) в полости рта подвижно
- 3) вне полости рта подвижно
- 4) любым образом

302. **При телерентгенографии головы рентгеновская трубка расположена от исследуемого объекта на расстоянии:

- 1) 5 см
- 2) 0.3 м
- 3) 0.8 м
- 4) 2-3 м

5) более 10 м

303. **Ортопантомографию челюстей необходимо проводить:

1) в краевом смыкании резцов

2) при насильственном выдвигании нижней челюсти до соотношения $\frac{6:6}{6:6}$
по I классу Энгля

3) в привычной окклюзии

4) при любом смыкании челюстей

304. Метод электрографии в ортодонтии применяется для:

1) исследования кровеносных сосудов пародонта

2) исследования ВНЧС

3) изучения функции мышц

305. Для оценки пародонта боковой группы зубов целесообразно использовать:

1) ТРГ-прямую проекцию

2) ортопантомографию

3) томографию

306. Латеральное смещение нижней челюсти позволяет определить:

1) томография

2) телерентгенография в прямой проекции

3) ТРГ в боковой проекции

307. Для определения переднего положения нижней челюсти необходим рентгенологический метод:

1) ТРГ в боковой проекции

2) ТРГ в прямой проекции

3) ортопантомография

308. для определения пародонта фронтальной группы зубов используется:

1) ТРГ прямая проекция

2) ортопантомография

3) панорамная рентгенография челюстей

309. Метод, используемый для определения состояния пародонта отдельных зубов:

- 1) ортопантомография
- 2) внутриротовая рентгенография
- 3) панорамная рентгенография

310. *Укажите, сколько классов аномалий прикуса выделил Энгль:

- 1) 2 класса
- 2) 3 класса
- 3) 4 класса

311. *В основу классификации Персина положены:

- 1) нарушения окклюзии зубных рядов
- 2) морфологические изменения зубных рядов
- 3) соотношения зубных рядов

312. *Классификация Калвелиса не учитывает:

- 1) этиологических факторов
- 2) эстетических нарушений
- 3) морфологических нарушений

313.**Назовите, кто предложил термины «нейтральный», «мезиальный», «дистальный» прикус:

- 1) Энгль
- 2) Лишер
- 3) Кнейзель

314.**Укажите, сколько видов неправильного положения зубов выделил Энгль:

- 1) 3
- 2) 6
- 3) 7
- 4) 8

315. **Термин «нейтральный» прикус соответствует» классификации Энгля:

- 1) II классу
- 2) I классу
- 3) III классу

316. **Термин «дистальный» прикус соответствует в классификации Энгля:

- 1) I классу
- 2) III классу
- 3) II классу

317. **III класс по Энгля соответствует термину:

- 1) дистальный прикус
- 2) мезиальный прикус

318. ***Мезиальный щечный бугорок верхнего первого моляра расположен впереди межбугровой фиссуры нижнего первого моляра. Это соответствует:

- 1) I классу Энгля
- 2) II классу Энгля
- 3) III классу Энгля

319. ***Мезиальный щечный бугорок верхнего первого моляра находится позади межбугровой фиссуры первого нижнего моляра. Это соответствует:

- 1) I классу Энгля
- 2) II классу Энгля
- 3) III классу Энгля

320. ***Мезиальный щечный бугорок верхнего первого моляра находится в межбугровой фиссуре одноименного нижнего первого моляра. Это соответствует:

- 1) дистальному прикусу
- 2) нейтральному прикусу
- 3) мезиальному прикусу

321. **Недостатки классификации Калвелеса:

- 1) очень объемна
- 2) не учитывает морфологические нарушения
- 3) не учитывает этиологические факторы
- 4) не учитывает эстетические нарушения

322. **I класс по Энгля характеризуется:

- 1) локализацией патологии в области передних участков зубных дуг
- 2) локализацией патологии в области боковых зубов

323. **Обратная резцовая окклюзия является аномалией в направлении:

- 1) во всех вышеуказанных:
- 2) сагиттальном
- 3) вертикальном
- 4) трансверзальном

324. *Наличие сверхкомплектных зубов относится к аномалии:

- 1) количества
- 2) положения
- 3) размера
- 4) формы

325. *Адентия относится к аномалии зубов:

- 1) количества
- 2) сроков прорезывания
- 3) размера
- 4) формы

326. **Сужение зубного ряда приводит к аномалиям:

- 1) формы, размера, симметричности
- 2) размера
- 3) формы
- 4) симметричности

327. ***При физиологической окклюзии ротация зуба:

- 1) допустима не более 10 град.
- 2) допустима не более 5 град.
- 3) допустима не более 15 град.
- 4) недопустима

328. ***При физиологической окклюзии промежутки между зубами:

- 1) отсутствуют
- 2) не более 0,2 мм
- 3) допустимы между 2 и 3 молярами нижней челюсти
- 4) допустимы между нижними резцами

329. **Дистальная окклюзия является аномалией в направлении:

- 1) сагиттальном
- 2) вертикальном
- 3) трансверзальном
- 4) сагиттальном

330. **Диастема возникает в результате аномалии:

- 1) смыкания зубных рядов
- 2) размера челюстных зубов
- 3) положения зубов
- 4) формы зубных рядов

331. **В норме центральные нижние резцы имеют:

- 1) по 1 антогонисту
- 2) по 2 антоганиста
- 3) смыкание с резцами
- 4) смыкание с боковыми резцами

332. **Классификация Энгля основана на смыкании:

- 1). резцов
- 2) челюстей
- 3) Клыков
- 4) моляров
- 5) премоляров

333. **Первый подкласс второго класса Энгля характеризуется:

- 1) скученностью верхних резцов
- 2) протрузией верхних резцов
- 3) ретрузией верхних резцов
- 4) протрузией нижних резцов
- 5) ретрузией нижних резцов

25. **Второй подкласс второго класса Энгля характеризуется:

- 1) скученностью верхних резцов
- 2) протрузией верхних резцов
- 3) ретрузией верхних резцов
- 4) протрузией нижних резцов
- 5) ретрузией нижних резцов

334. **Дистальная окклюзия – это аномалия окклюзии:

- 1) в вертикальной плоскости
- 2) в сагиттальной плоскости
- 3) в трансверзальной плоскости
- 4) в сагиттальной и трансверзальной плоскости
- 5) в вертикальной и трансверзальной плоскости

335. **Мезиальная окклюзия – это аномалия окклюзии:

- 1) в вертикальной плоскости
- 2) в сагиттальной плоскости
- 3) в трансверзальной плоскости
- 4) в сагиттальной и трансверзальной плоскости
- 5) в вертикальной и трансверзальной плоскости

336. **Открытый прикус – это аномалия окклюзии:

- 1) в вертикальной плоскости
- 2) в сагиттальной плоскости
- 3) в трансверзальной плоскости
- 4) в сагиттальной и трансверзальной плоскости
- 5) в вертикальной и трансверзальной плоскости

337. **Глубокая резцовая окклюзия – это аномалия окклюзии:

- 1) в вертикальной плоскости
- 2) в сагиттальной плоскости
- 3) в трансверзальной плоскости
- 4) в сагиттальной и трансверзальной плоскости
- 5) в вертикальной и трансверзальной плоскости

338. **Перекрестная окклюзия – это аномалия окклюзии:

- 1) в вертикальной плоскости
- 2) в сагиттальной плоскости
- 3) в трансверзальной плоскости
- 4) в сагиттальной и трансверзальной плоскости
- 5) в вертикальной и трансверзальной плоскости

339. ***Какая из нижеперечисленных аномалий зубов не является аномалией положения:

- 1) супраположение
- 2) тортоаномалия
- 3) транспозиция
- 4) ретенция
- 5) инфраположение

340. **Какая из нижеперечисленных аномалий зубов не является аномалией размера:

- 1) макродонтия
- 2) гиперодонтия

3) микроденция

341. ***Нарушение размеров зубных рядов не бывает:

- 1) в сагиттальном направлении
- 2) в вертикальном направлении
- 3) в трансверзальном направлении

342. **Супраположение - это аномалия положение зубов:

- 1) в вертикальной плоскости
- 2) в сагиттальной плоскости
- 3) в трансверзальной плоскости
- 4) в вертикальной и сагиттальной плоскости
- 5) в трансверзальной и вертикальной плоскости

343. *Инфраположение – это положение зуба:

- 1) выше окклюзионной плоскости
- 2) ниже окклюзионной плоскости
- 3) Вестибулярно

344. **Какая из нижеперечисленных аномалий не является аномалией окклюзии по трансверзали:

- 1) палатиноокклюзия
- 2) мезиоокклюзия
- 3) вестибулоокклюзия
- 4) лингвоокклюзия

345. **Что Вы понимаете под термином «абсолютная макроденция»?:

- 1) сумма мезиодистальных размеров коронок четырех резцов верхней челюсти равна 45 мм
- 2) сумма мезиодистальных размеров коронок четырех верхних резцов равна 35 мм и более, а нижних - 27 мм и более
- 3) сумма мезиодистальных размеров коронок четырех верхних резцов равна 30 мм

346. ***Миологические факторы аномалий положения отдельных зубов:

- 1) Наследственность
- 2) Вредные привычки
- 3) Нарушенное протекание функций зубочелюстной системы
- 4) Простудные заболевания

5) Дефицит места в зубном ряду

347. **Какие методы диагностики применяются при аномалиях размеров зубов?:

- 1) осмотр полости рта
- 2) фасная телерентгенограмма
- 3) панорамная рентгенограмма
- 4) измерение диагностических моделей челюстей

348. **Аномалии положения отдельных зубов в сагиттальной плоскости:

- 1) поворот зуба вокруг его продольной оси
- 2) мезиальное или дистальное положение боковых зубов
- 3) медиальное или латеральное положение передних зубов
- 4) вестибулярное или оральное положение передних зубов
- 5) вестибулярное или оральное положение боковых зубов

349. *Этиологические факторы адентии:

- 1) вредные привычки
- 2) заболевание матери во время беременности
- 3) наследственность
- 4) перенесенные ребенком заболевания
- 5) системные заболевания

350. **Макродентия относится к аномалиям:

- 1) числа зубов
- 2) формы зубов
- 3) размеров зубов
- 4) положения зубов

351. **Гипердонтия - это:

- 1) наличие сверхкомплектных зубов
- 2) отсутствие зачатков зубов
- 3) задержка прорезывания зубов
- 4) ретенция зубов

352. **К аномалиям зубных рядов в вертикальной плоскости относятся:

- 1) удлинение зубных рядов
- 2) расширение зубных дуг
- 3) зубоальвеолярное укорочение в отдельных сегментах зубных дуг

- 4) укорочение зубных рядов
- 5) зубоальвеолярное удлинение в отдельных сегментах зубных дуг
- 6) сужение зубных дуг

353. **Сужение зубных дуг - это аномалия:

- 1) в вертикальной плоскости
- 2) в горизонтальной плоскости
- 3) в сагиттальной плоскости

354. **К аномалиям зубных рядов в сагиттальной плоскости относятся:

- 1) сужение зубных дуг
- 2) зубоальвеолярное удлинение в отдельных сегментах
- 3) укорочение зубных рядов
- 4) расширение зубных дуг
- 5) удлинение зубных рядов

355. ***В случае преждевременной потери первого временного моляра существует риск развития:

- 1) скученности зубов
- 2) микрогнатии
- 3) сужения зубного ряда
- 4) расширения зубного ряда
- 5) макрогнатия

356. **Какая из нижеперечисленных аномалий зубов не является аномалией положения:

- 1) супраположение
- 2) тортоаномалия
- 3) транспозиция
- 4) ретенция
- 5) инфраположение

357. **Какая из нижеперечисленных аномалий зубов не является аномалией размера:

- 1) макродонтия
- 2) гиперодонтия
- 3) микродонтия

358. **Нарушение размеров зубных рядов не бывает:

- 1) в сагиттальном направлении
- 2) в вертикальном направлении
- 3) в трансверзальном направлении

359. **Супраположение - это аномалия положение зубов:

- 1) в вертикальной плоскости
- 2) в сагиттальной плоскости
- 3) в трансверзальной плоскости
- 4) в вертикальной и сагиттальной плоскости
- 5) в трансверзальной и вертикальной плоскости

360. **Инфраположение – это положение зуба:

- 1) выше окклюзионной плоскости
- 2) ниже окклюзионной плоскости
- 3) вестибулярно

361. **Гортоаномалия — это:

- 1) высокое положение зуба
- 2) поворот зуба вокруг вертикальной оси
- 3) вестибулярный наклон зуба

362. **Ретенция зубов относится к аномалиям:

- 1) количество зубов
- 2) сроков прорезывания зубов
- 3) формирование зубов

363. **Адентия зубов относится к аномалиям:

- 1) количества зубов
- 2) сроков прорезывания зубов
- 3) структуры зубов

364. **Мезиальное положение зуба - это смещение зуба:

- 1) вперед по зубной дуге
- 2) назад по зубной дуге
- 3) в сторону неба

365. **Дистальное положение зуба - это смещение зуба:

- 1) вперед по зубной дуге
- 2) назад по зубной дуге

3) в сторону неба

366. ***Укорочение нижнего зубного ряда чаще наблюдается:

1. при мезиальном прикусе
2. при глубоком прикусе
3. при открытом прикусе
4. при дистальном прикусе

367. ***Укорочение верхнего зубного ряда чаще наблюдается:

1. при перекрестном прикусе со смещением нижней челюсти
2. при дистальном прикусе
3. при глубоком прикусе
4. при мезиальном прикусе
5. при открытом прикусе

368. *Что понимается под абсолютной макродентией?:

1. сумма мезиодистальных размеров верхних резцов равна 30 мм
2. сумма мезиодистальных размеров верхних резцов более 34 мм
3. сумма мезиодистальных размеров нижних резцов более 27 мм
4. сумма мезиодистальных размеров верхних резцов менее 32 мм

369. ***Укорочение нижнего зубного ряда чаще наблюдается:

- 1) при мезиальном прикусе
- 2) при глубоком прикусе
- 3) при открытом прикусе
- 4) при дистальном прикусе

370. **Укорочение верхнего зубного ряда чаще наблюдается:

- 1) при перекрестном прикусе со смещением нижней челюсти
- 2) при дистальном прикусе
- 3) при глубоком прикусе
- 4) при мезиальном прикусе
- 5) при открытом прикусе

371. *Уменьшение числа зубов – это:

- 1) гипердентия
- 2) микродентия
- 3) диастема
- 4) тортоаномалия

5) адентия

372. *К какой аномалии относится задержка прорезывания зуба?:

- 1) положения
- 2) величины
- 3) структуры
- 4) ретенция
- 5) количества

373. **К аномалиям структуры твердых тканей зубов относят все нижеперечисленные КРОМЕ:

- 1) гипоплазии
- 2) гиперплазии
- 3) дентиногенеза
- 4) адентии
- 5) амелогенеза

374. **Одним из признаков ангидротической эктодермальной дисплазии является адентия:

- 1) полная первичная
- 2) вторичная частичная
- 3) первичная частичная
- 4) множественная
- 5) полная вторичная

375. *К аномалии количества зубов относят все ниже перечисленные КРОМЕ:

- 1) адентии
- 2) гипердентии
- 3) гиподентии
- 4) сверхкомплектных зубов
- 5) тортоаномалии

376. *К аномалиям формы зубов относят:

- 1) адентию
- 2) тортоаномалию
- 3) макродентия
- 4) микродентия

5) гигантские зубы

377. **Формирование какого вида прикуса является наиболее вероятным при увеличении суммы мезиодистальных размеров зубов на верхней челюсти?

- 1) мезиального
- 2) прямого
- 3) ортогнатического
- 4) дистального
- 5) перекрестного

378. **Формирование какого вида прикуса является наиболее вероятным при увеличении суммы мезиодистальных размеров зубов на нижней челюсти?

- 1) мезиального
- 2) прямого
- 3) ортогнатического
- 4) дистального
- 5) перекрестного

379. **Формирование какого вида прикуса является наиболее вероятным при уменьшении количества зубов на нижней челюсти?:

- 1) мезиального
- 2) прямого
- 3) ортогнатического
- 4) дистального
- 5) перекрестного

380. *К аномалиям количества зубов относят:

- 1) тортоаномалию
- 2) микродентию
- 3) мегалодентию
- 4) макродентию
- 5) гипердентию

381. **Увеличение мезиодистальных размеров зубов по сравнению со среднестатистическими показателями это:

- 1) макродентия
- 2) микродентия
- 3) адентия
- 4) гипердентия

5) мегалодентия

382. **Уменьшение размера зубов по сравнению со среднестатистическими показателями это:

- 1) микродентия
- 2) макродентия
- 3) гиподентия
- 4) гипердентия
- 5) адентия

383. **К аномалиям структуры твердых тканей зубов относят все нижеперечисленные кроме:

- 1) гипоплазии
- 2) гиперплазии
- 3) аплазии
- 4) гиперцементоза
- 5) зубов Гетчинсона

384. **К аномалиям формы зубов относят:

- 1) зубы Фурнье
- 2) макродентию
- 3) микродентию
- 4) гипердентию
- 5) гиподентию

385. **Причинами ретенции отдельных зубов является ниже перечисленные КРОМЕ:

- 1) неправильная закладка зачатков
- 2) недостаточность места в зубном ряду
- 3) сверхкомплектных зубов
- 4) преждевременное удаление молочных зубов
- 5) нарушения структуры твердых тканей зубов

386. ***Ребенку 9 лет. При осмотре полости рта и на рентгеновском снимке отсутствуют зачатки 12, 22 зубов. Какой диагноз из ниже перечисленных является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) дистопия
- 2) гиперадентия
- 3) микродентия

- 4) адентия
- 5) макроадентия

387. ***Ребенку 9 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на отсутствие 22 зуба. На прицельной R-грамме зачаток 22 зуба не обнаружен. Какой из ниже перечисленных аномалий является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) частичная первичная
- 2) частичная вторичная
- 3) полная первичная
- 4) полная вторичная
- 5) аплазия

388. **Подросток 15 лет, обратился с жалобами к врачу-стоматологу на затрудненное пережевывание пищи, со слов матери 26, 27 зубы удалены полгода назад вследствие острого остеомиелита челюсти. Какой из ниже перечисленных диагнозов является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) частичная первичная адентия
- 2) частичная вторичная адентия
- 3) полная первичная адентия
- 4) полная вторичная адентия
- 5) аплазия

389. **Родители ребенка 5 лет, обратились с жалобами на эстетический дефект. При осмотре полости рта на коронковой части зубов обнаружены пятна и дефекты, расположенные симметрично, параллельно режущему краю. Со слов матери перенесла токсоплазмоз во II половине беременности. Какой диагноз из ниже перечисленных является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) гипоплазия
- 2) адентия
- 3) гиперплазия
- 4) микроадентия
- 5) аплазия

390. **Ребенку 6 лет. При профилактическом осмотре выявлено: в полости рта имеются все временные зубы, кроме 8.1, 7.1 зубов и прорезались постоянные нижние центральные резцы. Какая аномалия из ниже перечисленных является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) нарушение последовательности прорезывания
- 2) нарушение парности прорезывания

- 3) нарушение своевременности прорезывания
- 4) ретенция и транспозиция
- 5) адентия и дистопия

391. ***Родители ребенка 10 лет, предъявляет жалобы на эстетический недостаток. Зубная формула соответствует возрасту. 12, 22 зубы шипообразной формы.

Какая аномалия зубов из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) структуры твердых тканей
- 2) прорезывания
- 3) положения
- 4) формы
- 5) размера

392. **На R-снимке ребенка 7 лет на уровне коронковой части зачатков 1.1 и 2.1 зубов наблюдается два сверхкомплектных зуба в форме резцов. Формирование какой аномалии является НАИБОЛЕЕ вероятным при несвоевременных оказаниях лечебно-профилактических мероприятий?:

- 1) адентии
- 2) гиподентии
- 3) ретенции
- 4) транспозиции
- 5) тортоаномалии

393. **У ребенка 5,5 лет, при осмотре в детском саду наблюдается язычное прорезывание 41,31 зубов. 46,36 зубы не прорезались. Какой из ниже перечисленных аномалии наблюдаются у ребенка?:

- 1) ретенция и аномалия прорезывания зубов
- 2) аномалия последовательности прорезывания зубов
- 3) преждевременное прорезывание резцов
- 4) аномалия положения зубов
- 5) аномалии сроков прорезывания

394. **Ребенку 10 лет, родители предъявляют жалобы на эстетический недостаток. Между центральными резцами на небе прорезывается зуб шиповидной формы. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?:

- 1) аномалия нарушения структуры твердых тканей зубов
- 2) аномалия количества зубов
- 3) аномалия положения зубов

4) аномалия формы зубов

5) аномалия размера зубов

395. **Родители ребенка 8 лет, предъявляют жалобы на отсутствие центральных резцов верхней челюсти. На рентгенограмме выявлено: наличие зачатков 1.1, 2.1 зубов, плотная кортикальная пластинка в области этих зубов. Какая аномалия является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

1) сверхкомплектный зуб

2) тортоаномалия

3) транспозиция

4) адентия

5) ретенция

396. **При осмотре ребёнка 8 лет выявлены крупные размеры центральных резцов шириной по 10 мм каждый на верхней челюсти, которые имеют по 2 антогониста. Какая аномалия является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

1) макроденция

2) микроденция

3) шиповидные зубы

4) гиперденция

5) гиперплазия

397. **Родители ребенка 10 лет обратились в клинику с жалобами на задержку прорезывания постоянных зубов. При внешнем осмотре определяется резкое уменьшение высоты нижнего отдела лица, западение верхней губы, выступающий подбородок. Профиль вогнутый. В полости рта все зубы временные и имеются 16, 26, 36, 46 зубы. На ортопантомограмме видны зачатки всех постоянных зубов. В компетенции какого специалиста общее лечение пациента?:

1) гастроэнтеролога

2) эндокринолога

3) кардиолога

4) терапевта

5) хирурга

398. *Синонимы дистального прикуса:

1) II класс Энгля

2) прогнатия

3) прогнатический прикус

4) прогнатический дистальный прикус

- 5) постериальный прикус
- 6) антериальный прикус

399. **Морфологические нарушения на уровне челюстей при дистальном прикусе:

- 1) переднее положение верхней челюсти
- 2) переднее положение нижней челюсти
- 3) заднее положение нижней челюсти
- 4) увеличение размеров нижней челюсти
- 5) уменьшение размеров нижней челюсти
- 6) увеличение размеров верхней челюсти

400. **Лицевые признаки дистального прикуса:

- 1) нижняя часть лица укорочена
- 2) глубокая супраментальная борозда
- 3) выпуклая форма профиля лица
- 4) вогнутая форма профиля лица
- 5) подбородок выступает вперед

401. ***Какие клинические функциональные пробы применяют с целью дифференциальной диагностики разновидностей дистального прикуса?:

- 1) по Ильиной-Маркосян
- 2) по Эшлеру-Битнеру
- 3) по Гельману
- 4) по Тер-Погосян

402. *Синонимы мезиального прикуса:

- 1) III класс Энгля
- 2) прогения
- 3) прогенический прикус
- 4) постериальный прикус
- 5) антериальный прикус
- 6) мезиоокклюзия

403. **Лицевые признаки мезиального прикуса:

- 1) выпуклая форма профиля лица
- 2) вогнутая форма профиля лица
- 3) нижняя часть лица укорочена
- 4) подбородок выступает вперед

5) нижняя губа утолщена

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

- 1) укорочение нижнего зубного ряда
- 2) укорочение верхнего зубного ряда
- 3) удлинение нижнего зубного ряда
- 4) удлинение верхнего зубного ряда

405. **Морфологические нарушения на уровне зубных рядов, характерные для глубокого прикуса:

- 1) зубоальвеолярное укорочение в боковых отделах челюстей
- 2) зубоальвеолярное удлинение в передних отделах челюстей
- 3) зубоальвеолярное удлинение в боковых отделах челюстей
- 4) зубоальвеолярное укорочение в передних отделах челюстей

406. **Морфологические нарушения на уровне зубных рядов, характерные для открытого прикуса:

- 1) зубоальвеолярное укорочение в передних отделах челюстей
- 2) зубоальвеолярное удлинение в боковых отделах челюстей
- 3) зубоальвеолярное удлинение в передних отделах челюстей
- 4) зубоальвеолярное укорочение в боковых отделах челюстей

407. **Открытый прикус характеризуется следующими морфологическими нарушениями на уровне челюстей:

- 1) поворот тела нижней челюсти относительно трансверзальной оси вниз и назад
- 2) поворот тела верхней челюсти относительно трансверзальной оси вниз и вперед
- 3) поворот тела нижней челюсти относительно трансверзальной оси вверх и назад
- 4) поворот тела верхней челюсти относительно трансверзальной оси вверх и вперед

408. **Глубокий прикус характеризуется следующими морфологическими нарушениями на уровне челюстей:

- 1) поворот тела нижней челюсти относительно трансверзальной оси вниз и назад

- 2) поворот тела верхней челюсти относительно трансверзальной оси вниз и вперед
- 3) поворот тела нижней челюсти относительно трансверзальной оси вверх и назад
- 4) поворот тела верхней челюсти относительно трансверзальной оси вверх и вперед

409. *Синонимы глубокого прикуса:

- 1) антериальный прикус
- 2) глубокий снижающийся прикус
- 3) I класс Энгля
- 4) глубокое резцовое перекрытие
- 5) глубокий травмирующий прикус

410. **Определение буккального перекрестного прикуса:

- 1) при смыкании зубных рядов в центральной окклюзии щечные бугры верхних боковых зубов перекрываются щечными буграми нижних боковых зубов
- 2) при смыкании зубных рядов в центральной окклюзии щечные бугры нижних боковых зубов перекрываются небными буграми верхних

411. **Определение лингвального перекрестного прикуса:

- 1) щечные бугры верхних боковых зубов перекрываются щечными буграми нижних боковых зубов
- 2) щечные бугры нижних боковых зубов располагаются внутри от продольной фиссуры верхних боковых зубов

412. *Укажите термины, характеризующие перекрестный прикус:

- 1) вестибулоокклюзия
- 2) травмирующий прикус
- 3) буккоокклюзия
- 4) прогнатия
- 5) кривой прикус

413. **Какие нарушения смыкания зубных рядов в сагиттальной плоскости характерны для перекрестного прикуса со смещением нижней челюсти:

- 1) сужение или расширение одного зубного ряда
- 2) с одной стороны, II класс Энгля, с другой - III класс Энгля
- 3) I, II, III класс Энгля - одинаковый с обеих сторон

4) зубоальвеолярное удлинение в переднем участке нижнего зубного ряда

414. **Укажите нарушения зубных рядов в горизонтальной плоскости, характерны для перекрестного прикуса без смещения нижней челюсти:

- 1) сужение или расширение одного зубного ряда
- 2) сужение или расширение обоих зубных рядов
- 3) нарушения формы зубных рядов не характерны
- 4) удаление или укорочение зубных рядов

415. **Укажите нарушения смыкания зубных рядов в горизонтальной плоскости, характерные для перекрестного прикуса без смещения нижней челюсти:

- 1) с одной стороны, буккальный, с другой - лингвальный прикус
- 2) с одной стороны I класс по Энгля, с другой - I, II, III класс по Энгля
- 3) односторонний или двусторонний лингвальный или буккальный прикус

416. **Морфологические нарушения на уровне челюстей при перекрестном прикусе:

- 1) двустороннее сужение или расширение зубных рядов
- 2) одностороннее недоразвитие и/или чрезмерное развитие верхней или нижней челюсти
- 3) поворот тела верхней челюсти относительно вертикальной оси влево или вправо
- 4) поворот тела нижней челюсти неадекватно повороту верхней челюсти

417. **Морфологические нарушения на уровне отдельных зубов при перекрестном прикусе:

- 1) супра - или инфраокклюзия боковых зубов
- 2) вестибулярное положение боковых зубов на одной челюсти при оральном положении боковых зубов другой челюсти
- 3) мезиальное смещение боковых зубов нижней челюсти
- 4) дистальное прорезывание нижних боковых зубов

418. **Внутриротовые симптомы перекрестного прикуса со смещением нижней челюсти:

- 1) сужение или расширение одного, или обоих зубных рядов
- 2) несовпадение средней линии между центральными резцами верхней и нижней челюстей
- 3) с одной стороны, буккальный прикус, с другой - лингвальный прикус

4) нарушение формы зубных рядов не характерны

419. ***Подросток 14 лет предъявляет жалобы на эстетический недостаток. Профиль выпуклый, в полости рта 1.3 и 2.3 зубы расположены вестибулярно, смыкание в области первых постоянных моляров бугорковое. Какой вид прикуса из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) ортогнатический
- 2) прямой
- 3) открытый
- 4) мезиальный
- 5) дистальный

420. ***Для какого прикуса является характерным зубоальвеолярное удлинение в боковых участках и зубоальвеолярное укорочение в переднем отделе?:

- 1) дистального
- 2) мезиального
- 3) глубокого
- 4) открытого
- 5) перекрестного

421. ***Для какого прикуса является характерным зубоальвеолярное укорочение в боковых участках и зубоальвеолярное удлинение в переднем отделе?:

- 1) дистального
- 2) мезиального
- 3) глубокого
- 4) открытого
- 5) перекрестного

422. ***Какой аномалии прикуса может привести одностороннее сужение зубного ряда верхней челюсти?:

- 1) двухсторонний буккальный перекрестный прикус
- 2) двухсторонний лингвальный перекрестный прикус
- 3) односторонний буккальный перекрестный прикус
- 4) односторонний лингвальный перекрестный прикус
- 5) латерогнатический прикус

423. **Какой аномалии прикуса может привести сужение зубного ряда верхней челюсти?:

- 1) мезиальному
- 2) дистальному

- 3) глубококому
- 4) открытому
- 5) перекрестному

424. **К какой аномалии прикуса может привести расширение зубного ряда нижней челюсти?:

- 1) дистальному
- 2) мезиальному
- 3) перекрестному
- 4) открытому
- 5) глубококому

425. **В какой последовательности ставится ортодонтический диагноз по Ф.Я. Хорошилкиной:

- 1) Морфология, эстетика, функция;
- 2) Эстетика, морфология, функция;
- 3) Морфология, функция, эстетика.

426. *Выберите вертикальную аномалию прикуса:

- 1) открытый прикус
- 2) прогения
- 3) перекрестный прикус
- 4) прогнатия

427. *Выберите трансверзальную аномалию прикуса:

- 1) открытый прикус
- 2) прогения
- 3) перекрестный прикус
- 4) прогнатия

428. *Выберите сагиттальную аномалию прикуса:

- 1) открытый прикус
- 2) прогения
- 3) перекрестный прикус
- 4) глубокий прикус

429. **Назовите возможную причину прогнатического прикуса:

- 1) адентия на нижней челюсти
- 2) адентия на верхней челюсти
- 3) гипердентия на нижней челюсти
- 4) макродентия на нижней челюсти

430. **Назовите положение подбородка при прогнатическом прикусе:

- 1) выступает вперед
- 2) смещен дистально

- 3) смещен в левую сторону
- 4) смещен в правую сторону

431. **Назовите лицевой признак открытого прикуса:

- 1) укорочение нижнего отдела лица
- 2) асимметрия лица
- 3) удлинение нижнего отдела лица
- 4) удлинение среднего отдела лица

432. **Назовите внутриротовой признак открытого прикуса:

- 1) диастема
- 2) сужение зубных рядов
- 3) отсутствие контактов между зубами антагонистами от клыка до клыка
- 4) наличие сверхкомплектных зубов

433. ***Пациенту П. назначены следующие миогимнастические упражнения: медленно выдвигать нижнюю челюсть вперед пока режущие края нижних резцов не установятся впереди верхних. При каком аномальном виде прикуса назначаются эти упражнения?:

- 1) дистальный
- 2) мезиальный
- 3) перекрестный со смещением
- 4) перекрестный без смещения
- 5) открытый

434. ***Пациенту С. назначены следующие миогимнастические упражнения: активно 2-3 раза открывать и закрывать рот, закрыванию рта препятствовать пальцами. При каком аномальном виде прикуса назначаются эти упражнения?:

- 1) дистальный с наклоном фронтальной группы зубов вестибулярно
- 2) дистальный с наклоном фронтальной группы зубов лингвально
- 3) открытый
- 4) мезиальный
- 5) перекрестный

435. ***При профилактическом осмотре у ребенка 5 лет выявлены признаки формирования аномального прикуса. Назначено одно из миогимнастических упражнений – при запрокинутой назад голове нижняя челюсть смещается вперед до смыкания режущих краев верхних и нижних резцов, а затем перемещается кзади. Какая аномалия формируется у ребенка?:

- 1) прогнатический
- 2) прогенический
- 3) перекрестный со смещением

- 4) перекрестный без смещения
- 5) открытый

436. **Первый и второй подклассы II класса Энгля различаются положением:

- 1) моляров
- 2) клыков
- 3) резцов

437. *II класс Энгля характеризуется смещением зубов:

- 1) нижней челюсти назад
- 2) верхней челюсти назад
- 3) нижней челюсти вперед

438. *III класс Энгля характеризуется смещением:

- 1) нижней челюсти назад
- 2) верхней челюсти вперед
- 3) нижней челюсти вперед

439. **Дистальная окклюзия соответствует:

- 1) I классу Энгля
- 2) II классу Энгля
- 3) III классу Энгля

440. **Мезиальная окклюзия соответствует

- 1) I классу Энгля
- 2) II классу Энгля
- 3) III классу Энгля

441. **Нейтральная (физиологическая) окклюзия соответствует:

- 1) I классу Энгля
- 2) II классу Энгля
- 3) III классу Энгля

442. **Дистальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов:

- 1) нижней челюсти назад
- 2) нижней челюсти вперед
- 3) верхней челюсти назад

443. **Мезиальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов:

- 1) нижней челюсти назад
- 2) нижней челюсти вперед
- 3) верхней челюсти вперед

444. **Дистальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях:

- 1) сагиттальном
- 2) вертикальном
- 3) трансверсальном

445. **Мезиальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях:

- 1) сагиттальном
- 2) вертикальном
- 3) трансверсальном

446. **Вестибулоокклюзия- это смещение:

- 1) нижних или верхних боковых зубов в щечную сторону
- 2) нижних или верхних боковых зубов в оральную сторону
- 3) только верхних боковых зубов в оральную сторону

447. **Лингвоокклюзия- это смещение:

- 1) верхних боковых зубов орально
- 2) нижних боковых зубов орально
- 3) верхних боковых зубов щечно

448. **Палатокклюзия- это смещение:

- 1) верхних боковых зубов орально
- 2) нижних боковых зубов орально
- 3) верхних боковых зубов щечно

449. **Лингвоокклюзия относится к:

- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
- 2) вертикальным аномалиям окклюзии
- 3) трансверсальным аномалиям окклюзии

450. **Глубокая резцовая окклюзия относится к:

- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
- 2) вертикальным аномалиям окклюзии
- 3) трансверсальным аномалиям окклюзии

451. **Вестибулоокклюзия относится к:

- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
- 2) вертикальным аномалиям окклюзии
- 3) трансверсальным аномалиям окклюзии

452. **Палатокклюзия относится к:

- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
- 2) вертикальным аномалиям окклюзии

3) трансверсальным аномалиям окклюзии

453. **Лингвоокклюзия относится к:

- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
- 2) вертикальным аномалиям окклюзии
- 3) трансверсальным аномалиям окклюзии

454. **Макрогнатия- это:

- 1) увеличение челюсти
- 2) уменьшение челюсти
- 3) смещение челюсти вперед

455. **Микрогнатия относится к аномалиям:

- 1) размера челюстей
- 2) положения челюстей
- 3) формы челюстей

456. **Прогнатия и ретрогнатия относятся к аномалиям:

- 1) размера челюстей
- 2) положения челюстей
- 3) формы челюстей

457. ***Почему края временной коронки не погружаются в «зубодесневой карман»?:

- 1) чтобы не травмировать десневой край
- 2) трудно одеть коронку
- 3) трудно снять коронку
- 4) чтобы не нарушать формирование круговой связки зуба
- 5) чтобы не препятствовать развитию зуба

458. ***Ребенок 7 лет. При профилактическом осмотре выявлено отсутствие всех временных моляров на верхней челюсти. Нижние резцы контактируют со слизистой оболочкой неба. Определите тактику врача?:

- 1) вмешательства врача не нужны
- 2) наблюдать 1 раз в месяц до прорезывания постоянных зубов
- 3) изготовить съемный пластиночный протез
- 4) наблюдать 1 раз в полгода до прорезывания постоянных зубов
- 5) изготовить ортодонтический аппарат для лечения глубокого прикуса

459. **В чем особенность конструкции мостовидного протеза для детского возраста?:

- 1) особенности нет
- 2) обычный консольный протез
- 3) разборный мостовидный протез
- 4) раздвижной мостовидный протез

5) цельнолитой мостовидный протез

460. **На корни каких зубов показано изготовление штифтового зуба?:

- 1) корни 14, 13, 12, 11, 41
- 2) корни 21, 23, 25, 33, 34
- 3) корни 21, 22, 13, 31, 32
- 4) корни 23, 22, 21, 31, 33
- 5) корни 11, 12, 13, 41, 42

461. *Почему съемные протезы в детском возрасте, как правило, без кламмеров?:

- 1) кламмера задерживают рост челюсти
- 2) кламмера перемещают зубы
- 3) кламмера вывихивают зубы
- 4) под действием кламмеров зубы приобретают патологическую подвижность
- 5) кламмера повреждают твердые ткани зуба

462. **Ребенок 10 лет. При осмотре выявлено преждевременное удаление 75 и 85 зубов. Смена зубов происходит в срок. Какой должна быть тактика врача?:

- 1) вмешательства врача - ортодонта не нужны
- 2) наблюдать за прорезыванием 35 и 45 зубов путем осмотра один раз в месяц
- 3) изготовить обычные консольные протезы
- 4) изготовить бескламмерный съемный протез
- 5) взять на диспансерный учет в первую группу

463. **Ребенок 4,5 лет. Какая периодичность замены съемных протезов в этом возрасте?:

- 1) 3 - 4 месяца
- 2) 6 - 8 месяцев
- 3) 9 - 10 месяцев
- 4) 4 - 5 месяцев
- 5) 12 - месяцев

464. ***Ребенок 8 лет. При профилактическом осмотре выявлено отсутствие 52 и 62 зубов. Признаки развития зубочелюстной системы соответствуют норме. Определите тактику врача:

- 1) изготовить съемный пластиночный протез без кламмеров
- 2) вмешательства врача не нужны
- 3) изготовить съемный пластиночный протез с кламмерами на 16 и 26 зубы
- 4) наблюдать 1 раз в полгода до прорезывания постоянных зубов
- 5) наблюдать 1 раз в месяц до прорезывания постоянных зубов

465. **Какая конструкция штифтового зуба, наиболее показанного в детском возрасте?:

- 1) Ричмонда
- 2) Девиса
- 3) ММСИ
- 4) Катца
- 5) Ильиной-Маросьян

466. **Ребенок 6 лет. Какие протезы не применяются у детей этого возраста?:

- 1) мостовидные раздвижные
- 2) мостовидные консольные
- 3) штифтовые зубы
- 4) съемные пластиночные
- 5) коронки

467. *Протетический метод лечения зубочелюстных аномалий предполагает:

- 1) восстановление анатомической формы зубов
- 2) предотвращение смещения зубов в сторону дефекта
- 3) нормализацию функций зубочелюстной системы
- 4) все вышеперечисленное

468. *К съемным протезам, применяемым в детском возрасте, относят:

- 1) съемные бюгельные протезы
- 2) съемные пластиночные протезы
- 3) аппарат-протезы
- 4) верно 2, 3

469. **К несъемным протезам, применяемым в детском возрасте, относят:

- 1) коронка восстановительная
- 2) мостовидный протез
- 3) коронка ортодонтическая
- 4) межзубная распорка
- 5) 1, 3, 4
- 6) 2, 3, 4

470. *Задняя граница базиса в частичном съемном протезе у детей проходит:

- 1) за клыками
- 2) позади последних моляров
- 3) позади первых молочных моляров

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

- 1) на искусственной десне
- 2) на приточке

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

- 1) на искусственной десне
- 2) на приточке

473. **Назовите особенности изготовления восстановительных коронок в детской практике:

- 1) под коронку зубы не препарируют, край коронки находится под десной
- 2) под коронку зубы не препарируют и не сепарируют, край коронки заканчивается на уровне десны
- 3) под коронку зубы щадяще препарируют и сепарируют, край коронки заканчивается на уровне десны

474. **Ортодонтическое кольцо с распоркой относится к протезам:

- 1) съемным профилактическим
- 2) несъемным профилактическим
- 3) восстановительным

475. **Съемные протезы подлежат замене в период временного прикуса:

- 1) через 2–3 года
- 2) раз в 5 лет
- 3) через 0,5 месяцев – 1 год

476. *Съемные протезы подлежат замене в смешанном прикусе:

- 1) один раз в 3 года
- 2) один раз в 2 года
- 3) через 1 год

477. **Ортодонтическое кольцо с распоркой предназначено:

- 1) для восстановления коронок разрушенных зубов
- 2) восстановления дефекта зубного ряда после ранней потери временных зубов
- 3) для предотвращения смещения зубов в сторону дефекта после ранней потери временных зубов

478. ***Частичный съемный пластиночный протез у детей применяется с целью:

- 1) восстановления функции жевания
- 2) предотвращения смещения соседних с дефектом зубов в сторону дефекта зубного ряда

3) повышения прикуса

479. **Под временные (ортодонтические) коронки зубы:

- 1) препарируют и сепарируют
- 2) не препарируют, не сепарируют, а проводят естественную сепарацию
- 3) не препарируют, не сепарируют.

480. **Показания к применению штифтовых зубов у детей:

- 1) разрушение коронковой части временного зуба
- 2) разрушение коронковой части постоянного зуба
- 3) несформировавшийся корень постоянного зуба

481. **Показания к изготовлению распорки:

- 1) удаление одного временного моляра
- 2) удаление двух временных моляров на одной стороне

482. *В список требований к протезированию у детей НЕ относится:

- 1) простота конструкции
- 2) легкость конструкции
- 3) состоять из нескольких материалов
- 4) не препятствовать росту челюстей и зубных дуг

483. ***Отличительный элемент мостовидного протеза у детей:

- 1) опорные элементы на зубах, ограничивающие дефект
- 2) промежуточная часть, состоящая из 2-ух частей
- 3) искусственные зубы

484. **Временные коронки у детей НЕ предназначены для:

- 1) лечения кариеса
- 2) лечения сколов эмали
- 3) опоры ортодонтических аппаратов
- 4) фиксации профилактических протезов

485. **Особенностью временных коронок у детей является:

- 1) расположение края коронки под десневым краем
- 2) расположение края коронки на уровне десневого края
- 3) расположение края коронки над уровнем десневого края

486. **Что явилось причиной модификации штифтовых зубов по Ильиной-Маркосян:

- 1) высокая клиническая коронка зубов у детей
- 2) незавершенный апексогенез у детей
- 3) широкие корневые каналы с тонкими стенками

487. ***Какую модификацию штифтового зуба называют «по Ильиной-Маркосян»:

- 1) увеличение слоя цемента в корневом канале для амортизации штифта
- 2) литая вкладка в области устья корня
- 3) облегченные коронки для уменьшения нагрузки на стенки корня

488. ***В каком случае применяют мостовидные протезы с односторонней фиксацией:

- 1) для замещения небольших промежутков
- 2) для улучшения эстетики
- 3) для уменьшения давления на пародонт зубов, ограничивающих дефект

489. **По какому автору впервые предложена конструкция раздвижного мостовидного протеза:

- 1) по Хотцу
- 2) по Ильиной-Маркосян
- 3) по Катцу
- 4) по Ахмедову

490. **По Ильиной - Маркосян вкладка выполняет функцию:

- 1) предотвращает вращательные движения зуба
- 2) закрывает корневой канал от слюны
- 3) амортизирует жевательную нагрузку
- 4) все вышеперечисленное

491. **Какие конструкции применяют для восстановления дефекта коронок в период временного прикуса у детей:

- 1) несъемная распорка
- 2) вкладки, металлические коронки
- 3) пломбы, металлические коронки
- 4) частичный съемный протез

492. **Укажите виды зубных протезов для восстановления дефекта зубного ряда в период смешанного прикуса при третьей стадии повреждения зубов и зубных дуг у детей:

- 1) несъемная распорка, частичный съемный протез
- 2) мостовидный протез с односторонней фиксацией
- 3) адгезивный протез
- 4) раздвижной мостовидный протез

493. **Укажите способы восстановления дефекта зубного ряда в период смешанного прикуса при четвертой стадии повреждения зубов и зубных дуг у детей:

- 1) мостовидный протез с односторонней фиксацией
- 2) адгезивный протез

3) частичные и полные съемные протезы

494. *Штифтовые конструкции применяют:

- 1) на временные зубы с законченным формированием корня
- 2) на постоянные зубы с незаконченным формированием корня
- 3) на постоянные зубы с законченным формированием корня

495. **Наиболее целесообразный местосохраняющий аппарат при малых (в один временный моляр) односторонних дефектах:

- 1) упор Nance
- 2) лингвальная дуга с ортодонтическими кольцами
- 3) кольцо с распоркой

496. **Укажите морфологические нарушения в зубочелюстной системе при ранней потере временных зубов:

- 1) укорочение и сужение зубной дуги
- 2) нарушение прорезывания постоянных зубов
- 3) зубоальвеолярное укорочение в области зубов, граничащих с дефектом

497. ***В случае преждевременной потери первого временного моляра существует риск развития:

- 1) скученности зубов
- 2) микрогнатии
- 3) сужения зубного ряда
- 4) расширения зубного ряда
- 5) макрогнатия

498. *При появлении двухсторонних включенных дефектах при глубоком прикусе бывает следующее осложнение:

- 1) дистальный сдвиг нижней челюсти
- 2) функциональная перегрузка оставшихся зубов
- 3) наклон моляров в мезиальную сторону
- 4) уменьшение межальвеолярной высоты
- 5) все вышесказанное верно

499. **При несвоевременном протезировании большого после потери коренных зубов может возникнуть следующее осложнение:

- 1) выдвижение зубов потерявших антагонистов (зубоальвеолярное удлинение)
- 2) уменьшение межальвеолярной высоты
- 3) перегрузка оставшихся зубов
- 4) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- 5) все вышеперечисленное

500. **Нормализация прикуса проводится с помощью протезов:

- 1) при сочетании прикуса с выраженным системным заболеванием пародонта
- 2) при отказе больного от ортодонтического лечения
- 3) при неэффективности ранее проведенного ортодонтического лечения
- 4) при генетических формах аномалии
- 5) при всем вышеперечисленном

501. **При повышении межальвеолярной высоты на протезах важно учитывать:

- 1) величину свободного межокклюзионного пространства
- 2) предотвращение явлений бруксизма
- 3) равномерная окклюзионная нагрузка на зубы
- 4) предотвращение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава
- 5) все вышеперечисленное верно

502. ***Родители ребенка 8 лет предъявляют жалобы на отсутствие центральных резцов верхней челюсти. На рентгенограмме выявлено: наличие зачатков 1.1, 2.1 зубов, плотная кортикальная пластинка в области этих зубов. Какое лечебное мероприятие является **НАИБОЛЕЕ** первоочередным?:

- 1) хирургическое вмешательство
- 2) Компактосеотомия
- 3) иммедиант протез
- 4) вытяжение зубов
- 5) мостовидный протез

503. **При клиническом осмотре ребенка 12 лет выявлено: шиповидной формы 12, 22 зубы. Какие лечебные мероприятия является **НАИБОЛЕЕ** целесообразны?:

- 1) протезирование
- 2) удаление
- 3) имплантация
- 4) удаление и закрытие промежутков
- 5) удаление зуба и имплантация

504. **Проведение миотерапии наиболее целесообразно в возрасте:

- 1) 1 - 2 года
- 2) 6 месяцев - 1 год
- 3) 4-7 лет
- 4) 10-12 лет

505. **Укажите последовательность проведения статистических и динамических упражнений при проведении миотерапии:

- 1) статистические, затем динамические
- 2) динамические упражнения, затем статистические

3) по усмотрению врача

506. *Динамические физические упражнения характеризуются:

- 1) периодом сокращения мышц с периодом их расслабления
- 2) периодом постоянного повышенного тонуса мышц без чередования с периодом их расслабления

507. *Укажите правила для проведения миотерапии:

- 1) упражнение следует делать систематически и регулярно
- 2) интенсивность сокращения мышц должна быть чрезмерной
- 3) количество упражнений и их продолжительность с течением времени увеличивается
- 4) мышцы следует напрягать резко

508. *Вводная часть миотерапии включает:

- 1) специальные упражнения для мышц челюстно-лицевой области
- 2) дыхательные упражнения
- 3) игровые упражнения

509. ***Укажите упражнения миотерапии, относящиеся к статистическим:

- 1) попеременное волевое смыкание зубных рядов
- 2) попеременное смыкание верхней и нижней губы
- 3) удержание нижней челюсти в максимально выдвинутом положении

510. ***Динамические упражнения выполняются в темпе:

- 1) 20 движений в минуту
- 2) 10 движений в минуту
- 3) 40 движений в минуту

511. **Величина физической нагрузки на мышцы челюстно-лицевой области зависит:

- 1) от возраста ребенка
- 2) от функционального состояния мышц
- 3) от пола ребенка

512. **Кто предложил миотерапию, как метод лечения зубочелюстных аномалий:

- 1) Энгль
- 2) Роджерс
- 3) Риккетс

513. **От чего зависит локализация центра сопротивления зуба:

- 1) соотношения длины корня и коронки зуба
- 2) направления приложенной силы
- 3) количества костной ткани и длины корня, количества корней

- 4) количества костной ткани
- 5) торка и ангуляции зуба

514. ***Чем характеризуется вектор силы:

- 1) линией действия, точкой приложения и направлением
- 2) величиной действия, линией действия, точкой приложения и направлением
- 3) величиной действия, центром сопротивления, точкой приложения
- 4) величиной действия, центром сопротивления, линией действия, точкой приложения
- 5) точкой приложения и центром сопротивления

515. ***Момент силы – это тенденция к созданию:

- 1) контролируемого наклона
- 2) неконтролируемого наклона
- 3) корпусному перемещению
- 4) ротации зуба
- 5) перемещению корня

516. **Торк – это положение зуба в:

- 1) вестибулярном направлении
- 2) вестибуло-оральном направлении
- 3) мезио-дистальном направлении
- 4) мезиальном направлении
- 5) дистальном направлении

517. **Ангуляция – это положение зуба в:

- 1) мезио-дистальном направлении
- 2) вестибулярном направлении
- 3) вестибуло-оральном направлении
- 4) мезиальном направлении
- 5) дистальном направлении

518. ***Изгибающей момент дуги определяется:

- 1) жесткостью дуги
- 2) размером дуги
- 3) размером дуги, видом сплава
- 4) размером дуги, видом сплава, межбрекетным расстоянием
- 5) межбрекетным расстоянием

519. **С точки зрения биомеханики петли на дуге необходимы для:

- 1) закрытия зубных промежутков
- 2) открытия зубных промежутков
- 3) контроля опоры

- 4) уменьшения соотношения нагрузка/деформация
- 5) усложнения конструкции

520. **С точки зрения биомеханики для эффективного уменьшения соотношения нагрузка/деформация важно:

- 1) наличие петель на дуге
- 2) наличие петель на дуге и их конструкция, уменьшение межбрекетного расстояния, уменьшение сечения дуги
- 3) химический состав сплава ортодонтической дуги
- 4) наличие петель на дуге и их конструкция
- 5) уменьшение межбрекетного расстояния

521. **Среди типов перемещения зубов выделяют:

- 1) наклон, корпусное перемещение, перемещение корня, ротация
- 2) наклон, корпусное перемещение, перемещение корня
- 3) наклон, корпусное перемещение
- 4) наклон, ротация
- 5) контролируемое и неконтролируемое перемещения

522. **Тип перемещения зуба определяется:

- 1) типом ортодонтической конструкции
- 2) направлением вектора силы
- 3) соотношением момент/сила, состоянием периодонтального прикрепления
- 4) соотношением длины коронки и корня зуба
- 5) стадией резорбции корня

523. **Диапазон эластичности дуги – это:

- 1) зона после предела упругости дуги
- 2) степень деформации дуги до предела упругости
- 3) угол наклона зоны эластичности кривой нагрузка/деформация
- 4) вершина области пластичности на кривой нагрузка/деформация
- 5) точка, после которой силы большей величины вызывают постоянную деформацию дуги

524. **Предел упругости дуги – это:

- 1) вершина области пластичности на кривой нагрузка/деформация
- 2) угол наклона зоны эластичности кривой нагрузка/деформация
- 3) зона после предела упругости дуги
- 4) точка, после которой силы большей величины вызывают постоянную деформацию дуги
- 5) степень деформации дуги до предела упругости

525. **Зона пластичности дуги – это:

- 1) зона после предела упругости дуги
- 2) угол наклона зоны эластичности кривой нагрузка/деформация
- 3) точка, после которой силы большей величины вызывают постоянную деформацию дуги
- 4) степень деформации дуги до предела упругости
- 5) вершина области пластичности на кривой нагрузка/деформация

526. ***Модуль упругости – это:

- 1) угол наклона зоны эластичности кривой нагрузка/деформация
- 2) степень деформации дуги до предела упругости
- 3) точка, после которой силы большей величины вызывают постоянную деформацию дуги
- 4) вершина области пластичности на кривой нагрузка/деформация
- 5) зона после предела упругости дуги

527. ***Клиническое значение диапазона эластичности дуги определяет:

- 1) длительность использования дуги
- 2) применение дополнительных элементов
- 3) выбор конструкции петель
- 4) степень деформации дуги
- 5) предел активации дуги

528. **При воздействии на зуб умеренной ортодонтической силы в костной ткани происходит:

- 1) образование зоны сжатия и зоны растяжения
- 2) чрезмерное расширение периодонтальной щели
- 3) резорбция периапикальных тканей
- 4) резорбция корня
- 5) чрезмерное сжатие периодонтальной щели

529. **В области зоны сжатия происходят следующие изменения:

- 1) резорбция костной ткани
- 2) чрезмерное расширение периодонтальной щели
- 3) резорбция периапикальных тканей
- 4) резорбция корня
- 5) чрезмерное сжатие периодонтальной щели

530. **В области зоны растяжения происходят следующие изменения:

- 1) резорбция костной ткани
- 2) чрезмерное расширение периодонтальной щели
- 3) резорбция периапикальных тканей
- 4) аппозиция костной ткани
- 5) чрезмерное сжатие периодонтальной щели

531. **С клинической точки зрения в ортодонтическом перемещении зубов выделяют следующие фазы:

- 1) фаза первичного перемещения, фаза задержки, фаза активного перемещения
- 2) фаза первичного перемещения, фаза активного перемещения, фаза третичного перемещения
- 3) фаза задержки, фаза активного перемещения, фаза вторичного перемещения
- 4) фаза первичного перемещения, фаза вторичного перемещения, фаза третичного перемещения
- 5) фаза активного перемещения, фаза задержки

532. *Укажите виды ортодонтической опоры:

- 1) внеротовые опорные аппараты, дентальная опора
- 2) дентальная опора
- 3) головная тяга
- 4) миниимплантаты
- 5) внеротовые опорные аппараты, миниимплантаты, дентальная опора

533. **Виды изменения структуры костной ткани:

- 1) костное моделирование
- 2) остеогенез, костное моделирование, костное ремоделирование
- 3) остеолитизис, остеогенез
- 4) перестройка костной ткани
- 5) остеогенез, костное моделирование, остеолитизис

534. ***Что такое остеогенез?:

- 1) репаративный механизм, включающий серию клеточных реакций, происходящих циклично в течение всей жизни
- 2) физиологический механизм сохранения и восстановления структурной целостности кости
- 3) это фаза формирования, которая характеризуется появлением костнообразующих клеток и активным восстановлением дефекта, возникшего в процессе резорбтивной фазы
- 4) формирование кости на основе мягких тканей, происходящие в ходе эмбрионального развития, на ранних этапах роста и в процессе заживления
- 5) формирование костной ткани на основе существующей кости в течение длительного времени

535. ***Моделирование костной ткани - это:

- 1) формирование костной ткани на основе существующей кости в течение длительного времени
- 2) репаративный механизм, включающий серию клеточных реакций, происходящих циклично в течение всей жизни

- 3) физиологический механизм сохранения и восстановления структурной целостности кости
- 4) это фаза формирования, которая характеризуется появлением костнообразующих клеток и активным восстановлением дефекта, возникшего в процессе резорбтивной фазы
- 5) формирование кости на основе мягких тканей, происходящие в ходе эмбрионального развития, на ранних этапах роста и в процессе заживления

536. ***Ремоделирование костной ткани – это:

- 1) физиологический механизм сохранения и восстановления структурной целостности кости
- 2) формирование костной ткани на основе существующей кости в течение длительного времени
- 3) это фаза формирования, которая характеризуется появлением костнообразующих клеток и активным восстановлением дефекта, возникшего в результате воспалительного процесса
- 4) формирование кости на основе мягких тканей, происходящие в ходе эмбрионального развития, на ранних этапах роста и в процессе заживления
- 5) репаративный механизм, включающий серию клеточных реакций, происходящих циклично в течение всей жизни

537. *У детей в возрасте 9-10 лет наиболее частым показанием для операции на уздечке языка является:

- 1) затрудненный прием пищи
- 2) недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти
- 3) нарушение речи

538. *Локальный пародонтит является показанием к хирургической коррекции уздечки языка в возрасте:

- 1) 5-6 лет
- 2) 7-9 лет
- 3) в любом при сформированном постоянном прикусе

539. *Иссечение уздечки верхней губы по ортодонтическим показаниям целесообразно проводить в возрасте:

- 1) 3-4 лет
- 2) 4-5 лет
- 3) 5-6 лет
- 4) 6-7 лет
- 5) 7-8 лет

540. **Следствием высокого прикрепления уздечки нижней губы может явиться:

- 1) уплощение фронтального отдела нижней челюсти
- 2) локальный пародонтит

3) дефект речи

541. **Показанием к удалению сверхкомплектного ретенированного зуба является:

- 1) его обнаружение
- 2) сформированный его корень
- 3) ретенция или дистопия комплектных зубов

542. **При иссечении уздечки верхней губы показанием к компактостеотомии является:

- 1) гипертрофия межзубного сосочка
- 2) диастема
- 3) прикрепление уздечки верхней губы к вершине альвеолярного отростка

543. **Операцию по поводу короткой уздечки языка по логопедическим

показаниям следует проводить в возрасте:

- 1) 1 месяца
- 2) 1 года
- 3) 2-3 лет
- 4) 4-5 лет
- 5) 6-7 лет

544. ***Величина прикрепленной десны в области нижнего свода преддверия в норме составляет:

- 1) 1,5-2,0 мм
- 2) 2,0-3,0 мм
- 3) 4,0-6,0 мм
- 4) более 7,0 мм

545. **Показанием к углублению мелкого преддверия является:

- 1) атрофический гингивит
- 2) величина прикрепленной десны 3—4 мм
- 3) величина прикрепленной десны менее 3 мм

546. *Показаниями к пластике уздечки языка могут быть:

- 1) нарушение речи
- 2) макроглоссия
- 3) нарушение прикуса
- 4) нарушение функции сосания
- 5) ринолалия

547. *Компактостеотомия проводится с целью:

- 1) улучшения фиксации ортодонтического аппарата

- 2) ускорения ортодонтического лечения
- 3) продолжения ортодонтического лечения

548. **Реконструктивные операции на челюстях проводятся:

- 1) не ранее 14 лет
- 2) в возрасте 10 лет
- 3) в любом возрасте

549. **Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является формирующаяся аномалия прикуса в возрасте:

- 1) до 3 лет
- 2) 3-7 лет
- 3) 7-9 лет
- 4) после 9 лет
- 5) после 15 лет

550. **Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является нарушение произношения язычно-небных звуков в возрасте:

- 1) до 3 лет
- 2) 3-7 лет
- 3) 7-9 лет
- 4) после 9 лет
- 5) в любом возрасте

551. **Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является формирование локального пародонтита в возрасте:

- 1) до 3 лет
- 2) 3-7 лет
- 3) 7-9 лет
- 3) после 9 лет
- 4) в любом возрасте

552. **Хирургическую коррекцию уздечки верхней губы целесообразно проводить в возрасте:

- 1) до 1 года
- 2) 1-3 лет
- 3) 3-6 лет
- 4) 6-8 лет
- 5) старше 8 лет

553. **С наибольшей вероятностью потребует коррекции уздечки верхней губы:

- 1) диастема при отсутствии зачатков 2┘2
- 2) нарушение функции смыкания губ неуточненной этиологии

- 3) плотное прилегание зачатков 2└2 к корням 1└1 при диастеме менее 2.5 мм
- 4) множественные тремы
- 5) диастема, сочетающаяся с тесным положением зубов или зачатков фронтальной группы

554. *Показание к пластике преддверия (нижнего) рта формируется в возрасте:

- 1) до 3 лет
- 2) 3-7 лет
- 3) 7-9 лет
- 4) 9-12 лет
- 5) 12-15 лет

555. **В каком случае при пластике уздечки верхней губы показана комлектостеотомия?:

- 1) всегда показана
- 2) при диастеме, превышающей 2 мм и дивергенции корней
- 3) при выраженных фиброзных тяжах
- 4) при любой диастеме
- 5) не знаю

556. **Наиболее рациональным показанием к операции пластики преддверия полости рта у детей служит:

- 1) наличие гингивита + мелкое преддверие полости рта
- 2) выявление мелкого преддверия полости рта как "фактора риска" для формирования патологии
- 3) короткая уздечка нижней губы
- 4) наличие аномалии прикуса
- 5) у детей не показано

557. **Прямым показанием к рассечению уздечки языка в грудном возрасте служит:

- 1) наличие короткой уздечки языка
- 2) затрудненное сосание
- 3) короткая уздечка в сочетании с ретрогенией
- 4) не знаю
- 5) недостаточное прибавление веса ребенка

558. **Операцию по поводу короткой уздечки языка у новорожденного лучше проводить:

- 1) в родильном доме
- 2) в хирургическом кабинете детской поликлиники
- 3) в стоматологической детской поликлинике
- 4) в хирургическом отделении детской стоматологической поликлиники

5) в стоматологическом детском хирургическом отделении стационара

559. ***Для чего предназначен аппарат З.С. Василенко?:

- 1) для перемещения зубов в вестибулярную сторону
- 2) для перемещения зубов в оральную сторону
- 3) для поворота зубов
- 4) все ответы верны

560. **Что приводит в действие аппарат А.И. Поздняковой, для выведения зубов из небного положения?:

- 1) резиновые кольца
- 2) эластичная тяга, лигатура
- 3) лигатура
- 4) правильного ответа нет

561. **Какого диаметра проволоку используют для изготовления кламмера Адамса?:

- 1) 0,5 мм
- 2) 0,3 мм
- 3) 0,6-0,7 мм
- 4) 0,7-0,8 мм

562. **Какого диаметра проволоку используют для изготовления кламмера Джексона?:

- 1) 0,5-0,6 мм
- 2) 0,7-1,1 мм
- 3) 0,6-0,7 мм
- 4) 0,3-0,4 мм

563. **Какого диаметра проволоку обычно используют для изготовления вестибулярных дуг?:

- 1) 0,8 мм
- 2) 0,7 мм
- 3) 0,7-0,8 мм
- 4) 0,5 мм

564. *Съемные ортодонтические аппараты действуют прерывисто, как часто необходимо пользоваться ими?:

- 1) постоянно
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 1 раз в месяц
- 4) Несколько часов в сутки

565. **Сколько видов бионатора Балтера существует?:

- 1) 2

- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

566. **Для чего предназначен 2-й вид бионатора Балтера?:

- 1) для устранения открытого прикуса
- 2) для устранения мезиального прикуса
- 3) для устранения сужения зубов
- 4) правильного ответа нет

567. ***Через какое время происходит перестройка костной ткани в ВНЧС, при использовании ортодонтических аппаратов?:

- 1) через месяц
- 2) через 3 месяца
- 3) через неделю
- 4) через 2 недели

568. *Кто создал в ортодонтии конкретное представление о величине сил?:

- 1) А.Я. Катц
- 2) А.М. Шварц
- 3) А.Р. Шубина
- 4) В.П. Воробьева

569. **Сколько степеней реакций периодонта выделял А.М. Шварц?:

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

570. ***А.М. Шварц на основании экспериментов установил четыре степени силового воздействия на перемещаемые зубы, чему равна 2-я степень?:

- 1) до 20 г/см^2
- 2) до 35 г/см^2
- 3) $20-26 \text{ г/см}^2$
- 4) до 65 г/см^2

571. **Что гласит закон Анри-Шульца про малые силы?:

- 1) стимулируют регенеративные процессы в костях
- 2) угнетают регенерацию
- 3) тормозят регенерацию
- 4) не влияет на процессы регенерации

572. **Кто впервые применил металлические дуги для лечения неправильного положения зубов?:

- 1) Фошар
- 2) Коффин
- 3) Хантер
- 4) Кингслей

573. *Сколько типов аппаратов предложил Р. Френкель?:

- 1) 3
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 1

574. **Для чего служит третий тип аппаратов Р. Френкеля?:

- 1) для устранения дистального прикуса
- 2) для устранения мезиального прикуса
- 3) для лечения открытого прикуса
- 4) правильного ответа нет

575. **Для чего предназначен первый тип аппаратов Р. Френкеля?:

- 1) для устранения дистального прикуса
- 2) для лечения открытого прикуса
- 3) для лечения мезиального прикуса
- 4) правильного ответа нет

576. *К съемным аппаратам функционально- направляющего действия относится:

- 1) аппарат А.М. Шварца с накусочной пластинкой и наклонной плоскостью
- 2) стационарная дуга Э. Энгля
- 3) аппарат В.С. Куриленко
- 4) аппарат Дорошенко

577. **Внеротовая сила возникает при ношении:

- 1) лицевых дуг
- 2) подбородочных пращей
- 3) вестибулярных пластинок

578. *Что из перечисленного может использоваться в качестве внеротовой опоры:

- 1) головная шапочка
- 2) шейная повязка
- 3) лицевая маска

579. *Укажите, какие ортодонтические аппараты могут быть по виду конструкции:

- 1) съемные
- 2) дуговые
- 3) несъемные
- 4) капповые
- 5) пластиночные
- 6) блоковые
- 7) каркасные
- 8) сочетанные

580. *Укажите назначение кламмеров:

- 1) фиксация аппарата в полости рта
- 2) перемещение зубов
- 3) изменение формы зубных рядов

581. *Какой из перечисленных элементов фиксирует кламмер в базисе аппарата:

- 1) плечо
- 2) тело
- 3) отросток

582. *Какой из перечисленных элементов обеспечивает опору кламмера:

- 1) плечо
- 2) тело
- 3) отросток

583. **Укажите кламмера с точечным прикосновением плеча к коронке зуба:

- 1) Адамса
- 2) стреловидный
- 3) Шварца
- 4) пуговчатый

584. *Пружиной Коффина можно расширить:

- 1) верхний зубной ряд
- 2) нижний зубной ряд

585. *Укажите назначение вестибулярной дуги с М-образными изгибами:

- 1) для исправления положения клыков
- 2) для исправления положения моляров

586. **Какие аппараты называются механически-действующими:

- 1) аппараты, в которых сила жевательных мышц передается через наклонную плоскость, накусочную площадку, окклюзионные накладки на отдельные зубы или группу зубов
- 2) аппараты, оказывающие воздействие на зубы, зубные ряды за счет активно-действующей силы (резиновая тяга, винты, пружины, проволочные дуги)

587. ***Назовите механически-действующие съемные аппараты:

- 1) аппарат Энгля
- 2) пластинка с винтом, вестибулярной дугой
- 3) аппарат Гашимова-Герлинга

588. ***Назовите несъемные механически-действующие аппараты:

- 1) пластинка с винтом
- 2) аппарат Энгля
- 3) брекет-система
- 4) каппа Бынина

589. **Назовите функционально-направляющие съемные аппараты:

- 1) каппа Бынина
- 2) каппа Шварца
- 3) аппарат Брюкля
- 4) пластинка с окклюзионными накладками

590. ***Какие аппараты называют функционально-направляющими:

- 1) аппараты, оказывающие воздействие на зубы, группу зубов за счет активнодействующей силы: резиновой тяги, винта, пружины, дуги
- 2) аппараты, в которых сила жевательных мышц передается на зубы или группу зубов через накусочную площадку, окклюзионные накладки или наклонную плоскость

591. ***Назовите функционально-направляющие несъемные аппараты:

- 1) каппа Шварца
- 2) аппарат Брюкля
- 3) коронка Катца

592. **Каппа Шварца применяется:

- 1) для перемещения боковых зубов
- 2) для орального наклона верхних зубов
- 3) для вестибулярного наклона верхних передних зубов

593. **Дуга Энгля относится к аппаратам:

- 1) комбинированного действия
- 2) механического действия

3) функционального действия

594. **Для каппы Шварца и каппы Бынина обязательны:

- 1) накусочная площадка
- 2) вестибулярная дуга
- 3) наклонная плоскость

595. **В ортодонтическом аппарате вестибулярная дуга используется для:

- 1) расширения зубного ряда
- 2) смещения нижней челюсти
- 3) перемещения передних зубов

596. **Активатор Андресена Хойпля применяют при лечении:

- 1) дистального смешанного прикуса
- 2) глубокого постоянного прикуса
- 3) протрузии верхних передних зубов с тремами между ними

597. **Регулятор функций Френкеля способствует:

- 1) устранению давления губ и щек на альвеолярные отростки и зубные ряды
- 2) нормализации положения языка
- 3) исправлению трансверзальных аномалий прикуса

598. **Открытый активатор Кламмта применяют при лечении:

- 1) трансверзальных аномалий прикуса
- 2) сагиттальных аномалий прикуса, сочетающихся с вертикальными
- 3) нарушения функций дыхания, глотания

599. **Пропульсор Мюллемана способствует:

- 1) оптимизации роста верхней челюсти
- 2) оптимизации роста нижней челюсти
- 3) протрузии верхних резцов.

600. **Комбинированные аппараты - это аппараты, сочетающие в себе элементы аппаратов:

- 1) механически - действующих и функционально-направляющих
- 2) функционально-направляющих и функционально-действующих
- 3) функционально-действующих и механически-действующих

601. **Регулятор функций Френкеля III типа используется для лечения:

- 1) нейтрального прикуса
- 2) дистального прикуса
- 3) мезиального прикуса

602. **Регулятор функций Френкеля I типа используют для лечения:

- 1) мезиального прикуса
- 2) аномалии зубных рядов
- 3) дистального глубокого прикуса с протрузией верхних резцов, нейтральной прикуса, сочетающегося с аномалиями положения передних зубов

603. *В конструкцию регулятора функций Френкеля входят:

- 1) винт и вестибулярная дуга
- 2) вестибулярная дуга и наклонная плоскость
- 3) щечные щиты, небный бюгель, губные пелоты, лингвальная дуга

604. *Вестибулярная пластика с упором для языка предназначена для лечения:

- 1) дистального прикуса, сочетающегося с открытым, развившимся в результате сосания языка или неправильного глотания
- 2) дистального открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания пальца
- 3) мезиального прикуса, в сочетании с макроглоссией

605. ***Какие аппараты называют функционально-действующими:

- 1) аппараты, оказывающие воздействие на перемещаемые зубы вследствие активного сокращения жевательных мышц, посредством накусочной, наклонной плоскостей окклюзионных накладок
- 2) аппараты, передающие силу тяги мышц дна полости рта, жевательных и мимических мышц с нижней челюсти на верхнюю челюсть в определенном направлении, нормализующие функции зубочелюстной системы

606. ***Какие ортодонтические аппараты применяются для устранения диастемы третьего вида?:

- 1) пластинка с рукообразными пружинами
- 2) пластинка с вестибулярной дугой и протрагирующими пружинами
- 3) аппарат Энгля
- 4) брекет-система

607. **Для ускоренного раскрытия срединного небного шва применяют:

- 1) аппарат Энгля
- 2) аппарат Дерихсвайлера
- 3) аппарат Айнсворта
- 4) брекет-систему

608. **Для устранения зубоальвеолярного удлинения в переднем отделе в период постоянного прикуса применяют:

- 1) пластинку с накусочной площадкой
- 2) пластинку с наклонной плоскостью

- 3) брекет-систему
- 4) аппарат Энгля

609. **Брекет-системы подразделяют:

- 1) на буккальные
- 2) на лингвальные
- 3) на вестибулярные
- 4) на проксимальные

610. **Под ангуляцией коронки зуба следует понимать:

- 1) наклон ее продольной оси в вестибулооральном направлении
- 2) наклон ее продольной оси в мезиодистальном направлении
- 3) наклон линии экватора в мезиодистальном направлении
- 4) поворот коронки по оси

611. **Под инклинацией коронки зуба следует понимать:

- 1) наклон ее продольной оси в вестибулооральном направлении
- 2) интрузию коронки
- 3) экструзию коронки
- 4) наклон ее продольной оси в мезиодистальном направлении

612. **Какой точке на коронке зуба должна соответствовать срединная точка опорной площадки брекета в технике прямой дуги:

- 1) точке пересечения вертикальной оси зуба с клинической шейкой
- 2) точке пересечения вертикальной оси зуба с линией экватора коронки
- 3) точке пересечения вертикальной оси зуба с линией режущего края коронки
- 4) точке пересечения вертикальной оси зуба с горизонтальной линией, разделяющей коронку на две равные половины

613. ***Укажите правильную последовательность этапов лечения зубочелюстных аномалий техникой прямой дуги:

- 1) контроль перекрытия, закрытие промежутков, контроль опоры, нивелировка прикуса
- 2) контроль опоры, вертикальное и горизонтальное выравнивание, контроль перекрытия резцов, закрытие промежутков, нивелировка прикуса
- 3) контроль опоры, вертикальное и горизонтальное выравнивание, нивелировка прикуса, закрытие промежутков
- 4) нивелировка прикуса, контроль опоры, горизонтальное и вертикальное выравнивание, закрытие промежутков, контроль перекрытия резцов

614. **Современные функциональные ортодонтические аппараты способствуют:

- 1) устранению вредных привычек
- 2) сокращению сроков лечения несъемной техникой

- 3) нормализации нарушенных функций
- 4) исправлению аномалий прикуса во всех возрастных периодах

615. *По своему назначению трейнеры подразделяют:

- 1) на преортодонтические
- 2) на финишные
- 3) для работы с брекетами
- 4) на сочетанные

616. **Адаптация трейнера к индивидуальным зубным дугам происходит за счет:

- 1) перебазируют самотвердеющей пластмассы
- 2) гибкости и коррекции границ
- 3) подбора соответствующего размера
- 4) постепенного увеличения времени ношения

617. **Какие из перечисленных элементов входят в конструкцию трейнера?:

- 1) лабиальный выступ
- 2) вестибулярная дуга
- 3) ограничитель для языка
- 4) губной бампер

618. **Укажите правильный вариант ношения трейнера в течение суток:

- 1) только ночью
- 2) только днем
- 3) минимум два часа днем плюс всю ночь
- 4) круглосуточно

619. **Лицевая маска Диляра позволяет:

- 1) перемещать вперед верх зуб ряд и верхней челюсти
- 2) сдерживать рост верхней челюсти
- 3) сдерживать рост обеих челюстей
- 4) стимулировать рост нижней челюсти

620. **Лицевая маска предназначена для лечения:

- 1) мезиальной окклюзией, обусловленной верхней ретрогнатией
- 2) мезиальной окклюзией, обусловленной нижней макрогнатией
- 3) дизокклюзии
- 4) дистальной окклюзии

621. *Какими из способов возможна фиксация брекетов на зубах?:

- 1) кламмерная фиксация
- 2) бондинговая фиксация

622. ***Под «консервативной опорой» следует понимать опору, когда:

- 1) перемещаемые зубы двигаются быстрее опорных
- 2) опорные зубы не перемещаются
- 3) опорные и перемещаемые зубы двигаются на встречу друг другу равномерно
- 4) опорные зубы двигаются быстрее, чем перемещаемые

623. **Под «минимальной опорой» следует понимать опору, когда:

- 1) опорные зубы не перемещаются
- 2) опорные и перемещаемые зубы двигаются на встречу с равной скоростью
- 3) опорные зубы двигаются быстрее, чем перемещаемые
- 4) перемещаемые зубы двигаются быстрее опорных

624. **Под «стационарной опорой» следует понимать опору, когда:

- 1) опорные зубы не перемещаются
- 2) опорные и перемещаемые зубы не подвижны
- 3) опорные зубы двигаются быстрее, чем перемещаемые
- 4) опорные и перемещаемые зубы двигаются на встречу с равной скоростью

625. **Какие виды перемещения зубов не могут обеспечить съемные ортодонтические аппараты в отличие от мультибондинг-системы:

- 1) ротацию
- 2) наклонно-поступательное
- 3) торк
- 4) корпусное

626. *Какой из перечисленных ниже аппаратов является механическим, внеротовым, съемным:

- 1) аппарат Энгля
- 2) аппарат Каламкарлова
- 3) аппарат Эйнсворта
- 4) лицевая дуга
- 5) каппа Бынина

627. *Какой из перечисленных ниже аппаратов является механическим, внутриротовым съемным:

- 1) аппарат Мершона
- 2) аппарат Айнсворта
- 3) аппарат Брюкля
- 4) стационарная дуга Энгля
- 5) пластинка с расширяющим винтом

628. **Какой из перечисленных ниже пластинок НАИБОЛЕЕ целесообразно применить для исправления вестибулярного положения клыков:

- 1) с вестибулярной дугой
- 2) с протрагирующей дугой
- 3) с вестибулярной дугой с П-образным изгибом
- 4) с вестибулярной дугой с М-образным изгибом
- 5) с вестибулярной дугой и протрагирующей пружиной

629. **Показанием к применению пластинки с вестибулярной дугой является:

- 1) протрузия фронтальной группы зубов
- 2) ретрузия фронтальной группы зубов
- 3) вестибулярное положение клыков
- 4) вестибулярное положение премоляров
- 5) оральное положение премоляров

630. **Показанием к применению пластинки с протрагирующей дугой является:

- 1) скученное положение верхних фронтальных зубов
- 2) протрузия фронтальной группы зубов
- 3) ретрузия фронтальной группы зубов
- 4) вестибулярное положение клыков
- 5) тремы во фронтальном участке зубного ряда

631. **Какой из перечисленных ниже аппаратов является механическим, внутриротовым несъемным:

- 1) аппарат Энгля
- 2) пластинка Катца
- 3) пластинка с дугой
- 4) каппа Бынина
- 5) аппарат Брюкля

632. ***Аппарат состоит из коронок, к которым припаивают трубки скошенными концами назад и параллельно между собой, в трубки вставляется дуга с резьбой на концах, гайками, навинчивающимися на резьбу. Дугу подвязывают лигатурой к зубам. Какой из ниже перечисленных аппаратов является НАИБОЛЕЕ вероятным:

- 1) аппарат Мершона
- 2) аппарат Айнсворта
- 3) аппарат Бертони
- 4) скользящая дуга Энгля
- 5) стационарная дуга Энгля

633. ***Аппарат состоит из коронок с припаянными к ним трубками, в которые вставляется дуга, концы дуги свободно перемещаются в трубках. К дуге припаяны зацепные крючки в области премоляров и моляров, в переднем отделе припаяны ленточные перекидные кламмеры. Какой из ниже перечисленных аппаратов НАИБОЛЕЕ соответствует?

- 1) аппарат Мершона
- 2) аппарат Айнсворта
- 3) аппарат Бертони
- 4) скользящая дуга Энгля
- 5) стационарная дуга Энгля

634. ***Аппарат представляет собой пластмассовую каппу на зубной ряд, а для перемещаемого зуба изготавливают пластмассовую или металлическую коронку с трубкой. Между каппой и коронкой располагаются конец дуги с резьбой, гайка, которая вставляется в трубку. Какой из ниже перечисленных аппаратов НАИБОЛЕЕ соответствует?

- 1) Мершона
- 2) Айнсворта
- 3) Бертони
- 4) Каламкарова
- 5) дуга Энгля

635. **Какой из ниже перечисленных элементов является опорной частью расширяющей пластинки:

- 1) кламмера
- 2) винт
- 3) дуга
- 4) базис
- 5) толкатель

636. *Действующей частью ортодонтических аппаратов является все ниже перечисленные элементы, КРОМЕ:

- 1) толкателя
- 2) базиса
- 3) винта
- 4) дуги
- 5) лигатуры

637. **Назовите НАИБОЛЕЕ вероятный внутриротовой универсальный несъемный аппарат:

- 1) Гожгорияна
- 2) Кватхеликса
- 3) Каламкарова
- 4) Энгля

5) Мершона

638. *К конструктивным элементам механически действующих аппаратов относят:

- 1) экспансивную дугу
- 2) наклонную плоскость
- 3) окклюзионные накладки
- 4) винт и губные пилоты
- 5) щечные щиты

639. **Показанием к применению подбородочной пращи является:

- 1) стимулирование роста нижней челюсти
- 2) оптимизация роста верхней челюсти
- 3) задержка роста нижней челюсти
- 4) нормализация функции глотания
- 5) устранение вредной привычки

640. **В съемных пластиночных аппаратах источником силы является все перечисленное ниже, КРОМЕ:

- 1) винта
- 2) вестибулярной дуги
- 3) пружины - толкателя
- 4) резиновой тяги
- 5) наклонной плоскости

641. **Какой из ниже перечисленных элементов, являющийся источником активной силы, применяется в аппаратах механического действия:

- 1) ортодонтический винт
- 2) наклонная плоскость
- 3) накусочная площадка
- 4) щечные щиты
- 5) губные пилоты

642. **В ортодонтических аппаратах механического действия источником силы являются все ниже перечисленные элементы, КРОМЕ:

- 1) накусочной площадки
- 2) ортодонтического винта
- 3) вестибулярной дуги
- 4) пружины-толкателя
- 5) протрагирующей дуги

643. **Какой из нижеперечисленных элементов, являющийся источником активной силы, применяется в аппаратах механического действия:

- 1) пружина Коффина
- 2) накусочная площадка

- 3) щечные щиты
- 4) наклонная плоскость
- 5) губные пелоты

644. **Ортодонтические аппараты по принципу действия делятся на ниже перечисленные группы, КРОМЕ:

- 1) механически действующий
- 2) функционально направляющий
- 3) функционально действующий
- 4) комбинированного действия
- 5) двухчелюстных

645. **По виду конструкции ортодонтические аппараты делятся на нижеперечисленные группы, КРОМЕ:

- 1) дуговых
- 2) капповых
- 3) пластиночных
- 4) блоковых
- 5) стационарных

646. **Показанием к применению экспансивной дуги Энгля является:

- 1) выведение зубов из орального положения
- 2) исправление протрузии передних зубов
- 3) исправление ретрузии передних зубов
- 4) дистализации зубов
- 5) расширение зубных рядов

647. **Показанием к применению стационарной дуги Энгля является:

- 1) выведение зубов из орального положения
- 2) исправление протрузии передних зубов
- 3) исправление соотношения зубных рядов
- 4) дистализации зубов
- 5) расширение зубных рядов

648. **Показанием к применению стационарной дуги Энгля является:

- 1) выведение зубов из орального положения
- 2) исправление протрузии передних зубов
- 3) исправление соотношения зубных рядов
- 4) исправление ретрузии зубов
- 5) расширение зубных рядов

649. **Кто предложил расширяющую омегаобразную петлю?:

- 1) Андрезан
- 2) Коффин
- 3) Калвелис

- 4) Френкель
- 5) Шварц

650. **Кто предложил рукообразную пружину для мезиодистального перемещения зубов?:

- 1) Андресан
- 2) Коффин
- 3) Калвелис
- 4) Френкель
- 5) Шварц

651.***Аппарат представляет собой пластмассовую капу с наклонной плоскостью, фиксируемую на 6 фронтальных зубах нижней челюсти. Какой из нижеперечисленных ортодонтических аппаратов является НАИБОЛЕЕ вероятным:

- 1) Шварца
- 2) Бынина
- 3) Персина
- 4) Брюкля
- 5) Гуляева

652. *Несъемный функционально-направляющий аппарат:

- 1) Бынина
- 2) Брюкля
- 3) Гуляева
- 4) Каламкарлова
- 5) Шварца

653. **НАИБОЛЕЕ вероятным осложнением при применении капы Шварца и Бынина является:

- 1) подвижность зубов
- 2) сагиттальная щель
- 3) рецессия десны
- 4) черные треугольники
- 5) вертикальная щель

654. **К конструктивным элементам функционально-действующих аппаратов можно отнести:

- 1) экспансивную дугу
- 2) наклонную плоскость
- 3) окклюзионные накладки
- 4) винт и губные пилоты
- 5) щечные щиты

655.**К конструктивным элементам функционально-направляющих аппаратов можно отнести:

- 1) экспансивную дугу
- 2) наклонную плоскость
- 3) окклюзионные накладки
- 4) винт и губные пилоты
- 5) щечные щиты

656.**Какой из ниже перечисленных аппаратов является функционально-действующим?

- 1) аппарат Брюкля
- 2) экспансивная дуга
- 3) вестибулярная пластинка
- 4) каппа Бынина
- 5) пластинка Калвелелиса

657.**Применение стандартных вестибулярных пластинок НАИБОЛЕЕ целесообразно для нормализации функции:

- 1) круговых мышц рта
- 2) глотания
- 3) жевания
- 4) мимической мышцы
- 5) жевательной мышцы

658.***Источником силы в каппе Бынина является:

- 1) вестибулярная дуга
- 2) пружина-толкатель
- 3) накусочная площадка
- 4) наклонная плоскость
- 5) резиновая тяга

659.***Аппарат состоит из металлической коронки с проволочной наклонной плоскостью. Какой из нижеперечисленных ортодонтических аппаратов НАИБОЛЕЕ соответствует?:

- 1) направляющая коронка Катца
- 2) каппа Бынина
- 3) каппа Шварца
- 4) пластинка Катца
- 5) аппарат Брюкля

660. *Показанием к применению направляющей коронки Катца из нижеперечисленных является?:

- 1) ретрузия верхних фронтальных зубов
- 2) протрузия верхних фронтальных зубов
- 3) протрузия нижних фронтальных зубов

- 4) ретрузия нижних фронтальных зубов
- 5) скученное положение резцов

661.***Аппарат состоит из базиса на верхнюю челюсть, перегибающего край передних зубов на губную поверхность и наклонной плоскости. Базис не прилегает к слизистой оболочке передней части неба и шейкам передних зубов. Какой из нижеперечисленных аппаратов НАИБОЛЕЕ соответствует:

- 1) пластинка Катца
- 2) аппарат Гуляева
- 3) аппарат Брюкля
- 4) аппарат Хургиной
- 5) аппарат Энгля

662. ***Аппарат состоит из вестибулярной и язычной пластинок. Обе части аппарата соединены отрезками проволоки, которые располагают между резцами, клыками, первыми молочными молярами или огибают дистальную поверхность последних моляров в ретромолярной области. Какой из нижеперечисленных ортодонтических аппаратов является НАИБОЛЕЕ вероятным:

- 1) вестибуло-оральная пластинка Крауса
- 2) вестибулярная пластинка Шонхера
- 3) вестибулярная пластинка Кербица
- 4) пропульсор Мюллемана
- 5) активатор Андресена-Гойпля

663.*На какую группу мышц оказывают влияние функционально-действующие аппараты?:

- 1) жевательную
- 2) мимическую
- 3) поднимающие
- 4) выдвигающие
- 5) комбинированную группу

664.*На какую группу мышц оказывают влияние функционально-направляющие аппараты?:

- 1) жевательную
- 2) мимическую
- 3) поднимающие
- 4) выдвигающие
- 5) комбинированную группу

665. **Какой из этих аппаратов является функционально-действующим?:

- 1) пропульсор Мюллемана
- 2) регулятор функции Френкеля

- 3) каппа Шварца
- 4) пластинка Хургиной
- 5) дуга Энгля

666. **К какой группе аппаратов по принципу действия относится активатор Андресена-Гойпля:

- 1) функционально-направляющего
- 2) функционального
- 3) механического
- 4) внеротового
- 5) комбинированного

667. **Для активатора Андресена-Гойпля характерны все перечисленные ниже, КРОМЕ:

- 1) лечебной
- 2) двухчелюстной
- 3) съемной
- 4) капповой
- 5) внутриротовой

668. **При какой аномалии прикуса назначают аппарат Брюкля:

- 1) дистальный
- 2) мезиальный
- 3) глубокий
- 4) открытый
- 5) перекрестный

669. **Какой из перечисленных ниже ортодонтических аппаратов является универсальным:

- 1) аппарат Энгля
- 2) аппарат Персина
- 3) аппарат Каламкарлова
- 4) активатор Андресена-Гойпля
- 5) регулятор функции Френкеля

670. **Аппарат состоит из базиса с наклонной плоскостью в переднем участке, вестибулярной дуги, кламмеров — устанавливается на нижней челюсти. Какой из ниже перечисленных аппаратов соответствует:

- 1) Брюкля
- 2) Персина
- 3) Гуляева
- 4) Энгля
- 5) Мершона

671.**Пластинка на верхнюю челюсть с наклонной плоскостью и расширяющим винтом.

Какой из ниже перечисленных аппаратов является НАИБОЛЕЕ соответствует?:

- 1) Гуляева
- 2) Брюкля
- 3) Хургиной
- 4) пластинка Катца
- 5) активатор Кламмта

672.**Какой из нижеперечисленных ортодонтических аппаратов по способу действия является одночелюстным межчелюстного действия?:

- 1) дуга Энгля
- 2) пластинка Катца
- 3) пластинка с дугой
- 4) Андресена-Гойпля
- 5) лицевая дуга

673.**Аппарат состоит из двух щечных щитов, пелотов для нижней губы, лингвальной дуги, вестибулярной дуги для верхних передних зубов, небного бюгеля и петель на верхние клыки. Какой из нижеперечисленных ортодонтических аппаратов НАИБОЛЕЕ вероятен?

- 1) регулятор функции Френкеля I типа
- 2) регулятор функции Френкеля II типа
- 3) регулятор функции Френкеля III типа
- 4) активатор Андресена-Гойпля
- 5) аппарат Башаровой

674.**Аппарат состоит из двух щечных щитов, пелотов для нижней губы, лингвальной дуги, вестибулярной дуги для верхних передних зубов, небного бюгеля и петель на верхние клыки и небной дуги. Какой из нижеперечисленных ортодонтических аппаратов НАИБОЛЕЕ вероятен?:

- 1) регулятор функции Френкеля I типа
- 2) регулятор функции Френкеля II типа
- 3) регулятор функции Френкеля III типа
- 4) активатор Андресена-Гойпля
- 5) аппарат Башаровой

675.**Какой из ниже перечисленных аппаратов НАИБОЛЕЕ соответствует аппарату, действие которого основано на принципе устранения давления губ и щек на альвеолярные отростки и зубные ряды в участках их недоразвития, нормализации смыкания губ, положения языка, их функций и взаимоотношений?:

- 1) аппарат Мершона
- 2) регулятор функций Френкеля

- 3) аппарат Брюкля
- 4) пластинка Катца
- 5) аппарат Корна

676. **Отличие регулятора функций Френкеля II-типа от I-типа в наличии:

- 1) вестибулярной дуги
- 2) щечных щитов
- 3) губных пилотов
- 4) небного бюгеля
- 5) небной дуги

677. **Отличие регулятора функций Френкеля III-типа от I,II-типа в наличии:

- 1) губных пилотов
- 2) щечных щитов
- 3) небной дуги
- 4) окклюзионных накладок
- 5) вестибулярной дуги

678. **Расширение не только зубного ряда, но и его апикального базиса достигают с помощью:

- 1) аппарата Энгля
- 2) расширяющей пластинки
- 3) аппарата Брюкля
- 4) регулятора функций Френкеля
- 5) пластинки Корн

679. **Ребенок 8,5 лет. Направлен к врачу ортодонту на консультацию после санации полости рта. При внешнем осмотре профиль лица выпуклый. В полости рта: при смыкании зубных рядов верхние зубы находятся на нижней губе. сагиттальная щель между верхними и нижними передними зубами 4 мм. Режущие края нижних резцов контактируют со слизистой оболочкой твердого неба. Первые постоянные моляры смыкаются по второму классу Энгля. Клиническая проба Эшлера-Битнера положительная.

Назначение какого ортодонтического аппарата из ниже перечисленных **НАИБОЛЕЕ** целесообразно?:

- 1) регулятор функции Френкеля I-типа
- 2) регулятор функции Френкеля II-типа
- 3) регулятор функции Френкеля III-типа
- 4) регулятор функции Френкеля IV-типа
- 5) регулятор функции Френкеля V-типа

680. **Ребенок 4,5 года имеет вредную привычку вытягивать щеки внутрь. При осмотре: отмечается незначительная изменения формы зубных дуг.

Какая ортодонтическая конструкция НАИБОЛЕЕ целесообразно для устранения вредной привычки?:

- 1) пластинка с губными пилотами
- 2) вестибулярная пластика
- 3) вестибуооральная пластинка
- 4) активатор Андресана
- 5) аппарат Брюкля

681. **Жалобы родителей ребенка 9 лет на незначительные западение верхней губы. При осмотре: нижней зубной ряд перекрывает верхней зубной ряд: в боковом отделе на толщину щечного бугра, переднем отделе на одну треть высоты коронок с образованием сагиттальной щели 2 мм, отмечается незначительное уплощение переднего участка верхней зубной дуги, форма и размеры нижней зубной дуги правильные. Назначение какого ортодонтического аппарата - пластинки из ниже перечисленных является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) с трехмерным винтом окклюзионными накладками на верхнюю челюсть
- 2) с пружиной Коффина окклюзионными накладками на верхнюю челюсть
- 3) с пружиной Коллера на нижнюю челюсть окклюзионными накладками
- 4) вестибулярной дугой на нижнюю челюсть окклюзионными накладками
- 5) с расширяющим винтом и окклюзионными накладками

682. **Мама ребенка 10 лет обратилась с жалобами на эстетический дефект: промежутки между резцами и клыками на верхней челюсти. При осмотре выявлено: промежутки между резцами клыками приделах 1,0 мм, зубы стоят с небольшим наклоном в губную сторону.

Какая ортодонтическая конструкция НАИБОЛЕЕ целесообразно для устранения трем и диастем?:

- 1) пластинка вестибулярной дугой на верхнюю челюсть
- 2) аппарат Брюкля на нижнюю челюсть
- 3) аппарат Каламкарова на верхнюю челюсть
- 4) аппарат Персина на верхнюю челюсть
- 5) каппа Бынина

683. **Ребенок 8 лет, Жалобы родителей на эстетический дефект. При осмотре: между центральными верхними резцами имеется сверхкомплектный зуб шиповидной формы. На рентгенограмме 12,22 в стадии прорезывания. Между верхними и нижними передними зубами сагиттальная щель 3 мм. Какие лечебные мероприятия НАИБОЛЕЕ целесообразны для достижения эстетического эффекта?:

- 1) Удалить сверхкомплектный зуб и переместить центральный резцы медиально
- 2) массаж альвеолярного отростка и съемный ортодонтический аппарат
- 3) протезирование коронкой сверхкомплектного зуба

- 4) Удаление временных клыков перемещение резцов медиально
- 5) Удаление моляров перемещение резцов медиально

684. ***Подростку 12 лет, находится на этапе ортодонтического лечения. В полости рта на верхней челюсти пластинка, которая плотно прилежит к твердому небу лишь в задних 2/3 его части, а в области передней трети отстоит от твердого неба, из перекидных кламмеров в области передних верхних зубов и наклонной плоскости в виде накусочной площадки идущей к язычной поверхности нижних передних зубов. Лечение какого вида прикуса в комбинации с глубоким является НАИБОЛЕЕ вероятным из перечисленных ниже?:

- 1) нейтрального
- 2) дистального
- 3) мезиального
- 4) вестибулоокклюзии
- 5) лингвоокклюзии

685. ***Подростку 15 лет. В течение 4 месяцев лечился у врача-ортодонта, лечение проводилось с помощью съемного аппарата- накусочной пластинки Катца с перемещением нижней челюсти вперед до нейтрального соотношения первых постоянных моляров. Какие осложнения из перечисленных ниже НАИБОЛЕЕ ожидаемы?:

- 1) чрезмерное развитие нижней челюсти
- 2) боковое смещение нижней челюсти
- 3) уплощение переднего отдела верхней челюсти
- 4) функциональная перегрузка пародонта
- 5) формирование двойного прикуса

686. **Ребенку 10 лет, в полости рта на верхней челюсти пластинка с винтом, с ретракционной дугой и наклонной накусочной площадкой. Лечение какого вида прикуса является НАИБОЛЕЕ вероятным из перечисленных ниже?:

- 1) нейтрального
- 2) дистального
- 3) мезиального
- 4) вестибулоокклюзии
- 5) лингвоокклюзии

687. **Ребенку 10 лет, в полости рта на верхней челюсти пластинка с винтом, с ретракционной дугой и наклонной накусочной площадкой. С помощью данной конструкции аппарата проводится ниже перечисленные исправления, КРОМЕ:

- 1) расширения верхней челюсти
- 2) ретракции фронтальных зубов
- 3) перемещения нижней челюсти вперед

- 4) погружения нижних резцов
- 5) зубоальвеолярного укорочения боковых зубов

688. *Ребенку 9 лет, в полости рта на верхней челюсти пластинка с винтом и окклюзионными накладками, разобщающими зубные ряды. Лечение какой аномалий является **НАИБОЛЕЕ** вероятным из перечисленных ниже?:

- 1) двухсторонней вестибулоокклюзии
- 2) двухсторонней палатиноокклюзий
- 3) двухсторонней лингвоокклюзий
- 4) односторонней вестибулоокклюзий
- 5) односторонней палатинооокклюзий

689. **Ребенку 10 лет, в полости рта базисная пластинка на нижней челюсти с вестибулярной дугой и с наклонной плоскостью во фронтальном отделе. Лечение какой аномалий прикуса из перечисленных ниже является **НАИБОЛЕЕ** вероятным?:

- 1) открытого
- 2) глубокого
- 3) дистального
- 4) мезиального
- 5) перекрестного

690. **Ребенку 10 лет, врач-ортодонт назначил аппарат Брюкля при отрицательной функционально пробе и сагиттальной щели более 3 мм. Какое осложнение является **НАИБОЛЕЕ** ожидаемым из перечисленных ниже?:

- 1) уплощение переднего отдела верхней челюсти
- 2) нагрузка на пародонт и ВНЧС
- 3) нефизиологический наклон передних зубов
- 4) ятрогенные осложнения
- 5) зубоальвеолярное удлинение в боковых отделах

691. **Ребенку 10 лет, в полости рта базисная пластинка на нижней челюсти с вестибулярной дугой и с наклонной плоскостью во фронтальном отделе.

Наклонная плоскость перекрывает режущие края верхних фронтальных зубов. Какие осложнения из перечисленных ниже является **НАИБОЛЕЕ** вероятным?:

- 1) зубоальвеолярное удлинение
- 2) увеличение сагиттальной щели
- 3) нагрузка на пародонт
- 4) появление черных треугольников
- 5) появление вертикальной щели

692.**Ребенок 8,5 лет, направлен к врачу ортодонту после санации полости рта. При внешнем осмотре профиль выпуклый. При смыкании зубных рядов верхние зубы находятся на нижней губе. В полости рта: сагиттальная щель 4 мм. Режущие края нижних резцов контактируют со слизистой оболочкой твердого неба. Назначение какого типа регулятора функций Френкеля из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) I-типа
- 2) II-типа
- 3) III-типа
- 4) IV-типа
- 5) V-типа

693.**Родители ребенка 8 лет обратились к врачу-стоматологу с жалобами на эстетический недостаток: западение верхней губы, выступание подбородка вперед. Из анамнеза выяснено, что ребенок имеет вредную привычку выдвигать вперед нижнюю челюсть. В полости рта смыкание в области первых постоянных моляров по III классу Энгля, во фронтальном участке обратное резцовое перекрытие, сагиттальная щель 2 мм. Назначение какого из перечисленных ниже ортодонтических аппаратов НАИБОЛЕЕ целесообразно?:

- 1) аппарат Брюкля
- 2) аппарат Энгля
- 3) активатор Андресана – Гойпля
- 4) аппарат Мершона
- 5) аппарат Хургиной

694.**Родители ребенка 10 лет обратились к врачу-стоматологу с жалобами на эстетический недостаток: выступание подбородка вперед. Из анамнеза: у ребенка имеется вредная привычка – сосание языка. В полости рта: смыкание в области боковых зубов по III классу Энгля, во фронтальном отделе вертикальная щель 1,5 мм. Назначение какого из перечисленных ниже ортодонтических аппаратов НАИБОЛЕЕ целесообразно?:

- 1) Активатор Андресана-Гойпля
- 2) Аппарат Башаровой
- 3) Аппарат Бертони
- 4) Пластика Катца
- 5) Каппа Бынина

695.***Родители ребенка 10 лет обратились к врачу-ортодонту с жалобами на эстетический недостаток: западение нижней губы и выступание верхней. Из анамнеза выяснено, что у ребенка имеется вредная привычка сосания нижней губы. Профиль лица выпуклый, наблюдается слабость круговой мышцы рта – рот полуоткрыт. В полости рта: смыкание в области

жевательных зубов по II классу Энгля, во фронтальном- протрузия верхних резцов, имеется сагиттальная щель 3 мм. Назначение какого из перечисленных ниже ортодонтических аппаратов НАИБОЛЕЕ целесообразно?6

- 1) аппарат Персина
- 2) аппарат Брюкля
- 3) аппарат Хургиной
- 4) пластинка Катца
- 5) регулятор функции Френкеля

696. ***Ребенку 10 лет, родители предъявляют жалобы на неправильный прикус. Профиль выпуклый, подбородок скошенный. В полости рта: сагиттальная щель – 4 мм; протрузия верхних фронтальных зубов, сужение верхнего зубного ряда, смыкание в области первых моляров бугорковое. Проба Эшлера-Битнера положительная. Назначение какого из ниже перечисленных ортодонтических аппаратов является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) пластинки Катца
- 2) дуги Энгля
- 3) аппарата Хургиной
- 4) пластинки с винтом
- 5) каппы Бынина

697. **Подростку 13 лет, на этапе ортодонтического лечения. В полости рта съемная на зубная каппа на нижнем зубном ряду с наклонной плоскостью в области верхних передних зубов с оральной стороны, при смыкании зубных рядов верхние фронтальные зубы отклоняются вестибулярно, и нижняя челюсть смещается дистально. Лечение какой аномалий прикуса из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) глубокого
- 2) открытого
- 3) дистального
- 4) мезиального
- 5) перекрестного

698. *Ребенку 7 лет, на этапе ортодонтического лечения, пользуется ортодонтическим аппаратом, который представляет собой сочетание вестибулярной пластинки в области верхней челюсти с нижнечелюстной. Для изготовления аппарата определяют конструктивный прикус, аппарат удерживает нижнюю челюсть в выдвинутом положении. Лечение какой аномалий прикуса из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) прямого
- 2) открытого

- 3) дистального
- 4) мезиального
- 5) перекрестного

699. **Ребенку 7 лет, на этапе ортодонтического лечения, в полости рта индивидуально изготовленная вестибулооральная пластинка Крауса с заслонкой для языка. Лечение какой аномалий из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) вертикальной резцовой окклюзии
- 2) глубокой резцовой окклюзии
- 3) вертикальной резцовой дезокклюзии
- 4) мезиальной окклюзии
- 5) вестибулоокклюзии

700. **Ребенку 5 лет, в полости рта стандартная вестибулярная пластинка Шонхера. Для нормализации тонуса каких мышц из перечисленных ниже НАИБОЛЕЕ вероятно назначена данная конструкция аппарата?:

- 1) собственно жевательной
- 2) мышц дна полости рта
- 3) латеральной крыловидной
- 4) медиальной крыловидной
- 5) круговой мышцы рта

701. **Ребенку 5 лет, в полости рта стандартная вестибулярная пластинка с проволочной заслонкой. Для нормализации какой функции из ниже перечисленных НАИБОЛЕЕ вероятно назначено данная конструкция аппарата?:

- 1) дыхания
- 2) положения языка
- 3) положения нижней челюсти
- 4) жевания и глотания
- 5) собственно жевательных мышц

702. **Ребенку 5 лет, в полости рта активатор Дасса. Для нормализации тонуса каких мышц из перечисленных ниже НАИБОЛЕЕ вероятно назначена данная конструкция аппарата?:

- 1) собственно жевательной
- 2) мышц дна полости рта
- 3) латеральной крыловидной
- 4) медиальной крыловидной
- Е. круговой мышцы рта

703. ***У ребенка 6 лет на профилактическом осмотре была выявлена вредная привычка закусывания нижней губы, а также слабость круговой

мышцы рта. Назначение какого ортодонтического аппарата является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) вестибулярная пластинка Кербитца
- 2) пластинка с вестибулярной дугой
- 3) пластинка с наклонной плоскостью
- 4) пластинка с винтом
- 5) пластинка с накусочной площадкой

704. **Ребенку 5 лет, родители предъявляют жалобы на не красивый внешний вид. Ребенок ходит с открытым ртом, при разговоре и глотании прокладывает язык между передними зубами, со стороны ЛОР-органов патологии не наблюдается. Назначение какого ортодонтического аппарата-пластинки из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) вестибулярной
- 2) вестибуло-оральной
- 3) с ретракционной дугой
- 4) с протрагирующей дугой
- 5) с заслонкой для языка

705. **Ребенку 5 лет, направлен детским стоматологом. При осмотре лица выяснилось профиль выпуклый, подбородок скошен назад, нижняя губа утолщена. В полости рта верхние передние зубы перекрывают нижние на $\frac{1}{2}$ высоты коронок, за вторыми временными молярами дистальная ступень. Назначение какого ортодонтического аппарата из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) вестибулярной пластинки
- 2) вестибуло-оральной пластинки
- 3) пропульсора Мюллемана
- 4) пластинки с ретракционной дугой
- 5) активатора Дасса

706. *Ребенку 5 лет, направлен детским стоматологом. Ребенок часто ходит с открытым ртом, со стороны ЛОР-органов патологии не имеется. Для тренировки круговой мышцы рта назначение какого ортодонтического аппарата из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) вестибулооральной пластинки
- 2) пропульсора Мюллемана
- 3) активатора Клампта
- 4) активатора Дасса
- 5) губного бампера

707.*Подростку 14 лет, находится на этапе ортодонтического лечения. В полости рта на верхней зубной дуге несъемный ортодонтический аппарат – дуга Энгля с опорными коронками на 1.6 и 2.6 зубах, дуга свободно

входит в трубки, в области клыков к дуге припаяны медиально открытые крючки. Лечение какой аномалии из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) протрузии
- 2) ретрузии
- 3) дистопии
- 4) диастемы
- 5) тортоаномалии

708. **Ребенку 9 лет, на этапе ортодонтического лечения. В полости рта на верхней челюсти пластинка с ретракционной дугой и с двумя полукруглыми изгибами. Лечение какой аномалии из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) вестибулярного положения клыков
- 2) орального положения резцов
- 3) сужений зубных рядов
- 4) укорочений зубного ряда
- 5) протрузии резцов

709. **Ребенку 11 лет, на этапе ортодонтического лечения. В полости рта на верхней челюсти пластинка с ретракционной дугой и двумя М-образными изгибами. Лечение какой аномалии из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) вестибулярного положения клыков
- 2) орального положения резцов
- 3) сужения зубных рядов
- 4) укорочений зубного ряда
- 5) протрузии резцов

710. **Ребенку 9 лет, на этапе ортодонтического лечения. В полости рта на верхней челюсти пластинка с протрагирующей пружиной в области 1.2 зуба и с окклюзионными накладками в боковых участках зубного ряда. Лечение какой аномалии из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) вестибулярного положения клыков
- 2) орального положения резцов
- 3) орального положение 1.2 зуба
- 4) укорочения зубного ряда
- 5) протрузии резцов

711. **Ребенку 9 лет, на этапе ортодонтического лечения. В полости рта на верхней челюсти пластинка с рукообразными пружинами в области 1.1 и

2.1 зубов. Лечение какой аномалии из перечисленных ниже является **НАИБОЛЕЕ** вероятным?:

- 1) дистопии
- 2) транспозиции
- 3) тортоаномалии
- 4) диастемы
- 5) протрузии

712. **Ребенку 9 лет, на этапе ортодонтического лечения. В полости рта на верхней челюсти пластинка с винтом, установленным перпендикулярно срединному шву и с окклюзионными накладками на жевательные зубы. Лечение какой аномалии из перечисленных ниже является **НАИБОЛЕЕ** вероятным?:

- 1) вестибулярного положения клыков
- 2) орального положения резцов
- 3) протрузии резцов
- 4) укорочения зубного ряда
- 5) сужения зубного ряда

713. **Ребенку 9 лет, на этапе ортодонтического лечения. В полости рта на верхней челюсти пластинка с винтом установленным параллельно срединному шву и с окклюзионными накладками на жевательные зубы. Лечение какой аномалии из перечисленных ниже является **НАИБОЛЕЕ** вероятным?:

- 1) вестибулярного положения клыков
- 2) орального положения резцов
- 3) протрузии резцов
- 4) укорочения зубного ряда
- 5) сужения зубного ряда

714. ***Подростку 13 лет, на этапе ортодонтического лечения. В полости рта на верхней и нижней челюстях дуга Энгля, к дуге верхней челюсти между клыком и премоляром с обеих сторон припаяны крючки, ребенок в течение суток носит резиновую тягу от верхних клыков к нижним первым молярам. Лечение какой аномалии прикуса из перечисленных ниже является **НАИБОЛЕЕ** вероятным?:

- 1) мезиального
- 2) глубокого
- 3) открытого
- 4) дистального
- 5) перекрестного

715. ***Подростку 13 лет, на этапе ортодонтического лечения. В полости рта на верхней и нижней челюстях дуга Энгля, к дуге нижней челюсти между клыком и премоляром с обеих сторон припаяны крючки, ребенок в

течение суток носит резиновую тягу от нижних клыков к верхним первым молярам. Лечение какой аномалии прикуса из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- 1) мезиального
- 2) глубокого
- 3) открытого
- 4) дистального
- 5) перекрестного

716. *Ребенку 9 лет, на этапе ортодонтического лечения, в полости рта на верхней челюсти ортодонтический аппарат – пластинка с ретракционной дугой и протрагирующей пружиной в области 1.1 зуба. Лечение какой аномалии из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) протрузии
- 2) ретрузии
- 3) дистопии
- 4) транспозиции
- 5) тортоаномалии

717. ***Ребенку 10 лет, родители обратились с жалобами на неправильное положение зубов. В полости рта 1.2 зуб расположен орально, ширина 1.2 зуба – 7 мм; расстояние между 1.3 и 1.1 зубами – 7 мм.

При составлении плана ортодонтического лечения НАИБОЛЕЕ первоочередным является:

- 1) создание места в зубном ряду
- 2) расширение зубного ряда
- 3) удлинение зубного ряда
- 4) устранение препятствий
- 5) нормализация функции

718. **Подростку 13 лет, предъявляет жалобы на эстетический недостаток. В полости рта 1.3 зуб расположен выше окклюзионной плоскости.

Расстояние между 1.4 и 1.2 зубами – 5 мм; ширина 1.3 зуба – 9мм. При составлении плана ортодонтического лечения НАИБОЛЕЕ

первоочередным является:

- 1) создание места в зубном ряду
- 2) расширение зубного ряда
- 3) удлинение зубного ряда
- 4) устранение препятствий
- 5) нормализация функции

719. **Ребенку 8 лет, направлен к врачу ортодонту школьным стоматологом. В полости рта: ретрузия 1.1 и 2.1 зубов с минимальным обратным перекрытием. Место в зубном ряду для 11, 21 зубов

достаточно. Назначение какого ортодонтического аппарата из перечисленных является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) пластинки с винтом и окклюзионными накладками
- 2) пластинки с протрагирующими пружинами
- 3) аппарата Брюкля
- 4) каппы Бынина
- 5) активатора Андресана-Гойпля

720.**Ребенку 8 лет, родители предъявляют жалобы на эстетический недостаток. В полости рта: щель между центральными резцами (I вид диастемы). Назначение какого ортодонтического аппарата из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) пластинки с протрагирующей пружиной
- 2) пластинки с рукообразными пружинами
- 3) пластинки с ретракционной дугой
- 4) аппарата Коркхауза
- 5) аппарата Шварца

721.***Подросток 15 лет, предъявляет жалобы на эстетический недостаток. При внешнем осмотре высота нижней трети лица удлинена. В полости рта: в переднем отделе зубной дуги вертикальная щель 4 мм; в боковом отделе щечные бугры нижних моляров перекрывают щечные бугры верхних моляров.

Какой из ниже перечисленных ортодонтических аппаратов является НАИБОЛЕЕ целесообразным для расширения верхней челюсти?:

- 1) пластинка с окклюзионными накладками
- 2) пластинка с расширяющим винтом
- 3) пластинка с пружиной Коффина
- 4) пластинка с винтом Бертони
- 5) аппарат Дерихсвайлера

722. ***Подросток 12 лет предъявляет жалобы на неправильное положение 1.3 зуба. В полости рта 1.3 зуб выше окклюзионной плоскости и вестибулярно, ширина 1.3 зуба – 9 мм, расстояние между 1.4 и 1.2 зубами – 9 мм.

Назначение какого из ниже перечисленных аппаратов – пластинок с ретракционной дугой является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) с винтом по средней линии
- 2) с секторальным распилом
- 3) с Г-образным изгибом
- 4) с М-образным изгибом
- 5) с П-образным изгибом

723. **Девушка 18 лет, обратилась с жалобами на щель между зубами. В полости рта диастема на верхней челюсти размером 4 мм. На

внутриротовом рентгеновском снимке наблюдается значительное уплотнение костной ткани в области срединной межальвеолярной перегородки. Применение всех ниже перечисленных аппаратов является НАИБОЛЕЕ целесообразным для корпусного перемещения зубов, КРОМЕ?:

- 1) пластинки с рукообразными пружинами
- 2) эджуайз-техники
- 3) колец с вертикальными штангами
- 4) аппарата Энгля в сочетании с кольцами
- 5) колец с конюлями, дугой и резиновой тягой

724. **Ребенку 8,5 лет, направлен школьным стоматологом. В полости рта: на верхней челюсти отсутствуют 5.5 и 6.5 зубы; 1.6 и 2.6 зубы сместились мезиально на 3 мм с каждой стороны, ширина зубной дуги не изменена. Назначение какого из ниже перечисленных аппаратов – пластинок является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) с винтом перпендикулярно средней линии
- 2) с секторальным распилом
- 3) с винтом параллельно средней линии
- 4) с ретракционной дугой
- 5) с окклюзионными накладкам

725.*На приём к врачу-ортодонту обратилась 14-ти летняя пациентка. Объективно: на челюсти на месте второго резца прорезался клык, а на месте клыка - второй резец. Такая патология обнаружена и у отца пациентки. Поставьте диагноз:

- 1) дистальное положение бокового резца
- 2) транспозиция бокового резца и клыка
- 3) суперокклюзия резца и инфраокклюзия клыка
- 4) мезиальное положение
- 5) нёбное положение бокового резца

726.**У девочки 11-ти лет - адентия, отсутствует 35 зуб, что подтверждается рентгенологически. Между 34 и 33 и 34 и 36 зубами - тремы, а сам 34 зуб относительно своего язычно-щёчного направления развёрнут на 30° . Определите, какое аномалийное положение занимает 34 зуб?:

- 1) Оральное
- 2) Тортоокклюзия и дистальное
- 3) Дистальное
- 4) Вестибулярное
- 5) Мезиальное

727.*Мальчик 10-ти лет обратился к стоматологу с жалобами на боль в

нёбе во время еды. Объективно: нижняя треть лица укорочена, открывание рта в полном объёме. При смыкании зубов режущий край нижних резцов контактирует со слизистой оболочкой нёба. Слизистая оболочка в месте контакта гиперемирована, слегка отёчна. Боковые зубы смыкаются по 1 кл. Энгля. Определите рациональный план лечения относительно нижней челюсти у данного больного:

- 1)"вколотить" фронтальный участок
- 2)"вколотить" боковые участки
- 3)расширить нижнюю челюсть
- 4)удлинить во фронтальной области
- 5)удлинить боковые участки

728.**К ортодонту обратился подросток с жалобами на неправильное расположение зубов. Объективно: лицо без особенностей. Прикус постоянных зубов. Нарушений соотношения челюстей в трёх плоскостях не определяется. 23 расположен выше окклюзионной плоскости, вестибулярно; места в зубной дуге менее чем на 1/3 величины коронки. Как можно создать место для аномально расположенного 23 зуба?:

- 1)удаление 24
- 2)увеличение сагиттальных размеров челюсти
- 3)удаление 23
- 4)увеличение трансверзальных размеров челюсти
- 5)увеличение вертикальных размеров

729.*Ребёнок 2,5 года. Жалобы родителей на сосание большого пальца во время сна. Определите тактику врача:

- 1)беседа с ребёнком о вреде сосания пальца
- 2)вмешательства врача не нужны
- 3)съёмный аппарат для устранения вредной привычки
- 4)несъёмный аппарат для устранения вредной привычки
- 5)рекомендовать локтевую лангету

730.**Ребенку 10 лет. При клиническом обследовании определяется в полости рта одновременно 53, 13 зуб. Прорезывающийся 13 зуб расположен щечно и выше окклюзионной плоскости, направление его длинной оси правильное. Место в зубном ряду для 13 зуба достаточно. Какая тактика ведения больного является НАИБОЛЕЕ целесообразным кроме удаления 5.3 зуба?:

- 1) массаж в области прорезывающегося 13 зуба
- 2) пластинка с винтом и вестибулярной дугой
- 3) пластинка с вестибулярной дугой
- 4)дистализация 1.6 зуба
- 5) удаление 1.4 зуба

731. **Родители ребенка 8 лет, предъявляют жалобы на эстетический недостаток. Лицо узкое, длинное. В полости рта: тесное расположение верхних и нижних резцов, смыкание первых моляров – нормогнатическое. Сумма верхних резцов=36 мм; сумма нижних резцов =26 мм. Какой план лечебных мероприятий из ниже перечисленных является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) с удалением верхних и нижних первых премоляров
- 2) расширение верхнего и нижнего зубного ряда
- 3) с последовательным удалением по хотцу
- 4) с удалением зачатков третьих моляров
- 5) с дистализацией боковых зубов

732. **Пациент 9 лет. При профилактическом осмотре выявлен мезиальное смещение 1.6 зуба на 3 мм из-за раннего удаления 5.5 зуба; односторонний бугорковый контакт по первым молярам. Какой план лечебных мероприятий из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) ортодонтическое лечение не показано
- 2) расширение верхнего зубного ряда
- 3) мезиальное перемещение 1.6 зуба
- 4) удаление зачатка 1.5 зуба
- 5) дистализация 1.6 зуба

733. **Ребенку 12 лет, предъявляет жалобы на неправильное положение клыка. Лицо симметричное без признаков аномалии. В полости рта: 1.3 зуб прорезывается вестибулярно, смыкание по молярам справа бугорковое, расстояние между 1.4 и 1.2 зубами 3мм. Ширина 1.3 зуба 9 мм. Смещение средней линии в правую сторону на 3 мм. Какой план лечебных мероприятий является наиболее целесообразным?:

- 1) протрагирование фронтальных зубов
- 2) расширение зубного ряда
- 3) дистализация 1.6 зуба
- 4) удаление 2.4 зуба
- 5) удаление 1.4 зуба

734. ***Юноша 18 лет, предъявляет жалобы на эстетический недостаток. При осмотре лица отклонений не отмечено. В полости рта: глубокое резцовое перекрытие, диастема 4 мм; отсутствуют 12, 22 зубы, смыкание в области первых моляров бугорковое. На рентгенограмме отсутствуют зачатки 12, 22 зубов, корни 13 и 23 зубов наклонены мезиально. Какой план лечебных мероприятий является наиболее целесообразным?:

- 1) закрытие диастемы, мезиальное перемещение 13, 23 зубов и создание промежутка между 14 и 13; 23 и 24 зубами
- 2) закрытие диастемы и перемещение 13 и 23 зубов мезиально
- 3) изготовление консольного протеза с опорой на 11, 21 зубы

- 4) изготовление восстановительных коронок на 11, 21 зубы
- 5) закрытие диастемы и создание места для 12, 22 зубов

735. *Родители ребенка 9 лет, предъявляют жалобы на травмирование верхней губы в области резца, смещение средней линии в правую сторону. В полости рта: 11 зуб повернут по продольной оси на 90 градусов, расстояние между 12 и 21 зубами – 7 мм, ширина 11 зуба – 9 мм. Какой план лечебных мероприятий является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) исправление положения 11 зуба с удалением 53 зуба
- 2) исправление положения с удалением 54 зуба
- 3) депульпирование 11 зуба и коронка
- 4) исправление положения 11 зуба
- 5) удаление 11 зуба

736. **Подросток 14 лет. Направлен врачом-стоматологом к врачу-ортодонт. В полости рта: зубная формула соответствует возрасту кроме 53 зуба. На ортопантограмме зачаток 13 зуба находится между корнями 15 и 14 зубами. Наиболее целесообразный план лечебных мероприятий все ниже перечисленные, КРОМЕ:

- 1) стимулирования прорезывания 13 зуба
- 2) создания формы 13 зуба из 14 зуба
- 3) перемещения 14 зуба мезиально
- 4) удаления зачатка 13 зуба
- 5) удаления 53 зуба

737. **Ребенок 10 лет. Направлен школьным стоматологом к врачу-ортодонт. В полости рта: 15 зуб отсутствует, 16 зуб смещен мезиально на 3 мм. Наиболее целесообразный план лечебных мероприятий все ниже перечисленное, КРОМЕ:

- 1) раздвижной распорки Коркхауза
- 2) аппарата Герлинга-Гашилова
- 3) аппарата Каламкарова
- 4) лицевой дуги
- 5) пластинки с расширяющим винтом

738. **Родители мальчика 8-ми лет жалуются на косметический недостаток у ребёнка, невозможность откусывания еды. Ребёнок часто болеет ОРВИ. Объективно: скошенность подбородка, подбородочная складка выражена. Нижняя губа вывернута, на ней лежит верхний центральный резец, носогубная складка сглажена. В полости рта: период прикуса - ранний сменный. Верхняя челюсть сужена, готическое нёбо. Фронтальные зубы расположены веерообразно. Сагиттальная щель 6 мм. В боковых участках контакт одноимённых зубов. Какая наиболее вероятная причина зубочелюстной деформации?:

- 1) эндокринные заболевания

- 2) патология верхних дыхательных путей
- 3) отсутствие уступа Цилинского
- 4) токсикоз беременности
- 5) несвоевременная санация ротовой полости

739.** Патронажная медицинская сестра осуществила осмотр новорожденного ребёнка. Объективно: нижняя часть лица короче средней, подбородок скошен назад, зубы отсутствуют, нижняя челюсть смещена кзади. Какое название имеет такое расположение нижней челюсти у новорожденного ребёнка?

- 1) физиологическая младенческая ретрогения
- 2) мезиальный прикус
- 3) ортогнатический прикус
- 4) дистальный прикус
- 5) физиологический прикус

740.** На приём к ортодонту направлена девочка 5-ти лет с перекрестным прикусом. Объективно: между фронтальными зубами тремы, диастемы, бугры клыков без признаков физиологического стирания. Центральная линия между резцами не совпадает. Какая тактика врача?:

- 1) сошлифовать не стёршиеся бугры клыков
- 2) разобщить прикус
- 3) назначить массаж челюстей
- 4) изготовить пластинку с винтом для верхней челюсти
- 5) ожидать саморегуляции

741.** При профилактическом осмотре ребёнка 6-ти лет обнаружено: прикус временных зубов. Верхняя и нижняя зубные дуги имеют трапецевидную форму. Верхние резцы перекрывают нижние более чем на 2/3. Соотношение клыков и вторых моляров одноимённое. Отсутствуют промежутки между фронтальными зубами. Верхняя зубная дуга больше нижней на величину щёчного бугорка. В каких плоскостях определяется деформация прикуса?:

- 1) сагиттальная и окклюзионная
- 2) сагиттальная и франкфуртская
- 3) сагиттальная и трансверзальная
- 4) сагиттальная и вертикальная
- 5) сагиттальная и носовая

742.* В клинику к ортодонту обратилась мать с 3-х летним ребёнком с жалобами на полное отсутствие у него коронковой части 51 и 61 зубов. Какой должна быть тактика врача?:

- 1) металлокерамическая коронка
- 2) тонкостенный колпачок
- 3) вкладка

- 4)удаление зубов
- 5)куксовый зуб

743.***У 12-летнего пациента неправильное расположение клыка на верхней челюсти. 13 расположен вестибулярно, выше окклюзионной плоскости, промежуток между 14 и 12 - 6,5 мм. Выберите рациональный метод лечения:

- 1)хирургический и аппаратурный
- 2)хирургический и физиотерапевтический
- 3)аппаратурный
- 4)аппаратурный и миогимнастика
- 5)хирургический и миогимнастика

744.***При профилактическом осмотре ребёнка 4,5 лет обнаружено преждевременное отсутствие всех верхних моляров. Нижние резцы контактируют со слизистой оболочкой нёба. Определите тактику врача:

- 1)наблюдать 1 раз в полгода до прорезывания постоянных зубов
- 2)изготовить ортодонтический аппарат для лечения глубокого прикуса
- 3)наблюдать 1 раз в год до прорезывания постоянных зубов
- 4)изготовить съёмный пластиночный протез
- 5)вмешательства врача не нужны

745.***Мальчику 10 лет. Лицо симметричное, пропорциональное. Дыхание ротовое. В полости рта: форма зубных дуг седловидная, высокое нёбо. Ключ окклюзии сохранён. Какой наиболее вероятный диагноз?:

- 1)расширение зубных рядов
- 2)мезиальный прикус
- 3)удлинение зубных рядов
- 4)сужение зубных рядов
- 5)дистальный прикус

746.**У ребёнка 11-ти лет жалобы на отсутствие коронковой части 12 вследствие травмы. Корень зуба хорошо пролечен. Какая конструкция протеза показана для устранения данного дефекта?:

- 1)частичный съёмный замещающий протез
- 2)мостовидный протез с опорой на 13 и 11
- 3)штифтовой зуб по Ильиной-Маркосян
- 4)консольный протез с опорой на 11
- 5)консольный протез с опорой на 13

747.**Мальчик 10-ти лет обратился к стоматологу с жалобами на боль в нёбе во время еды. Объективно: нижняя треть лица укорочена, открывание рта в полном объёме. При смыкании зубов режущий край нижних резцов контактирует со слизистой оболочкой нёба. Слизистая оболочка в месте контакта гиперемирована, слегка отёчна. Боковые зубы смыкаются по 1 кл.

Энгля. Определите рациональный план лечения относительно нижней челюсти у данного больного:

- 1)расширить нижнюю челюсть
- 2)удлинить во фронтальной области
- 3)удлинить боковые участки
- 4)"вколотить" фронтальный участок
- 5)"вколотить" боковые участки

748.**Родители мальчика 9-ти лет обратились с жалобами на постоянно открытый рот. При внешнем осмотре: нижняя часть лица удлинена, губы не смыкаются. В полости рта: ранний сменный прикус. Соотношение первых постоянных моляров нейтральное, вертикальная щель 5 мм. Какой наиболее вероятный диагноз?:

- 1)дистальный прикус
- 2)глубокий прикус
- 3)перекрёстный прикус
- 4)мезиальный прикус
- 5)открытый прикус

749.*У мальчика 9-ти лет определяется асимметрия лица за счёт смещения подбородка влево. При проведении третьей пробы по Ильиной-Маркосян асимметрия лица исчезает. Какая наиболее вероятная клиническая форма данной аномалии прикуса?:

- 1)одностороннее недоразвитие нижней челюсти
- 2)привычное смещение нижней челюсти
- 3)анкилоз височно-нижнечелюстного сустава слева
- 4)двухстороннее сужение верхнего зубного ряда
- 5)одностороннее сужение верхнего зубного ряда

750.*У мальчика 10-ти лет при изучении моделей челюстей установлено, что окклюзионная плоскость фронтальных зубов верхней челюсти имеет вогнутую форму, в боковых участках она выпуклая. Деформацию зубных дуг повторяет и форма альвеолярного отростка. Верхняя челюсть имеет седловидную форму с резким сужением в области премоляров. Какой прикус формируется у ребёнка?:

- 1)перекрёстный
- 2)дистальный
- 3)мезиальный
- 4)открытый
- 5)глубокий

751.**После обследования 13-летнему пациенту был установлен окончательный диагноз: вестибулярное положение 13 и 23 с полным дефицитом места, сужение верхнего зубного ряда, поворот 12 и 22 вокруг оси. Для устранения данной патологии предложено расширить зубной ряд

и удалить зубы. Какие зубы подлежат удалению по ортодонтическим показаниям?:

- 1)клыки
- 2)первые моляры
- 3)вторые резцы
- 4)первые премоляры
- 5)вторые премоляры

752.**Ребёнок родился доношенным с весом 3200 г, рост 53 см. Роды первые физиологические. Какое положение нижней челюсти у ребёнка наблюдается после рождения?:

- 1)прямое соотношение
- 2)физиологическая прогения
- 3)физиологическая ретрогения
- 4)открытый прикус
- 5)глубокое перекрытие

753.**Больная 12-ти лет жалуется на эстетический недостаток. Объективно: уменьшена нижняя треть лица, фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние на 3/3 высоты, наклонены орально, в боковых отделах на всём протяжении одноименно-бугорковый контакт антагонистов, смыкание первых постоянных моляров по 2 классу Энгля. В каких плоскостях имеются нарушения смыкания зубов в данном случае?:

- 1)в трансверзальной
- 2)в сагиттальной и вертикальной
- 3)в вертикальной
- 4)в трансверзальной и вертикальной
- 5)в сагиттальной

754.**У ребёнка 6,5 лет определяется щель величиной 2,5-3 мм между передними зубами от клыка до клыка. Соотношение первых постоянных моляров - I класс по Энгля. Определите степень тяжести деформации прикуса:

- 1)II
- 2)V
- 3)IV
- 4)III
- 5)I

755.**Больной 12-ти лет поставлен диагноз: открытый прикус, зубоальвеолярное удлинение боковых участков нижней челюсти. Какая конструкция аппарата необходима?:

- 1)скользящая дуга Энгля
- 2)аппарат Гербста
- 3)аппарат на верхнюю челюсть с лицевой дугой

- 4) наружная лицевая дуга
- 5) аппарат на верхнюю челюсть с окклюзионными накладками

756.**Ребёнок родился с массой 3200 г, рост 53 см, 9 баллов по шкале Апгар, от первой беременности. Роды физиологические. В каком положении должна быть нижняя челюсть у ребёнка?:

- 1) физиологическая ретрогения
- 2) прямое соотношение
- 3) дистальный прикус
- 4) физиологическая прогения
- 5) центральная окклюзия

757.**При профилактическом осмотре ребёнка 6-ти лет обнаружено: прикус временных зубов. Верхняя и нижняя зубные дуги имеют трапецевидную форму. Верхние резцы перекрывают нижние более чем на 2/3. Соотношение клыков и вторых моляров одноимённое. Отсутствуют промежутки между фронтальными зубами. Верхняя зубная дуга больше нижней на величину щёчного бугорка. В каких плоскостях определяется деформация прикуса?:

- 1) сагиттальная и вертикальная
- 2) сагиттальная и франкфуртская
- 3) сагиттальная и трансверзальная
- 4) сагиттальная и окклюзионная
- 5) сагиттальная и носовая

758.**При осмотре полости рта ребёнка 9-ти лет отмечается выступающий вперёд подбородок; нижняя губа перекрывает верхнюю губу. Между нижними резцами диастема и тремы, нижние резцы перекрывают верхние на 2/3 высоты коронки. Сагиттальная щель 3 мм. Определите лечебную тактику:

- 1) применить капу Шварца
- 2) применить капу Бынина
- 3) назначить комплекс миогимнастики
- 4) применить аппарат Брюкля
- 5) применить скользящий аппарат Энгля

759.**К ортодонту обратился пациент 12-ти лет с жалобами на неправильное положение зубов. Объективно: лицо симметрично, пропорционально. В полости рта: постоянный прикус, в боковых участках нормогнатическое соотношение зубов, 13 зуб находится вне зубного ряда на нёбе. При биометрических измерениях: ширина 13 составляет 11,4 мм, расстояние между 12 и 14 зубами равно 4,6 мм, ширина 14 зуба - 7,6 мм. Составьте планлечения:

- 1) удалить 14
- 2) удалить 14 и перемещать 13 на его место

- 3) разомкнуть прикус и перемещать 13 зуб на его место
- 4) лечение не требуется
- 5) не размыкая прикус переместить 13 зуб на его место

760.**К ортодонт обратился юноша 17-ти лет с жалобами на неправильное расположение клыка на верхней челюсти. Объективно: прикус постоянных зубов; соотношение первых постоянных моляров по Энгля I класс, 13 расположен вестибулярно выше окклюзионной линии; промежуток между 14 и 12 - 6,5 мм. Какой период ортодонтического лечения позволит сократить использование ультрафонофореза с лидазой?:

- 1) подготовительный период
- 2) ретенционный период
- 3) активный период
- 4) пассивный период

761.**У ребёнка 10-ти лет установлены асимметрия лица, смещение подбородка вправо. Объективно: нижние боковые зубы справа перекрывают зубы-антагонисты. Линия между нижними центральными резцами смещена вправо на 4 мм. Какой метод исследования следует применить для диагностики смещения нижней челюсти?:

- 1) электромиография
- 2) гнатогграфия
- 3) диагностическая проба Эшлера-Битнера
- 4) миотонометрия
- 5) функциональные пробы Ильиной-Маркосян

762.***У ребёнка 12-ти лет отсутствуют 31 и 41 зубы, промежуток между 32 и 42 - 10 мм. Выберите рациональную конструкцию протеза:

- 1) мостовидный протез
- 2) бюгельный протез
- 3) протез-распорка
- 4) частичный пластиночный съёмный раздвижной протез
- 5) микропротез раздвижной

763.*У ребёнка 6,5 лет определяется щель величиной 2,5-3 мм между передними зубами от клыка до клыка. Соотношение первых постоянных моляров - I класс по Энгля. Определите степень тяжести деформации прикуса:

- 1) I
- 2) III
- 3) II
- 4) IV
- 5) V

764.**У девочки 9-ти лет при изучении диагностических моделей челюстей выявлено следующее: окклюзионная плоскость фронтальных зубов на верхней челюсти имеет вогнутую форму, в боковых участках она выпуклая. Форма альвеолярных отростков повторяет деформацию зубных дуг. Верхняя челюсть седловидной формы, с сужением в области премоляров. Какой прикус формируется в данном клиническом случае?:

- 1) мезиальный
- 2) ортогнатичный
- 3) дистальный
- 4) косой
- 5) открытый

765.**У ортодонта на диспансерном учёте состоит ребёнок 4-х лет с ротовым дыханием. В анамнезе аденомия. Объективно: прикус временных зубов; верхние резцы перекрывают нижние на 1/3; дистальные поверхности вторых временных моляров расположены в одной вертикальной плоскости. Использование какого профилактического аппарата наиболее целесообразно для устранения вредной привычки ротового дыхания?:

- 1) активатор Андресена-Гойпля
- 2) стандартная вестибулярная пластинка Шонхера
- 3) пластинка с петлями Рудольфа
- 4) регулятор функций Френкеля
- 5) вестибуло-оральная пластинка Крауса

766.**На консультацию к ортодонту обратилась 16-летняя пациентка с жалобами на наличие молочных зубов. При осмотре: лицевых отклонений не обнаружено. В полости рта: физиологический прикус, ключ окклюзии сохранён, на верхней челюсти все зубы постоянные, на нижней - постоянные зубы, за исключением вторых молочных моляров. На RG-грамме: отсутствуют вторые нижние премоляры, корни молочных вторых моляров резорбированы наполовину. Какая тактика ортодонта?:

- 1) удалить молочные моляры и перемещать на их место постоянные моляры
- 2) оставить молочные моляры и проводить диспансерное наблюдение
- 3) назначить реминерализующую терапию для задержки резорбции и стирания молочных моляров
- 4) удалить молочные моляры и направить на протетическое лечение
- 5) удалить молочные моляры

767.**Пациент 15-ти лет жалуется на эстетический недостаток (уменьшение высоты нижней трети лица, углубление подбородочной борозды). Объективно: смыкание клыков и премоляров нормогнатическое, увеличение резцового вертикального перекрытия. Какой наиболее вероятный диагноз?:

- 1)перекрёстный прикус в боковых участках
- 2)открытый прикус
- 3)сужение верхнего зубного ряда
- 4)глубокий прикус
- 5)дистальный прикус

768.**К ортодонту обратились родители с ребёнком 12-ти лет с жалобами на неправильное расположение зубов на верхней челюсти. Объективно: лицо узкое, удлинённое; прикус смены зубов - временные вторые моляры. 13 и 23 расположены вне зубной дуги - смещены в губную сторону и выше окклюзионной плоскости; промежуток между 12 и 14 - 2,5 мм, а между 22 и 24 - 1,5 мм; 33 и 43 повернуты вокруг оси на 45°. Выберите наиболее рациональный метод лечения:

- 1)удаление премоляров и перемещение клыков
- 2)удаление временных моляров и расширение зубных дуг
- 3)компактостеотомия и расширение зубных дуг
- 4)расширение зубных дуг в области верхушек клыков

769.**У мальчиков К. и Ф. правильно и вовремя прорезались зубы, соотношение челюстей правильное. Но родители мальчика К. заметили, что он дышит ртом, а родители мальчика Ф. - что он сосёт верхнюю губу. К каким диспансерным группам относятся эти дети?:

- 1)3 группа
- 2)1 группа
- 3)4 группа
- 4)2 группа
- 5)ко всем

770.**При клиническом осмотре 9-летней пациентки установлен предварительный диагноз: дистальный прикус. Какую диагностическую клиническую пробу нужно использовать для дифференциальной диагностики разновидностей дистального прикуса?:

- 1)проба по Эшлеру-Битнеру
- 2)функциональная проба глотания
- 3)проба по Френкелю
- 4)жевательные пробы
- 5)проба по Ильиной-Маркосян

771.**В клинику ортодонтии обратился 8-летний мальчик с жалобами на неправильное расположение зубов. При обследовании обнаружена широкая, плотная, низко прикреплённая уздечка верхней губы. К чему могут привести широкая уздечка верхней губы и её низкое прикрепление?:

- 1)сужение верхнего зубного ряда

- 2) удлинение верхнего зубного ряда
- 3) диастема
- 4) укорочение верхнего зубного ряда
- 5) протрузия верхних фронтальных зубов

772.** Мальчик 9-ти лет обратился к врачу-ортодонту в связи с не прорезыванием 12 зуба. Объективно: лицо симметричное. Сужение зубных рядов. Место для 12 - 4 мм. Какой дополнительный метод исследования нужно провести?:

- 1) мастикациография
- 2) миотонометрия
- 3) телерентгенография
- 4) панорамная рентгенография
- 5) диагностическое изучение моделей

773.* У ребёнка 5-ти лет выявлено отсутствие всех верхних моляров. Нижние резцы контактируют со слизистой оболочкой нёба. Определите тактику врача:

- 1) изготовить съёмный пластиночный протез
- 2) наблюдать 1 раз в год до прорезывания постоянных зубов
- 3) изготовить ортодонтический аппарат для лечения глубокого прикуса
- 4) вмешательства врача не нужны
- 5) наблюдать 1 раз в полгода до прорезывания постоянных зубов

774.* При внутриротовом осмотре у ребёнка 5-ти лет обнаружено: временный прикус, тремы и диастемы, стёртость бугров ирежущих поверхностей зубов, дистальные поверхности нижних вторых временных моляров находятся впереди от дистальных поверхностей вторых временных моляров. Какое название имеет данный период временного прикуса?:

- 1) период стабильного прикуса
- 2) период старения

775.* У ребёнка 7-ми лет выступающий вперёд подбородок, нижняя губа перекрывает верхнюю. Между нижними резцами диастема и тремы, нижние резцы перекрывают верхние на 2/3 высоты коронки. Соотношение первых постоянных моляров по 3 кл. Энгля. Сагиттальная щель 3 мм. Определите правильную тактику врача:

- 1) применить капу Шварца
- 2) назначить комплекс миогимнастики
- 3) применить скользящий аппарат Энгля
- 4) применить капу Бынина

5)применить аппарат Брюкля

776.**К ортодонту обратилась девочка 14-ти лет с жалобами на невыразительное произношение звуков, проявившееся в возрасте 14 лет после перенесенного острого респираторного вирусного заболевания. При обследовании: лицо без особенностей, нарушений расположения зубов, соотношений зубных рядов не обнаружено. При пальпации несращения нёба не обнаружено. Язычок при произношении звуков не двигается, его пальпация не вызывает рвотного рефлекса. Какая причина невыразительного произношения звуков?:

- 1)гипертрофия язычной миндалины
- 2)парез мышц мягкого нёба и язычка
- 3)аденоидные вегетации
- 4)деформация прикуса
- 5)щелевой дефект нёба

777.**Ребёнку 7 лет. Ранний сменный прикус. Отмечается скопление в области нижних фронтальных зубов: 42 и 32 зубы прорезались орально с полным дефицитом места. Составьте план лечения:

- 1)удаление 41 и 31 зубов
- 2)удаление 83 и 73 зубов
- 3)серийное последовательное удаление по Хотцу
- 4)удаление 42 и 32 зубов
- 5)удаление 84 и 74 зубов

778.**При профилактическом осмотре у ребёнка 5-ти лет определено: полуоткрытый рот, губы смыкает с напряжением. Прикус временных зубов. Сагиттальная щель 4 мм, одноимённое соотношение клыков и вторых моляров. Верхняя зубная дуга V-образная, нижняя - трапецевидная. Какой должна быть форма верхней и нижней зубных дуг во временном прикусе?:

- 1)полуэллипс
- 2)полукруг
- 3)треугольник
- 4)четырёхугольник
- 5)парабола

779.*Ребёнку 5 лет. При профилактическом осмотре выявлена привычка прикусывания нижней губы. Какая аномалия прикуса может сформироваться при сохранении у ребёнка этой привычки?:

- 1)прогнатический прикус
- 2)открытый прикус
- 3)глубокий прикус
- 4)прогенический прикус
- 5)перекрёстный прикус

780.**У ортодонта на диспансерном учёте состоит ребёнок 4-х лет с ротовым дыханием. В анамнезе аденомия. Объективно: прикус временных зубов, верхние резцы перекрывают нижние на 1/3, дистальные поверхности вторых временных моляров расположены в одной вертикальной плоскости. Использование какого профилактического аппарата наиболее целесообразно для устранения вредной привычки ротового дыхания?:

- 1) вестибуло-оральная пластинка Крауса
- 2) стандартная вестибулярная пластинка Шонхера
- 3) регулятор функций Френкеля
- 4) активатор Андресена-Гойпля
- 5) пластинка с петлями Рудольфа

781. *Ребенку 5 лет, при профилактическом осмотре выявлено: дистальные поверхности временных моляров находятся в одной вертикальной плоскости, ширина коронок нижних вторых моляров больше верхних на 2 мм. Какое из нижеперечисленных состояний является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) сформированная аномалия
- 2) вариант нормы
- 3) деформация
- 4) норма
- 5) формирующаяся аномалия

782. *Ребенку 5,5 лет. При профилактическом осмотре в детском саду выявлено: верхние передние зубы перекрывают нижние больше одной трети высоты коронок.

Формирование какого вида прикуса является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) ортогнатического
- 2) дистального
- 3) мезиального
- 4) глубокого
- 5) открытого

783. ***Ребенку 5,5 лет. При профилактическом осмотре в детском саду выявили отсутствие мезиальной ступени за вторыми временными молярами при соответствии размеров коронок временных моляров.

Формирование какого вида прикуса является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) ортогнатического
- 2) дистального
- 4) мезиального
- 3) глубокого
- 5) открытого

784. *Ребенку 3 года. При профилактическом осмотре в детском саду выявили мезиальную ступень за вторыми временными молярами, в переднем отделе- прямой контакт.

Формирование какого вида прикуса является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) ортогнатического
- 2) дистального
- 3) мезиального
- 4) глубокого
- 5) открытого

785. **Ребенку 5,5 лет. При профилактическом осмотре в детском саду выявили вторые временные моляры и клыки расположены с дистальной ступенью.

Какой вид прикуса является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) мезиальный прикус
- 2) дистальный прикус
- 3) глубокий прикус
- 4) открытый прикус
- 5) перекрестный прикус

786. **Ребенку 5 лет, при профилактическом осмотре выявлено: при смыкании зубных рядов дистальное положение 7.5, 8.5 по отношению к 5.5, 6.5 зубам.

Какое из нижеперечисленного состояния является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) формирующаяся аномалия
- 2) сформированная аномалия
- 3) вариант нормы
- 4) деформация
- 5) норма

787. **Ребенку 5 лет, при профилактическом осмотре выявлено: при смыкании зубных рядов дистальное положение 7.5, 8.5 по отношению к 5.5, 6.5 зубам больше чем на 1 бугор. Какое из нижеперечисленных состояний является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- 1) сформированная аномалия
- 2) формирующаяся аномалия
- 3) вариант нормы
- 4) деформация
- 5) норма

788. ***Ребенку 3 года. При профилактическом осмотре в детском саду выявлено: при смыкании зубных рядов мезиальное положение 7.5, 8.5 по отношению к 5.5, 6.5 зубам. Во фронтальном отделе прямой контакт.

Какое из нижеперечисленных состояний является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- 1) формирующаяся аномалия
- 2) сформированная аномалия
- 3) вариант нормы
- 4) деформация
- 5) норма

789. **Ребенку 5 лет. При профилактическом осмотре в детском саду выявлено: при смыкании зубных рядов мезиальное положение 7.5, 8.5 по отношению к 5.5, 6.5 зубам больше чем на 1 бугор. Какое из нижеперечисленных состояний является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) сформированная аномалия
- 2) формирующаяся аномалия
- 3) вариант нормы
- 4) деформация
- 5) норма

790. **Ребенку 5,5 лет. При профилактическом осмотре выявлено: верхние резцы перекрывают нижние больше, чем на 1/3 высоты коронок. Какое из нижеперечисленных состояний НАИБОЛЕЕ вероятно?:

- 1) формирующаяся аномалия
- 2) сформированная аномалия
- 3) вариант нормы
- 4) деформация
- 5) норма

791. ***Ребенку 6 лет. При профилактическом осмотре выявлено: все зубы временные, бугры хорошо выражены, диастема и тремы отсутствуют. Проведение какого из перечисленных ниже исследований является НАИБОЛЕЕ первоочередным?:

- 1) сократительной способности мышц
- 2) положения челюстей
- 3) кровеносных сосудов и пародонта
- 4) функции жевания
- 5) ВНЧС

792. ***Ребенку 5 лет. Жалобы родителей на наличие промежутков между зубами. Объективно: лицо симметричное, смыкание губ в норме. В полости рта: все зубы временные, диастема и тремы между зубами, стёртость режущих краёв резцов и жевательных бугорков боковых зубов. Какая тактика ведения пациента является НАИБОЛЕЕ целесообразной?:

- 1) динамичное наблюдение ребенка
- 2) назначение миогимнастики
- 3) назначение аппаратов механического действия
- 4) назначение аппаратов функционального действия
- 5) рекомендации по приёму мягкой пищи

793. **Ребенку 5,5 лет. При профилактическом осмотре выявлено: при смыкании зубных рядов травмирование нижними фронтальными зубами слизистой оболочки неба. Определение какого индекса из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ целесообразным для определения пропорциональности размеров коронок резцов?:

- 1) Пона
- 2) Тонна
- 3) Долгополовой
- 4) Герлаха
- 5) Снагиной

794. **Девочка 13 лет. Направлен к врачу-ортодонту школьным стоматологом. Объективно: лицо симметричное, профиль-прямой, смыкание губ в норме. В полости рта: все зубы постоянные, за исключением 7.5, 8.5. Соотношение боковых зубов фиссурно-бугорковое, верхние резцы перекрывают нижние на 1/3 высоты коронок. Проведение какого из перечисленных ниже методов обследования является НАИБОЛЕЕ первоочередным?:

- 1) антропометрическое исследование лица
- 2) фотометрическое исследование лица
- 3) функциональная проба
- 4) телерентгенография в боковой проекции
- 5) ортопантомография

795. **Мальчик 9 лет. Жалобы родителей на задержку прорезывания 1.1 зуба. Объективно: лицо симметричное, смыкание губ свободное. В полости рта: первый период сменного прикуса, зубная формула соответствует возрасту, кроме 5.1 зуба, который интактный, устойчивый. 1.1 зуб отсутствует. Наблюдается смещение средней линии верхнего зубного ряда вправо на 3 мм, скученность во фронтальном отделе нижней челюсти. Какая тактика ведения пациента из нижеперечисленных является НАИБОЛЕЕ первоочередной?:

- 1) удаление 5.1 зуба
- 2) создание места для 1.1 зуба
- 3) ортопантомография
- 4) устранение скученности на нижней челюсти
- 5) коррекция смещения средней линии

796. ***Девочка 10, предъявляет жалобы на эстетический недостаток. В полости рта: второй период сменного прикуса, отсутствуют верхние боковые резцы, диастема. Для окончательной диагностики НАИБОЛЕЕ целесообразным является:

- 1) снятие оттисков
- 2) фотометрия

- 3) антропометрия
- 4) рентгенография
- 5) гнатодинамометрия

797. **Подросток 13 лет, предъявляет жалобы на эстетический недостаток. При внешнем осмотре лицо симметричное, без признаков аномалии. В полости рта: 1.1, 2.1 зубы повернуты по оси, 1.2, 2.2 зубы находятся в оральном, 1.3, 2.3 – в вестибулярном положении, сужение верхней зубной дуги. Для окончательной диагностики из нижеперечисленных **НАИБОЛЕЕ** целесообразным является определение:

- 1) степени развития апикального базиса
- 2) длины переднего отрезка зубной дуги
- 3) жевательной эффективности
- 4) мезио-дистальных размеров зубов
- 5) наличия зачатков третьих моляров

798. ***Мальчик 9 лет. При профилактическом осмотре выявлен раннее удаление 6.5 зуба и мезиальное смещение 2.6 зуба на 2 мм. Какой план лечебных мероприятий из нижеперечисленных является **НАИБОЛЕЕ** целесообразным?:

- 1) протрагирование фронтальных зубов
- 2) расширение верхнего зубного ряда
- 3) мезиальное перемещение 2.6 зуба
- 4) удаление зачатка 2.5 зуба
- 5) дистальное перемещение 2.6 зуба

799. *Ребенку 8 лет. Родители жалуются на прикусывание нижней губы. Назначение какого ортодонтического аппарата является **НАИБОЛЕЕ** целесообразным?:

- 1) вестибулооральной пластинки
- 2) пластинки с вестибулярной дугой
- 3) вестибулярной пластинки
- 4) пластинки с винтом
- 5) пластинки с накусочной площадкой

800. *У ребенка 8 лет при профилактическом осмотре в школе выявили: на лице гиперактивность подбородочных мышц. Нарушение какой функции является **НАИБОЛЕЕ** вероятным?:

- 1) речеобразования
- 2) дыхания
- 3) глотания
- 4) сосания
- 5) жевания

801. **Ребенок 11 лет. При профилактическом осмотре в школе выявлено равномерно выраженное тесное положение зубов во фронтальном участке при правильной форме зубного ряда. Какая степень тяжести тесного положения фронтальных зубов НАИБОЛЕЕ ожидаема?:

- 1) III степень
- 2) IV степень
- 3) V степень
- 4) II степень
- 5) I степень

802. **Ребенок 8,5 лет, родители предъявляют жалобы на эстетический недостаток. В полости рта: веерообразное расположение верхних резцов, между ними диастемы и тремы, которые находятся на нижней губе. При сборе анамнеза выяснилось, ребенок постоянно ходит с открытым ртом. Какое из ниже перечисленных нарушений функции является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) дыхания
- 2) глотания
- 3) жевания
- 4) откусывания
- 5) функции ЖКТ

803. **Ребенку 5,5 лет. При профилактическом осмотре в детском саду выяснилось верхние передние зубы перекрывают нижние больше одной трети высоты коронок.

Формирование какого вида прикуса является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) ортогнатического
- 2) дистального
- 3) мезиального
- 4) глубокого
- 5) открытого

804. **При проведении клинической функциональной пробы с глотком воды у ребенка 4 лет в момент глотания морщится лоб, закрываются глаза, появляется симптом «наперстка», на подбородке напрягается грудинно-ключично-сосцевидная мышца.

Какое из перечисленных ниже нарушений функции являются НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) речеобразования
- 2) откусывания
- 3) глотания
- 4) жевания
- 5) дыхания

805. **У ребенка 7 лет при внешнем осмотре определяется утолщение основания носа, рот полуоткрыт, губы сухие. Со слов родителей ребенок спит с открытым ртом, храпит. В полости рта изменений не определяется. Какое из перечисленных ниже нарушений функции являются НАИБОЛЕЕ вероятным?

- 1) речеобразования
- 2) откусывания
- 3)+ дыхания
- 4) глотания
- 5) жевания

806. **У ребенка 7 лет при внешнем осмотре определяется утолщение основания носа, рот полуоткрыт, губы сухие. Со слов родителей ребенок спит с открытым ртом, храпит. В полости рта изменений не определяется. Какая ортодонтическая диспансерная группа из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ соответствующей:

- 1) III
- 2) IV
- 3)+ II
- 4) V
- 5) I

807. **Ребенку 6 лет. В анамнезе со слов родителей, вредная привычка-сосание большого пальца. Какой предварительный диагноз является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) сагиттальная резцовая окклюзия
- 2) сагиттальная резцовая дизокклюзия
- 3) вертикальная резцовая окклюзия
- 4) вертикальная резцовая дизокклюзия
- 5) прямая резцовая окклюзия

808. **Ребенок 10 лет. В анамнезе со слов родителей, вредная привычка сосания большого пальца

Какая из ниже перечисленных патологий является следствием вредной привычки сосания большого пальца?:

- 1) открытый прикус
- 2) глубокий прикус
- 3) мезиальный прикус
- 4) дистальный прикус
- 5) перекрестный прикус

809. **Девочка, 8 лет. Отмечается инфантильное глотание. Какая из перечисленных аномалий является НАИБОЛЕЕ вероятным:

- 1) протрузия резцов
- 2) транспозиция зубов

- 3) дистопия клыков
- 4) ретрузия резцов
- 5) выпадение резцов

810. **Родители ребенка 5 лет обратились с жалобами на эстетический дефект, выступание верхней губы вперед. При внешнем осмотре выявлено: рот периодически полуоткрыт. У ребенка привычка прикусывать нижнюю губу. Имеется сагиттальная щель -2,5 мм между передними зубами верхней и нижней челюсти. Смыкание вторых временных моляров бугорковое

Какой вид лечебно-профилактических мероприятий НАИБОЛЕЕ целесообразен?:

- 1) преортодонтический трейнер
- 2) вестибуло-оральная пластинка
- 3) стандартная пластинка Шонхера
- 4) пластинка с пружиной Коффина
- 5) индивидуальная каппа

811. **У ребенка 7 лет при осмотре лица наблюдается широкая переносица, аденоидное выражение лица, губы не смыкаются. Нарушение какой функции является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) речеобразования
- 2) глотания
- 3) дыхания
- 4) сосания
- 5) жевания

812. **Ребенок 9 лет. При профилактическом осмотре в школе выявлено 31 зуб наклонен в язычную сторону. Какая степень тяжести тесного положения фронтальных зубов НАИБОЛЕЕ вероятна?:

- 1) III степень
- 2) IV степень
- 3) V степень
- 4) II степень
- 5) I степень

813. **Подросток 14 лет, направлена школьным стоматологом, в полости рта сохранились устойчивые 5.5, 5.3, 6.3, 6.5 зубы. Какой метод диагностики является НАИБОЛЕЕ первоочередным?:

- 1) изготовление моделей
- 2) дентальная рентгенография
- 3) измерение зубов
- 4) измерение апикального базиса
- 5) ортопантомография

814. **Мальчику 3 мес, родители обратились с жалобами, на быстрое утомление ребенка при кормлении грудью, беспокойный сон, недовес. Объективно уздечка языка укорочена, язык слегка раздвоен. Какие меры необходимо принять с целью профилактики зубочелюстных аномалий:

- 1) пластика укороченной уздечки языка
- 2) рекомендовать искусственное вскармливание
- 3) назначить курс поливитаминов
- 4) лечебную пластинку
- 5) назначить леченую соску

815. **Девочка 5 лет, мама отмечает ротовое дыхания девочки, беспокойный сон. Рот слегка приоткрыт, дыхание частое, ротовое, небо готическое, высокое. Перед началом лечения, консультация какого врача является НАИБОЛЕЕ первоочередным:

- 1) ЛОР врача.
- 2) невропатолога
- 3) кардиолога
- 4) педиатра
- 5) психиатра

816. **Мальчику 6 лет, родители жалуются на затрудненное произношение звуков «р», «л», «с». Дыхание смешанное, линия смыкания губ не равномерная, язык находится между зубными рядами, кончик языка раздвоен. Какое лечение является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) пластика уздечки языка
- 2) пластика уздечки нижней губы
- 3) пластика уздечки верхней губы
- 4) консультация педиатра
- 5) консультация у невропатолога

817. **Родители девочки 7 лет обратились с жалобами на эстетический дефект: 11,21 зубы прорезываются промежуткам до 4-5 мм. Объективно: между центральными резцами на верхней челюсти имеется промежуток 5 мм. Уздечка верхней губы: анатомическая форма в виде паруса прикреплена у основания сосочка, плотная, мало растяжимая. Какое лечебно - профилактическое мероприятие является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) миогимнастика на круговую мышцу рта
- 2) пластика преддверия полости рта
- 3) пластика уздечки верхней губы
- 4) массаж альвеолярного отростка
- 5) массаж уздечки верхней губы

818. **Ребенку 7 лет. Родители предъявляет жалобы на сосании большого пальца. В полости рта: протрузия верхних передних зубов, тремы между

12,13 зубами, смыкание губ с напряжением. Какой из ниже перечисленных аппаратов является НАИБОЛЕЕ целесообразным:

- 1) стандартная вестибулярная пластинка
- 2) скользящая дуга Энгеля
- 3) активатор Андресена-Гойпля
- 4) расширяющая пластинка с винтом
- 5) индивидуальная вестибулярная пластинка

819. **Ребенку 10 месяцев, при профилактическом осмотре выявили чрезмерный рост альвеолярного отростка верхней челюсти и сагиттальную щель. У мамы ребенка дистальный прикус. Какие лечебно-профилактические мероприятия из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) назначить аппаратное лечение
- 2) санация носоглотки
- 3) пластика уздечки языка
- 4) динамичное наблюдение
- 5) давящая повязка

820. **Ребенку 1 год, при профилактическом осмотре выяснилось: в переднем отделе резцы установились в прямом контакте. У ребенка имеется привычка смещать нижнюю челюсть вперед. Какие лечебно-профилактические мероприятия из ниже перечисленных является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) назначить аппаратное лечение
- 2) санация носоглотки
- 3) пластика уздечки языка
- 4) динамичное наблюдение
- 5) пращевидная повязка

821. **Ребенку 10 лет, в полости рта уздечка верхней губы в виде дубликатуры вплетается в межальвеолярный сосочек, имеется диастема. Щель между зубами 6 мм. Какой план лечебных мероприятий из перечисленных является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) хирургическое
- 2) терапевтическое
- 3) ортодонтическое
- 4) ортопедическое
- 5) комбинированные

822. **У ребенка 9 лет при профилактическом осмотре выявлено: отсутствие 55 зуба, мезиальное смещение 16 зуба на 3 мм; с противоположной стороны зубы в праильном контакте. Какой план лечебных мероприятий из ниже перечисленных является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) ортодонтическое лечение не показано
- 2) расширение верхнего зубного ряда
- 3) мезиальное перемещение 16 зуба
- 4) удаление зачатка 15 зуба
- 5) дистализация 16 зуба

823. **Ребенок 8 лет. Сосет и прикусывает нижнюю губу. Все усилия родителей, направленные на ликвидацию вредной привычки не эффективны. Какая тактика ведения больного является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) пластинки с вестибулярной дугой на нижнюю челюсть
- 2) индивидуальной вестибулярной пластинки
- 3) стандартной вестибулярной пластинки
- 4) пластинки с вестибулярной дугой
- 5) вестибулооральной пластинки

824. **Ребенку 3 года, при профилактическом осмотре в детском саду выяснилось: верхние передние зубы перекрывают нижние больше 1/3 высоты коронок. На жевательных поверхностях первых и вторых моляров наблюдаются гипоплазия эмали. Описанная клиническая картина является признаком:

- 1) нормы
- 2) варианта нормы
- 3) формирующейся аномалии
- 4) сформированной аномалии
- 5) деформации челюстных костей

825. **Ребенку 5 лет, при профилактическом осмотре выявили: зубная формула соответствует периоду прикуса, краевое смыкание передних зубов. Описанная клиническая картина является признаком:

- 1) нормы
- 2) варианта нормы
- 3) формирующейся аномалии
- 4) сформированной аномалии
- 5) деформации челюстных костей

826. **Ребенку 5 лет, родители жалоб не предъявляют. В полости рта: зубная формула соответствует периоду прикуса, краевое смыкание передних зубов, мезиальная ступень за вторыми молярами, массетериальный тип жевания, уздечка языка укорочена и язык занимает переднее положение. Описанная клиническая картина является признаком:

- 1) нормы
- 2) варианта нормы
- 3) формирующейся аномалии
- 4) сформированной аномалии

5) деформации челюстных костей

827. **Ребенку 6 лет, родители предъявляют жалобы на разрушение зубов. При осмотре лица отклонений не отмечено. В полости рта: коронки 5.4, 5.3, 5.2/6.2, 6.3, 6.4 зубов стерты и выступают над уровнем десны на 1 – 1,5мм, первые постоянные моляры находятся в стадии прорезывания и на буграх наблюдается гипоплазия эмали. Формирование какой аномалии из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным при несвоевременном оказании лечебно-профилактических мероприятий?:

- 1) сужение зубного ряда
- 2) удлинение зубного ряда
- 3) укорочение зубного ряда
- 4) снижение высоты прикуса
- 5) асимметрия лица

828. **Ребенку 6 лет. Врач-ортодонт назначил миогимнастическое упражнение: при максимально открытом рте переместить нижнюю челюсть в правильное положение из бокового, сомкнуть зубы и удерживать в этом положении нижнюю челюсть 4- 5 сек. Лечение какой аномалии прикуса из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) открытого
- 2) дистального
- 3) мезиального
- 4) перекрестного
- 5) глубокого

829. **Ребенку 6 лет. Врач-ортодонт назначил миогимнастические упражнения для тренировки мышц, поднимающих нижнюю челюсть в виде максимального волевого смыкания зубных рядов. Лечение какой аномалий прикуса из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) открытого
- 2) дистального
- 3) мезиального
- 4) перекрестного
- 5) глубокого

830. **Ребенку 7 лет. Врач-ортодонт назначил миогимнастическое упражнение: нижнюю челюсть медленно выдвигать вперед до тех пор,

пока режущие края нижних резцов не установятся впереди верхних. В таком положении нижнюю челюсть удерживать 10 сек, затем медленно установить в исходное положение. Лечение какой аномалий прикуса из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) открытого
- 2) дистального
- 3) мезиального
- 4) перекрестного
- 5) глубокого

831. **Ребенку 7 лет. Врач-ортодонт назначил миогимнастическое упражнение: открыть рот, медленно закрывать его, смещая нижнюю челюсть назад и устанавливая передние зубы в краевом смыкании. Нижнюю челюсть удерживать в этом положении 4-8 сек. Лечение какой аномалий прикуса из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ вероятным?:

- 1) открытого
- 2) дистального
- 3) мезиального
- 4) перекрестного
- 5) глубокого

832. **Ребенку 3 года, направлен детским стоматологом. В полости рта: мезиальное положение нижних вторых временных моляров больше, чем на один бугор, в переднем отделе наблюдается язычный наклон нижних зубов и привычка смещения нижней челюсти вперед. Биометрическое измерение показало увеличение апикального базиса нижней челюсти. Описанная клиническая картина является признаком:

- 1) нормы
- 2) варианта нормы
- 3) формирующейся аномалии
- 4) сформированной аномалии
- 5) деформации челюстных костей

833. **Ребенку 3 года, направлен детским стоматологом. В полости рта: дистальное положение нижних вторых временных моляров больше, чем на один бугор, в переднем отделе наблюдается небный наклон верхних зубов с глубоким резцовым перекрытием. Биометрическое измерение показало увеличение апикального базиса верхней челюсти. Описанная клиническая картина является признаком:

- 1) нормы
- 2) варианта нормы
- 3) формирующейся аномалии
- 4) сформированной аномалии
- 5) деформации челюстных костей

834. **Ребенку 8 лет, при осмотре врачом-ортодонтом выявлено преобладание неправильного положения 4.2 зуба с поворотом по оси и наклоном в оральном направлении. Какой план лечебно-профилактических мероприятий из ниже перечисленных является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) стимулирование роста апикального базиса
- 2) серийное удаление по Хотцу
- 3) расширение зубного ряда
- 4) удлинение зубного ряда
- 5) дистализация зубов

835. **Ребенку 8 лет, при осмотре врачом-ортодонтом выявлено: 4.2, 3.2 зубы вытеснены из зубного ряда, форма фронтального участка зубного ряда уплощена. Какой план лечебно-профилактических мероприятий из ниже перечисленных является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) стимулирование роста апикального базиса
- 2) серийное удаление по Хотцу
- 3) расширение зубного ряда
- 4) удлинение зубного ряда
- 5) дистализация зубов

836. **Ребенку 8 лет, при осмотре врачом-ортодонтом выявлено: 4.2, 3.2 зубы вытеснены из зубного ряда, форма фронтального участка зубного ряда значительно уплощена, все зубы имеют неправильное расположение, коронки зубов имеют значительный наклон над уровнем базальной дуги челюсти. Какой план лечебно-профилактических мероприятий из ниже перечисленных является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) стимулирование роста апикального базиса
- 2) серийное удаление по Хотцу
- 3) расширение зубного ряда
- 4) удлинение зубного ряда
- 5) дистализация зубов

837. **Подростку 14 лет, жалоб не предъявляет. При осмотре лица отклонений не выявлено. В полости рта: уздечка верхней губы прикреплена к альвеолярному отростку на расстоянии 3-4 мм от края десны, однако в области губы прикреплены ближе к свободному краю, длина недостаточная, подвижность губы ограничена, при ее отведении уздечка натягивается и приобретает треугольную форму с основанием у края десны. Наблюдается локальный пародонтит в области 1.1, 2.1 зубов. Какой план лечебно-профилактических мероприятий из ниже перечисленных является НАИБОЛЕЕ первоочередным?:

- 1) массаж уздечки губы
- 2) лечение пародонтита

- 3) динамичное наблюдение
- 4) френулопластика уздечки
- 5) миотерапия круговой мышцы рта

838. **Ребенку 7 лет, родители предъявляют жалобы на не красивый внешний вид. Ребенок при глотании прокладывает язык между зубами во фронтальном отделе. Какой план лечебно-профилактических мероприятий из ниже перечисленных является НАИБОЛЕЕ первоочередным?:

- 1) френулопластика уздечки
- 2) динамичное наблюдение
- 3) нормализация смыкания губ
- 4) нормализация положения языка
- 5) нормализация функции глотания

839. **Ребенку 7 лет, при профилактическом осмотре выяснилось, при глотании ребенок отталкивается языком от нижних фронтальных зубов. Какой план лечебно-профилактических мероприятий из ниже перечисленных является НАИБОЛЕЕ первоочередным?:

- 1) френулопластика уздечки
- 2) динамичное наблюдение
- 3) нормализация смыкания губ
- 4) нормализация положения языка
- 5) нормализация функции глотания

840. **Ребенку 6 лет, при профилактическом осмотре выяснилось, у ребенка отмечается слабость круговой мышцы рта в сочетании с нарушением носового дыхания. Какой план лечебно-профилактических мероприятий из ниже перечисленных является НАИБОЛЕЕ первоочередным?

- 1) миотерапия
- 2) аппаратное лечение
- 4) динамичное наблюдение
- 5) консультация ЛОР-врача
- 6) санация полости рта

841. **Девушка 18 лет, обратилась с жалобами на щель между зубами. В полости рта диастема на верхней челюсти размером 3 мм. На внутри ротовом рентгеновском снимке наблюдается значительное уплотнение костной ткани в области срединной межальвеолярной перегородки. При составлении плана ортодонтического лечения НАИБОЛЕЕ первоочередным из перечисленных ниже является:

- 1) электростимуляция
- 2) массаж в области уздечки
- 3) аппаратное лечение
- 4) физиолечение

5) компактостеотомия

842. **Ребенку 10 лет, родители предъявляют жалобы на неправильный прикус. Профиль выпуклый, подбородок скошенный. В полости рта: протрузия верхних передних зубов, сагиттальная щель, в области первых моляров смыкание бугорковое. Биометрическое измерение показало сужение верхней зубной дуги на 4 мм. Какой план лечебно-профилактических мероприятий из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ первоочередным?:

- 1) ретрагирование передних зубов
- 2) расширение верхней зубной дуги
- 3) перемещение нижней челюсти
- 4) дистализация боковых зубов
- 5) удаление первых премоляров

843. **Девушке 25 лет, направлен врачом-ортопедом. В полости рта отсутствуют 4.6 и 3.6 зубы в результате чего образовались диастемы, тремы и мезиальный наклон 4.7, 3.7 зубов, глубокое резцовое перекрытие. Какое лечение из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ первоочередным?:

- 1) протетическое
- 2) хирургическое
- 3) аппаратное
- 4) миотерапевтическое
- 5) физиотерапевтическое

844. **Подростку 14 лет, предъявляет жалобы на щели между зубами. В полости рта: диастемы и тремы на верхней челюсти в области фронтальных зубов, сагиттальная щель отсутствует, смыкание по первым молярам нормогнатическое. Биометрическое измерение диагностических моделей показало соответствие размеров верхних и нижних фронтальных зубов. Какой план лечения из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) закрытие промежутков
- 2) динамичное наблюдение
- 3) реставрация зубов
- 4) создание места для зубов
- 5) лечение аномалий

845. **Подростку 12 лет, предъявляет жалобы на отсутствие зуба. При внешнем осмотре изменений не наблюдается. В полости рта: отсутствует 1.1 зуб, ширина 2.1 зуба - 8,5 мм; расстояние между 1.2 и 2.1 зубами - 6,5мм. На рентгеновском снимке зачаток 1.1 имеется, направление правильное. Какой план ортодонтического лечения из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ первоочередным?:

- 1) удаление 1.1 зуба
- 2) вытягивание 1.1 зуба
- 3) создание места для 1.1 зуба
- 4) динамичное наблюдение
- 5) закрытие промежутка

846. **Девочке 10 лет, родители предъявляют жалобы на появление щели между зубами. При осмотре лица верхняя губа слегка западает. В полости рта: диастема, отсутствуют 1.2 и 2.2 зубы, обратное резцовое перекрытие. На рентгеновском снимке зачатки боковых резцов отсутствуют. Какой план лечения из перечисленных ниже является НАИБОЛЕЕ первоочередным?:

- 1) закрытие диастемы
- 2) создание места для боковых резцов
- 3) мезиальное перемещение клыков
- 4) вестибулярное перемещение 1.1 и 2.1 зубов
- 5) нормализация формы зубного ряда

847. **Формирование врожденной расщелины верхней губы тератогенные факторы могут вызвать в период развития плода:

- 1) первые 6—7 недель
- 2) 12—16 недели
- 3) 24-28 недели

848. ***Эмбрион человека имеет расщелину верхней губы как физиологическую норму в период эмбриогенеза:

- 1) первые 6 недель
- 2) 16-18 недели
- 3) 24-28 недели

849. ***Эмбрион человека имеет расщелину неба как физиологическую норму в период эмбриогенеза:

- 1) первые 6—8 недель
- 2) 16—18 недели
- 3) 24-28 недели

850. **Тератогенные факторы могут вызвать формирование врожденной расщелины неба в период эмбриогенеза:

- 1) первые 6—10 недель
- 2) 16-18 недели
- 3) 24-28 недели

851. **Тератогенным действием, приводящим к формированию у плода врожденной расщелины неба, обладают:

- 1) сладкие продукты, в чрезмерном количестве употребляемые беременной женщиной

- 2) лекарственные препараты, принимаемые в первом триместре беременности
- 3) патологические изменения репродуктивных органов беременной женщины

852. *Из первичного неба формируется:

- 1) верхняя губа
- 2) верхняя губа и альвеолярный отросток верхней челюсти
- 3) средний отдел верхней губы и резцовая кость (межчелюстная)

853. **Медико-генетическое консультирование рекомендуется родственникам больного и больному с диагнозом:

- 1) вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава
- 2) неполная расщелина мягкого неба
- 3) остеома верхней челюсти

854. **Медико-генетическое консультирование рекомендуется родственникам больного и больному с диагнозом:

- 1) юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- 2) ретенционная киста слизистой нижней губы
- 3) скрытая расщелина мягкого неба

855. *К анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной полной расщелине верхней губы, относится:

- 1) деформация кожно-хрящевого отдела носа
- 2) нарушение сосания
- 3) ринолалия

856. *К анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной скрытой расщелине верхней губы, относится:

- 1) нарушение речи
- 2) деформация кожно-хрящевого отдела носа
- 3) укорочение верхней губы

857. **К обязательным анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной неполной расщелине верхней губы, относится:

- 1) деформация кожно-хрящевого отдела носа
- 2) ринолалия
- 3) укорочение верхней губы

858. ***Деформация кожно-хрящевого отдела носа всегда имеет место при врожденной расщелине верхней губы:

- 1) полной

- 2) неполной
- 3) скрытой

859. ***При полной односторонней расщелине верхней губы имеет место первичное нарушение функции:

- 1) мочевыводящей системы
- 2) сосания
- 3) центральной нервной системы

860. **При врожденной расщелине верхней губы хирургическое лечение рекомендуется проводить в возрасте ребенка:

- 1) 2-4 дней
- 2) 11-12 дней
- 3) 1-2 месяцев
- 4) 3—6 месяцев
- 5) 1-2 лет

861. **При врожденной расщелине верхней губы коррегирующие операции на крыльях носа, кончике носа, носовой перегородке рекомендуется проводить в возрасте:

- 1) 2-3 лет
- 2) 5-6 лет
- 3) 14-16 лет

862.*Укорочение мягкого неба при всех видах врожденной расщелины неба является анатомическим нарушением:

- 1) обязательным
- 2) необязательным

863. *Независимо от вида врожденной расщелины мягкого и твердого неба обязательным является нарушение функции:

- 1) приема пищи
- 2) речи

864. ***Ортодонтическое лечение детям с врожденной расщелиной мягкого и твердого неба рекомендуется начинать:

- 1) до операции
- 2) через месяц после операции
- 3) через год после операции

865. ***Хирургическое лечение детям с изолированной расщелиной мягкого неба показано в возрасте:

- 1) 1-2 лет
- 2) 4-5 лет

3) 5-6 лет

866. **Хирургическое лечение детям с полной расщелиной мягкого и твердого неба показано в возрасте:

- 1) 1 года
- 2) 2-4 лет
- 3) 5-6 лет

867. **Костная пластика расщелины альвеолярного отростка детям с односторонней расщелиной альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба показана в возрасте:

- 1) 1-2 лет
- 2) 3-4 лет
- 3) 5-6 лет
- 4) 8-10 лет

868. **При врожденных расщелинах неба занятия с логопедом рекомендуется начинать:

- 1) до операции
- 2) по окончании хирургического лечения

869. **Первичная частичная адентия является одним из симптомов:

- 1) врожденной расщелины верхней губы
- 2) эктодермальной дисплазии
- 3) гемифациальной микросомии
- 4) синдрома Пьера-Робена

870. ***Недоразвитие ушной раковины является симптомом:

- 1) херувизма
- 2) синдрома Ван-дер-Вуда
- 3) родовой травмы височно-нижнечелюстного сустава
- 4) гемифациальной микросомии

871. ***На наследственный характер врожденной расщелины верхней губы и неба указывают микропризнаки у родителей больного:

- 1) расщепление кончика язычка мягкого неба
- 2) несимметричный кончик носа
- 3) несимметричное расположение крыльев носа
- 4) углообразный выступ красной каймы верхней губы в области бокового валика филтрума

872. **В основе классификации врожденных расщелин верхней губы лежат признаки:

- 1) анатомические
- 2) функциональные

- 3) морфологические
- 4) клинические

873. **В основе классификации врожденной расщелины неба лежат признаки:

- 1) анатомические
- 2) функциональные
- 3) морфологические
- 4) клинические

874. **Недоразвитие половины нижней челюсти может быть симптомом:

- 1) травмы мышечного отростка нижней челюсти в первые годы жизни ребенка
- 2) синдрома Гольденхара
- 3) синдрома Ван-дер-Вуда
- 4) гемифациальной микросомии
- 5) синдрома Олбрайта
- 6) херувизма

875. *Деформация кожно-хрящевого отдела носа всегда имеет место при врожденной расщелине верхней губы:

- 1) скрытой
- 2) неполной односторонней
- 3) неполной двусторонней
- 4) полной односторонней
- 5) полной двусторонней

876. **К обязательным анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной неполной расщелине верхней губы, относятся:

- 1) наличие расщелины
- 2) укорочение верхней губы
- 3) деформация кожно-хрящевого отдела носа
- 4) сужение ротовой щели

877. **Грудное вскармливание невозможно, если у ребенка имеет место врожденная расщелина:

- 1) скрытая мягкого неба
- 2) неполная мягкого и твердого неба
- 3) скрытая мягкого и твердого неба
- 4) полная мягкого и твердого неба
- 5) двусторонняя альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба

878. *Кто впервые предложил специальную конструкцию для разобщения полости рта и полости носа и назвал ее «обтуратор»?:

- 1) Фошар
- 2) Амбруаз Паре
- 3) Делябар
- 4) Сюерсен
- 5) Шильтский

879. **С какого возраста необходимо применять obturator?:

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 1 год
- 5) сразу после рождения

880. **Какой принцип фиксации плавающего obturator?:

- 1) с помощью кламмеров
- 2) за счет плотного прилегания к зубам
- 3) за счет плотного прилегания к альвеолярным отросткам
- 4) за счет плотного прилегания к краям расщелины
- 5) за счет плотного обхвата краев расщелины

881. **Назовите недостаток obturator Сюерсена:

- 1) очень дорогой
- 2) сложный в изготовлении
- 3) сложный в применении
- 4) способствует увеличению дефекта
- 5) плохая фиксация

882. **Какой obturator может применяться с 3^x месячного возраста ребенка?:

- 1) Шильтского
- 2) Сюерсена
- 3) Ильиной - Маркосян
- 4) Кеза
- 5) Пергамента

883. **Назовите obturator для грудного кормления ребенка:

- 1) Шильтского
- 2) Сюерсена
- 2) Брофи
- 4) Ильиной - Маркосян
- 5) Курляндского

884. **При каких расщелинах применяется obturator Шильтского?:

- 1) расщелина твердого неба
- 2) расщелина мягкого неба

- 3) расщелина твердого и мягкого неба
- 4) полная односторонняя расщелина
- 5) полная двусторонняя расщелина

885. **Укажите автора плавающего obtуратора:

- 1) Делябара
- 2) Шильтского
- 3) Сюерсена
- 4) Кеза
- 5) Ильиной - Маркосян

886. **Какой obtуратор фиксируется при помощи кламмеров?:

- 1) Брофи
- 2) Пергамента
- 3) Сюерсена
- 4) Кеза
- 5) Варнекрес

887. **Реабилитация у ортодонта пациентов с врожденными пороками челюстно-лицевой области включает:

- 1) Проведение пластических операций
- 2) Раннее ортодонтическое лечение
- 3) Создание условий для нормализации функций зубочелюстной системы;
- 4) Своевременное выявление
- 5) Взятие на диспансерный учет

888. **Укажите наиболее типичные аномалии зубочелюстной системы у детей с врожденной изолированной расщелиной верхней губы, верхней губы и альвеолярного отростка в период смешанного и постоянного прикуса:

- 1) Аномалии числа и положения резцов на верхней челюсти
- 2) Дистальный прикус
- 3) Умение зубных дуг

889. **Какие недостатки имеет «плавающий» obtуратор?:

- 1) Сложность в изготовлении и неудобство в применении
- 2) Вызывает хроническое воспаление слизистой оболочки неба по краям расщелин
- 3) Задерживает рост и развитие небных пластинок верхней челюсти в горизонтальном направлении

890. **Как часто, после завершения активного аппаратного лечения, проводится диспансерное наблюдение детей с изолированными расщелинами неба?:

- 1) 1 раз в 0,5 года до полного формирования постоянного прикуса

- 2) 1 раз в 3 месяца до полного формирования постоянного прикуса
- 3) 1 раз в год до полного формирования постоянного прикуса

891. **До какого возраста проводится диспансерное наблюдение детей с врожденной изолированной расщелиной верхней губы и альвеолярного отростка у ортодонта?:

- 1) до 12 - 13 лет
- 2) до 18 лет
- 3) до 25 лет

892. **Проведение миотерапии наиболее целесообразно в возрасте:

- 1) 1 - 2 года
- 2) 6 месяцев - 1 год
- 3) 4-7 лет
- 4) 10-12 лет

893. **Укажите последовательность проведения статистических и динамических упражнений при проведении миотерапии:

- 1) статистические, затем динамические
- 2) динамические упражнения, затем статистические
- 3) по усмотрению врача

894. *Динамические физические упражнения характеризуются:

- 1) периодом сокращения мышц с периодом их расслабления
- 2) периодом постоянного повышенного тонуса мышц без чередования с периодом их расслабления

895. *Укажите правила для проведения миотерапии:

- 1) упражнение следует делать систематически и регулярно
- 2) интенсивность сокращения мышц должна быть чрезмерной
- 3) количество упражнений и их продолжительность с течением времени увеличивается
- 4) мышцы следует напрягать резко

896. *Вводная часть миотерапии включает:

- 1) специальные упражнения для мышц челюстно-лицевой области
- 2) дыхательные упражнения
- 3) игровые упражнения

897. ***Укажите упражнения миотерапии, относящиеся к статистическим:

- 1) попеременное волевое смыкание зубных рядов
- 2) попеременное смыкание верхней и нижней губы
- 3) удержание нижней челюсти в максимально выдвинутом положении

898. ***Динамические упражнения выполняются в темпе:

- 1) 20 движений в минуту
- 2) 10 движений в минуту
- 3) 40 движений в минуту

899. **Величина физической нагрузки на мышцы челюстно-лицевой области зависит:

- 1) от возраста ребенка
- 2) от функционального состояния мышц
- 3) от пола ребенка

900. **Кто предложил миотерапию, как метод лечения зубочелюстных аномалий:

- 1) Энгль
- 2) Роджерс
- 3) Риккетс

901. **В работу "комнаты здорового ребенка" в возрасте до 1 года в детских поликлиниках следует включить:

- 1) массаж в области альвеолярных отростков, зубов
- 2) гигиенические навыки
- 3) устранение вредных привычек
- 4) все перечисленное

902. **В работу воспитателей детских садов в связи с профилактикой аномалий прикуса следует включить:

- 1) борьбу с вредными привычками и правильную осанку
- 2) тренировку носового дыхания
- 3) правильное положение головы во время сна
- 4) все перечисленное

903. **Профилактика аномалий прикуса в периоде предначального развития детей состоит:

- 1) в медико-генетической консультации
- 2) в пропаганде правильного режима труда, отдыха и питания будущей матери и в устранении вредных привычек у беременной женщины
- 3) в профилактике простудных и других заболеваний беременных женщин
- 4) во всем перечисленном

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

- 1) устранение вредных привычек
- 2) шлифовывание бугров временных зубов
- 3) миотерапию, массаж
- 4) все перечисленное

905. ***У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий целесообразно применять:

- 1) миотерапию
- 2) стандартные вестибулярные пластинки
- 3) нормализацию функции дыхания
- 4) устранение вредных привычек сосания языка

906. *Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте направлена:

- 1) на устранение ранних признаков аномалий прикуса
- 2) на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса
- 3) на регулирование роста челюстей
- 4) на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса

907. *Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено:

- 1) на правильное положение головы и осанки
- 2) на тренировку носового дыхания
- 3) на понимание негативных последствий вредных привычек
- 4) на все перечисленное

908. **Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают:

- 1) устранение вредных привычек
- 2) коррекцию мягких тканей
- 3) удаление отдельных зубов
- 4) шлифование бугров отдельных зубов

909. *Применение соски у детей первого года жизни:

- 1) абсолютно противопоказано
- 2) показано ограниченное
- 3) показано детям с вредной привычкой сосания пальцев
- 4) показано детям с ротовым дыханием

910. ***Ведущим методом профилактики развития ротового дыхания является:

- 1) дыхательная гимнастика
- 2) аппаратное лечение
- 3) массаж околоротовой области
- 4) лечебная физкультура

911. ***Что из перечисленного включает в себя профилактическая ортодонтия:

- 1) применение миогимнастики
- 2) устранение отраженного травматического узла
- 3) применение ортодонтических аппаратов
- 4) устранение феномена Попова-Годона

912. **С какой целью можно применять профилактические аппараты:

- 1) для нормализации функций зубочелюстной системы
- 2) для закрепления достигнутых результатов
- 3) для предупреждения рецидивов зубочелюстных аномалий
- 4) для лечения зубочелюстных аномалий

913. **Для профилактики возникновения зубочелюстных аномалий ребенка от сосания соски-пустышки надо отучить:

- 1) в 9-12 мес
- 2) в 1.5-2.0 года
- 3) в 6-9 мес
- 4) не надо отучать вообще

914. **У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий целесообразно:

- 1) создание благоприятных условий для правильного вскармливания
- 2) миотерапия
- 3) стандартные вестибулярные пластинки
- 4) нормализация функции дыхания

915. ***Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте направлена:

- 1) на устранение ранних признаков аномалии прикуса
- 2) на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса
- 3) на регулирование роста челюстей
- 4) на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса

916. **Для профилактики зубочелюстных аномалий установление соматического типа глотания должно сформироваться в возрасте:

- 1) 1 года
- 2) 3-4 лет
- 3) 5-6 лет
- 4) 8-10 лет

917. ***Назовите стандартный вестибулярный щит:

- 1) Шонхера
- 2) Т4К
- 3) регулятор функции Френкеля
- 4) Крауса

918. **Назовите индивидуальный вестибуло – оральный щит:

- 1) Хинца
- 2) Кербитца
- 3) трейнер

4) Крауса

919. ***Укажите профилактический ортодонтический аппарат:

- 1) аппарат Лури
- 2) распорка Коргхауза
- 3) аппарат Поздняковой
- 4) скользящая дуга Энгля

920. *К мероприятиям первичной профилактики патологии прикуса можно отнести:

- 1) операция пластики уздечки верхней губы у подростка
- 2) миогимнастика для круговой мышцы рта у ребенка
- 3) санация полости носа
- 4) верно все

921. **Вестибулярная пластинка Кербитца рекомендуется:

- 1) для нормализации положения отдельных зубов
- 2) устранения вредной привычки сосания пальца и прикусывания губы
- 3) исправления сагиттальных аномалий прикуса в постоянном прикусе
- 4) для нормализации функции дыхания

922. **Стандартная вестибулярная пластинка Шонхера противопоказана при следующих нарушениях:

- 1) при глубоком резцовом перекрытии
- 2) истинном наследственном дистальном прикусе
- 3) открытом прикусе, возникшем в результате сосания языка, нарушении функции глотания
- 4) при открытом прикусе, возникшем в результате нарушения функции дыхания

923. **Применение стандартных вестибулярных пластинок НАИБОЛЕЕ целесообразно для нормализации функции:

- 1) круговых мышц рта
- 2) глотания
- 3) жевания
- 4) сосания

924. **К профилактическим мероприятиям во II периоде (от рождения до 6 мес.) зубочелюстного развития относится?:

- 1) пластика укороченной уздечки языка
- 2) шинирование зубов
- 3) физиотерапия
- 4) логопедическую гимнастику

925. **К профилактическим мероприятиям аномалии развития зубочелюстной системы в III периоде (от рождения до 6 мес до 3 лет) относится:

- 1) массаж альвеолярного отростка
- 2) восстановление коронок
- 3) шинирование зубов
- 4) избирательное пришлифовка

926. **Профилактическим мероприятиям аномалии развития зубочелюстной системы в IV периоде (от 3 до 6 лет) относится:

- 1) избирательное пришлифовка
- 2) шинирование зубов
- 3) пластика укороченной уздечки языка
- 4) искусственное вскармливание

927. **К профилактическим мероприятиям аномалии развития зубочелюстной системы в V периоде (от 6 до 9 лет) относится:

- 1) избирательная пришлифовка
- 2) искусственное вскармливание
- 3) применение лечебных сосок
- 4) массаж альвеолярного отростка

928. **К профилактическим мероприятиям аномалии развития зубочелюстной системы в VI периоде (от 9 до 12 лет) относится:

- 1) массаж альвеолярного отростка
- 2) протезирование
- 3) искусственное вскармливание
- 4) применение лечебных сосок

929. **У ребенка 6 лет на профилактическом осмотре была выявлена вредная привычка закусывания нижней губы, а также слабость круговой мышцы рта. Назначение какого ортодонтического аппарата является НАИБОЛЕЕ целесообразным?:

- 1) пластинка с вестибулярной дугой
- 2) пластинка с наклонной плоскостью
- 3) вестибулярная пластинка Кербитца
- 4) пластинка с винтом

930. **Ребенок 4,5 года имеет вредную привычку вытягивать щеки внутрь. При осмотре: отмечается незначительная изменения формы зубных дуг. Какая ортодонтическая конструкция НАИБОЛЕЕ целесообразно для устранения вредной привычки?:

- 1) пластинка с губными пилотами
- 2) вестибулярная пластика
- 3) вестибулооральная пластинка

4) активатор Андресана

931. **При профилактическом осмотре у ребенка выявлена вредная привычка – прикусывать нижнюю губу. В какую диспансерную группу должен быть включен пациент?:

- 1) во 2 – ю группу
- 2) на учет не брать
- 3) 1 – ю группу
- 4) 4 – ю группу

932. ***При профилактическом осмотре у ребенка выявлена вредная привычка - сосать большой палец. В какую диспансерную группу должен быть включен пациент?:

- 1) в 1 – ю группу
- 2) во 2 – ю группу
- 3) 3 – ю группу
- 4) 4 – ю группу
- 5) на учет не брать

933. *Вестибулярная пластинка применяется для лечения:

- 1) дистального глубокого прикуса с сагиттальной щелью
- 2) дистального прикуса, вызванного нарушением функции дыхания, вредной привычкой сосания пальца
- 3) дистального прикуса, сочетающего с открытым, развившимся в результате сосания языка или неправильного глотания

934. **В процессе пользования вестибулярными пластинками происходит:

- 1) сужение верхнего зубного ряда
- 2) ретрузия резцов
- 3) оптимизация роста нижней челюсти
- 4) расширение нижнего зубного ряда

935. **При ранней потере молочных зубов для профилактики деформаций зубных рядов нужно провести:

- 1) стимулирование прорезывания постоянных зубов
- 2) сошлифовывание нестершихся бугров молочных зубов
- 3) протезирование

936. **Для предотвращения возникновения зубочелюстных аномалий в пренатальный период развития ребенка необходимо проводить профилактические мероприятия:

- 1) сбалансированный режим питания будущей матери
- 2) отказ от вредных привычек
- 3) все вышеперечисленные факторы

937. **Методом устранения вредной привычки сосания пальца днем является:

- 1) фиксация руки в локтевом лучезапястном суставе
- 2) применение вестибулярной пластинки
- 3) применение метода внушения, гипноза
- 4) одевание перчатки
- 5) применение вестибуло-оральной пластинки

938. **Методом устранения вредной привычки сосания языка является:

- 1) пластика аномалиейной уздечки языка
- 2) применение вестибулярной пластинки
- 3) применение вестибуло-оральной пластинки
- 4) применение пластинки с наклонной плоскостью
- 5) санация носоглотки

939. **Функцию смыкания губ можно нормализовать:

- 1) миотерапией для круговой мышцы рта после санации полости рта
- 2) пластикой низко прикрепленной уздечки верхней губы
- 3) устранением аномалии прикуса
- 4) пластикой укороченной уздечки нижней губы
- 5) тренировкой правильного глотания

940. **Методом нормализации функции жевания является:

- 1) исправление аномалий прикуса
- 2) своевременная санация и протезирование полости рта
- 3) пластика укороченной уздечки языка
- 4) пластика укороченной уздечки нижней губы
- 5) миотерапия для тренировки жевательных мышц

941. **Тактикой врача при ранней потере моляров на одной из челюстей при временном нейтральном прикусе является:

- 1) изготовление съемного протеза
- 2) рентгенообследование, массаж
- 3) удаление зубов на противоположной челюсти
- 4) наблюдение
- 5) закрытие дефекта за счет соседних зубов

942. **Ранним признаком формирующегося глубокого прикуса является:

- 1) углубление резцового перекрытия
- 2) увеличение степени фронтального перекрытия
- 3) зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти
- 4) зубоальвеолярное укорочение боковых участков челюстей
- 5) уменьшение высоты нижней части лица

943. **При лечении детей, имеющих ранние признаки мезиального прикуса, следует:

- 1) стимулировать рост верхней челюсти
- 2) задержать рост нижней челюсти
- 3) устранить причину, способствующую усугублению патологии
- 4) обеспечить условия для физиологического развития челюстей
- 5) пришлифовать бугры отдельных зубов

944. **При лечении детей, имеющих ранние признаки дистального прикуса, обусловленного задним положением нижней челюсти, следует:

- 1) стимулировать рост нижней челюсти
- 2) назначить миотерапию для перемещения нижней челюсти вперед
- 3) назначить аппаратурное лечение, направленное на перемещение нижней челюсти вперед
- 4) задержать рост верхней челюсти
- 5) устранить причины развития дистального прикуса

945. **При лечении детей, имеющих ранние признаки глубокого прикуса в период формирования временного прикуса, следует:

- 1) назначить аппаратурное лечение с учетом дезартикуляции прикуса
- 2) провести коррекцию артикуляции челюстей в вертикальном направлении
- 3) способствовать росту челюстных костей в боковых участках
- 4) устранить глубокое перекрытие во фронтальном участке челюстей
- 5) устранить вредные привычки, нормализовать функции

946. При профилактическом осмотре у ребенка выявлена вредная привычка – прикусывать нижнюю губу. В какую диспансерную группу должен быть включен пациент?:

- 1) во 2 – ю группу
- 2) на учет не брать
- 3) в 1 – ю группу
- 4) в 3 – ю группу
- 5) в 4 – ю группу

947. При профилактическом осмотре у ребенка выявлен перекрестный прикус со смещением нижней челюсти. В какую диспансерную группу должен быть включен пациент?:

- 1) на учет не брать
- 2) в 1 – ю группу
- 3) во 2 – ю группу
- 4) в 3 – ю группу
- 5) в 4 – ю группу

948. При профилактическом осмотре у ребенка выявлено нарушение физиологического стирания бугров временных зубов. В какую диспансерную группу должен быть включен пациент с не стершимися буграми моляров с одной стороны?:

- 1) на учет не брать.
- 2) в 1 – ю группу.
- 3) во 2 – ю группу .
- 4) в 3 – ю группу.
- 5) в 4 – ю группу.

949. При профилактическом осмотре у ребенка 5 лет выявлена вредная привычка – прикусывать нижнюю губу. В какую диспансерную группу должен быть включен пациент?:

- 1) во 2 – ю группу
- 2) на учет не брать
- 3) в 1 – ю группу
- 4) в 3 – ю группу
- 5) в 4 – ю группу

950. Ребенок 7 лет. При профилактическом осмотре выявлена привычка - прикусывать нижнюю губу. Какой должна быть тактика врача?:

- 1) вмешательства врача - ортодонта не нужны.
- 2) взять на диспансерный учет в 1- ю группу.
- 3) взять на диспансерный учет во 2- ю группу.
- 4) взять на диспансерный учет во 3- ю группу.
- 5) взять на диспансерный учет во 4- ю группу.

951. Назовите стандартный вестибулярный щит:

- 1) Шонхера
- 2) Т4К
- 3) Кербитца
- 4) регулятор функции Френкеля
- 5) Крауса

952. Назовите индивидуальный вестибуло – оральный щит.

- 1) Шонхера
- 2) Хинца
- 3) Кербитца
- 4) трейнер
- 5) Крауса

953. Какой конструктивный элемент трейнера позволяет сопоставлять зубные ряды в конструктивном прикусе?:

- 1) язычок
- 2) оральный щит
- 3) канавки для зубов
- 4) лабиальные отростки
- 5) вестибулярный щит

954. Назовите индивидуальный вестибуло – оральный щит:

- 1) Шонхера
- 2) Хинца
- 3) Кербитца
- 4) трейнер
- 5) Крауса

955. *Ретенционные аппараты могут применяться:

- 1) для профилактики вредных привычек
- 2) для закрепления достигнутых результатов лечения
- 3) для предупреждения развития зубочелюстных аномалий
- 4) для закрепления результатов ортодонтического лечения и предупреждения рецидивов

956. **Для каких целей применяют ретенционные аппараты:

- 1) для закрепления достигнутых результатов лечения
- 2) для предупреждения развития зубочелюстных аномалий
- 3) для предупреждения развития рецидивов

957. **Какими аппаратами обеспечивается ретенция достигнутых результатов лечения дистального постоянного прикуса?:

1. одночелюстными пластинками с вестибулярными дугами
2. аппаратами, которыми был достигнут положительный результат лечения
3. несъемными ретейнерами
4. позиционерами

958. **Для хорошей стабилизации нижнего зубного ряда после ортодонтического лечения необходимо выполнить правило:

- 1) нижний зубной ряд нельзя расширять
- 2) нижний зубной ряд нельзя расширять более 4 мм
- 3) нижний зубной ряд нельзя расширять менее 10 мм
- 4) ортодонтическое лечение нижнего зубного ряда не применяют на практике

959. ***Выбор несъемного и съемного вида ретенционного аппарата НЕ зависит от:

- 1) срока и скорости ортодонтического лечения
- 2) наличия мамелонов
- 3) типа лица

4) сложности ортодонтического лечения

960. *** Абсолютное противопоказание к использованию несъемного ретенционного аппарата:

- 1) нежелание пациента носить несъемный ретейнер
- 2) косметические соображения
- 3) отягощенный аллергологический анамнез на материалы, из которых изготавливают несъемные ретейнеры
- 4) лень пациента

961. **Преимущества ретенционной пластинки Hawley:

- 1) контролирует положение резцов
- 2) относится к активным ретенционным аппаратам
- 3) эстетична
- 4) не содержит металлических деталей

962. *Преимущества несъемных ретенционных аппаратов:

- 1) легкость проведения гигиенических процедур
- 2) стабилизация положения резцов после ортодонтического лечения
- 3) возможность активного перемещения зубов
- 4) все выше перечисленное

963. **Каких ретенционных аппаратов НЕ существует:

- 1) съемных
- 2) стационарных
- 3) капповых
- 4) несъемных

964. **Несъемные ретенционные аппараты применяют для:

- 1) контроль положения резцов после ортодонтического лечения
- 2) контроль закрытия диастем после ортодонтического лечения
- 3) сохранение пространства для дальнейшего протезирования
- 4) все выше перечисленное

965. **Основные причины рецидива после ортодонтического лечения:

- 1) эластичность десневых волокон
- 2) давление губ, щек, языка
- 3) челюстной рост
- 4) все выше перечисленное

966. **Основные причины рецидива после ортодонтического лечения:

- 1) сагиттальная щель более 4-5 мм в анамнезе до лечения
- 2) глубокое резцовое перекрытие в анамнезе до лечения
- 3) вертикальный тип роста

4) все выше перечисленное

967. ***Для предотвращения возникновения зубочелюстных аномалий в пренатальный период развития ребенка необходимо проводить профилактические мероприятия:

- 1) сбалансированный режим питания будущей матери
- 2) отказ от вредных привычек
- 3) все вышеперечисленные факторы

968. **Сеансы психотерапии показаны:

- 1) больным с челюстно-лицевыми аномалиями, вызванными вредными привычками
- 2) больным, испытывающим страх перед предстоящими манипуляциями
- 3) больным с эмоциональными расстройствами
- 4) больным с расстройствами поведения
- 5) всем пациентам дошкольного возраста
- 6) всем ортодонтическим больным

969. **Необходимость периода ретенции определяется:

- 1) принципом действия лечебного ортодонтического аппарата
- 2) наличием неустраненных отклонений от морфологической нормы
- 3) величиной ортодонтических сил, применявшихся в ходе аппаратурного лечения
- 4) характером ортодонтических сил, применявшихся в ходе аппаратурного лечения
- 5) продолжительностью периода активного лечения
- 6) конструкцией ортодонтического аппарата, использованного в ходе активного лечения

970.* Периодичность замены частичных съемных протезов определяется:

- 1) условиями фиксации протеза
- 2) прорезыванием замещающих зубов
- 3) интенсивностью роста челюстей
- 4) способом фиксации протеза
- 5) размерами базиса протеза
- 6) всем вышеперечисленным

971. *Целью ортодонтического лечения является:

- 1) достижение идеальной нормы
- 2) достижение коррелятивной нормы
- 3) достижение средней индивидуальной нормы
- 4) устранение зубочелюстно-лицевых аномалий

- 5) устранение зубочелюстно-лицевых аномалий и функциональных нарушений
- 6) достижение морфологического, функционального и эстетического оптимума

972. **Анатомической ретенцией называют:

- 1) задержку прорезывания зуба до 1 года после периода физиологической смены
- 2) аномалию положения зуба
- 3) аномалию развития и прорезывания зуба
- 4) способ фиксации ортодонтического аппарата
- 5) принцип действия ретенционного аппарата
- 6) условие предотвращения рецидива после ортодонтического перемещения зубов

973. ***Для достижения устойчивых результатов лечения в первую очередь необходимо:

- 1) устранить функциональные и морфологические нарушения и выдержать ретенционный период до завершения активного роста челюстей
- 2) лечение ортодонтическими аппаратами
- 3) удаление по показаниям отдельных временных или постоянных зубов
- 4) диспансерное наблюдение с целью выбора наиболее оптимальных сроков лечения
- 5) создание множественных контактов между зубными рядами

974. **На функциональное состояние жевательных мышц влияет:

- 1) количество сохранившихся зубов
- 2) состояние их пародонта
- 3) положение нижней челюсти
- 4) нарушение окклюзии
- 5) все вышеперечисленное

975. ** Нормализация прикуса проводится с помощью протезов:

- 1) при сочетании прикуса с выраженным системным заболеванием пародонта
- 2) при отказе больного от ортодонтического лечения
- 3) при неэффективности ранее проведенного ортодонтического лечения
- 4) при генетических формах аномалии
- 5) при всем вышеперечисленном

976. ***При протетическом лечении прогнатического прикуса целесообразно изготавливать съемные протезы, так как:

- 1) на них легче поставить передние зубы
- 2) постановка максимально может быть приближена к положению естественных зубов

- 3) съемный протез позволяет избежать перегрузки опорных зубов
- 4) на съемном протезе легче создать опору для нижних передних зубов
- 5) на съемном протезе легче провести коррекцию прикуса

977. ***Показанием к протетическому лечению прогенического прикуса у взрослых является:

- 1) нижнечелюстная макрогнатия при наличии противопоказаний к хирургическому лечению
- 2) верхнечелюстная микрогнатия при невозможности ортодонтического лечения
- 3) отсутствие большого количества зубов
- 4) системное заболевание пародонта
- 5) все вышеперечисленное

978. **Важным фактором в обосновании применения литого базиса при протезировании больных с глубоким прикусом является:

- 1) большая нагрузка на базис вследствие неправильных окклюзионных взаимоотношений
- 2) нарушений речи
- 3) сочетание аномалии с заболеваниями пародонта
- 4) недостаток места для пластмассового базиса, возможность поломки его
- 5) сочетание аномалии с дефектами зубного ряда

979. * Наиболее эффективным методом лечения открытого прикуса является:

- 1) лечение путем сошлифовывания контактирующих зубов
- 2) удаление контактирующих зубов
- 3) комбинированный: ортодонтический, хирургический, протетический
- 4) внедрение контактирующих зубов
- 5) перемещение контактирующих зубов

980. *Функцию смыкания губ можно нормализовать:

- 1) миотерапией для круговой мышцы рта после санации полости рта
- 2) пластикой низко прикрепленной уздечки верхней губы
- 3) устранением аномалии прикуса
- 4) пластикой укороченной уздечки нижней губы
- 5) тренировкой правильного глотания

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

- 1) протезирование
- 2) массаж альвеолярного отростка
- 3) создание для него места в зубном ряду
- 4) обнажение коронки клыка или ее части хирургом
- 5) наблюдение

982. **Диастему, латеральное отклонение осей центральных резцов наиболее часто обуславливает:

- 1) сосание большого пальца руки
- 2) сосание и прикусывание нижней губы
- 3) ранняя потеря постоянного бокового резца
- 4) сосание языка
- 5) укороченная уздечка языка

983.* К физиологическому можно отнести:

- 1) ортогнатический прикус
- 2) прямой прикус
- 3) опистогнатический прикус
- 4) физиологический дистальный или мезиальный прикус
- 5) все перечисленные виды прикуса

984. *При мезиальном перемещении боковых зубов на место разрушенных и удаленных углублению резцового перекрытия способствует:

- 1) укорочение обоих зубных рядов
- 2) укорочение одного зубного ряда
- 3) стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на обеих челюстях
- 4) стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на одной из челюстей
- 5) ранняя потеря зубов

985. **Общие принципы лечения глубокого нейтрального и дистального прикуса заключаются:

- 1) в исправлении формы зубных дуг
- 2) в нормализации соотношения размеров верхней и нижней зубных дуг в трансверсальном и сагиттальном направлениях
- 3) в зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов и зубоальвеолярном укорочении в области нижних передних зубов
- 4) в оптимизации роста нижней челюсти и торможении роста верхней
- 5) в исправлении положения зубов и формы зубных дуг, зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов, оптимизации роста нижней челюсти

986. **В процессе лечения дистального глубокого прикуса отдельные зубы удаляют:

- 1) на верхней челюсти
- 2) на нижней челюсти
- 3) на верхней и нижней челюстях
- 4) преимущественно только на верхней челюсти
- 5) зубы не удаляют

987. **Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей от 3 до 6 лет является период:

- 1) от 3 до 3.5 лет
- 2) от 3.5 до 4 лет
- 3) от 4 до 4.5 лет
- 4) от 4.5 до 5 лет
- 5) от 5 до 6 лет

988. **Основной целью зубочелюстного протезирования детей является:

- 1) нормализация жевания
- 2) нормализация глотания
- 3) нормализация речи
- 4) нормализация положения нижней челюсти
- 5) профилактика

989. **При нейтральном прикусе и индивидуальной макродонтии показано:

- 1) расширение зубных рядов
- 2) удлинение зубных рядов
- 3) мезиальное перемещение боковых зубов
- 4) дистальное перемещение боковых зубов
- 5) удаление отдельных зубов

990. ***В области отсутствующих временных моляров следует отдавать предпочтение:

- 1) коронке на постоянный моляр с литой распоркой и тройной лапкой на впереди расположенный зуб (по Ильиной - Маркосян)
- 2) кольцу на постоянный моляр с литой распоркой и тройной лапкой на впереди расположенный зуб
- 3) коронке на постоянный моляр с припаянной к ней П-образной рамкой
- 4) кольцу на постоянный моляр с припаянной к нему П-образной рамкой
- 5) коронке на постоянный моляр с пружинящей П-образной рамкой

991. **К разновидностям двучелюстных функционально-направляющих съемных ортодонтических аппаратов относятся:

- 1) оральные
- 2) вестибулярные
- 3) назубные
- 4) блоковые
- 5) каркасные

992. *При исправлении положения аномально стоящего зуба необходимо соблюсти следующие физические условия:

- 1) использовать силу и опору
- 2) использовать опору и фиксацию
- 3) использовать силу, опору и фиксацию

- 4) устранить препятствие на пути перемещения зуба, создать место для перемещаемого зуба
- 5) соблюсти все перечисленные физические условия

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

- 1) Шаровой
- 2) Рубежовой
- 3) Мак Нила
- 4) Ильиной - Маркосян
- 5) Кеца

994. ** Дефекты зубных рядов в периоде сменного прикуса следует замещать съемными протезами:

- 1) с 7-8 лет
- 2) с 8-9 лет
- 3) с 9-10 лет
- 4) с 10-11 лет
- 5) с 12 лет

995. *Небные бугорки молочных моляров 3-летнего ребенка располагаются:

- 1) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров
- 2) в продольной фиссуре нижних моляров
- 3) вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров

996. *Щечные бугорки нижних боковых зубов в норме контактируют:

- 1) с небными бугорками верхних
- 2) с продольными фиссурами верхних
- 3) со щечными бугорками верхних

997. ** Назовите назначение ретенционных аппаратов:

- 1) достижение лечебного эффекта
- 2) закрепление лечебного эффекта
- 3) стимулирование роста челюстей
- 4) правильного ответа нет

998. * Дайте определение «Пластинка с защиткой для языка – это:

- 1) базисная пластинка с пластмассовой изоляцией и кламмерами
- 2) базисная пластинка с вестибулярной дугой
- 3) правильного ответа нет
- 4) базисная пластинка с наклонной плоскостью

999. **Назовите наиболее распространенный метод ортодонтического лечения аномалий:

- 1) биологический
- 2) аппаратурный
- 3) хирургический
- 4) биомеханический

1000. **Назовите требования, предъявляемые к ретенционным аппаратам:

- 1) фиксировать зубы в новом положении
- 2) быть легко изготавливаемыми
- 3) не оказывать неблагоприятного воздействия на ткани полости рта
- 4) все перечисленное

1001. **Назовите, какие аппараты применяют в качестве ретенционных:

- 1) лечебные аппараты в неактивном состоянии
- 2) лечебные аппараты в активном состоянии
- 3) несъемные аппараты
- 4) съемные пластиночные аппараты с ортодонтическим винтом

1002. **Укажите, какие дефекты при протезировании восстанавливаются во временном прикусе:

- 1) отдельных зубов
- 2) зубных рядов
- 3) отдельных зубов и зубных рядов
- 4) частичные дефекты отдельных зубов

1003. **Укажите, какими протезами восстанавливаются односторонние включенные дефекты зубного ряда во временном прикусе:

- 1) съемными протезами
- 2) несъемными протезами
- 3) съемными протезами и несъемными протезами
- 4) мостовидными протеза

Организация здравоохранения

1004. Качество медицинской помощи - это характеристика, отражающая:

- 1) возможности лечебно-профилактической медицинской организации в использовании медицинских технологий
- 2) степень соответствия медицинской помощи заранее установленным критериям и стандартам
- 3) состояние здоровья населения;

1005. Наиболее информативным методом оценки качества и эффективности работы лечебно-профилактической медицинской организации является:

- 1) метод анализа статистических показателей деятельности учреждения
- 2) метод экспертных оценок
- 3) социологический метод

1006. Какие методы не применяются для анализа организации и качества медицинской деятельности:

- 1) опросный
- 2) статистический
- 3) математическое моделирование
- 4) метод экспертных оценок
- 5) метод медико-экономического анализа

1007. К проблемам качества медицинской помощи относятся:

- 1) текучесть кадров и уровень квалификации врачебного и сестринского персонала
- 2) несовершенство стандартов
- 3) недостаточная эффективность внешнего контроля
- 4) несовершенство нормативно-правовой базы управления качеством медицинской помощи
- 5) все перечисленное верно

1008. Согласно рекомендаций ВОЗ "качество медицинской помощи" может быть определено как:

- 1) содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации врача, минимальном риске для пациента, оптимальном использовании ресурсов и удовлетворенности пациента от взаимодействия с системой здравоохранения
- 2) качественно оказанные лечебно-диагностические мероприятия;
- 3) категория, выражающая неотделимую сущностную определенность, благодаря которой этот объект является именно этим, а не другим объектом;
- 4) это всеобщая характеристика объектов, проявляющаяся в совокупности их свойств;
- 5) соответствие фактически оказанных медицинских услуг установленным медицинским стандартом;

1009. Структурный компонент качества медицинской помощи оценивает:

- 1) технологию оказания медицинской помощи
- 2) эффективность использования финансовых средств
- 3) удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием
- 4) материально-техническую базу, кадровый состав и ресурсное обеспечение медицинской организации
- 5) медицинскую результативность;

1010. Качественная медицинская услуга должна быть:

- 1) безопасной и адекватной
- 2) экономичной (эффективной)
- 3) оказываться на высоком научно-технологическом уровне
- 4) правильного ответа нет
- 5) все перечисленные ответы правильные

1011. Какие из перечисленных показателей используются при оценке социальной результативности?

- 1) удовлетворенность пациентов
- 2) количество пролеченных больных
- 3) степень ущерба, причиненного здоровью пациента
- 4) санитарно-демографические показатели

1012. В обеспечении качества медицинской помощи заинтересованы следующие основные группы:

- 1) производители, потребители, плательщики, государство
- 2) пациенты, врачи, органы управления здравоохранения, лицензирующие органы
- 3) общества защиты прав потребителей, профессиональные медицинские ассоциации, тфомс, мсо
- 4) производители, потребители, плательщики, третейский суд
- 5) пациенты, МО, ТФОМС, МСО

1013. Вневедомственный контроль качества оказания медицинской помощи – это

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) оценка качества медицинской помощи субъектами, не входящими в систему здравоохранения;
- 3) мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному гражданину медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

1014. Основные отличия вневедомственного контроля качества медицинской помощи от ведомственного контроля:

- 1) проводится штатными и внештатными экспертами ТФОМС и СМО;
- 2) включает в себя процедуру лицензирования медицинской деятельности;
- 3) включает в себя процедуру лицензирования страховой медицинской деятельности;
- 4) подразумевает собой внутренний контроль качества и безопасности медицинской в медицинской организации.

1015. Укажите, что предполагает структурный подход к оценке качества медицинской помощи:

- 1) лицензирование ресурсной базы медицинской организации

- 2) оценку соблюдения технологии лечебно- технологического процесса
- 3) оценку качества медицинской помощи по конечным результатам

1016. Укажите, что предполагает процессуальный подход к оценке качества медицинской помощи:

- 1) лицензирование и аккредитацию ресурсной базы медицинской организации
- 2) оценку соблюдения технологии лечебно- технологического процесса
- 3) оценку качества медицинской помощи по конечным результатам

1017. Укажите, что предполагает результативный подход к оценке качества и эффективности медицинской помощи:

- 1) оценку качества медицинской помощи по конечным результатам
- 2) оценку результативной эффективности медицинской помощи
- 3) оценку результативности медицинской технологии

1018. При проведении процедур лицензирования и аккредитации оценивается:

- 1) структурный компонент качества медицинской помощи;
- 2) качество процесса оказания медицинской помощи;
- 3) конечный результат оказания медицинской помощи;
- 4) эффективность использования финансовых средств;
- 5) все перечисленное;

1019. Медико-экономический стандарт - это документ ...

- 1) содержащий требования к квалификации медицинских специалистов, медицинскому оборудованию и используемым медикаментам
- 2) описывающий систему управления, организацию лечебно-диагностического процесса
- 3) определяющий объем лечебно-диагностических процедур и технологию их выполнения
- 4) определяющий результативность лечения и стоимостные показатели
- 5) определяющий объем лечебно-диагностических процедур, требования к результатам лечения, объем финансового обеспечения

1020. Стандарты медицинской помощи определяют:

- 1) минимальный объем медицинской помощи
- 2) максимальный объем медицинской помощи
- 3) объем медицинской помощи не определяют

1021. Обязательными к исполнению является

- 1) стандарты медицинской помощи
- 2) протоколы ведения больного
- 3) порядки оказания медицинской помощи
- 4) клинические рекомендации

1022. Оценка качества медицинской помощи - это

- 1) обоснованная оплата медицинской услуги
- 2) процедура определения достаточности или недостатка медицинской помощи
- 3) средство стимулирования труда медицинского персонала
- 4) строгая, однозначная, подчиняющаяся особым правилам трактовка качества медицинской помощи с возданием должного ее исполнителям
- 5) проверка соответствия фактически оказанных медицинских услуг установленным медицинским стандартом

1023. Программа государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания медицинской помощи населению определяет:

- 1) условия и порядок обязательного медицинского страхования
- 2) нормы нагрузки медицинского персонала
- 3) размер тарифов на оплату медицинской помощи
- 4) средние нормативы объемов мп
- 5) средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи

Педагогика

1024. Уровень образования - это:

- 1) уровень знаний, умений, навыков и компетенции, характеризующий подготовленность к выполнению определенного вида профессиональной деятельности;
- 2) завершённый цикл образования, характеризующийся определенной единой совокупностью требований;
- 3) комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые результаты) и форм аттестации.

1025. Педагогические работники имеют право на дополнительное профессиональное образование по профилю педагогической деятельности с периодичностью:

- 1) не реже чем один раз в 2 года;
- 2) не реже чем один раз в 5 лет;
- 3) не реже чем один раз в 3 года.

1026. Под дистанционными образовательными технологиями понимается:

- 1) организация образовательной деятельности с применением баз данных, технических средств и информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих взаимодействие обучающихся и педагогических работников;
- 2) образовательные технологии, позволяющие использовать ресурсы нескольких организаций для освоения образовательной программы;
- 3) образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и педагогических работников.

1027. Количество зачетных единиц по основной профессиональной образовательной программе устанавливается:

- 1) профессорско-преподавательским составом образовательной организации;
- 2) соответствующим ФГОС (ОС);
- 3) руководителем образовательного учреждения;
- 4) учебно-методическим объединением вузов.

1028. На какой срок выдается лицензия на право оказывать образовательные услуги?

- 1) 6 лет;
- 2) 12 лет;
- 3) бессрочно.

1029. Каков срок действия свидетельства о государственной аккредитации по основным профессиональным образовательным программам?

- 1) 12 лет;
- 2) действует бессрочно;
- 3) 6 лет;
- 4) 5 лет.

1030. В каком случае лицензия аннулируется и каким образом?

- 1) по решению лицензирующего органа на основании результатов лицензирования;
- 2) по решению Минобрнауки на основании рассмотрения заявления лицензирующего органа об аннулировании лицензии;
- 3) по решению суда на основании рассмотрения заявления лицензирующего органа об аннулировании лицензии.

1031. К дополнительным профессиональным образовательным программам относятся:

- 1) программы профессиональной переподготовки;
- 2) дополнительные предпрофессиональные программы;
- 3) программы повышения квалификации;
- 4) программы подготовки специалистов среднего звена.

1032. Основные профессиональные образовательные программы разрабатываются на основе

- 1) концепций образования;
- 2) федеральных государственных образовательных стандартов;
- 3) закона об образовании;
- 4) учебников;
- 5) программ развития образования.

1033. Обучение – это

- 1) целенаправленный, систематический, организованный процесс обеспечения обучающихся знаниями, навыками и умениями, совершаемый педагогом при их сознательном и активном участии;
- 2) целенаправленный, систематический, организованный процесс обеспечения обучающихся необходимыми личностными качествами, совершаемый педагогом при их сознательном и активном участии;
- 3) это процесс установления контакта между педагогом и обучающимися.

1034. Дидактика – это...

- 1) Теория воспитания
- 2) Теория обучения
- 3) Теория саморазвития
- 4) Теория развития общества, природы и мышления

1035. К основным теориям (концепциям) обучения относятся

- 1) Ассоциативно-рефлекторная концепция обучения; теория поэтапного формирования умственных действий; теория проблемного обучения; концепция программированного обучения; концепция модульного обучения;
- 2) Ассоциативно-рефлекторная концепция обучения; теория поэтапного формирования умственных действий; концепция программированного обучения; многофакторная теория обучения;
- 3) Теория поэтапного формирования умственных действий; теория проблемного обучения; концепция программированного обучения; культурологическая теория.

1036. К репродуктивному обучению относятся следующие методы обучения

- 1) Объяснительно-иллюстративный
- 2) Проблемный
- 3) Эвристический
- 4) Исследовательский
- 5) дискуссионный

1037. Наглядные методы обучения условно можно разделить на две группы:

- 1) Беседа и демонстрация
- 2) Семинар и наблюдение
- 3) Иллюстрация и демонстрация
- 4) Словесные и наглядные
- 5) Дискуссия и видеометод

1038. К освоению дополнительных профессиональных программ допускаются:

- 1) лица, имеющие среднее профессиональное и (или) высшее образование
- 2) лица, получающие среднее профессиональное и (или) высшее образование
- 3) лица, имеющие среднее общее образование
- 4) лица, имеющие начальное, среднее или высшее образование

1039. Государственная регламентация образовательной деятельности включает в себя:

- 1) лицензирование образовательной деятельности
- 2) государственную аккредитацию образовательной деятельности
- 3) государственную аттестацию содержания и качества образования
- 4) государственный контроль (надзор) в сфере образования.

1040. Прием на обучение по программам магистратуры осуществляется по результатам:

- 1) вступительных испытаний, проводимых образовательной организацией самостоятельно
- 2) ЕГЭ
- 3) показанным кандидатом в магистратуру при сдаче государственной итоговой аттестации по программе бакалавриата (специалитет)

1041. Федеральные государственные требования определяют содержание:

- 1) дополнительных профессиональных программ
- 2) дополнительных программ профессиональной переподготовки
- 3) послевузовских профессиональных образовательных программ

1042. Педагогические работники имеют право на длительный отпуск:

- 1) сроком до одного года не реже чем через каждые 10 лет непрерывной педагогической работы
- 2) сроком до полугода не реже чем через каждые 10 лет непрерывной педагогической работы
- 3) сроком до одного года не реже чем через каждые 15 лет непрерывной педагогической работы

1043. Что является предметом аккредитационной экспертизы?

- 1) определение условий ведения образовательного процесса по заявленным для государственной аккредитации образовательным программам на соответствие их требованиям ФГОС
- 2) государственный контроль качества образования
- 3) определение соответствия содержания и качества подготовки обучающихся требованиям ФГОС

Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций

1044. Из перечисленных инфекционных заболеваний к ООИ не относятся

- 1) сибирская язва
- 2) натуральная оспа
- 3) чума
- 4) холера

1045. Из перечисленных инфекционных заболеваний к ООИ относятся (укажите все правильные ответы)

- 1) сибирская язва
- 2) натуральная оспа
- 3) чума
- 4) холера

1046. Основными принципами лечения острых отравлений являются:

- 1) удаление всосавшегося яда из организма;
- 2) антидотная терапия;

- 3) устранение патогенетически значимых синдромов и восстановление функции жизненно важных органов и систем;
- 4) все перечисленное

1047. Прием йодистого калия для защиты щитовидной железы при радиационной аварии наиболее эффективен:

- 1) при ежедневном приеме по 1 таблетке один раз в сутки, в течение всего периода поступления радиоактивного йода в организм;
- 2) при профилактическом однократном приеме;
- 3) при ежедневном приеме по 1 таблетке 3 раза в сутки, в течение всего периода поступления радиоактивного йода в организм;
- 4) при однократном приеме сразу после облучения.

1048. Содержание лейкоцитов в периферической крови является прогностическим критерием тяжести острой лучевой болезни от внешнего облучения -

- 1) в первые часы после облучения;
- 2) на 1-2 сутки после облучения;
- 3) на 7-9 сутки после облучения;
- 4) в конце "скрытого" периода.

1049. Чем больше доза облучения, тем первичная общая реакция на облучение развивается -

- 1) позже;
- 2) раньше;
- 3) связи нет;
- 4) одновременно с изменениями в периферической крови.

1050. Укажите ионизирующее излучение с максимальной биологической эффективностью для организма человека при внешнем облучении:

- 1) бета-излучение;
- 2) нейтроны;
- 3) альфа-излучение

1051. Какой из перечисленных ниже периодов в течении костномозговой формы острой лучевой болезни не выделяют?

- 1) период восстановления (разрешения)
- 2) период первичной реакции на облучение (начальный)
- 3) период разгара
- 4) период abortивной лихорадки.

1052. Острая лучевая болезнь возникает при облучении человека в диапазоне доз от:

- 1) 0,5 до 0,7 Гр;
- 2) 1,0 до 6,0 Гр;

- 3) 6,0 до 10,0 Гр;
- 4) 0,1 до 0,5 Гр.

1053. К корпускулярным видам ионизирующих излучений относятся (укажите все правильные ответы):

- 1) альфа-излучение;
- 2) бета-излучение;
- 3) гамма-излучение;
- 4) нейтронное излучение.

1054. К электромагнитным видам ионизирующих излучений относятся (укажите все правильные ответы):

- 1) альфа-излучение;
- 2) рентгеновское;
- 3) бета-излучение;
- 4) гамма-излучение.

1055. Для защиты от поражения угарным газом при его концентрации не более 1 % достаточно использовать:

- 1) фильтрующий противогаз;
- 2) фильтрующий противогаз с гопкалитовым патроном;
- 3) изолирующий противогаз;
- 4) респиратор.

1056. К профилактическим медицинским средствам защиты (антидотам) от действия угарного газа относится:

- 1) фицилин;
- 2) ацизол;
- 3) противодымная смесь;
- 4) этимизол.

1057. К механизмам детоксикации цианидов в организме не относится:

- 1) образование роданидов;
- 2) связывание с цистеином;
- 3) образование циангидринов;
- 4) образование более токсичных веществ по типу «летального синтеза».

1058. В качестве антидота при интоксикации люизитом рекомендуется использовать:

- 1) диксафен;
- 2) унитиол;
- 3) антициан;
- 4) все перечисленные.

1059. Выберите определение медико-тактической характеристики очага поражения ОВ кожно-резорбтивного действия:

- 1) нестойкий, быстрого действия;
- 2) стойкий, замедленного действия;
- 3) стойкий, быстрого действия;
- 4) вещество несмертельного действия.

1060. К поражающим факторам взрыва относятся:

- 1) ударная воздушная волна;
- 2) тепловое излучение;
- 3) осколочные поля, создаваемые летящими обломками взрывающихся объектов;
- 4) все перечисленное выше.

1061. Эвакуемость санитарного автомобиля типа УАЗ-452А

- 1) на носилках - 4 только сидя - 7
- 2) на носилках - 5 только сидя - 8
- 3) на носилках - 6 только сидя - 6
- 4) на носилках - 5 только сидя - 7
- 5) на носилках - 3 только сидя - 8

1062. Предельно допустимые сроки оказания раненым первой врачебной помощи

- 1) 4-5 часов
- 2) 6-8 часов
- 3) 2-3 часа
- 4) 7-8 часов
- 5) 8-10 часов

1063. Органом повседневного управления на федеральном уровне Службы медицины катастроф Минобороны является:

- 1) оперативный дежурный Генерального Штаба Минобороны РФ
- 2) оперативный дежурный ГВМУ Минобороны России;
- 3) оперативный дежурный МЧС России
- 4) оперативный дежурный Минздрава России

Ответы:	45.4	87. 2	
1. 2	46.1	88. 3	
2. 3	47. 1	89. 2	
3. 2	48. 4	90. 3	
4. 1	49. 3	91. 2	
5. 3	50. 3	92. 3	
6. 2	51. 4	93. 2	
7. 2	52. 1	94. 3	
8. 4	53. 4	95. 1	
9. 4	54. 2	96. 2	
10.4	55. 3	97. 2	
11.4	56. 2	98. 1	
12.4	57. 1	99. 2	
13.2	58. 4	100. 2	
14.3	59. 3	101. 1	
15.4	60. 1	102. 2	
16.4	61. 2	103. 1	
17.4	62. 2	104. 1	
18.4	63. 2	105. 1	
19.4	64. 4	106. 2	
20.3	65. 3	107. 2	
21.2	66. 4	108. 1	
22.2	67. 4	109. 1	
23.3	68. 3	110. 2	
24.1	69. 2	111. 2	
25.3	70. 2	112. 4	
26.3	71. 3	113. 4	
27.1	72. 2	114. 2	
28.3	73. 2	115. 4	
29.3	74. 2	116. 3	
30.3	75. 1	117. 1	
31.3	76. 4	118. 4	
32.3	77. 1	119. 3	
33.1	78. 2	120. 2	
34.4	79. 3	121. 2	
35.2	80. 1	122. 1	
36.4	81. 2	123. 2	
37.3	82. 2	124. 4	
38.3	83. 1	125. 4	
39.3	84. 2	126. 1	
40.1	85. 3	127. 2	
41.2	86. 2	128. 3	
42.1		129. 4	
43.1			
44.1			

130.	4	175.	1	217.	2
131.	2	176.	2	218.	2
132.	1	177.	2	219.	3
133.	2	178.	4	220.	4
134.	3	179.	2	221.	4
135.	1	180.	2	222.	1
136.	3	181.	4	223.	2
137.	2	182.	1	224.	2
138.	1	183.	3	225.	3
139.	1	184.	2	226.	4
140.	2	185.	4	227.	3
141.	1	186.	1	228.	4
142.	2	187.	3	229.	4
143.	3	188.	1	230.	1
144.	2	189.	4	231.	1
145.	1	190.	1	232.	3
146.	1	191.	4	233.	1
147.	3	192.	3	234.	3
148.	4	193.	4	235.	2
149.	1	194.	3	236.	3
150.	3	195.	4	237.	3, 4
151.	3	196.	5	238.	5, 6
152.	4	197.	5	239.	2
153.	3	198.	5	240.	1
154.	1	199.	5	241.	1, 2, 3
155.	2	200.	5	242.	1
156.	3	201.	2	243.	1
157.	3	202.	1	244.	2
158.	3	203.	5	245.	1
159.	2	204.	5	246.	1, 2, 3
160.	1	205.	5	247.	3
161.	4	206.	5	248.	3
162.	3	207.	5	249.	3
163.	3	208.	2	250.	1, 2, 3
164.	1	209.	1	251.	1
165.	3	210.	5	252.	2
166.	2	211.	1	253.	2
167.	1	212.	1	254.	3
168.	2	213.	1	255.	1
169.	2	214.	4	256.	2
170.	3	215.	1	257.	2
171.	2	216.	1	258.	3
172.	3			259.	1
173.	1			260.	1, 3
174.	2			261.	1

262.	1	307.	3	350.	3
263.	1	308.	2	351.	1
264.	2	309.	1, 2	352.	3, 5
265.	1	310.	1	353.	2
266.	3	311.	1, 2	354.	3, 5
267.	1	312.	2	355.	1
268.	3	313.	3	356.	4
269.	1	314.	2	357.	2
270.	4	315.	3	358.	2
271.	2	316.	2	359.	1
272.	4	317.	2	360.	2
273.	1	318.	3	361.	2
274.	1	319.	2	362.	2
275.	2	320.	1, 3, 4	363.	1
276.	1, 2	321.	1	364.	1
277.	2	322.	2	365.	2
278.	1	323.	1	366.	4
279.	2	324.	1	367.	4
280.	2	325.	1	368.	2, 3
281.	1	326.	4	369.	4
282.	1	327.	1	370.	4
283.	1	328.	1	371.	5
284.	1	329.	3	372.	4
285.	1	330.	1	373.	4
286.	1	331.	4	374.	1
287.	1	332.	2	375.	5
288.	2	333.	3	376.	5
289.	4	334.	2	377.	4
290.	1	335.	2	378.	1
291.	2	336.	1	379.	4
292.	3	337.	1	380.	5
293.	2	338.	3	381.	1
294.	3	339.	4	382.	1
295.	1	340.	2	383.	5
296.	1	341.	2	384.	1
297.	3	342.	1	385.	5
298.	2	343.	2	386.	4
299.	2	344.	2	387.	1
300.	3	345.	2	388.	2
301.	4	346.	1, 2, 3, 5	389.	1
302.	3	347.	1, 4	390.	1
303.	3	348.	2, 4	391.	4
304.	2	349.	2, 3, 4, 5	392.	3
305.	2			393.	2
306.	1			394.	2

395.	5	439.	2	484.	1
396.	1	440.	3	485.	2
397.	2	441.	1	486.	3
398.	1, 2, 3, 4,	442.	1	487.	2
5		443.	2	488.	1
399.	1, 3, 5, 6	444.	1	489.	2
400.	1, 2, 3	445.	1	490.	3
401.	2	446.	1	491.	3
402.	1, 2, 5, 6	447.	2	492.	1, 2, 4
403.	2, 4, 5	448.	1	493.	3
404.	2, 3	449.	3	494.	3
405.	1, 2	450.	2	495.	3
406.	1, 2	451.	3	496.	1, 2
407.	1, 4	452.	3	497.	1
408.	2, 3	453.	3	498.	5
409.	1, 4, 5	454.	1	499.	5
410.	1	455.	1	500.	5
411.	2	456.	2	501.	5
412.	1, 3, 5	457.	1	502.	3
413.	2	458.	3	503.	1
414.	1, 2	459.	4	504.	3
415.	3	460.	2	505.	1
416.	2, 3, 4	461.	1	506.	1
417.	2	462.	4	507.	1, 3
418.	2, 3, 4	463.	2	508.	2
419.	5	464.	2	509.	3
420.	4	465.	5	510.	1
421.	3	466.	3	511.	1, 2
422.	3	467.	4	512.	2
423.	2	468.	4	513.	3
424.	2	469.	5	514.	2
425.	3	470.	2	515.	4
426.	1	471.	2	516.	2
427.	3	472.	1	517.	1
428.	2	473.	3	518.	4
429.	1	474.	2	519.	4
430.	2	475.	3	520.	2
431.	3	476.	3	521.	1
432.	3	477.	3	522.	3
433.	1	478.	1	523.	2
434.	3	479.	2	524.	4
435.	1	480.	2	525.	1
436.	3	481.	2	526.	1
437.	1	482.	3	527.	5
438.	3	483.	2	528.	1

529.	1	574.	2	618.	3
530.	4	575.	1	619.	1
531.	1	576.	1	620.	1
532.	5	577.	1, 2	621.	2
533.	2	578.	1, 2, 3	622.	1
534.	4	579.	2, 4, 5, 6,	623.	2
535.	1	7		624.	1
536.	5	580.	1	625.	3
537.	2	581.	3	626.	4
538.	3	582.	1	627.	5
539.	5	583.	1, 2, 3, 4	628.	4
540.	2	584.	1	629.	1
541.	3	585.	1	630.	3
542.	2	586.	2	631.	1
543.	4	587.	2	632.	5
544.	3	588.	2, 3	633.	4
545.	1	589.	3, 4	634.	4
546.	1, 3, 4	590.	2	635.	4
547.	2	591.	1, 3	636.	2
548.	1	592.	3	637.	4
549.	1	593.	2	638.	1
550.	3	594.	3	639.	3
551.	3	595.	3	640.	5
552.	4	596.	1	641.	1
553.	5	597.	1, 2, 3	642.	1
554.	3	598.	1, 2, 3	643.	1
555.	2	599.	2	644.	5
556.	1	600.	1, 3	645.	5
557.	2	601.	3	646.	5
558.	1	602.	3	647.	1
559.	3	603.	3	648.	2
560.	2	604.	1	649.	2
561.	3	605.	2	650.	3
562.	2	606.	3, 4	651.	1
563.	3	607.	2	652.	5
564.	4	608.	1, 2, 3, 4	653.	5
565.	2	609.	2, 3	654.	5
566.	1	610.	2	655.	2
567.	2	611.	1	656.	3
568.	2	612.	4	657.	1
569.	3	613.	2	658.	4
570.	3	614.	1, 2, 3	659.	1
571.	1	615.	1, 2, 3	660.	1
572.	1	616.	2	661.	1
573.	3	617.	1, 3, 4	662.	1

663.	2	708.	5	753.	2
664.	1	709.	1	754.	5
665.	1	710.	3	755.	5
666.	5	711.	4	756.	1
667.	4	712.	5	757.	1
668.	2	713.	4	758.	4
669.	4	714.	4	759.	1
670.	1	715.	1	760.	3
671.	3	716.	5	761.	5
672.	2	717.	4	762.	4
673.	1	718.	1	763.	1
674.	2	719.	2	764.	5
675.	2	720.	2	765.	2
676.	5	721.	5	766.	2
677.	4	722.	4	767.	4
678.	4	723.	1	768.	1
679.	1	724.	1	769.	4
680.	2	725.	2	770.	1
681.	1	726.	2	771.	3
682.	1	727.	1	772.	4
683.	1	728.	1	773.	1
684.	2	729.	5	774.	2
685.	5	730.	4	775.	5
686.	2	731.	3	776.	2
687.	5	732.	5	777.	3
688.	2	733.	4	778.	2
689.	4	734.	2	779.	1
690.	3	735.	4	780.	2
691.	5	736.	4	781.	2
692.	1	737.	5	782.	4
693.	1	738.	2	783.	2
694.	1	739.	1	784.	3
695.	1	740.	1	785.	2
696.	3	741.	4	786.	1
697.	4	742.	2	787.	1
698.	3	743.	3	788.	1
699.	3	744.	4	789.	1
700.	5	745.	4	790.	1
701.	2	746.	3	791.	4
702.	5	747.	4	792.	1
703.	1	748.	5	793.	3
704.	2	749.	2	794.	5
705.	3	750.	4	795.	3
706.	4	751.	4	796.	4
707.	1	752.	3	797.	1

798.	5	843.	3	888.	1
799.	3	844.	1	889.	2, 3
800.	3	845.	3	890.	1
801.	5	846.	4	891.	2
802.	1	847.	1	892.	3
803.	4	848.	1	893.	1
804.	3	849.	1	894.	1
805.	3	850.	1	895.	1, 3
806.	3	851.	2	896.	2
807.	4	852.	3	897.	3
808.	1	853.	2	898.	1
809.	1	854.	3	899.	1, 2
810.	1	855.	1	900.	2
811.	3	856.	3	901.	4
812.	4	857.	3	902.	4
813.	5	858.	1	903.	4
814.	1	859.	2	904.	4
815.	1	860.	4	905.	4
816.	1	861.	3	906.	4
817.	3	862.	1	907.	4
818.	5	863.	2	908.	1
819.	5	864.	1	909.	2
820.	5	865.	1	910.	1
821.	5	866.	2	911.	1
822.	5	867.	4	912.	1
823.	2	868.	1	913.	1
824.	3	869.	2	914.	1
825.	2	870.	4	915.	4
826.	3	871.	1, 2, 3, 4	916.	2
827.	4	872.	1, 4	917.	1
828.	4	873.	1, 4	918.	4
829.	1	874.	1, 2, 4	919.	2
830.	5	875.	4, 5	920.	3
831.	3	876.	1, 2	921.	2
832.	4	877.	2, 4, 5	922.	2
833.	4	878.	2	923.	1
834.	3	879.	5	924.	1
835.	1	880.	5	925.	1
836.	2	881.	4	926.	3
837.	4	882.	4	927.	1
838.	5	883.	2	928.	2
839.	4	884.	2	929.	3
840.	4	885.	4	930.	2
841.	5	886.	3	931.	1
842.	2	887.	2, 3, 4, 5	932.	2

933.	2	978.	4	1023.	4, 5
934.	2, 3	979.	3	1024.	2
935.	3	980.	1	1025.	3
936.	3	981.	1	1026.	3
937.	3	982.	2	1027.	2
938.	3	983.	5	1028.	3
939.	1	984.	5	1029.	3
940.	2	985.	5	1030.	3
941.	1	986.	1	1031.	1, 3
942.	1	987.	1	1032.	2
943.	4	988.	5	1033.	1
944.	5	989.	5	1034.	2
945.	5	990.	4	1035.	1
946.	1	991.	4	1036.	1
947.	5	992.	5	1037.	3
948.	3	993.	3	1038.	1,2
949.	1	994.	1	1039.	1,2,3
950.	3	995.	2	1040.	3
951.	1	996.	2	1041.	1
952.	5	997.	1	1042.	1
953.	3	998.	1	1043.	3
954.	5	999.	2	1044.	1
955.	4	1000.	4	1045.	2, 3, 4
956.	1, 3	1001.	1	1046.	4
957.	1, 3	1002.	2	1047.	1, 4
958.	2	1003.	1	1048.	3
959.	2	1004.	2	1049.	2
960.	3	1005.	2	1050.	2
961.	1	1006.	3	1051.	4
962.	2	1007.	5	1052.	2
963.	2	1008.	1	1053.	1, 2, 4
964.	4	1009.	4	1054.	2, 4
965.	4	1010.	5	1055.	2
966.	4	1011.	1	1056.	2
967.	3	1012.	1	1057.	4
968.	4	1013.	3	1058.	2
969.	1	1014.	1	1059.	2
970.	3	1015.	1	1060.	4
971.	4	1016.	2	1061.	1
972.	2	1017.	1	1062.	1
973.	1	1018.	1	1063.	2
974.	5	1019.	5		
975.	5	1020.	1		
976.	5	1021.	1, 3		
977.	5	1022.	4		

10.2.2. Критерии оценки результатов компьютерного тестирования (I этап).

Перед началом тестирования слушатели знакомятся с порядком его проведения, им даются инструкции по работе с компьютерной системой.

Экзаменуемый, приступая к тестированию, под руководством экзаменатора с автоматизированного рабочего места с помощью клавиатуры вводит свою фамилию, имя, отчество. Экзаменатор проверяет правильность введенной информации.

Компьютерная программа, предназначенная для проведения тестирования, автоматически случайным образом выбирает из общей базы данных 100 вопросов, относящихся ко всем разделам программы. На ответ одного вопроса тестирования экзаменуемому отводится одна минута. Во время тестирования экзаменуемому на экране монитора предоставляется следующая информация:

- общее число вопросов в тесте,
- порядковый номер текущего вопроса в тесте,
- текст текущего вопроса,
- варианты ответов на текущий вопрос с кнопками управления,
- время в секундах до окончания тестирования текущего вопроса,
- результаты ответа слушателя на предшествующие вопросы,
- назначение кнопок управления.

Экзаменуемый прочитывает текст вопроса, с помощью клавиатуры и кнопок управления выбирает правильные с его точки зрения варианты ответов, после чего переходит к следующему вопросу теста. Окончание тестирования по текущему вопросу происходит либо по истечении отведенного времени, либо при нажатии кнопки перехода к следующему вопросу.

При возникновении сбоя в работе технических или программных средств составляется акт о причине сбоя, времени его возникновения и длительности. После восстановления работоспособности системы экзаменуемый продолжает выполнение теста с того места, на котором он закончил ответ во время сбоя. При невозможности продолжения работы с первоначальным тестом экзаменуемому предъявляется новый тест.

Варианты оценки тестового контроля: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценки слушателя за тестовый контроль:

«**Неудовлетворительно**» - менее 54% правильных ответов;

«**Удовлетворительно**» - 55-70 %;

«**Хорошо**» - 71-85 %;

«**Отлично**» - более 86 %.

При неудовлетворительном результате тестирования аттестация слушателя прекращается. Повторное тестирование может быть проведено в период работы аттестационной комиссии, но не ранее, чем через 3 дня.

По окончании выполнения тестового контроля экзаменатор проставляет результаты тестирования в ведомость.

Оценка, полученная при тестовом контроле, не является определяющей для оценки теоретических знаний слушателя, а лишь служит вспомогательным критерием для оценки теоретической части экзамена.

10.3.1. Перечень заданий, ситуационных задач для практической части (II этап).

Задача № 1.

Больной 14 лет обратился с жалобами на эстетический дефект, затруднённое откусывание и пережёвывание пищи. При внешнем осмотре отмечается увеличение объёма нижней трети лица. Нижняя челюсть по отношению к верхней расположена мезиально. Тело 39 нижней челюсти в пределах нормы. Угол нижней челюсти 140°. Нижняя губа выстоит вперёд по отношению к верхней. При смыкании губ определяется напряженность мышц приротовой области. Со стороны полости рта: верхняя челюсть в пределах нормы, на нижней челюсти отмечается наличие трем и диастема. Зубодесневые сосочки в области 31, 32, 42, 41 зубов гиперемированы и отёчны. При соотношении зубных рядов передние щёчные бугры 16, 26 расположены между 37, 36, 46, 47 зубами. Сагиттальная щель между резцами 8,0 мм.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.

Задача № 2.

Больному 11 лет. Жалобы на косметический дефект. При внешнем осмотре отмечается незначительное укорочение нижней трети лица. Со стороны полости рта: на верхней челюсти 11, 21 расположены нёбно, на нижней челюсти отмечается скученность в области 31, 41 зубов. При соотношении зубных рядов фронтальная группа зубов верхней челюсти перекрывает зубы нижней челюсти на 2/3. 16, 26 зубы смыкаются по II классу классификации Энгля.

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Морфологические изменения в зубных и околозубных тканях при ортодонтическом лечении.

Задача № 3.

При осмотре ребёнка 7 лет выявлены нарушения функции носового дыхания, «инфантильный» тип глотания.

1. Врачебная тактика по отношению к данному пациенту.
2. Значение функций дыхания и глотания в развитии зубочелюстных деформаций.
3. К каким изменениям зубочелюстной системы приведёт нарушение данных функций.

Задача № 4.

Больной 11 лет жалуется на косметический дефект верхнего зубного ряда. При осмотре со стороны полости рта определяется промежуток между 11, 21 зубами, равный 5,0 мм. Уздечка верхней губы расположена низко и начинается от десневого сосочка. Зубные ряды правильной формы. 16, 26 зубы расположены нейтрально.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите возможную причину аномалии 11, 21 зубов.
3. Составьте план лечения.
4. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении.

Задача № 5.

У больного 7 лет при внешнем осмотре отмечается незначительное выступание подбородка вперед. Нижние резцы выступают кпереди по отношению к верхним. Бугры 73, 83 хорошо выражены. Соотношение зубов в боковых участках нейтральное.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите причину имеющейся аномалии прикуса.
3. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий.
4. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении

Задача № 6.

Ребёнок в возрасте 6 лет направлен к врачу-ортодонту на консультацию после удаления 54, 55, 64, 65 зубов. При внешнем осмотре 41 отклонений от нормы не наблюдается. Со стороны полости рта шестые нижние зубы в стадии прорезывания. Зубы верхней челюсти перекрывают зубы нижней челюсти во фронтальном участке более чем на 1/3.

1. Причины ранней потери зубов у детей и их последствия.
2. Составьте и обоснуйте план профилактических мероприятий для данного пациента.
3. Особенности лечения детей и требования, предъявляемые к лечебным аппаратам.

Задача № 7.

Больной 4 лет обратился с жалобами на косметический дефект. При внешнем осмотре: лицо без видимых изменений. Со стороны полости рта: на верхней челюсти отмечается плотный контакт между зубами в зубном ряду. На нижней челюсти между зубами имеются тремы и диастема. Бугры 53 и 63 зубов выражены. Соотношение зубных рядов во фронтальном участке по типу прямого прикуса. Соотношение зубов в боковых участках нейтральное.

1. Морфологическая и функциональная характеристика временного прикуса.
2. В каких лечебно-профилактических мероприятиях нуждается ребёнок?

Задача № 8.

У ребёнка 4 лет при внешнем осмотре отмечается выступание подбородка. Язык расположен между губами и выступает из полости рта. Носогубные складки сглажены. При осмотре полости рта между зубами верхней и нижней челюсти имеются диастемы и тремы. Фронтальные зубы верхней и нижней челюсти протрусованы, причём на нижней челюсти гораздо значительнее, чем на верхней. На боковых поверхностях языка отпечатки зубов. Попытки убрать язык в полость рта не увенчались успехом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования и лечения больного.
3. Ваш прогноз заболевания.

Задача № 9.

Ребёнку 4 года. Жалобы на невозможность откусывания и затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. При внешнем осмотре отмечается увеличение нижней трети лица. Носогубные и подбородочная складки сглажены. Рот полуоткрыт. При смыкании губ определяется напряжение мышц приротовой области. Из анамнеза выявлено, что ребёнок до 2-х лет сосал соску, а в настоящее время имеет привычку сосать палец. Со стороны полости рта: слизистая без видимых изменений. На верхней челюсти отмечается протруссия зубов во фронтальном участке, сужение в боковых отделах, нёбо глубокое. Нижняя челюсть без изменений. При смыкании зубных рядов имеется разобщение прикуса в области фронтальных зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте последовательность лечебно-профилактических мероприятий.
3. Какова вероятность саморегуляции данной патологии.

Задача № 10.

Больному 13 лет. Обратился с жалобами на эстетический дефект, затруднённое откусывание и пережёвывание пищи. При обследовании был поставлен диагноз: «дистальный прикус, сочетанный с глубоким».

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для выбора метода лечения.
2. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении.

Задача № 11.

Ребёнок 10 лет направлен к ортодонту после удаления центральных верхних резцов вследствие травмы.

1. Какие последствия травмы возможны.

2. Какой вид лечебно-профилактических мероприятий может быть использован в данном случае.

Задача № 12.

У пациента 5,5 лет по поводу осложненного кариозного процесса были удалены 51. 61 зубы, между зубами верхней и нижней челюстей отмечаются плотные контакты, между зубами-антагонистами выраженный фиссурно-бугорковый контакт, стираемость окклюзионных поверхностей слабо выражена.

1. Составьте план ортодонтического лечения.
2. Какие виды лечебных аппаратов могут применяться (классификация ортодонтических аппаратов).

Задача №13

Пострадавший неподвижен, на оклик не реагирует. Видимое дыхание и пульс на лучевой артерии отсутствует. Пульс на сонной артерии едва определяется. Правая голень оторвана на уровне верхней трети. Видимого кровотечения нет. Одежда обильно пропитана кровью. Местность холмистая, температура воздуха +30°C. Ваши действия.

Задача №14

Раненый без сознания. Двигательное возбуждение. Вдох затруднен, сопровождается втяжением надключичных ямок. Цианоз губ. На одежде следы рвотных масс. В правой лобно-височной области ссадина и ограниченная припухлость мягких тканей. Пульс редкий. Действие в городе, дождь. Ваши действия.

Задача №15

Лицо залито кровью. Нижняя челюсть деформирована и смещена кзади. Сознание отсутствует. Вдох судорожный. Пульс частый. Местность лесисто-болотистая. Температура воздуха +15°C. Ваши действия.

Задача №16

Раненый в сознании. Беспокоен. Жалобы на нехватку воздуха. Дыхание частое, поверхностное. Цианоз лица. Пульс частый. В левой подлопаточной области умеренно кровоточащая рана 3•2 см. Выраженная подкожная эмфизема туловища, головы и верхних конечностей. Поле. Температура воздуха -5°C. Ваши действия.

Задача №17

Лицо залито кровью. Сознание спутано, стонет. В левой скуловой области 5•8 см. Глаз поврежден. Обильное истечение алой крови из раны. Местность холмистая. Температура воздуха +12°C. Ваши действия.

Задача №18

В сознании. Обессилен. На передней боковой поверхности шеи справа поперечная рана 8•2 см с фонтанирующим кровотечением. Местность лесистая. Температура воздуха -28°С. Ваши действия.

Задача №19

Жалобы на боли в правой подлопаточной области, где одежда пробита осколком и умеренно промокла кровью. Пульс несколько учащен. Лесисто-болотистая местность. Температура воздуха +8°С. Ваши действия.

Задача №20

Жалобы на умеренные боли в области раны живота. Одежда ниже пояса порвана и пропитана кровью. В околопупочной области справа рана 3•3 см с умеренным кровотечением. Поле. Температура воздуха +15°С. Ваши действия.

Задача №21

Раненый наложил на рану бедра повязку. Повязка и одежда обильно промокли кровью. Температура воздуха +40°С. Ваши действия.

Задача №22

3 часа назад придавило плитой обе нижние конечности до средней трети бедер. В сознании. Стонет от боли. Пытается самостоятельно освободиться из-под завала. Поле. Температура воздуха +20°С. Ваши действия.

Задача №23

Упал с движущего автотранспорта вниз головой. Заторможен. При окрике открывает глаза. Руки и ноги безжизненно свисают как “плети”. Дыхание не нарушено. Пульс учащен. Лежит на обочине дороги. Температура воздуха +14°С. Ваши действия.

Задача №24

Жалуется на резкие боли в поясничном отделе позвоночника, где имеется рана 4•4 см с незначительным кровотечением. Активные движения в нижних конечностях отсутствуют. Рабочий поселок. Температура воздуха +14°С. Ваши действия.

Задача №25

Ранен в живот. Стонет. На передней брюшной стенке обширная рана с выпавшими петлями кишечника. Пульс слабый. Поле. Температура воздуха +7°С. Ваши действия.

Задача №26

Извлечен из-под перевернувшейся грузовой машины. Жалуется на сильные боли внизу живота и в области таза. Ноги слегка развернуты кнаружи. Кожные покровы бледные, на лбу капельки пота. Тахикардия. Пульс слабого наполнения. Температура воздуха +5°C. Ваши действия.

Задача №27

Жалуется на боли в правой голени, которую придерживает руками. Голень необычно смещена под углом кнаружи. При попытке выпрямить ногу боль резко усиливается. Рядом плавни, заросшие камышом. Температура воздуха +18°C. Ваши действия.

Задача №28

При падении линии электропередачи был поражен электрическим током. Сознание отсутствует. Грудная клетка неподвижна. Пульс на сонной артерии частый, слабый. Пальцы правой кисти покрыты черным струпом. Лесистая местность. Температура воздуха +10°C. Ваши действия.

Ответы к задаче № 1

1. Прогения 2. а) Рентгенологическое исследование (ортопантограмма, телерентгенограмма) б) Биометрическое исследование гипсовых моделей челюстей по методу Пона, Герлаха, Хаулея – Гербста. 3. а) устранение этиологического фактора б) при необходимости-восстановление правильной формы зубных рядов в) костная пластика нижней челюсти

Ответы к задаче № 2

1.Рентгенологическое исследование (ортопантограмма, телерентгенограмма) биометрическое исследование гипсовых моделей челюстей по методу Пона, Герлаха, Хаулея –Гербста. 2. Дистальный прикус (2класс 2 подкласс по классификации Энгля, сочетающийся с глубоким резцовым перекрытием) 3. а) устранение этиологического фактора б) миогимнастика в) восстановление формы зубных рядов г) выдвижение нижней челюсти вперед, устранение патологии по вертикальной плоскости 4. Перестройка костной ткани в области перемещаемых зубов (процессы резорбции и восстановления костной ткани в зоне перемещения) 51

Ответы к задаче № 3

1. а) направление на обследование к ЛОР- врачу для определения нарушения носового дыхания (наличие аденоидных вегетаций, искривление носовой перегородки и т. д.) б) обучение правильному глотанию, диспансерное наблюдение у врача - ортодонта 2 раза в год 2. Нарушение функции дыхания и глотания приводит к деформациям

зубочелюстной системы по трем плоскостям (вертикальной, сагиттальной, горизонтальной) 3. Дистальный прикус, сочетанный с глубоким.

Ответы к задаче № 4

1. Диастема верхней челюсти 2. Укороченная и широкая уздечка верхней губы 3. Пластика укороченной уздечки верхней губы с последующим ортодонтическим лечением для устранения диастемы. 4. а) ортодонтическое лечение без предварительного проведения пластики уздечки верхней губы б) неполное удлинение уздечки верхней губы в межзубном промежутке в) неверный выбор конструкции ортодонтического аппарата г) не выдержан ретенционный период

Ответы к задаче № 5

1. Прогеническое соотношение фронтальной группы зубов 2. а) наследственный фактор б) макроглоссия в) ранняя потеря временных зубов во фронтальном отделе верхней челюсти вследствие разрушения их кариозным процессом г) ранняя потеря временных зубов во фронтальном отделе верхней челюсти вследствие травмы 52 д) отсутствие физиологической стираемости 73, 83 зубов 3. а) изготовление подбородочной пращи для предотвращения выдвижения нижней челюсти кпереди б) перемещение фронтальной группы зубов на верхней челюсти вперед до ортогнатического соотношения (на период перемещения проводится дезокклюзия) 4. а) неиспользование в процессе лечения подбородочной пращи б) перемещение зубов без предварительной дезокклюзии.

Ответы к задаче № 6

1. а) кариес и его осложнения б) травма ЧЛЮ. в) последствия: нарушение жевательной функции, отсутствие места для одноименных постоянных зубов, косметический дефект, возможное недоразвитие челюсти 2. а) изготовление съемного аппарата на верхнюю челюсть с искусственными зубами в области дефекта и расширяющим ортодонтическим винтом. б) миогимнастика 3. а) индивидуальный подход к лечению с учетом возраста, пола, тяжести зубочелюстной патологии. б) не затруднять гигиенический уход за полостью рта в) хорошо фиксироваться в полости рта г) отвечать эстетическим требованиям д) конструкция лечебного аппарата должна соответствовать зубочелюстной деформации е) аппарат должен оказывать лечебное воздействие эффективно и в наиболее сжатые сроки

Ответы к задаче № 7

1). В молочном прикусе 20 зубов. 1. Имеется три группы зубов (резцы, клыки, моляры). 2. Прорезывание зубов завершается к 2,0 - 2,5 годам. 3. Завершение формирования корней молочных зубов происходит в возрастном диапазоне от 2,5 лет до 4. 4. Форма зубных дуг на верхней и нижней челюстях – полукруг. 5. Линия между центральными резцами

верхней и нижней челюсти совпадает. 6. Фронтальная группа зубов верхней челюсти перекрывает фронтальную группу зубов нижней челюсти на 1/3 высоты коронки. 7. Каждый зуб имеет по два антагониста за исключением центральных резцов нижней челюсти и пятых верхних зубов. Молочный прикус имеет два периода: I период - с момента прорезывания первого зуба и до 4-4,5 лет. II период - с 4-4,5 до 6-6,5 лет. В первый период отмечается: 1. Плотный контакт между зубами в зубном ряду. 2. Ярко выражены бугры. 3. Дистальные поверхности пятых зубов верхней и нижней челюсти находятся в одной вертикальной плоскости. 4. Отсутствуют площадки для 6-х зубов. Второй период: 1. Появляются физиологические тремы и диастемы. 2. Отмечается физиологическая стираемость зубов. 3. Определяется подвижность зубов (связанная с рассасыванием корней). 4. Пятые зубы на нижней челюсти смещены мезиально с образованием дистальной ступени. 5. Появляются площадки для первых постоянных моляров. 2). а) сошлифовка бугров временных клыков 54 б) миогимнастика

Ответы к задаче № 8

1. Макроглоссия, прогения в сочетании с открытым прикусом 2. Устранение макроглоссии хирургическим способом 3. Положительный. Возможна саморегуляция при устранении всех причинных факторов и проведении профилактических мероприятий (миогимнастика, наблюдение у ортодонта).

Ответы к задаче № 9

1. Открытый прикус 2. Устранение вредной привычки (сосания пальца) а) пластинка с заслонкой для языка 3. Саморегуляция возможна при выполнении всех профилактических мероприятий

Ответы к задаче № 10

1. Рентгенологические методы исследования (ортопантомограмма, телерентгенограмма), биометрическое исследование моделей зубных рядов - метод Пона, Герлаха. 2. Неправильный выбор лечебного аппарата, нарушения режима лечения, гиперактивация (превышение силовых нагрузок в процессе лечения, неправильный выбор высоты и угла наклонной плоскости, невыдержанный ретенционный период).

Ответы к задаче № 11

1. Наклон коронок 12, 22 медиально, зубоальвеолярное удлинение в области 31, 41 на нижней челюсти, их протруссия 55 2. Замещение дефекта верхнего зубного ряда аппаратом с искусственными зубами, винтом.

Ответы к задаче № 12

1. Стимуляция роста верхней челюсти. 2. Сочетание ортопедической конструкции (с искусственными зубами) и ортодонтическим элементом (винтом).

Ответы к задаче № 13

Отсутствие дыхания при сохраненном, хотя и ослабленном кровообращении (наличие пульса на сонной артерии) свидетельствует о том, что пострадавший находится в терминальном состоянии, обусловленном разрушением голени, массивной кровопотери и обезвоживанием пострадавшего (температура +30°C). Непосредственная угроза жизни от остановки дыхания.

Первая медицинская помощь:

1. ИВЛ

2. В случае восстановления самостоятельного дыхания - обезболить и наложить жгут выше раны

3. Повязка на рану

4. Транспортная мобилизация прибинтовыванием поврежденной конечности к здоровой

5. под жгут записка с указанием даты и времени его наложения.

6. Обильно напоить раненого, если сохранен акт глотания.

7. Оттащить раненого в укрытие (обратный скат холма) и придать устойчивое положение на боку для предупреждения западения языка.

8. Накрыть накидкой медицинской для предупреждения общего перегревания.

9. Подлежит первоочередному выносу с очага.

10. Если самостоятельное дыхание не восстанавливается в течении пяти минут или исчезнет пульс, раненый мертв. Реанимацию прекратить. Преступить к оказанию медицинской помощи другим пораженным.

Ответы к задаче № 14

Наличие ссадины и припухлости в правой височной области, отсутствие сознания и следы рвотных масс свидетельствуют о том, что пострадавший получил закрытую тяжелую травму черепа. Удушье, по-видимому, обусловлено аспирацией рвотных масс и западением языка.

Первая медицинская помощь:

1. Подложить валик под плечи.

2. Запрокинуть голову, открыть рот и выдвинуть нижнюю челюсть.

3. Очистить пальцем ротоглотку от рвотных масс.

4. Ввести воздуховод.

5. Оттащить раненого в положении на боку или на животе в здание вблизи от проезжей части улицы и придать устойчивое положение на боку.

6. Подлежит первоочередному вывозу.

Ответы к задаче № 15

Деформация и смещение нижней челюсти кзади свидетельствует о ее переломе. Удушье обусловлено западением языка и, по-видимому, аспирацией крови (лицо залито кровью).

Первая медицинская помощь:

1. Подложить под плечи валик.
2. Запрокинуть голову, открыть рот и выдвинуть нижнюю челюсть.
3. Очистить пальцем ротоглотку от сгустков крови.
4. Ввести воздуховод.
5. Иммобилизировать нижнюю челюсть пращевидной повязкой.
6. Оттащить раненого в укрытие и придать устойчивое положение на боку.
7. Подлежит первоочередному вывозу.

Ответы к задаче № 16

Жалобы на удушье и наличие раны в левой подлопаточной области с выращенной подкожной эмфиземой туловища свидетельствуют о наличии у раненого прогрессирующего напряженного левостороннего пневмоторакса, угрожающего жизни из-за резкого повышения внутриплеврального давления и смещения средостения.

Первая медицинская помощь:

1. Наложить окклюзионную повязку с клапаном на рану груди.
2. Обезболивание.
3. Придать раненому положение полусидя.
4. Укутать накидкой медицинской для профилактики общего переохлаждения.

Ответы к задаче № 17

Обильное истечение алой крови из раны в левой скуловой области свидетельствует об артериальном кровотечении.

Первая медицинская помощь:

1. Остановить кровотечение пальцевым прижатием левой сонной артерии.
2. При обильном промокании повязки кровью остановить кровотечение придавливанием левой сонной артерии к позвоночнику повязкой с пелотом, проводя туры бинта справа через поднятую вверх правую руку.
3. Наложить бинокулярную повязку.
4. Придать раненому устойчивое положение на боку.
5. Подлежит первоочередному вывозу.

Ответы к задаче № 18

У раненого артериальное кровотечение.

Первая медицинская помощь:

1. Остановить кровотечение пальцевым прижатием правой сонной артерии к позвоночнику и наложить давящую повязку с пелотом на рану, проводя туры бинта слева через поднятую вверх левую руку.
2. Обезболить.

3. Обильно напоить раненого.
4. Укрыть накидкой медицинской для предупреждения общего переохлаждения и замерзания.
5. Подлежит первоочередному вывозу.

Ответы к задаче № 19

Умеренное пропитывание кровью одежда вокруг раны в правой подлопаточной области без признаков нарушения дыхания и кровообращения свидетельствует о неопасном для жизни ранении мягких тканей.

Первая медицинская помощь:

1. Наложить давящую повязку с пелотом на рану.
2. Обезболить.
3. Направить раненого к месту сбора легко пораженных.

Ответы к задаче № 20

Наличие у раненого умеренно кровотокащей небольшой раны в околопупочной области при вполне удовлетворительном состоянии раненого свидетельствует, скорее всего, о ранении мягких тканей передней брюшной стенки.

Первая медицинская помощь:

1. Наложить давящую повязку.
2. Обезболить.
3. Направить раненого к месту сбора легко пораженных.

Ответы к задаче № 21

Обильное промокание повязки кровью свидетельствует, скорее всего, о продолжающемся артериальном кровотечении из раны бедра.

Первая медицинская помощь:

1. Наложить кровоостанавливающий жгут тот час выше повязки.
2. Обезболить.
3. Наложить дополнительные туры бинта на промокшую повязку.
4. Под жгут записку с указанием даты и времени его наложения.
5. Иммобилизация поврежденной конечности.
6. Обильно напоить раненого.
7. Накрыть раненого накидкой медицинской для профилактики общего перегревания.
8. Подлежит первоочередному вывозу.

Ответы к задаче № 22

Учитывая, что продолжительность сдавливания конечностей у пострадавшего превышает 2 часа, следует ожидать у него развития синдрома длительного сдавливания после освобождения из-под завала. Непосредственную опасность для жизни представляет острая

интоксикация, которая развивается у таких пострадавших после освобождения их из-под завала.

Первая медицинская помощь:

1. Обезболивание.
2. Освободить пострадавшего из-под завала.
3. Наложить на сдавленные конечности шины медицинские пневматические или осуществить тугое бинтование конечностей до уровня сдавливания.
4. По возможности, охладить конечности смачиванием повязок холодной водой.
5. Подлежат вывозу в порядке очередности.

Ответы к задаче № 23

Надо полагать, что пострадавший получил тяжелую травму черепа и головного мозга, шейного отдела позвоночника и спинного мозга. Угроза для жизни может возникнуть вследствие западения языка.

Первая медицинская помощь:

1. Иммобилизация позвоночника на доске.
2. Воздуховод.
3. Подлежит первоочередному вывозу.

Ответы к задаче № 24

Надо полагать, что у раненого поврежден позвоночник и спинной мозг.

Первая медицинская помощь:

1. Обезболивание.
2. Наложить повязки на рану.
3. Иммобилизация позвоночника на доске.
4. Подлежит вывозу в порядке очередности.

Ответы к задаче № 25

Очевидно у раненого тяжелое ранение живота. Непосредственная угроза жизни раненого от ранения живота.

Первая медицинская помощь:

1. Обезболивание.
2. Наложить повязку на рану живота. Выпавшие внутренности не вправлять, а фиксировать повязкой к брюшной стенке.
3. Укутать раненого накидкой медицинской для профилактики общего переохлаждения.
4. Подлежит первоочередному вывозу.

Ответы к задаче № 26

В наличие тяжелая травма таза и тазовых органов.

Первая медицинская помощь:

1. Обезболивание.

2. Иммобилизовать таз, уложив раненого на одеяло и подложив под согнутые в коленных суставах и слегка ратированные наружи вещи. Для предупреждения излишней ратации конечности фиксировать их бинтом.
3. Профилактика переохлаждения.
4. Подлежит первоочередному вывозу.

Ответы к задаче № 27

В наличии закрытый перелом обеих костей голени, что представляет опасность вторичного повреждения отломками кости сосудисто-нервного пучка и кожи.

Первая медицинская помощь:

1. Обезболивание.
2. Транспортная иммобилизация правой голени шиной медицинской или подручными средствами (стебли камыша).
3. Помочь раненому отползти в безопасное место.
4. Эвакуация в порядке очередности.

Ответы к задаче № 28

В наличии терминальное состояние вследствие поражения электрическим током. Непосредственная угроза жизни от остановки дыхания.

Первая медицинская помощь:

1. Освободить пострадавшего от действия тока.
2. ИВЛ.
3. После восстановления самостоятельного дыхания придать полусидящее положение пострадавшему.
4. Эвакуация в первую очередь

10.3.2. Критерии оценки заданий и ситуационных задач для практической части (III этап).

Оценка подготовленности экзаменуемого производится по четырехбалльной системе. Билет практической части экзамена, содержит одну ситуационную задачу для контроля практических навыков. Эти задания включают наиболее часто используемые в ортодонтии методики диагностики и лечения зубочелюстно-лицевых аномалий.

Практическая часть оценивается по четырех балльной системе: «Отлично», «Хорошо», «Удовлетворительно» или «Неудовлетворительно».

Оценка **«отлично»** выставляется за ответ, при котором экзаменуемый продемонстрировал:

- отчетливое и свободное владение понятийным аппаратом, научным языком и хирургической терминологией;
- умение корректно, деонтологически правильно, общаться с пациентами;
- свободное и правильное владение практическими навыками, предусмотренными для изучения программой;

Оценка **«хорошо»** выставляется за ответ, при котором экзаменуемый продемонстрировал:

- знание узловых проблем вопросов программы и основного содержания практического курса;
- умение пользоваться понятийным аппаратом в процессе анализа клинико-лабораторных данных;
- знание практических методик, предусмотренные программой;

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется за ответ, при котором экзаменуемый продемонстрировал:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов программы и содержания практического курса;
- затруднения с использованием научно-понятийного аппарата хирургической терминологии;
- неполное знание методик, рекомендованных к практическому освоению;
- затруднения в работе с пациентами при сборе анамнеза заболевания и его обследования;

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется при:

- незнании, либо отрывочном представлении практических навыков и умения учебно-программного материала;
- неумении выполнять предусмотренные программой навыки.

10.4.1. Перечень вопросов теоретической части государственной (итоговой) аттестации (III этап).

Ортодонтия.

1. Этиопатогенез аномалий прикуса. Ротовое дыхание.
2. Этиопатогенез аномалий прикуса. Нарушение функций зубочелюстной системы.
3. Этиопатогенез аномалий прикуса. Вредные привычки.
4. Этиопатогенез аномалий прикуса. Заболевания лор-органов.
5. Клинические методы обследования.
6. Морфологические методы обследования.
7. Рентгенологические методы обследования.
8. Функциональные методы обследования. Жевательные пробы.
9. Антропометрические методы обследования.
10. Рентгенологические методы обследования. Телерентгенограмма.
11. Рентгенологические методы обследования. Ортопантомограмма.
12. Рентгенологические методы обследования. Внутриротовые рентгенограммы.
13. Определение типа роста, индивидуальных норм размеров челюстей по телерентгенограмме.
14. Определение прогноза лечения по телерентгенограмме.
15. Патология прикуса в сагиттальной плоскости. Верхняя макрогнатия, прогнатия, дистальный прикус. Методы обследования, постановка диагноза.
16. Патология прикуса в сагиттальной плоскости. Нижняя макрогнатия и прогнатия, мезиальный прикус. Методы обследования, постановка диагноза.
17. Патология прикуса в вертикальной плоскости. Глубокое резцовое перекрытие, глубокий прикус, глубокий травмирующий прикус. Методы обследования, постановка диагноза.
18. Патология прикуса в вертикальной плоскости. Открытый прикус. Методы обследования, постановка диагноза.
19. Патология прикуса в трансверзальной плоскости. Методы обследования, постановка диагноза.
20. Исследование и анализ диагностических и контрольных моделей.
21. Рефлексы, возникающие в области зубочелюстной системы. Функциональные жевательные звенья.
22. Физиологические изменения зубов и пародонта.
23. Статические методы исследования жевательной эффективности.
24. Профилактика зубочелюстных аномалий. Методы первичной профилактики.
25. Профилактика зубочелюстных аномалий. Методы вторичной профилактики.
26. Диспансерные группы пациентов при зубочелюстных аномалиях.

27. Понятие и краткая история развития ортодонтии.
28. Классификация аномалий прикуса (Энгля).
29. 6 ключей окклюзии по Эндрюсу.
30. Классификация ортодонтической аппаратуры. Возрастные показания к применению.
31. Классификация съемных аппаратов. Периоды роста челюстей.
32. Аппараты механического действия. Элементы их активирования. Осложнения и ошибки в процессе лечения.
33. Аппараты функционального действия. Показания к применению.
34. Аппараты функционально-направляющего действия. Показания к применению и осложнения.
35. Основные элементы несъемной ортодонтической техники.
36. Аномалии отдельных зубов и зубных рядов. Адентия.
37. Дополнительные внеротовые приспособления к несъемной ортодонтической технике. Показания к их применению.
38. Аномалии отдельных зубов и зубных рядов. Ретенция.
39. Аномалии отдельных зубов и зубных рядов. Дистопия.
40. Аномалии отдельных зубов и зубных рядов. Тортоаномалии.
41. Аномалии отдельных зубов и зубных рядов. Сверхкомплектные зубы.
42. Классификация врожденных пороков чло.
43. Этиопатогенез врожденных пороков челюстно-лицевой области.
44. Аппараты механического действия. Показания к применению.
45. Аппараты механического действия. Осложнения и ошибки в процессе лечения.
46. Аппараты функционального действия. Показания к применению.
47. Аппараты функционального действия. Осложнения при применении и их профилактика.
48. Патология прикуса в трансверзальной плоскости. Клиника, методы лечения.
49. Патология прикуса в сагиттальной плоскости. Верхняя макрогнатия, прогнатия, дистальный прикус. Клиника, методы лечения.
50. Патология прикуса в сагиттальной плоскости. Нижняя макрогнатия и прогнатия, мезиальный прикус. Клиника, методы лечения.
51. Патология прикуса в вертикальной плоскости. Глубокое резцовое перекрытие, глубокий прикус, глубокий травмирующий прикус. Клиника, методы лечения.
52. Патология прикуса в трансверзальной плоскости. Клиника, методы лечения.
53. Реконструктивные операции на верхней челюсти как метод лечения зубочелюстных аномалий.
54. Реконструктивные операции на нижней челюсти как метод лечения зубочелюстных аномалий.
55. Раннее ортодонтическое лечение с использованием несъемной ортодонтической техники.

56. Аномалии мягких тканей. Возрастные показания к хирургическому лечению.
57. Удаление нижних третьих моляров. Показания, в т.ч. Возрастные. Осложнения.
58. Аномалии мягких тканей. Аномалии уздечки языка.
59. Аномалии мягких тканей. Мелкое преддверие полости рта.
60. Ортодонтическое лечение с удалением отдельных зубов.
61. Показания и возможности современной ортодонтии в лечении без удаления зубов.
62. Показания к использованию дуг различной формы и сечения.
63. Дополнительные внутриротовые приспособления к несъемной ортодонтической технике. Показания к их применению.
64. Ретенционный период ортодонтического лечения. Сроки. Виды ретейнеров.
65. Дуги, используемые в ортодонтии. Сплавы. Показания и последовательность их применения.
66. Техника риккеттса. Возможности применения.
67. Профилактика рецидивов при ортодонтическом лечении.
68. Осложнения в ходе ортодонтического лечения несъемной техникой. Профилактика.
69. Комплексное лечение гнатических форм патологии у подростков и взрослых.
70. Обоснование комплексного обследования и лечения ортодонтических пациентов с привлечением специалистов смежных специальностей.
71. Травма в челюстно-лицевой области. Травматические поражения зубов.
72. Раннее ортодонтическое лечение в комплексе оказания помощи пациентам с врожденными пороками челюстно-лицевой области.
73. Клиника и лечение врожденных пороков челюстно-лицевой области.
74. Комплексное лечение пациентов с врожденными расщелинами челюстно-лицевой области (хирургическое, ортодонтическое, ортопедическое).
75. Осложнения в ходе ортодонтического лечения несъемной техникой. Причины, способы устранения.
76. Тактика врача-ортодонта при травматических поражениях зубов.
77. Показания и целесообразность лечения зубочелюстных аномалий.
78. Преортодонтический трейнер, показания к применению.
79. Изменения височно-нижнечелюстном суставе при ортодонтическом лечении.
80. Виды ортодонтического перемещения зубов.
81. Факторы, обеспечивающие устойчивость зубных рядов.

Общественное здоровье и здравоохранение.

1. Основные тенденции изменения здоровья населения и демографической ситуации в Российской Федерации в начале XXI века.
2. Основные нормативные документы, регламентирующие вопросы охраны здоровья населения в Российской Федерации.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских и фармацевтических работников в соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Права и обязанности медицинских организаций в соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
6. Медицинская помощь. Виды, условия и форма оказания медицинской помощи.
7. Качество медицинской помощи. Основные понятия. Государственная политика в области повышения качества медицинской помощи.
8. Характеристика деятельности медицинской организации. Номенклатура медицинских организаций.
9. Показатели работы медицинской организации, используемые при оценке эффективности ее работы.
10. Медицинская экспертиза как вид медицинской деятельности – правовые основы организации и проведения. Виды медицинских экспертиз.
11. Экспертиза временной нетрудоспособности, порядок ее проведения. Права медицинских работников при ее проведении. Функции документов, подтверждающих временную нетрудоспособность.
12. Основные экономические модели организации оказания медицинской помощи населению.
13. Финансирование здравоохранения Российской Федерации в современных условиях, основные источники.
14. Обязательное медицинское страхование. Субъекты медицинского страхования (застрахованные лица, страхователи, организации, Федеральный фонд ОМС): права и обязанности, порядок их взаимодействия.
15. Обязательное медицинское страхование. Участники медицинского страхования (территориальный фонд ОМС, страховая медицинская организация, медицинская организация): права и обязанности, порядок их взаимодействия.
16. Организация экспертизы качества медицинской помощи.

17. Взаимодействие медицинских и медицинских страховых организаций по повышению качества медицинской помощи.
18. Базовая и территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Задачи, краткая характеристика. Определение показателя подушевого финансирования.
19. Организация контроля качества и безопасности медицинской деятельности
20. Организация лицензирования медицинской деятельности. Основные лицензионные требования, предъявляемые к соискателю лицензии на медицинскую деятельность.
21. Порядок организации лицензирования медицинской деятельности медицинской организации.
22. Управление (менеджмент), его цели.
23. Особенности управления системой здравоохранения Российской Федерации в современных условиях.
24. Функции, принципы и методы управления в здравоохранении.
25. Ресурсное обеспечение системы управления здравоохранением Российской Федерации.
26. Планирование в системе здравоохранения.
27. Цель, задачи, структура, принципы управления кадрами в системе здравоохранения.
28. Кадровый менеджмент в медицинских организациях.
29. Управление материальными ресурсами в здравоохранении.
30. Информационные ресурсы в здравоохранении.
31. Общие сведения о текстовых редакторах. Каково назначение редакторов и их основные возможности?
32. Каковы основные приёмы набора и редактирования текстов в программе MS Word?
33. Как выполняется выделение фрагментов текста в программе MS Word?
34. Какие основные операции можно выполнить с выделенным фрагментом текста в программе MS Word?
35. Какие объекты могут быть добавлены в текстовый документ в программе MS Word?
36. Как выполняется вставка и настройка таблицы в программе MS Word?
37. Как выполняется вставка и настройка рисунка в программе MS Word?
38. Как выполняется вставка и настройка надписи в программе MS Word?
39. Как выполняется вставка и настройка фигур в программе MS Word?
40. Как выполняется вывод документа в файл, на печать в программе MS Word?
41. Понятие об электронных таблицах. Каковы основные возможности табличных процессоров, область их применения?

42. Каковы основные правила создания и управления таблицей в программе MS Excel?
43. Понятие «Лист» в программе MS Excel, свойства листа, добавление листов?
44. Понятие о форматах данных, приёмы задания форматов в программе MS Excel?
45. Понятие «Формула» в программе MS Excel, основные правила ввода формулы?
46. Понятие «Функция» в программе MS Excel, правила использования функций, каков порядок вложения функций?
47. Каковы возможности графического представления данных в программе MS Excel, порядок создания диаграмм?
48. Программы создания презентаций, основные возможности программы MS PoverPoint?
49. Каковы основные приёмы создания слайдов в программе MS PoverPoint?
50. Что такое макеты слайдов и их использование в программе MS PoverPoint?
51. Каковы приёмы вставки текста и различных объектов в поле слайда программы MS PoverPoint?
52. Как организуется автоматический показ презентации в программе MS PoverPoint с использованием параметров оформления, переходов и временных характеристик?
53. Каковы основные понятия выборочного метода статистического исследования. Генеральная совокупность и выборка?
54. Что такое ошибки репрезентативности, какова природа их возникновения, порядок вычислений?
55. Как производится оценка точности и надежности выборочных числовых характеристик?
56. Как определяется требуемое число наблюдений в выборке?
57. Понятие о статистической проверке гипотез и критериях значимости?
58. Как проводится оценка достоверности различий относительных показателей с помощью t-критерия Стьюдента?
59. Как проводится оценка достоверности различий средних величин с помощью t-критерия Стьюдента?
60. Как проводится оценка достоверности различий величины параметра в связанных выборках?
61. Понятие «Информационно-статистическая деятельность», каковы её составные части, цели и задачи?
62. Перечислите основные руководящие документы, регламентирующие Информационно-статистическую деятельность военно-медицинской службы МО РФ?
63. Каковы обязанности основных должностных лиц по Информационно-статистической деятельности в лечебном учреждении.

64. Каковы основные определения и единицы медико-статистического учета в госпитальном звене медицинской службы?
65. Медицинский учет в лечебном учреждении в мирное время, назначение, содержание, порядок ведения?
66. Медицинская отчетность в лечебном учреждении в мирное время, назначение, содержание, порядок представления?
67. Отчёт о работе лечебного учреждения по форме 4/МЕД, содержание, порядок составления?
68. Содержание и методика составления схемы объяснительной записки к отчёту о работе лечебного учреждения. Основные разделы схемы объяснительной записки?
69. Каковы основные направления (разделы) анализа деятельности лечебного учреждения в мирное время?
70. Статистические показатели, применяемые для анализа использования коечного фонда ВЛУ?
71. Статистические показатели, применяемые для анализа состава, длительности и исходов лечения больных в ВЛУ.
72. Статистические показатели, применяемые для анализа лечебно-диагностической работы в ВЛУ?
73. Статистические показатели, применяемые для анализа качества врачебной диагностики в ВЛУ?
74. Каковы особенности информационно-статистической деятельности медицинской службы в военное время?
75. Медицинский учет в лечебном учреждении в военное время, назначение, содержание, порядок ведения?

Педагогика.

1. Структура нормативно-правовой базы системы образования.
2. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» - основополагающий нормативно-правовой акт в сфере образования.
3. Система образования Российской Федерации.
4. Система военного образования, как составная часть системы образования.
5. Государственная регламентация образовательной деятельности.
6. Независимая оценка качества образования.
7. Основные ведомственные нормативно-правовые акты по организации образовательной деятельности.
8. Локальные нормативные акты военно-медицинской образовательной организации.
9. Цели, задачи и содержание образовательной деятельности.
10. Основные документы, регламентирующие требования заказывающих органов (управлений) к структуре, условиям реализации и результатам освоения основных образовательных программ

11. Современные теоретические основы дидактики высшего и среднего военно-медицинского образования.
12. Методы и методики обучения в академии. Инновационные методы обучения в академии.
13. Виды и особенности учебных занятий: лекции.
14. Виды и особенности учебных занятий: семинары, практические, лабораторные, групповые и другие занятия, их общие и частные цели.
15. Основы частной методики преподавания учебной дисциплины.
16. Самостоятельная работа обучающихся во внеаудиторное время.
17. Понятие о технологии обучения; общие, общеобразовательные и профессионально-ориентированные технологии обучения.
18. Классификация профессионально-ориентированных технологий в учебном процессе академии (по специальности, предметные).
19. Цели, методы и приемы оценки качества подготовки обучающихся.
20. Формы и методы текущего контроля успеваемости.
21. Промежуточная аттестация. Курсовые проекты, работы, задачи. Зачеты. Экзамены.
22. Итоговая государственная аттестация.
23. Разработка и совершенствование учебной программы, тематического плана и учебно-методических материалов по учебной дисциплине.
24. Методы и приемы составления задач, упражнений, тестовых заданий по различным темам, систематика учебных и воспитательных задач.
25. Основные теории мотивации. Их применение в профессиональной деятельности врача.
26. Здоровье в иерархии потребностей человека. Мотивация здоровья и здорового образа жизни.
27. Методы и приемы формирования мотивации к здоровому образу жизни.
28. Формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

Микробиология.

1. Задачи и устройство микробиологических лабораторий.
2. Правила поведения и работы в микробиологической лаборатории.
3. Способы забора материала и правила доставки его в микробиологическую лабораторию для исследования.
4. Простые и сложные методы окраски микроорганизмов. Сущность окраски по Граму и Циль-Нильсену.
5. Современная классификация и номенклатура микроорганизмов.
6. Процесс размножения микроорганизмов в жидкой питательной среде, фазы роста.

7. Классификация питательных сред. Методы культивирования бактерий.
8. Характеристика дезинфицирующих средств и механизм их действия на микроорганизмы.
9. Классификация антибиотиков. Характеристика антибиотиков по механизму антимикробного действия.
10. Критерии чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. Способы определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.
11. Фенотипическая и генотипическая изменчивость бактерий, критерии ее выявления.
12. Структурная организация генетической информации бактерий, ее передача и реализация. Характеристика плазмид.
13. Схема выделения и идентификации культур микроорганизмов.
14. Сущность реакции агглютинации и преципитации. Как определяется титр агглютинирующей и преципитирующей сыворотки.
15. Сущность РНГА, оценка ее результатов.
16. Комплемент, его свойства. РСК, оценка ее результатов.
17. Иммуноферментный анализ.
18. МФА, методика окраски мазков люминесцирующей сывороткой.
19. Методы определения состояния неспецифической резистентности организма.
20. Антигены. Основные свойства. Антигены микроорганизмов.
21. Классы иммуноглобулинов.
22. Фагоцитоз, основные стадии. Завершенный и незавершенный фагоцитоз.
23. Понятие об иммунитете, виды иммунитета. Механизм иммунного ответа, антиинфекционный иммунитет.
24. Т и В-лимфоциты, их роль в иммунном ответе. Теории образования антител.
25. Понятие аллергии, иммунологическая классификация аллергий. Методы диагностики аллергических реакций.
26. Средства и методы иммунопрофилактики инфекционных заболеваний. Вакцины, иммуноглобулины, лечебные сыворотки, иммуномодуляторы.
27. Действие физических и химических факторов на микроорганизмы. Понятие о стерилизации, дезинфекции, асептике и антисептике.
28. Нормальная микрофлора человека и ее функции.
29. Стафилококки. Таксономия. Характеристика. Микробиологическая диагностика заболеваний, вызываемых стафилококками. Специфическая профилактика и лечение.
30. Стрептококки. Таксономия и характеристика. Микробиологическая диагностика стрептококковых инфекций. Лечение.
31. Гонококки. Таксономия и характеристика. Микробиологическая диагностика гонореи. Лечение.

32. Особенности микробиологического анализа при карантинных инфекциях. Экспресс-диагностика.
33. Возбудители анаэробной газовой инфекции. Таксономия и характеристика. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение.
34. Возбудитель столбняка. Таксономия и характеристика. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение.
35. Возбудители туберкулеза. Таксономия и характеристика. Условно-патогенные микобактерии. Микробиологическая диагностика туберкулеза.
36. Возбудитель сифилиса. Таксономия и характеристика. Микробиологическая диагностика. Чувствительность к антибиотикам и химиопрепаратам.

Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций.

1. Основные задачи Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС). Какие руководящие документы лежат в основе функционирования РСЧС.
2. Принципы построения и функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС). Режимы функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС).
3. Из каких подсистем состоит Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС) и их краткая характеристика.
4. Классификация чрезвычайных ситуаций на основе ПП РФ от 21 мая 2007 г. №304.
5. Классификация чрезвычайных ситуаций по этиологическому фактору.
6. Определение медицинских сил гражданской обороны здравоохранения. Условия деятельности и основные задачи медицинских сил гражданской обороны здравоохранения.
7. Формирования медицинских сил гражданской обороны здравоохранения: классификация, задачи и краткая характеристика.
8. Мероприятия, выполняемые медицинскими силами гражданской обороны здравоохранения в мирное время, при угрозе нападения и после применения оружия массового поражения.
9. Как организовано лечебно-эвакуационное обеспечение пораженного населения в системе гражданской обороны.
10. Как организовано работа этапа медицинской эвакуации в зоне чрезвычайной ситуации.
11. Понятие лечебно-эвакуационное обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях и факторы, влияющие на их организацию.

12. Понятие лечебно-эвакуационная система, её виды и необходимые требования для её реализации.
13. Виды медицинской помощи. Краткая характеристика первой врачебной помощи. Отличительные особенности первой врачебной помощи от других видов.
14. Что понимается под медицинской эвакуацией, путем медицинской эвакуации. Виды медицинской эвакуации и краткая характеристика транспортных средств для её осуществления.
15. Медицинская сортировка, её виды и признаки для распределения пораженных (больных, раненых) на группы. Метод работы сортировочной бригады, его краткая характеристика. Методика первичного осмотра, пострадавшего по системе АВВCS.
16. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК). Основные руководящие документы, регламентирующие деятельность службы. Место и роль Службы медицины катастроф Министерства обороны.
17. Принципы организации Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК).
18. Организационная структура и режимы функционирования Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК) и Службы медицины катастроф Министерства обороны.
19. Какими учреждениями и формированиями представлена Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК) и Службы медицины катастроф Министерства обороны.
20. Краткая характеристика землетрясения, санитарных потерь при землетрясении и особенности оказания медицинской помощи.
21. Как организовано снабжение медицинским имуществом и техникой Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК), а также пострадавших при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.
22. Понятие норма снабжения, табельное имущество, имущество текущего снабжения, запасы и наборы в организации медицинского снабжения формирований и воинских частей Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК) в чрезвычайных ситуациях.
23. Понятие химическая авария, очаг химической аварии. Виды очагов химических аварий в зависимости от продолжительности загрязнения местности и быстроты действия химического агента. Основные мероприятия медико-санитарного обеспечения при химической аварии.
24. Понятие радиационная авария. Типы и классы радиационных аварий. Классификация и фазы протекания радиационных аварий. Основные мероприятия медико-санитарного обеспечения при радиационной аварии.
25. Основные мероприятия, проводимые в целях предупреждения и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций санитарно-эпидемиологическими учреждениями и формированиями.

26. Основные виды и характеристика режимно-ограничительных мероприятий;
27. Организации работы лечебно-профилактической организации в обычном и строгом противоэпидемическом режиме;
28. Основные закономерности эпидемического процесса среди населения, современная классификация механизмов заражения;
29. Современные средства профилактики актуальных инфекций;
30. Организация и проведение мероприятий при ликвидации последствий биологических терактов;
31. Характеристика способов применения биологического оружия;
32. Перечень мероприятий при выявлении больного ООИ в лечебно-профилактической организации;
33. Организация лечебно-эвакуационных мероприятий в очагах биологического заражения;
34. Объем и содержание санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в зоне ЧС;
35. Эпидемиологическая диагностика, методы эпидемиологической диагностики.

Стоматология ортопедическая.

1. Требования к идеальному оттиску.
2. Виды оттискных ложек.
3. Виды оттискных материалов.
4. Методика снятия оттисков альгинатной массой.
5. Методики снятия оттисков силиконовыми оттискными массами.
6. Снятие оттисков с челюстей А силиконовыми оттискными массами, замешиваемыми в аппарате Пента-микс одноэтапным, двухэтапным методом.
7. Изучение лица на фотографиях фас.
8. Изучение лица на фотографиях в профиль.
9. Измерение частей лица.
10. Требования к условиям фотосъемки.
11. Определение формы лица (морфологический индекс) по Гарсону.
12. Определение формы лица с помощью лицевого индекса по Изару.
13. Измерение угла нижней челюсти. Определение формы головы
14. Анализ прицельных внутриротовых рентгенограмм,
15. Анализ ортопантограмм,
16. постановка диагноза по рентгенограммам
17. анализ состояния твердых тканей зубов, периапикальных тканей на прицельных рентгенограммах, ортопантограммах.
18. Анализ состояния костной ткани по компьютерной томограмме.
19. Цефалометрический анализ компьютерных томограмм.
20. Этиология, патогенез, классификация дефектов зубов.
21. Основные принципы формирования полостей для вкладок.

22. Прямой, косвенный, комбинированный методы изготовления вкладки.
23. Изготовление вкладок из фарфоровых масс.
24. Компьютерные технологии изготовления вкладок.
25. Особенности препарирования зубов под вкладки, виниры.
26. Защита препарированных зубов.
27. Особенности препарирования под керамические, пластмассовые виниры.
28. Различия в препарировании вкладок из металла, керамики.
29. Восстановление разрушенных зубов искусственными коронками.
30. Показания к применению коронок.
31. Осложнения во время препарирования.
32. Фиксация искусственной коронки на зубе.
33. Изготовление шовной коронки.
34. Изготовление коронок с литой жевательной поверхностью.
35. Изготовление коронки гальваническим путем.
36. Пластмассовые коронки. Особенности препарирования зуба.
37. Защита препарированных зубов.
38. Подготовка зубов под металлокерамические коронки.
39. Изменения в зубочелюстной системе.
40. Классификация дефектов.
41. Несъемные мостовидные протезы. Общее понятие, составные элементы, показания.
42. Биомеханика мостовидных протезов.
43. Основные принципы конструирования мостовидных протезов.
44. Клинические и лабораторные этапы изготовления паяных мостовидных протезов.
45. Наложение и фиксация мостовидного протеза.
46. Цельнолитой мостовидный протез. Технология изготовления цельнолитого мостовидного протеза на огнеупорной модели.
47. Мостовидные протезы из пластмассы.
48. Комбинированные мостовидные протезы (с пластмассовой облицовкой).
49. Паяный комбинированный мостовидный протез.
50. Технология изготовления цельнолитого мостовидного протеза с пластмассовым покрытием.
51. Замещение дефектов зубного ряда несъемными мостовидными протезами из фарфора.
52. Замещение дефектов зубного ряда металлокерамическими мостовидными протезами: показания и противопоказания.
53. Особенности конструирования и применения металлокерамических протезов при аномалиях прикуса, пародонтите и патологической стираемости.
54. Клинико-лабораторные этапы изготовления металлокерамического мостовидного протеза.

55. Факторы, влияющие на взаимосвязь металлического каркаса с керамической облицовкой.
56. Мостовидные протезы с опорой на штифтовых конструкциях и полукоронках.
57. Мостовидные протезы с опорным (якорным) элементом в виде вкладки.
58. Мостовидные протезы при конвергенции и дивергенции опорных зубов.
59. Функциональная перегрузка височно-челюстного сустава.
60. Механизм возникновения травматической окклюзии.
61. Артикуляционное равновесие.
62. Относительная устойчивость физиологического равновесия по А.Я. Катцу.
63. Лечение пациентов с дефектами зубных рядов.
64. Бюгельные протезы. Основные конструктивные элементы.
65. Показания и противопоказания к бюгельным протезам.
66. Применение различных систем крепления в зависимости от вида дефекта зубного ряда.
67. Принципы разгрузки опорных зубов при концевых дефектах.

Стоматология хирургическая.

1. Операции при коротких уздечках полости рта.
2. Операции при мелком преддверии полости рта.
3. Компактостеотомия.
4. Обнажение коронок ретинированных зубов.
5. Удаление третьих моляров по ортодонтическим показаниям.
6. Удаление первых или вторых премоляров по ортодонтическим показаниям.
7. Применение миниимплантатов в стоматологии.

Стоматология детского возраста.

1. Методы и средства профилактики стоматологических заболеваний у детей в разные возрастные периоды.
2. Основные профилактические мероприятия. Способы предотвращения возникновения кариеса и его осложнений у ребенка.
3. Этапы проведения гигиенического воспитания в дошкольных детских заведениях.
4. Причины и условия возникновения и распространения стоматологических заболеваний у детей.
5. Ранние клинические признаки стоматологических заболеваний.
6. Определение понятия диспансеризации. Диспансерные группы.

7. Диспансерное наблюдение за детьми с целью профилактики стоматологических заболеваний.
8. Факторы, влияющие на уровень заболеваемости кариесом зубов у детей.
9. Особенности обследования больных у врача-стоматолога детского возраста.
10. Основные вопросы, касающиеся клинического проявления, течения, диагностики и лечения различных стоматологических заболеваний у детей и подростков.
11. Система организации детской стоматологической службы.
12. Методы обследования детей с хирургическими стоматологическими заболеваниями.
13. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.
14. Клиника острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстных костей, мягких тканей лица и шеи (периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона).
15. Показания к госпитализации и оформление документации для госпитализации в специализированный стационар.
16. Травма зубов, челюстей и мягких тканей лица и шеи у детей.
17. Диагностика травм зубов, челюстных костей и мягких тканей лица и шеи у детей.
18. Показания к госпитализации детей с острой травмой мягких тканей лица и шеи, челюстных костей и ее оформление.
19. Врожденная патология челюстно-лицевой области у детей.
20. Виды врожденной патологии (врожденная расщелина губы и неба, пороки развития слизистой рта - уздечки).
21. Принципы комплексного лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба в условиях диспансеризации.
22. Возрастные показания к хирургическому лечению уздечек.
23. Организация проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и диспансерно-динамического пациентов с врожденными пороками развития лица и челюстей.
24. Перечень лечебно-диагностических мероприятий диспансерно-динамического наблюдения детей с врожденными пороками развития лица и челюстей.

Гнатология.

1. Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи.

2. Эволюция развития и особенности строения височно-нижнечелюстного сустава.
3. Физиологические основы окклюзии.
4. Движения нижней челюсти в сагиттальной плоскости.
5. Движения нижней челюсти в трансверзальной плоскости.
6. Зубы, зубные ряды, окклюзионные контакты.
7. Факторы окклюзии.
8. Окклюзионные концепции.
9. Дисгармония окклюзии.
1. Первично-костные повреждения и заболевания сустава: врожденная патология височно-нижнечелюстного сустава.
2. Воспалительные заболевания суставных концов костей: остеоартрит; неоартроз.
3. Воспалительные заболевания суставных концов костей: вторичный деформирующий остеоартроз; костный анкилоз.
4. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их исходы в подростковом возрасте: юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, привычный вывих.
5. Болевой синдром дисфункции.
6. Воспалительные и воспалительно-дегенеративные первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункции сустава: артрит (острый, хронический).
7. Воспалительные и воспалительно-дегенеративные первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункции сустава: деформирующий юношеский артроз.

Медицинская психология и биоэтика.

1. Назовите основные этические проблемы в ортодонтии.
2. Назовите источники профессионально-этических проблем.
3. Назовите основные способы разрешения конфликтных ситуаций в коллективе.
4. Научно-обоснованные подходы к устранению этических проблем.
5. Какие вы знаете особенности культуры общения с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий?
6. Перечислите основные принципы регуляции физиологических функций организма.
7. Перечислите основные методы приспособления организма человека к условиям внешней среды.
8. Обозначьте роль внешней среды в развитии патофизиологических изменений в организме человека.
9. Перечислите основные средства и методы сохранения и восстановления работоспособности врача-ортодонта.

10. Перечислите основные факторы стресса при ортодонтическом лечении для пациентов.
11. Что включает в себя организация психологического сопровождения ортодонтического лечения?
12. Перечислите основные возможные неблагоприятные последствия при ортодонтическом лечении.
13. Психотерапевтическое лечение детей с вредными привычками.
14. Мотивирование ребенка к активному ортодонтическому лечению.
15. Психологические типы пациентов.
16. Клятва Гиппократа

10.4.2. Критерии оценки ответа на вопросы теоретической части (III этап)

В ходе проверки знаний по теоретическим вопросам проводится заслушивание экзаменуемого на предмет знания им вопросов, указанных в экзаменационном билете. Оценка подготовленности экзаменуемого производится по четырехбальной системе. Выставляется среднеарифметическая оценка по ответам на три вопроса экзаменационного билета.

Оценка **«отлично»** выставляется за ответ, содержащий:

- глубокое и систематическое знание всего программного материала и структуры конкретной дисциплины, а также основного содержания и новаций лекционного курса по сравнению с учебной литературой;
- отчетливое и свободное владение концептуально-понятийным аппаратом, научным языком и терминологией соответствующей научной области;
- знание основной литературы и знакомство с дополнительно рекомендованной литературой;
- логически корректно и убедительно излагать ответ на вопрос.

Оценка **«хорошо»** выставляется за ответ, содержащий:

- знание узловых проблем программы и основного содержания лекционного курса;
- умение пользоваться концептуально-понятийным аппаратом в процессе анализа основных проблемных вопросов программы;
- знание важнейших работ из списка рекомендованной литературы;
- в целом логически корректное, но не всегда точное и аргументированное изложение ответа.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется за ответ, содержащий:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов программы и содержания лекционного курса;
- затруднения с использованием научно-понятийного аппарата и терминологии учебной дисциплины;
- неполное знакомство с рекомендованной литературой;
- частичные затруднения с выполнением предусмотренных программой заданий;
- стремление логически определенно и последовательно изложить ответ.

Оценка **«неудовлетворительно»** ставится при:

- незнании либо отрывочном представлении учебно-программного материала;
- неумении выполнять предусмотренные программой задания.

10.5. Критерии итоговой оценки итоговой (государственной итоговой) аттестации

После завершения экзамена комиссия в полном составе обсуждает результаты компьютерного тестирования, оценки за практическую и теоретическую часть экзамена и выставляет итоговую оценку. При этом итоговая оценка не может быть выше оценки, полученной слушателем на практической части экзамена.

Оценка ответа слушателя экзаменационной комиссией производится по четырехбалльной системе.

Оценка **«отлично»**, выставляется если слушатель:

- получил на всех этапах экзамена оценку «отлично»;
- получил оценку «хорошо» или «удовлетворительно» на компьютерном тестировании и оценку «отлично» на практической и теоретической части экзамена;
- получил оценку «отлично» на компьютерном тестировании и практической части экзамена, а теоретической «хорошо».

Оценка **«хорошо»**, выставляется если слушатель:

- получил на всех этапах экзамена оценку «хорошо»;
- получил оценку «отлично» или «удовлетворительно» на компьютерном тестировании и оценку «хорошо» на практической и теоретической части экзамена;
- получил оценку «отлично» или «хорошо» на компьютерном тестировании и практической части экзамена, а на теоретической – «удовлетворительно».

Оценка **«удовлетворительно»**, выставляется если слушатель:

- получил на всех этапах экзамена оценку «удовлетворительно»;
- получил оценку «отлично» или «хорошо» на компьютерном тестировании и оценку «удовлетворительно» на практической и теоретической части экзамена;
- получил оценку «удовлетворительно» на компьютерном тестировании и практической части экзамена, а теоретической – «хорошо» или «отлично»;
- получил оценку «удовлетворительно» на компьютерном тестировании и теоретической части экзамена, а практической – «хорошо» или «отлично».

Оценка **«неудовлетворительно»**, выставляется если слушатель:

- получил оценку «неудовлетворительно» на одном из этапов итоговой государственной аттестации.
- неумении выполнять предусмотренные программой задания.

Заведующий кафедрой ортодонтии

Д.м.н., профессор

«25»апреля 2018 г.

Р.А. Фадеев