

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ОРТОДОНТИЯ

Специальность 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия
код, наименование

Кафедра: ортопедической стоматологии и ортодонтии

Форма обучения очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Ортодонтия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Ортодонтия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Ортодонтия» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6	Текущий	Раздел 1. Ортодонтия и детское протезирование	Ситуационные задачи Тестовые задания
	Промежуточный	Все темы раздела	Перечень вопросов

4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач и тестовых заданий.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
1. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

<p>1) клиническое обследование и специальные методы обследования</p> <p>2) клиническое обследование</p> <p>3) антропометрические измерения контрольно-диагностических гипсовых моделей челюстей</p> <p>4) внешний осмотр</p>	
<p>2. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) опрос и осмотр пациента</p> <p>2) ОПТГ И ТРГ</p> <p>3) анализ контрольно-диагностических моделей челюстей</p> <p>4) дополнительные методы диагностики</p>	
<p>3. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГЛУБОКОГО ПРИКУСА</p> <p>1) уменьшение нижней трети лица</p> <p>2) увеличение нижней трети лица</p> <p>3) увеличение средней трети лица</p> <p>4) уменьшение верхней трети лица</p>	
<p>4. В НОРМЕ ПЕРЕДНИЕ ЗУБЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДОЛЖНЫ ПЕРЕКРЫВАТЬ ОДНОИМЕННЫЕ ЗУБЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ</p> <p>1) на 1/3 величины коронки</p> <p>2) на 1/2 величины коронки</p> <p>3) на 2/3 величины коронки</p> <p>4) на всю величину коронки</p>	
<p>5. К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ В НОРМЕ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ</p> <p>1) верхняя и нижняя челюсти развиты соразмерно</p> <p>2) меньше верхней</p> <p>3) больше верхней</p> <p>4) не имеет значения</p>	
<p>6. ДИСТАЛЬНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ВТОРЫХ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ 6-ЛЕТНЕГО РЕБЁНКА В НОРМЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ</p> <p>1) с мезиальной ступенькой</p> <p>2) в одной вертикальной плоскости</p> <p>3) с дистальной ступенькой</p> <p>4) не имеет значения</p>	
<p>7. НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ НОВОРОЖДЕННОГО В НОРМЕ РАСПОЛОЖЕНА ДИСТАЛЬНЕЕ ВЕРХНЕЙ НА РАССТОЯНИИ</p> <p>1) до 14 мм</p> <p>2) до 5 мм</p> <p>3) до 10 мм</p> <p>4) не имеет значения</p>	
<p>8. ВРЕМЕННЫЕ ЗУБЫ СМЫКАЮТСЯ СВОИМИ ОККЛЮЗИОННЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ</p> <p>1) по горизонтальной плоскости</p> <p>2) по вогнутой окклюзионной кривой</p> <p>3) по выпуклой окклюзионной кривой</p>	

4) не имеет значения	
9. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СТИРАЕМОСТЬ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ 5-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА В НОРМЕ ПРОИСХОДИТ 1) в переднем и боковых отделах 2) в переднем отделе 3) в боковых отделах 4) не равномерно	
10. ВТОРОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДЪЕМ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТ 1) полноценное прорезывание первых постоянных моляров 2) полноценное прорезывание премоляров и вторых моляров 3) усиленный вертикальный рост альвеолярного отростка 4) полноценное прорезывание первых молочных моляров	
11. ВТОРОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДЪЕМ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТ 1) правильная артикуляционная установка первых постоянных моляров 2) полноценное прорезывание премоляров и вторых моляров 3) усиленный вертикальный рост альвеолярного отростка 4) полноценное прорезывание первых молочных моляров	
12. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ ВАРИАНТОВ НОРМАЛЬНОЕ РЕЗЦОВОЕ ПЕРЕКРЫТИЕ НИЖНИХ РЕЗЦОВ ВЕРХНИМИ ПО ВЫСОТЕ КОРОНКИ 1) 0,33 2) 0,66 3) 1 4) 0,5	
13. В НОРМЕ У РЕБЕНКА ТРЕХ ЛЕТ ДИСТАЛЬНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ВТОРЫХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ РАСПОЛОЖЕНЫ 1) в одной плоскости 2) с дистальной степенью 3) с мезиальной ступенью 4) не имеет значения	
14. В НОРМЕ У РЕБЕНКА ШЕСТИ ЛЕТ ДИСТАЛЬНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ВТОРЫХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ РАСПОЛОЖЕНЫ 1) с мезиальной ступенькой 2) с дистальной ступенькой 3) в одной вертикальной плоскости 4) не имеет значения	

<p>15. ГЛУБИНА КРИВОЙ ШПЕЯ В НОРМЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1,5–2,0 мм 2) 0мм 3) 4 мм 4) 5мм 	
<p>16. У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 4 ЛЕТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ НОРМОЙ СЧИТАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дистальные поверхности вторых временных моляров расположены в одной плоскости 2) между дистальными поверхностями первых временных моляров формируется дистальная ступень 3) между дистальными поверхностями первых временных моляров формируется мезиальная ступень 4) между дистальными поверхностями вторых временных моляров формируется дистальная ступень 	
<p>17. ЛИЦЕВЫЕ ПРИЗНАКИ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вогнутая форма профиля лица 2) выпуклая форма профиля лица 3) нижняя треть лица укорочена 4) верхняя губа выступает над нижней 	
<p>18. ЛИЦЕВЫЕ ПРИЗНАКИ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) верны все ответы 2) нижняя губа утолщена 3) подбородок выступает вперед 4) вогнутая форма профиля лица 	
<p>19. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕКРЕСТНЫМ ПРИКУСОМ ХАРАКТЕРНЫ ЛИЦЕВЫЕ ПРИЗНАКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) асимметрия лица 2) выпуклый профиль 3) вогнутый профиль 4) физиологическая асимметрия 	
<p>20. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕКРЕСТНЫМ ПРИКУСОМ ХАРАКТЕРЕН ЛИЦЕВОЙ ПРИЗНАК</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прямой профиль 2) выпуклый профиль 3) вогнутый профиль 4) физиологическая асимметрия 	
<p>1. ИНДЕКС ТОННА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пропорциональности размеров верхних и нижних резцов 2) длины нижней челюсти в постоянном прикусе 3) длины зубного ряда 4) ширина зубного ряда 	

<p>2. МЕТОД ПОНА ОСНОВАН:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на зависимости суммы мезио-дистальных размеров верхних резцов и ширины зубных рядов 2) на зависимости суммы мезио-дистальных размеров 4-х нижних резцов и ширины зубного ряда в переднем и заднем отделах 3) на пропорциональности размеров 4-х верхних и 4-х нижних резцов 4) на зависимости анатомических размеров верхней и нижней челюстей 	
<p>3. РАЗМЕРЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО МЕТОДУ ПОНА ИЗУЧАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в трансверзальном направлении 2) в сагиттальном и вертикальном направлениях 3) в сагиттальном направлении 4) в вертикальном направлении 	
<p>4 У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ИЗМЕРЕНИЙ КОНТРОЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) метод Долгополовой 2) метод Слабковской 3) метод Пона 4) метод Корхгауза 	
<p>5. ШИРИНУ АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИЗМЕРЯЮТ МЕЖДУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наиболее глубокими точками fossa canina 2) отступя 8 мм от шейки клыка по оси зуба 3) по щечным буграм первых премоляров 4) отступя 8 мм вверх от линии, соединяющей шейки клыков и премоляров 	
<p>6. ДЛИНУ ЗУБНОЙ ДУГИ ПО ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ ИЗУЧАЮТ ПО МЕТОДИКЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Нанса 2) Коркхауза 3) Шварца 4) Пона 	
<p>7. ИЗМЕРИТЕЛЬНЫМ ТОЧКАМ ПО МЕТОДИКЕ ПОНА НА ПРЕМОЛЯРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВУЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дистальный скат щечного бугра 2) щечный бугор 3) середина межбугровой фиссуры 4) мезиальный скат щечного бугра 	
<p>8. ИЗМЕРИТЕЛЬНЫМ ТОЧКАМ ПО МЕТОДИКЕ ПОНА НА ПРЕМОЛЯРАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВУЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) середина межбугровой фиссуры 2) щечный бугор 3) дистальный скат щечного бугра 4) мезиальный скат щечного бугра 	

<p>9. ИЗМЕРИТЕЛЬНЫМ ТОЧКАМ ПО МЕТОДИКЕ ПОНА НА МОЛЯРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВУЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) середина межбугровой фиссуры 2) переднее углубление межбугровой фиссуры 3) передний щечный бугор 4) задний щечный бугор 	
<p>10. ИЗМЕРИТЕЛЬНЫМ ТОЧКАМ ПО МЕТОДИКЕ ПОНА НА МОЛЯРАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВУЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) переднее углубление межбугровой фиссуры 2) середина межбугровой фиссуры 3) передний щечный бугор 4) задний щечный бугор 	
<p>11 . ИЗМЕРИТЕЛЬНЫМ ТОЧКАМ ПО МЕТОДИКЕ ПОНА НА МОЛЯРАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВУЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) переднее углубление межбугровой фиссуры 2) середина межбугровой фиссуры 3) передний щечный бугор 4) задний щечный бугор 	
<p>12. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ФОРМЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Хаулея-Гербера-Гербста 2) Коркхауза 3) Пона 4) Долгополовой 	
<p>13. МЕТОД ПОНА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ширину зубных рядов в области моляров и премоляров 2) пропорциональность верхнего и нижнего зубных рядов 3) пропорциональность верхних и нижних резцов 4) длину апикального базиса 	
<p>14. НЕДОСТАТОК МЕСТА ДЛЯ НЕПРАВИЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) по размеру зуба и места для него в зубной дуге 2) по Нансе 3) по Миргазизову 4) по методике Мичиганского университета 	
<p>15. ДЛИНА ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА БОЛЬШЕ НИЖНЕГО НА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2 мм 2) 1 мм 3) 3 мм 4) 4 мм 	
<p>16. МОЛЯРНЫЙ ИНДЕКС ПОНА РАВЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 64 2) 65 3) 80 4) 82 	

<p>17. ПРЕМОЛЯРНЫЙ ИНДЕКС ПОНА РАВЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 80 2) 65 3) 64 4) 82 	
<p>18. ДЛИНА АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА ОТ СУММЫ МЕЗИОДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ 12 ЗУБОВ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 30% 2) 40% 3) 50% 4) 60% 	
<p>19. ВЫЯВИТЬ МЕЗИАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ НА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЯХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ МЕТОДИКА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Шмута 2) Пона 3) Снагиной 4) Тонна 	
<p>20. ВЫЯВИТЬ ОДНОСТОРОННЕЕ СМЕЩЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ ПОЗВОЛЯЕТ МЕТОДИКА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Хорошилкиной 2) Коркхауза 3) Хаулея 4) Гербста 	
<p>1. О СИММЕТРИЧНОСТИ РАЗВИТИЯ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ПОЛОВИН НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЗВОЛЯЮТ СУДИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ТРГ — прямая проекция и ортопантограмма 2) телерентгенография (ТРГ) боковая проекция 3) радиовизиография зубов 4) рентгенография в аксиальной плоскости 	
<p>2. С ЦЕЛЬЮ ИЗМЕРЕНИЯ ДЛИНЫ ТЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ТРГ – боковая проекция 2) ортопантограмма 3) ТРГ – прямая проекция 4) Компьютерная томограмма зубных рядов 	
<p>3. ПРИ ПОМОЩИ ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ДИАГНОСТИРУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) зубочелюстные аномалии в сагиттальной и вертикальной плоскости 2) адентия и сверхкомплектные зубы 3) асимметричность лицевого скелета 4) нарушение гемодинамики сосудов ВНЧС 	
<p>4. ПРИ ПОМОЩИ ТРГ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ДИАГНОСТИРУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) асимметричность лицевого скелета 2) адентия и сверхкомплектные зубы 3) нарушение гемодинамики сосудов ВНЧС 	

4) зубочелюстные аномалии в сагиттальной и вертикальной плоскости	
5. ПРИ ПОМОЩИ ОПТГ ДИАГНОСТИРУЮТ 1) адентия и сверхкомплектные зубы 2) нарушение гемодинамики сосудов ВНЧС 3) зубочелюстные аномалии в сагиттальной и вертикальной плоскости 4) асимметричность лицевого скелета	
6. ДИАГНОСТИКУ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНЫХ И ГНАТИЧЕСКИХ ФОРМ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА ПРОВОДЯТ НА ОСНОВАНИИ 1) изучения боковых ТРГ головы 2) изучения диагностических моделей челюстей 3) клинического обследования пациентов, их ближайших родственников и данных рентгенологического обследования 4) клинического обследования пациентов	
7. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ 1) рентгенографию по методике Парма 2) прицельную рентгенографию 3) телерентгенографию 4) аксиальную рентгенографию	
8. НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ЛИНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ОСНОВАНИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ТОЧКИ 1) Sna-Snp 2) Pg-Go 3) Or-Po 4) Ar-Go	
9. РЕНТГЕНОГРАФИЮ КИСТЕЙ РУК ДЕЛАЮТ С ЦЕЛЬЮ 1) прогноза пика роста челюстей 2) уточнения сроков окостенения 3) изучения аномалий роста челюстей 4) выяснения аномалий развития скелета	
10. ФРАНКФУРТСКАЯ ГОРИЗОНТАЛЬ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ТОЧКИ 1) Or-Po 2) N-S 3) Ar-Go 4) Sna-Snp	
11. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИИ ЗУБА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) компьютерная томография 2) ортопантомография 3) определение жевательной эффективности 4) реопародонтография	

<p>12. ДИАГНОЗ МАКРОГНАТИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ</p> <ol style="list-style-type: none">1)расчета ТРГ2)расчета ОПГ3)изучения диагностических моделей челюстей4)клинического осмотра	
<p>13. В НОРМЕ ПО ДАННЫМ ТРГ ВЕЛИЧИНА МЕЖРЕЗЦОВОГО УГЛА РАВНА</p> <ol style="list-style-type: none">1) 132-136°2) 76-79°3) 103-108°4) 150-170°	
<p>14. ДАЙТЕ НАЗВАНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ АНОМАЛИИ, ЕСЛИ ГРАДУС НАКЛОНА ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ОСНОВАНИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 128 ГРАДУСОВ ПРИ НОРМЕ В 113</p> <ol style="list-style-type: none">1) верхнечелюстная протрузия2) прогнатия3) верхнечелюстная ретрузия4) прогения	
<p>15. УКАЖИТЕ РАЗМЕР КЛКТ НЕОБОДИМЫЙ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ОБЛАСТИ ВНЧС</p> <ol style="list-style-type: none">1) 15x152)12x83)5x54)12,5x8,5	
<p>16. В ЦЕФАЛОСТАТЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ СНИМКИ</p> <ol style="list-style-type: none">1) телерентгенограмма в боковой и прямой проекциях2) только телерентгенограмма в боковой проекции3) только телерентгенограмма в прямой проекции4) ортопантомограмма	
<p>17. ТОЧКА А НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ОБОЗНАЧАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none">1) наиболее глубоко расположенная точка на альвеолярном отростке верхней челюсти2) наиболее высоко расположенная точка на альвеолярном отростке верхней челюсти3) наиболее низко расположенная точка на альвеолярном отростке верхней челюсти4) наиболее выступающая на альвеолярном отростке верхней челюсти	
<p>18. ТОЧКА В НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ОБОЗНАЧАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none">1) наиболее глубоко расположенная точка на альвеолярном отростке нижней челюсти2) наиболее выступающая точка на альвеолярном отростке нижней челюсти	

<p>3) наиболее низко расположенная точка на альвеолярном отростке нижней челюсти</p> <p>4) наиболее высоко расположенная точка на альвеолярном отростке нижней челюсти</p>	
<p>19. ТОЧКА P_g НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ОБОЗНАЧАЕТ</p> <p>1) наиболее выступающая вперед точка подбородка</p> <p>2) наиболее глубокая точка подбородка</p> <p>3) наиболее выступающая вперед точка угла нижней челюсти</p> <p>4) наиболее глубокая точка нижней челюсти</p>	
<p>20. ТОЧКА O_r НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ОБОЗНАЧАЕТ</p> <p>1) самая нижняя точка на краю орбиты</p> <p>2) самая верхняя точка на краю орбиты</p> <p>3) центр орбиты</p> <p>4) самая глубокая точка на стенке орбиты</p>	
<p>1. ДЛЯ АППАРАТОВ МЕХАНИЧЕСКОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ</p> <p>1) ортодонтической дуги</p> <p>2) наклонной плоскости</p> <p>3) накусочной площадки</p> <p>4) губного пелота</p>	
<p>2. АППАРАТ КАЛАМКАРОВА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) механического типа действия</p> <p>2) функционального типа действия</p> <p>3) комбинированного типа действия</p> <p>4) внеротовым</p>	
<p>3. К АППАРАТАМ МЕХАНИЧЕСКОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1) дуга Энгля</p> <p>2) аппарат Брюкля</p> <p>3) каппа Шварца</p> <p>4) каппа Бынина</p>	
<p>4. СУЩЕСТВУЮТ РАЗНОВИДНОСТИ ДУГИ ЭНГЛЯ</p> <p>1) скользящая</p> <p>2) вестибулярная</p> <p>3) лингвальная</p> <p>4) безлигатурная</p>	
<p>5. ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ЗУБНОГО РЯДА ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>1) аппарат квадхеликс</p> <p>2) аппарат Брюкля</p> <p>3) протрагирующая пружина</p> <p>4) вестибулярная дуга</p>	
<p>6. ДЛЯ УСКОРЕННОГО РАСКРЫТИЯ СРЕДИННОГО НЕБНОГО ШВА ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>1) аппарат Дерихсвайлера с винтом Бидермана</p> <p>2) аппарат Энгля</p>	

<p>3) аппарат Айнсворта 4) мульти-бондинг систему</p>	
<p>7. ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИЛОЙ СЪЕМНОГО РАСШИРЯЮЩЕГО АППАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) механическая сила винта 2) функциональная сила мышц 3) механическая сила лигатуры 4) механическая сила резиновой тяги</p>	
<p>8. БРЕКЕТ – СИСТЕМА ПО ПРИНЦИПУ ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ</p> <p>1) механическим 2) функциональным 3) внеротовым 4) внутриротовым</p>	
<p>9. ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ ТЕХНИКИ ПРЯМОЙ ДУГИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) Andrews 2) Катц 3) Шварц 4) Энгль</p>	
<p>10. ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИЛОЙ СЪЕМНОГО РАСШИРЯЮЩЕГО АППАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) механическая сила проволоки или пружины 2) функциональная сила мышц 3) механическая сила резиновой тяги 4) механическая сила лигатуры</p>	
<p>11. АКТИВНЫМИ НАЗЫВАЮТ АППАРАТЫ</p> <p>1) механического действия 2) функциональные аппараты 3) аппараты комбинированного действия 4) сила возникает от действия мышц</p>	
<p>12. ДЛЯ АППАРАТОВ МЕХАНИЧЕСКОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ</p> <p>1) пружины 2) накусочной площадки 3) наклонной плоскости 4) пилотов</p>	
<p>13. ДЛЯ АППАРАТОВ МЕХАНИЧЕСКОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ</p> <p>1) ортодонтического винта 2) кламеров 3) лигатуры 4) наклонной плоскости</p>	
<p>14. ДЛЯ АППАРАТОВ МЕХАНИЧЕСКОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ</p> <p>1) ортодонтической дуги 2) пилотов 3) микроимплантатов 4) стопорных изгибов</p>	

<p>15. АППАРАТ, КОТОРЫЙ РАБОТАЕТ ПО ПРИНЦИПУ ТЕХНИКИ STRAIGHT-WIRE APPLIANCE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) брекет-система 2) аппарат быстрого небного расширения 3) четырехпетельный небный бюгель 4) съемный пластиночный аппарат 	
<p>16. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА ДЕРИХСВАЙЛЕРА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сужение верхнего зубного ряда 2) сужение нижнего зубного ряда 3) Удлинение зубной дуги 4) Укорочение зубной дуги 	
<p>17. ПРОТРАГИРУЮЩАЯ ПРУЖИНА В СЪЕМНОМ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ АППАРАТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЭЛЕМЕНТОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) механически-действующим 2) ретенционным 3) функционально - действующим 4) опорно-удерживающим 	
<p>18. АППАРАТ ГОЖГАРИАНА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) расширения зубного ряда в области моляров 2) равномерного расширения верхнего зубного ряда 3) зубоальвеолярного удлинения в области боковых зубов 4) раскрытия срединного небного шва 	
<p>19. АППАРАТ ГЕРБСТА–КОЖАХАРУ ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) интрузии в области боковых зубов и одновременной экструзии в области верхних передних зубов 2) для экструзии в области верхних передних зубов 3) интрузии в области верхних передних зубов 4) для экструзии в области боковых зубов 	
<p>20. АППАРАТ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ДИСТАЛЬНОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аппарат «Pendulum» 2) аппарат Гашимова–Герлинга 3) аппарат Гашимова–Хмелевского 4) аппарат Айнсворта. 	
<p>1. В КОНСТРУКЦИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АППАРАТОВ ВХОДЯТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) накусочная площадка 2) лигатура 3) резиновое кольцо 4) ортодонтический винт 	
<p>2. К АППАРАТАМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) губной бампер 	

<p>2) брекет-система 3) съемный пластиночный аппарат с винтом 4) аппарат Брюкля</p>	
<p>3. ЭЛЕМЕНТЫ В РЕГУЛЯТОРАХ ФУНКЦИЙ ФРЕНКЕЛЯ СТИМУЛИРУЮЩИЕ РОСТ АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА В ТРАНСВЕРСАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ</p> <p>1) щечные пелоты 2) накусочная площадка 3) окклюзионные накладки 4) язычные пелоты</p>	
<p>4. РЕГУЛЯТОРЫ ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ II ТИПА ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ I ТИПА</p> <p>1) введением небной дуги 2) различным расположением небного бюгеля 3) отсутствием вестибулярной дуги 4) разным расположением губных пелотов</p>	
<p>5. КОНСТРУКТИВНЫМИ ДЕТАЛЯМИ РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИЙ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА, СПОСОБСТВУЮЩИМИ ОПТИМИЗАЦИИ РОСТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) нижнегубные пелоты 2) наклонная плоскость 3) окклюзионная накладка 4) вестибулярная дуга</p>	
<p>6. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКТИВАТОРОМ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ НОРМАЛИЗУЕТСЯ ФУНКЦИЯ</p> <p>1) все выше перечисленные 2) дыхания и речи 3) глотания 4) жевания</p>	
<p>7. ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИЛОЙ В ФУНКЦИОНАЛЬНО-ДЕЙСТВУЮЩЕМ АППАРАТЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) энергия жевательных и мимических мышц 2) энергия мимических мышц 3) энергия жевательных мышц 4) наклонная плоскость, направляющие петли, накладки, апшы, пелоты и др.</p>	
<p>8. ЭЛЕМЕНТЫ РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА</p> <p>1) вестибулярная дуга, небный бюгель, лингвальная дуга, боковые щиты, губной пелот в области нижних передних зубов 2) вестибулярная дуга, ортодонтический винт 3) боковые щиты небный бюгель, губной пилот в области верхних передних зубов, вестибулярная дуга в области нижних передних зубов 4) вестибулярная дуга, накусочные площадки</p>	
<p>9. ХАРАКТЕРНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ АППАРАТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	

<p>1) наклонная плоскость 2) винт 3) кольцо 4) пружина</p>	
<p>10. ХАРАКТЕРНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ АППАРАТОВ ДЕСТВУЮЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) губной пелот 2) кламмер 3) вестибулярная дуга 4) рукообразная пружина</p>	
<p>11. ХАРАКТЕРНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ АППАРАТОВ ДЕСТВУЮЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) окклюзионные валики 2) пугочатый кламмер 3) протрагирующая пружина 4) винт</p>	
<p>12. ГУБНОЙ БАМПЕР СТИМУЛИРУЕТ</p> <p>1) рост альвеолярного отростка в переднем отделе 2) рост альвеолярного отростка по трансверзали 3) рост зубов 4) слюноотделение</p>	
<p>13. РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ II ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С</p> <p>1) II класс II подкласс 2) II класс I подкласс 3) I класс 4) III класс</p>	
<p>14. АППАРАТ БРЮКШЛЯ ИМЕЕТ В СВОЕЙ КОНСТРУКЦИИ</p> <p>1) наклонную плоскость 2) винт 3) губной бампер 4) пружины</p>	
<p>15. АППАРАТ БРЮКЛЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С</p> <p>1) III класс 2) II класс II подкласс 3) II класс I подкласс 4) I класс</p>	
<p>16. ФУНУЦИОНАЛЬНО-НАПРАВЛЯЮЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) наклонно-накусочная площадка 2) губной пелот 3) кламмер 4) пружина</p>	
<p>17. ФУНКЦИОНАЛЬНО- ДЕЙСТВУЮЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) щечный щит 2) окклюзионные валики 3) накусочная площадка 4) вестибулярная дуга</p>	

<p>18. КАППА БЫНИНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мезиального прикуса 2) дистального прикуса 3) аномалий отдельных зубов 4) парафункции языка 	
<p>19. ОТКРЫТЫЙ АКТИВАТОР КЛАММТА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) II класса Энгля 2) III класса Энгля 3) I класса Энгля 4) IV класса Энгля 	
<p>20. АКТИВАТОР АНДРЕЗЕНА- ГОЙПЛЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дистального прикуса 2) аномалий положения отдельных зубов 3) ретенции 4) адентии 	
<p>1. К ВНЕРОТОВЫМ АППАРАТОМ ОТНОСИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) лицевая маска 2) брекет- система 3) аппарат Андресена-Гойпля 4) вестибулярная дуга 	
<p>2. АППАРАТ ПОДБОРОДОЧНАЯ ПРАЦА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТОГО ПРИКУСА В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ПРИМЕНЯЮТ В СОЧЕТАНИИ С:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) головной тягой 2) шейной тягой 3) комбинированной тягой 4) внутриротовой тягой 	
<p>3. АППАРАТ ЛИЦЕВАЯ ДУГА С КОМБИНИРОВАННОЙ ТЯГОЙ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нормальном перекрытии в области резцов 2) глубоком резцовом перекрытии 3) резцовой дизокклюзии в вертикальнлй плоскости 4) резцовой дизокклюзии в сагиттальной плоскости 	
<p>4. АКТИВНЫМ ЭЛЕМЕНТОВ АППАРАТА ЛИЦЕВАЯ МАСКА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эластичная резиновая тяга 2) винт 3) дуга 4) пружина 	
<p>5. АКТИВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ АППАРАТА ПОДБОРОДОЧНАЯ ПРАЦА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эластичная резиновая тяга 2) дуга 3) винт 4) пружина 	

<p>6. АППАРАТ ЛИЦЕВАЯ ДУГА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дистального прикуса 2) мезиального прикуса 3) перекрестного прикуса 4) аномалий положения зубов 	
<p>7. АППАРАТ ЛИЦЕВАЯ МАСКА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мезиального прикуса 2) дистального прикуса 3) аномалий положения зубов 4) перекрестного прикуса 	
<p>8. АППАРАТ ПОДБОРОДОЧНАЯ ПРАЩА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мезиального прикуса 2) дистального прикуса 3) аномалий положения зубов 4) перекрестного прикуса 	
<p>9. АППАРАТ ЛИЦЕВАЯ МАСКА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА ОБУСЛОВЛЕННОГО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ретрогнатией верхней челюсти 2) прогнатией нижней челюсти 3) макрогнатией нижней челюсти 4) аномалиями положения зубов 	
<p>10. АППАРАТ ЛИЦЕВАЯ ДУГА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА ОБУСЛОВЛЕННОГО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прогнатией нижней челюсти 2) ретрогнатией верхней челюсти 3) макрогнатией нижней челюсти 4) аномалиями положения зубов 	
<p>11. АППАРАТ ПОДБОРОДОЧНАЯ ПРАЩА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА ОБУСЛОВЛЕННОГО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) макрогнатией нижней челюсти 2) ретрогнатией верхней челюсти 3) прогнатией верхней челюсти 4) аномалиями положения зубов 	
<p>12. АППАРАТ ЛИЦЕВАЯ ДУГА С ШЕЙНОЙ ТЯГОЙ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) глубокоом резцовом перекрытии 2) резцовой дизокклюзии в вертикальнлй плоскости 3) резцовой дизокклюзии в сагиттальной плоскости 4) нормальном перекрытии в области резцов 	
<p>13. АППАРАТ ЛИЦЕВАЯ ДУГА С ГОЛОВНОЙ ТЯГОЙ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) резцовой дизокклюзии в вертикальнлй плоскости 2) глубокоом резцовом перекрытии 3) резцовой дизокклюзии в сагиттальной плоскости 4) нормальном перекрытии в области резцов 	

<p>14. ВНУТРИРОТОВАЯ ЧАСТЬ ЛИЦЕВОЙ ДУГИ ФИКСИРУЕТСЯ В ПОЛОСТИ РТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в трубки на кольцах на верхних первых постоянных молярах 2) в трубки на кольцах на нижних первых постоянных молярах 3) в трубки на кольцах на верхних клыках 4) в трубки на кольцах на нижних клыках 	
<p>15. ЛИЦЕВАЯ МАСКА ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В СОЧЕТАНИИ С</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) АБНР 2) аппарат Хансе 3) небный бюгель 4) функциональным аппаратом 	
<p>16. ЛИЦЕВАЯ МАСКА ОПИРАЕТСЯ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) лоб и подбородок 2) щеки 3) на голову 4) нос и подбородок 	
<p>17. ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЛИЦЕВОЙ МАСКИ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эластические резиновые кольца 2) эластическую цепочку 3) металлические лигатуры 4) веревку 	
<p>18. РЕКОМЕНДОВАННЫЙ РЕЖИМ НОШЕНИЯ ЛИЦЕВОЙ ДУГИ И ЛИЦЕВОЙ МАСКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обязательное ночное ношение, максимальное домашнее дневное ношение 2) только ночное ношение 3) постоянное ношение 4) по желанию 	
<p>19. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА ИСПОЛЬЗУЮТ ПОДБОРОДОЧНУ ПРАЩУ С ГОЛОВНОЙ ШАПОЧКОЙ С</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) головной и шейной тягой 2) головной и лобно-подбородочной тягой 3) шейной и лобно-подбородочной тягой 4) только с головной 	
<p>20. ПОДБОРОДОЧНАЯ ПРАЩА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ПЕРИОД</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) временного и раннего сменного прикуса 2) постоянного прикуса 3) позднего сменного 4) ретенционный 	
<p>1. ВИДЫ МИОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРЕДОРТОДОНТИЧЕСКИХ ТРЕЙНЕРОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) жесткие 2) дуговые 3) пластинчатые 4) стационарные 	

<p>2. ЭЛЕМЕНТЫ НЕСЪЕМНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РАННЕЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) распорка 2) кламмер 3) дуга 4) брекет 	
<p>3 ЭЛЕМЕНТЫ НЕСЪЕМНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РАННЕЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) промежуточная часть 2) пружина 3) брекет 4) микроимплантат 	
<p>4. ЭЛЕМЕНТЫ НЕСЪЕМНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РАННЕЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) распорка с окклюзионной накладкой 2) микроимплантат 3) резиновая тяга 4) активная дуга 	
<p>5. ЭЛЕМЕНТЫ НЕСЪЕМНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РАННЕЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) распорка с небной накладкой 2) активная дуга 3) микроимплантат 4) резиновая тяга 	
<p>6. ВИД ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПЛАСТИНКИ ХИНЦА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пластинка с козырьком 2) пластинка с накусочной площадкой 3) пластинка с винтом 4) пластинка с пружиной 	
<p>7. МИОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) трейнер Т4К 2) запрограммированная несъемная брекет-система 3) аппарат быстрого небного расширения 4) съемный пластиночный аппарат 	
<p>8. АППАРАТ, УДЕРЖИВАЮЩИЙ МЕСТО ПОСЛЕ РАННЕГО УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кольцо-петля 2) аппарат быстрого небного расширения 3) четырехпетельный небный бюгель 	

4) миофункциональный аппарат	
<p>9. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ СЪЕМНЫЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК У ДЕТЕЙ В МОЛОЧНОМ ПРИКУСЕ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>1) стандартная вестибулярная пластика 2) съемный пластиночный аппарат с винтом 3) в молочном прикусе не применяются ортодонтические аппараты 4) аппарат Хансе</p>	
<p>10. ВИДЫ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПЛАСТИНКИ ХИНЦА</p> <p>1) пластинка с заслонкой для языка 2) пластинка с винтом 3) пластинка с накусочной площадкой 4) пластинка с пружиной</p>	
<p>11. ПОСЛЕ СНЯТИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ В РЕТЕНЦИОННЫЙ ПЕРИОД НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <p>1) ретенционная пластмассовая каппа 2) аппарат Брюкля 3) аппарат Персина 4) аппарат Андресена-Гойпля</p>	
<p>12. ПОСЛЕ СНЯТИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ В РЕТЕНЦИОННЫЙ ПЕРИОД НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <p>1) съемный пластинчатый аппарат с вестибулярной дугой 2) активатор Кламта 3) аппарат Брюкля 4) аппарат Персина</p>	
<p>13. ПОСЛЕ СНЯТИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ В РЕТЕНЦИОННЫЙ ПЕРИОД НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <p>1) несъемный дуговой ретенционный аппарат 2) вестибулярная пластинка 3) 4) ретенционный аппарат отсутствует</p>	
<p>14. НЕСЪЕМНЫЙ РЕТЕНЦИОННЫЙ АППАРАТ НА НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ</p> <p>1) прямым и непрямым способом 2) прямым способом в полости рта пациента 3) непрямым способом в зуботехнической лаборатории 4) не изготавливается</p>	
<p>15. ИЗ КАКОГО МАТЕРИАЛА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЙ СНЯТЬ ОТТИСК ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ КАППЫ</p> <p>1) силиконовая оттискная масса 2) термопластическая оттискная масса 3) альгинатная оттискная масса 4) каппа изготавливается в полости рта</p>	

<p>16. РЕКОМЕНДОВАННЫЙ РЕЖИМ НОШЕНИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ КАППЫ В ПЕРВЫЕ ПОЛГОДА ПОСЛЕ СНЯТИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) каждую ночь 2) через ночь 3) каждую ночь и в течение дня 4) носить 24 часа, снимая на время приема пищи и чистки зубов 	
<p>17. НЕСЪЕМНЫЙ РЕТЕНЦИОННЫЙ АППАРАТ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ФИКСИРУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) от клыка до клыка 2) на центральных резцах 3) на протяжении всего зубного ряда 4) от латерального резца с одной стороны до латерального резца с другой 	
<p>18. КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РЕТЕНЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НА БРЕКЕТ-СИСТЕМЕ У ПАЦИЕНТА С СОПУСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пожизненный 2) срок лечения умноженный на 2 3) срок лечения умноженный на 3 4) равный сроку лечения 	
<p>19. УКАЖИТЕ ПЕРИОДЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПАЦИЕНТОВ В РЕТЕНЦИОННЫЙ ПЕРИОД</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) раз в 6 мес 2) наблюдение не ведется 3) раз в 12 мес 4) раз в 18 мес 	
<p>20. ВИД ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПЛАСТИНКИ ХИНЦА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пластинка с бусинкой 2) пластинка с пружиной 3) пластинка с винтом 4) пластинка с накусочной площадкой 	

Правильный ответ под цифрой 1.

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

ых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных

с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде постоянных зубов.

ВА ВОПРОСЫ

и на нарушение эстетики лица, неправильное положение зубов. Профиль лица прямой, увеличение нижней трети лица. Зубы верхней челюсти не имеют контакта с резцами нижней челюсти. Форма верхнего зубного ряда U-образная, форма нижнего

ских моделей челюстей, ОПТГ, ТРГ в прямой и боковой проекции, КТ.

щением зубов (K07.31), поворотом (K07.32).

продления на верхней челюсти могут привести развитию аномалии по 3 классу Энгля. Если после того, как прорезались зубы, ситуация к патологии прикуса привела комбинация двух факторов: несоответствие размеров зубов и вредная привычка высовывания языка. При укорочении уздечки языка или ее аномальном прикреплении появляется постоянное патологическое давление

граммируемой техники (брекет-система) с целью исправления формы зубных дуг, исправления положения отдельных зубов. Для предотвращения рецидива лечения использовать трейнер (шпы/несъемную заслонку для языка).

тановление формы зубов при наличии несоответствия размеров зубов на верхней и нижней челюсти в переднем отделе.

на Бынина, активатор функции Френкля 3 типа, бионатор Бальтерса, корректор 3 класса, лицевая маска.

параты для лечения мезиального прикуса.

не все аппараты для лечения мезиального прикуса.

ты для лечения мезиального прикуса.

звершения лечения

ты ретенционных аппаратов:

емные ретенционные аппараты на верхний и нижний зубные ряды, съемный двучелюстной аппарат на ночь. Несъемный ретенционный аппарат на нижний зубной ряд.

ых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных
с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде постоянных зубов.

ВА ВОПРОСЫ

ожные покровы без патологических изменений. Открывание рта в полном объеме, со стороны ВНЧС имеются щелчки
высоты коронки, форма верхнего зубного ряда трапецевидная, форма нижнего зубного ряда – седловидная, ретрузи

еских моделей челюстей, ТРГ в прямой и боковой проекции, КТ ВНЧС, МРТ ВНЧС.

и вертикальным перекрытием, смещением зубов (K07.31), поворотом (K07.32).

ия.

енная предрасположенности к заболеванию сустава. При проведении клинико-генеалогические исследо
ов. При перерастежении внутрисуставных связок происходит смещение суставного диска. На ранних стадиях заболе
повторением щелчка. В патогенезе формирования заболевания сустава также может играть роль патология прикуса
в заднем положении с последующим развитием дегенеративных изменений биламинарной зоны и перерастяжением

емой техники (брекет-система) с целью исправления формы зубных дуг, исправления положения отдельных зубов, и
пользовать трейнер (или накусочные брекеты/накладки).
каппы на этапе ортодонтического лечения.

нтактов.

ат Андресена-Гойпля, активатор функции Френкля 1 и 2 типа, бионатор Бальтерса, лицевая дуга.

параты для лечения дистального прикуса.

не все аппараты для лечения дистального прикуса.

ты для лечения дистального прикуса.

звершения лечения

ты ретенционных аппаратов:

несъемные ретенционные аппараты на верхний и нижний зубные ряды.

ной ряд на ночь, несъемный ретенционный аппарат на нижний зубной ряд.

ых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных

с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде временных зубов.

НА ВОПРОСЫ

и подбородочные складки выражены. Кожные покровы сухие. Отсутствует волосяной покров. В полости рта отсутст

ьтация медицинского генетика стоматологического профиля центра врожденной патологии, составлены медико-г

ится к поддержке нормальной жизнедеятельности и профилактике осложнений. Для увлажнения кожи использую

сным становится перегрев, поэтому особую осторожность необходимо проявлять в летние жаркие месяцы.

ей для увлажнения, давать обильное питье. Также проводят лечение и профилактику вторичных бактериальных и гр

дисплазией заключается в рациональном протезировании – изготовление съемных пластиночных аппаратов.

дерматологом, окулистом, невропатологом один раз в год.

стью.

пансерного наблюдения.

ие их формы и формы постоянных зубов путем протезирования, замещение дефектов зубных рядов съёмными протез

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	004
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления зубочелюстно-лицевых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики;
Ф	A/03.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде смены зубов.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 8 лет. Жалобы на отсутствие в полости рта зуба 3.1. Объективно: Профиль лица выпуклый. Подбородочная складка выражена. Моляры и клыки смыкаются по 1 классу Энгля. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти на 2/3 высоты коронки, режуще-бугорковый контакт отсутствует, сагиттальная щель 4 мм. Зуб 3.1 в полости рта отсутствует. Тремы между резцами нижней челюсти неравномерные. По данным ОПГ зачаток зуба 3.1 отсутствует.
В	1	Предложите дополнительные методы исследования.
Э	-	Дополнительные методы исследования: ТРГ в прямой и боковой проекции, КТ.
P2	-	Перечислены все дополнительные методы обследования.
P1	-	Перечислены не все дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования не перечислены.
В	2	Поставьте диагноз

Э	-	Чрезмерно глубокий горизонтальный прикус (K07.22), чрезмерно глубокий вертикальный прикус (K07.23); частичная адентия
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полно.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Укажите возможные варианты патогенеза данной аномалии прикуса.
Э	-	Причиной формирования глубокого прикуса в данной ситуации послужила адентия 3.1 зуба. В связи с несоответствием размера переднего участка зубной дуги верхней и нижней челюсти происходит потеря режуще-бугоркового контакта. Нарушение контактов между передними зубами обуславливает зубоальвеолярное удлинение в этой области.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный. Не раскрыт патогенез аномалии.
В	4	Назначьте режим диспансерного наблюдения.
Э	-	При глубоком прикусе частота осмотра ортодонтом один раз в 3 месяца, оториноларингологом, логопедом — по показаниям. Основное внимание следует обращать на: 1) величину и расположение челюстей; 2) соотношение зубных рядов в сагиттальном, вертикальном и трансверсальном направлениях, форму зубоальвеолярных дуг — зубоальвеолярное удлинение в области передних зубов и укорочение в области боковых (контакты режущих краев нижних резцов со скатом дентальных бугров верхних, с коронками зубов в области шеек, с десневым краем, со слизистой оболочкой неба или отсутствие контактов при глубоком резцовом перекрытии); 3) раннее кариозное разрушение коронок боковых зубов, повышенную стираемость зубов, раннюю потерю, ретенцию отдельных зубов, адентию, смещение нижней челюсти; 4) запоздалое прорезывание боковых зубов при раннем прорезывании передних, состояние тканей пародонта, функциональную нагрузку на резцы; 5) форму языка, наличие продольных и поперечных борозд на его спинке, отпечатков коронок зубов. Вредные привычки, бруксизм, укороченная уздечка языка. Заеда в углах рта, нарушение формы губ. Глубина супраментальной борозды, соотношение верхней, средней и нижней частей лица. Нарушение объема головок нижней челюсти в височно-нижнечелюстных суставах. Нарушения функций дыхания, глотания, речи, нарушение осанки.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью.
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
В	5	Опишите мероприятия, которые будут проводить во время приема в период диспансерного наблюдения.

Э	-	Санация полости рта. Восстановление формы коронок разрушенных зубов (особенно боковых) и замещение отсутствующих зубов путем протезирования. Нормализация положения зубов, формы зубных дуг, прикуса, размеров челюстей с помощью ортодонтических аппаратов в зависимости от возраста пациента. Нормализация функций зубочелюстной системы. Применение комплексного лечения (ортодонтические, хирургические, протетические, терапевтические, оториноларингологические мероприятия, лечебная гимнастика и др.).
P2	-	Ответ верный. Перечислены все мероприятия при диспансерном наблюдении.
P1	-	Ответ верный. Перечислены не все мероприятия.
P0	-	Ответ неверный.

ых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных

с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде постоянных зубов.

ВА ВОПРОСЫ

Профиль лица прямой. Зубные ряды смыкаются по I классу. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней
ПГ: резорбция костной ткани на 1/3 корня.

еских моделей челюстей, ТРГ в прямой и боковой проекции, КТ.

тков (K07.33).

ивных поражений пародонта признан микробный (ВОЗ), то все средства и методы, позволяющие устранить или осла
ей биопленки;

ее патогенного влияния на ткани, - антисептиков, а при необходимости - антибиотиков;

вляется как самостоятельным методом профилактики, так и обязательным атрибутом на всех этапах лечения воспа

ню.

ны, лекарственной терапии. При необходимости хирургическая коррекция.
аппараты (брекет-система) с целью исправления положения отдельных зубов, создания фиссурно-бугорковых контактов
для шинирования.

ного аппарата является несъемный ретенционный аппарат по типу шины или постоянное ортопедическое шиниро
вание с заменой на несъемный ретенционный аппарат по окончании хирургического этапа лечения.

ых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных

с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде постоянных зубов.

ВА ВОПРОСЫ

ческого лечения направленного на создание благоприятных условий для протезирования.

Зубные ряды смыкаются по 2 классу Энгля. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти на 2/3
положение зубов верхней челюсти в переднем отделе.

еских моделей челюстей, ОПТГ, ТРГ в прямой и боковой проекции, КТ.

смещением зубов (K07.31), скученностью (K07.30).

й техники (брекет-система) и микроимплантов с целью исправления положения отдельных зубов, нормализации ре
ов, нормализации прикуса.

вести ортодонтическое лечение с использованием несъемной программируемой техники (брекет-система) с целью и закрытия промежутков. При этом зубы 1.8, 2.8 мезиализируются на место зубов 1.7,2.7, а зубы 1.7,2.7 – на место 1.6, 2.6.

зирования в области отсутствующих 1.6, 2.6 необходимо в качестве опоры применение микроимплантатов, фиксация ретенционных аппаратов физиологически.

татов может возникнуть необходимость применения микроимплантов для дифференцированного закрытия промежутков.

ти ретенционных аппаратов:

емные ретенционные аппараты на верхний и нижний зубные ряды.

ряд на ночь, несъемный ретенционный аппарат на нижний зубной ряд.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	007
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления зубочелюстно-лицевых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики.
Ф	A/03.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде смены зубов.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 13 лет. Обратился с жалобами на отклеивание брекета от зуба 1.4. В клинику пришел без сопровождения родителей. С его слов проходит лечение в другой клинике, но врач не может его принять по личным обстоятельствам. Сопроводительных документов от врача не имеет. Обратился с просьбой подклеить брекет и провести плановый прием.
В	1	Опишите Ваши действия.
Э	-	В данной клинической ситуации врач не имеет право принимать несовершеннолетнего пациента без сопровождения родителей.

P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неверный.
В	2	Опишите Ваши действия, в случае если пациент пришел с родителями.
Э	-	В случае, когда пациент пришел на прием с родителями необходимо подписать юридические документы и оказать помощь в рамках подклейки брекета.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неверный.
В	3	Перечислите медицинскую и правовую документацию, которую необходимо оформить для проведения ортодонтических мероприятий в данном случае.
Э	-	При приеме пациента в данной ситуации необходимо оформить следующую документацию: 1. Анкета о состоянии здоровья ребенка для родителей. 2. Информированное добровольное согласие на ортодонтическое лечение. 3. Договор на оказание платных медицинских услуг несовершеннолетним до 18 лет 4. Акт сдачи-приемки оказанных платных медицинских услуг этапный
P2	-	Ответ верный. Перечислены все документы.
P1	-	Ответ не полный. Перечислены не все документы.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Предложите родителям пациента возможный выход из ситуации.
Э	-	В данной ситуации возможным выходом из ситуации является подклейка брекета с дальнейшим продолжением ортодонтического лечения у лечащего врача. При невозможности продолжения ортодонтического лечения у своего врача необходимо расторгнуть договор с клиникой, получить выписку из медицинской карты ортодонтического пациента для продолжения ортодонтического лечения в новой клинике с заключением договора.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Опишите деонтологические проблемы возникающие в предложенном случае.
Э	-	В данной ситуации могут возникнуть проблемы во взаимодействии «врач-врач» и «врач-пациент». При приеме пациента в данной ситуации врач наблюдает пациента на этапе ортодонтического лечения и не может сделать выводы о причинах поломки аппаратуры и эффективности проводимых мероприятий. Врач в полной мере не может ответить на вопросы пациента о качестве проводимого

		лечения и его результатах, не имея достоверной и полноценной информации.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	008
Ф	A/01.7	
Ф	A/02.7	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент З. , 15 лет, обратился с жалобами на неправильное положение зубов.</p> <p>Объективно: профиль лица - выпуклый, носогубные и подбородочная складка сглажены, губы в покое не смыкаются, прокладывание языка между зубами при разговоре.</p> <p>Соотношение первых моляров по II классу Энгля. В переднем отделе дизокклюзия 4 мм, ограниченная зубами 1.4-4.3 и 2.3- 3.3. Центральная линия нижнего зубного ряда смещена вправо на 3 мм. В боковом отделе справа щечные бугры нижних зубов перекрывают щечные бугры верхних зубов. Форма верхнего зубного ряда – V-образная. Тесное положение в переднем отделе верхнего и нижнего зубных рядов.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Дистальный прикус, осложнённый открытым прикусом в переднем отделе, односторонним буккальным прикусом справа, аномалией формы верхнего зубного ряда и аномалией положения отдельных зубов верхнего и нижнего зубных рядов.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Составьте план ортодонтического лечения.
Э	-	Провести дополнительные методы исследования: ТРГ в прямой и боковой проекциях, ОПТГ, оценить морфологию прикрепления уздечки языка. Санация полости рта. Направлен к хирургу-стоматологу с целью пластики уздечки языка (при ее низком прикреплении). Провести одностороннее расширение верхнего зубного ряда. Провести лечение с помощью ортодонтической техники (брекет-системы) на верхнем и нижнем зубных рядах с целью достижения множественных окклюзионных контактов. Лечение на брекет-системе провести в сочетании с аппаратами нормализующими положение языка. Ретенционный период.
P2	-	Ответ верный. План ортодонтического лечения указан в полном объеме.
P1	-	Ответ не полный. План ортодонтического лечения указан не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ортодонтического лечения указан не верно, выбрана неправильная тактика ведения пациента.
B	3	Назовите методы устранения вредной привычки прокладывания языка.
Э	-	Хирургический метод - пластика уздечки языка. Аппаратурный-использование функциональных аппаратов - с целью нормализации положения языка. Лечебно- профилактический - использование комплекса миогимнастических упражнений.
P2	-	Ответ верный. Названы все методы устранения вредной привычки прокладывания языка.
P1	-	Ответ не полный. Названы не все методы устранения вредной привычки прокладывания языка.
P0	-	Ответ неверный. Не названы методы устранения вредной привычки прокладывания языка.
B	4	Назовите аппараты для расширения верхней челюсти.

Э	-	Учитывая возраст пациента 15 лет и односторонний перекрестный прикус - в данной ситуации целесообразно использовать аппарат Квад-Хеликс. Так же для расширения верхней челюсти возможно использовать - АБНР, расширение верхней челюсти на скелетной споре, эластики перекрестного прикуса в сочетании с несъемной техникой(брекет-системой), в раннем сменном прикусе - съемные пластиночные аппараты механического типа действия с винтом.
P2	-	Ответ верный. Названы аппараты для расширения верхней челюсти, использование аппарата для расширения в конкретной ситуации обосновано.
P1	-	Ответ не полный. Названо недостаточное количество аппаратов для расширения верхней челюсти, использование аппарата для расширения в конкретной ситуации не обосновано.
P0	-	Ответ неверный. Не названы аппараты для расширения верхней челюсти.
В	5	Выберите ретенционный аппарат.
Э	-	Учитывая, что изначально было сужение верхнего зубного ряда - в качестве ретенционного аппарата на верхней челюсти целесообразно использовать несъемный проволочный ретейнер в сочетании со съемной ретенционной каппой без окклюзионной поверхности в области боковой группы зубов, на нижней челюсти - несъемный проволочный ретейнер.
P2	-	Ответ верный. Ретенционные аппараты названы в полном объеме.
P1	-	Ответ неполный. Ретенционные аппараты названы в неполном объеме.
P0	-	Ответ неверный. Ретенционный аппарат не назван.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	009
Ф	A/01.7	
Ф	A/02.7	

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка Т., 12 лет. Со слов мамы, жалобы на неправильное положение зубов верхней челюсти.</p> <p>Объективно: лицо физиологической симметрии, профиль выпуклый, подбородочная складка выражена.</p> <p>Соотношение первых постоянных моляров и клыков по II классу Энгля. Перекрытие в переднем отделе на $\frac{1}{2}$ высоты коронки. Центральная линия верхнего зубного ряда смещена вправо на 1,5 мм. Вестибулярное положение зубов 1.3, 2.3. Тесное положение в переднем отделе нижнего зубного ряда. По данным ТРГ в боковой проекции : sna- snp – 51 мм, me-go – 67 мм, is- ais / sna- snp - 114°, ii- aii/ me- go - 90°.</p>
В	1	Назначьте дополнительные исследования.
Э	-	<p>Морфофункциональное изучение состояния круговой мышцы рта, определение мышечного тонуса, анализ уздечек губ и оценить глубину преддверия полости рта</p> <p>Биометрическое изучение моделей челюстей</p> <p>Изучение ОПТГ</p>
P2	-	Дополнительные исследования назначены верно.
P1	-	Дополнительные исследования назначены, но не в полном объеме.
P0	-	Дополнительные исследования назначены неверно.
В	2	Поставьте диагноз.

Э	-	<p>Диагноз дистальный прикус, обусловленный микрогнатией нижней челюсти, осложненный глубоким резцовым перекрытием, аномалией положения отдельных зубов верхнего и нижнего зубных рядов поставлен на основании данных</p> <p>-объективного исследования (соотношение первых постоянных моляров и клыков по II классу Энгля, перекрытие в переднем отделе на ½ высоты коронки, вестибулярное положение зубов 1.3,2.3, тесное положение в переднем отделе нижнего зубного ряда)</p> <p>- о с ч</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно и обусловлен.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью и не обусловлен.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Составьте план ортодонтического лечения.
Э	-	<p>Санация. Провести дополнительный методы исследования: биометрическое изучение моделей челюстей, анализ ОПТГ. Провести ортодонтическое лечение несъемной программированной ортодонтической техникой на 2-х челюстях, с целью достижения максимальных окклюзионных контактов, дистализацию боковой группы зубов верхней челюсти провести с помощью лицевой дуги. Ретенционный период.</p>
P2	-	Ответ верный. План ортодонтического лечения указан в полном объеме.
P1	-	Ответ не полный. Этапы ортодонтического лечения перечислены не в правильной последовательности и неполностью.
P0	-	Ответ неверный. Неправильно выбрана тактика ведения данного пациента.
В	4	Опишите последовательность ваших действий.

Э	-	<p>После проведения дополнительных методов исследования (изучение морфофункционального состояния круговой мышцы рта, определение мышечного тонуса, анализ уздечек губ и оценки глубины преддверия полости рта) - при необходимости направить к хирургу стоматологу с целью пластики уздечек, назначить функциональный аппарат - губной бампер с целью устранения давления нижней губы и стимуляции роста нижней челюсти.</p> <p>Учитывая такие данные как - выпуклый профиль, соотношение первых постоянных моляров и клыков по II классу Энгля, ais / sna - наличие тесного положение зубов верхнего и нижнего зубных рядов - необходимо спланировать проведение ортодонтического лечения на верхней челюсти с дистализацией боковой группы зубов и установкой моляров по I классу, при этом стимулировать рост нижней челюсти - для этого целесообразно использовать лицевую дугу с комбинированной тягой, так как поможет устранить тесное положение зубов не увеличивая протрузию. Положение зубов 1.8 2.8 3.8 4.8 оценить после 16 лет окончания. Ретенционный период.</p>
P2	-	Последовательность действий приведена верно, обоснованна.
P1	-	Последовательность действий указана не в полном объеме.
P0	-	Неправильно выбран способ ортодонтического лечения, неправильно выбрана тактика ведения данного пациента.
В	5	Выберите ретенционный аппарат.
Э	-	В качестве ретенционного аппарата на верхней и нижней челюсти целесообразно использовать несъемный проволочный ретейнер.
P2	-	Ответ верный. Ретенционные аппараты названы в полном объеме и выбор обоснован.
P1	-	Ответ неполный. Ретенционные аппараты названы в неполном объеме.
P0	-	Ответ неверный. Принцип выбора ретенционного аппараты не раскрыт. Ретенционный аппарат не назван.

Ситуационные задачи по ортодонтии (ординатура)

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	010
Ф	A/01.7	
Ф	A/02.7	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент Ш. А. , 14 лет, обратился в клинику с жалобами на неправильное положение зубов. Из анамнеза было выяснено, что ранее ортодонтическое лечение не проводилось.</p> <p>При клиническом обследовании: лицо мезоцефалического типа, без заметной асимметрии, с выпуклым профилем.</p> <p>Выявлено нейтральное соотношение первых моляров (I класс Энгля) с перекрытием передних зубов в пределах нормы. Средняя линия между центральными резцами на нижней челюсти смещена вправо на 3 мм. Отмечается тесное положение передних зубов верхней и нижней челюстей , тортоаномалия 13, 23, 33 ,43 , вестибулярный наклон 44. Коронковая часть 12 разрушена полностью, корень запломбирован до анатомической верхушки, изменений в периапикальных тканях пародонта рентгенологически не выявляется.</p> <p>При исследовании ортопантограммы асимметрия правой и левой половин средней и нижней частей лицевого отдела черепа не выявлено. Углы наклона продольных осей передних зубов на верхней и нижней челюстях отклонены от нормы.</p> <p>Рентгеноцефалометрический анализ показал: дистальное положение резцов и моляров верхней и нижней челюстей (is/se , ms/se- :60 и 25 мм; и ii/se, mi/se-: 57 и 22 мм), увеличение длины зубной дуги и апикального базиса верхней и нижней челюстей (is-ms, ais- ams – 37,5 и 25 мм ; и ii-mi ,aii- ami – 34 и 30 мм), смещение подбородочного отдела дистально (me/se-: 39,5 мм), увеличение угла наклона тела нижней челюсти к оси x (me- com/ or-po : 37°), уменьшение угла наклона моляров к основанию верхней и нижней челюстей (ms- ams/ sna-snp , mi-ami / me-com- 77 и 89°), уменьшение длины тела нижней челюсти (me-go: 69 мм) , увеличение угла наклона нижних резцов к основанию нижней челюсти (ii-aii/ me-com: 96 °), увеличение углов sna-snp/ or-po и is-ms/or-po (11 и 26 °) , увеличение межчелюстного угла (sna- snp/ me-com: 28 °).</p>

В	1	Назначьте дополнительные исследования.
Э	-	Морфофункциональное изучение состояния круговой мышцы рта, определение мышечного тонуса, анализ уздечек губ и оценить глубину преддверия полости рта биометрическое изучение моделей челюстей
P2	-	Дополнительные исследования назначены верно.
P1	-	Дополнительные исследования назначены, но не в полном объеме.
P0	-	Дополнительные исследования назначены неверно.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	<p>Аномалия первого класса Энгля, осложненная микрогнатией нижней челюсти, аномалией положения отдельных зубов верхнего и нижнего зубных рядов, дефект твердых тканей зуба 1.2. поставлен на основании данных</p> <p>- объективного исследования (соотношение моляров по I классу Энгля с перекрытием передних зубов в пределах нормы, тесное положение передних зубов верхней и нижней челюстей, тортоаномалия 13, 23, 33, 43, вестибулярный наклон 44. Коронковая часть 12 разрушена полностью, корень запломбирован до анатомической верхушки, изменений в периапикальных тканях пародонта рентгенологически не выявляется)</p> <p>- основании данных изучения ТРГ (дистальное положение резцов и моляров верхней и нижней челюстей (is/se , ms/se- :60 и 25 мм ; и апикального базиса верхней и нижней челюстей (is-ms, ais- ams – 37,5 и 25 мм ; и ii-mi ,aii- ami – 34 и 30 мм) , смещение подбородочного отдела дистально (me/se- : 39,5 мм) , увеличение угла наклона тела нижней челюсти к оси x (me- com/ og-po : 37°), уменьшение угла наклона моляров к основанию верхней и нижней челюстей (ms- ams/ sna-snp , mi-ami / me-com- 77 и 89°), уменьшение длины тела нижней челюсти (me-go : 69 мм) , увеличение угла наклона нижних резцов к основанию нижней челюсти (ii-aii/ me-com : 96 °), увеличение углов sna-snp/ og-po и is- m s o r p</p>

P2	-	Диагноз поставлен верно и обусловлен.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью и не обусловлен.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	3	Составьте план ортодонтического лечения.
Э	-	Санация. На основании биометрического изучения моделей челюстей оценить степень тесного положения зубов и дефицит места. временная коронка на зубе 1.2. Провести ортодонтическое лечение несъемной программированной ортодонтической техникой на 2-х челюстях, с целью достижения максимальных окклюзионных контактов. Ретенционный период. Протезировать 1.2 постоянной коронкой.
P2	-	Ответ верный. План ортодонтического лечения указан в полном объеме.
P1	-	Ответ не полный. Этапы ортодонтического лечения перечислены не в правильной последовательности и неполностью.
P0	-	Ответ неверный. Неправильно выбрана тактика ведения данного пациента.
B	4	Опишите последовательность ваших действий.

Э	-	<p>После проведения дополнительных методов исследования (изучение дефицита места в зубной дуге определить возможно ли провести лечение без удаления 4-х премоляров или целесообразнее их удаление, так как по данным объективного осмотра в сторону удаления нам указывает тот факт, что на нижней челюсти смещена вправо на 3 мм, необходимо планировать создание симметричной ширины для коронки зуба 1.2,, так же учитывается факт окончания активного роста пациенте (14 лет), увеличение длины зубной дуги и апикального базиса верхней и нижней челюстей (is-ms, ais-ams – 37,5 и 25 мм ; и ii-mi ,aii-ami – 34 и 30 мм), увеличение угла наклона нижних резцов к основанию нижней челюсти (ii-aii/ me-com : 96 °), но при этом - высокий угол (sna- snp/ me-com: 28 °) указывает на факт рассмотрения варианта лечения без удаления - так как удаления в данной ситуации может привести к открытию прикуса. Если возможно создать место за счет удаления 1.8, 2.8, 3.,8, 4.8, и дефицит места незначителен - то провести дистализацию на этапе лечения (например к микровинтам) и выбрать вариант без удаления. В противном случае провести лечение с удалением 4-х премоляров, опираясь на принцип биологической целесообразности. установить временную коронку на 1.2</p> <p>Провести ортодонтическое лечение на несъемной ортодонтической технике (брекет-системе) с целью устранения аномалий положения отдельных зубов и достижения максимальных окклюзионных контактов.</p> <p>Ретенционный период. протезировать зуб 1.2 постоянной коронкой. Положение зубов - если они не были удалены - 1.8 2.8 3.8 4.8 оценить после 16 лет или окончания активного периода лечения.</p>
P2	-	Последовательность действий приведена верно, обоснованна.
P1	-	Последовательность действий указана не в полном объеме.
P0	-	Неправильно выбран способ ортодонтического лечения, неправильно выбрана тактика ведения данного пациента.
В	5	Выберите ретенционный аппарат.
Э	-	<p>В качестве ретенционного аппарата на верхней челюсти - целесообразно до момента протезирования зуба 1.2 выбрать съемную ретенционную капу, в последующем ее заменить на новую капу или несъемный проволочный ретейнер, на нижней челюсти - использовать несъемный проволочный ретейнер.</p>
P2	-	Ответ верный. Ретенционные аппараты названы в полном объеме и выбор обоснован.

P1	-	Ответ неполный. Ретенционные аппараты названы в неполном объеме.
P0	-	Ответ неверный. Принцип выбора ретенционного аппараты не раскрыт. Ретенционный аппарат не назван.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Вопросы к зачету по дисциплине «Ортодонтия»:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Функционально-морфологическая характеристика молочного прикуса.	УК-1 УК-3
2. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение аномалий размеров челюстей.	ПК-1 ПК-4
3. Функционально-морфологическая характеристика сменного прикуса.	ПК-5 ПК-6
4. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение аномалий положения челюстей относительно основания черепа.	
5. Характеристика периодов формирования постоянного прикуса.	
6. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение открытого прикуса.	
7. Строение зубных дуг. Виды прикуса (диагностика).	
8. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение глубокого прикуса.	
9. Клиническое обследование ортодонтического пациента.	
10. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение дистального прикуса.	
11. Рентгенологические методы обследования ортодонтического больного.	
12. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение мезиального прикуса.	
13. Обследование височно-нижнечелюстных суставов.	
14. Изменения в пародонте под влиянием ортодонтического лечения.	
15. Антропометрический метод исследования диагностических моделей челюстей.	
16. Ортодонтические аппараты механического действия.	
17. Ортодонтические аппараты функционального действия.	
18. Кефалометрические методы исследования в ортодонтии.	
19. Ортодонтические аппараты комбинированного действия.	
20. Лечение аномалий зубочелюстной системы с применением брекет-системы (этапы).	

<p>21. Ретенционные аппараты. Назначение, показания, виды, особенности применения.</p> <p>22. Анатомические и физиологические предпосылки развития рецидивов аномалий прикуса.</p> <p>23. Рекомендации для пациентов по уходу за полостью рта при лечении съёмными и несъёмными ортодонтическими аппаратами.</p> <p>24. Профилактика зубочелюстных аномалий.</p> <p>25. Виды, характеристики и показания к применению современных брекет-систем.</p> <p>26. Виды, характеристики и показания к применению ортодонтических дуг.</p> <p>27. Признаки ортогнатического прикуса по Эндрюсу.</p> <p>28. Применение микроимплантатов при лечении аномалий зубочелюстной системы.</p>	
--	--

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)
Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)
Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)
Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчики:

1. Заведующий кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии доктор медицинских наук, доцент Саакян М.Ю.

2. Доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии, кандидат медицинских наук Николаева Е.Ю.

Дата « » 2023 г.