

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ**

Специальность: 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия

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 «Стоматология ортопедическая» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Стоматология ортопедическая». 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 «Стоматология ортопедическая» 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. 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-2, ОПК-5 ПК-1	Текущий	Раздел 1 Обследование пациентов с дефектами челюстно-лицевой области.	Тест, ситуационные задачи
УК-2, ОПК-5 ПК-1	Текущий	Раздел 2 Клинико-лабораторные этапы протезирования пациентов с дефектами челюстно-лицевой области.	Тест, ситуационные задачи
УК-2, ОПК-5 ПК-1	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тест, ситуационные задачи

### 4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестов, ситуационных задач.

Оценочные средства для текущего контроля.

4.1. Тестовые задания с вариантами ответов для оценки компетенций: УК-2, ОПК-5  
ПК-1

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИИ ВНЧС РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ОБЪЕКТОМ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИСТОЧНИКОМ ИЗЛУЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1.5 м
- 2) 2 м
- 3) 1 м
- 4) 2.5 м

ВМЕСТО РЕНТГЕНОВСКОЙ ПЛЕНКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭЛЕКТРОРЕНТГЕНОГРАФИИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) селеновые пластины
- 2) графитные пластины
- 3) белая бумага
- 4) сажа

МЕТОД ПОЛЯРОГРАФИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЧС ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1) напряжение кислорода и углекислоты в тканях
- 2) избыток углекислоты в тканях
- 3) избыток кислорода в тканях
- 4) нарушение окислительно-восстановительных процессов в тканях

РЕНТГЕНОКИНЕМАТОГРАФИЯ – ЭТО

- 1) метод рентгенологического исследования с применением киносъемки рентгеновского изображения
- 2) рентгенография на расстоянии
- 3) рентгенография в положении лежа
- 4) рентгенография сидя

ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ

- 1) боль и ограничение открывания рта
- 2) тризм жевательных мышц
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав

НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО МЕТОДИКЕ

- 1) В.Ю. Шейнмана
- 2) И.М. Оксмана
- 3) И.С. Карапетяна
- 4) Э.Я. Вареса

ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ РЕЗЕКЦИОННЫЙ ПРОТЕЗ ИЗГОТАВЛИВАЮТ

- 1) непосредственно после операции по намеченному совместно с хирургом плану
- 2) непосредственно перед операцией по намеченному совместно с хирургом плану
- 3) заранее по намеченному совместно с хирургом плану
- 4) через определенные сроки после операции

В КОНСТРУКЦИЮ АППАРАТА ЭНТИНА Д.А. ВХОДИТ РЕЗИНОВЫЙ БАЛЛОН, ЗАПОЛНЕННЫЙ ВОЗДУХОМ ДЛЯ

- 1) хорошего фиксирования аппарата к зубам
- 2) для удобства введения и выведения аппарата
- 3) для того, чтобы уменьшить вес аппарата

#### ОТДАЛЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- 1) малыми седловидными протезами
- 2) дуговыми протезами
- 3) мостовидными протезами
- 4) съемными пластиночными протезами

#### ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДИКЕ И.М. ОКСМАНА ВКЛЮЧАЕТ ИЗГОТОВЛЕНИЕ

- 1) фиксирующей пластинки
- 2) резекционной части протеза
- 3) замещающей части протеза
- 4) обтурирующей части протеза

#### ПРЕИМУЩЕСТВА НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО СРАВНЕНИЮ С ОТДАЛЕННЫМ

- 1) щадящее воздействие на психику больного
- 2) отсутствие необходимости коррекции протезов
- 3) улучшение возможности приема пищи в послеоперационном периоде
- 4) возможность формирования костной ткани после удаления зубов

#### ОСНОВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ РЕЗЕКЦИОННОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) восстановление эстетики челюстно-лицевой области
- 2) восстановление вкуса
- 3) восстановление выработки IgG
- 4) восстановление функции дыхания
- 5) защита раневой поверхности

#### НА ОСТАВШЕЙСЯ ЧАСТИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЭЛЕМЕНТАМИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ОПОРЫ РЕЗЕКЦИОННОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) зубы
- 2) альвеолярный отросток
- 3) мягкое небо
- 4) твердое небо
- 5) десна

#### ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ФИКСАЦИИ И СТАБИЛИЗАЦИИ ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЕЕ ПОЛОВИНЫ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) возможно большее количество кламмеров и окклюзионных накладок
- 2) денто-альвеолярный кламмер по Варесу
- 3) имплантаты
- 4) опору внутри дефекта (носовая перегородка, крыловидная пластинка, нижняя стенка орбиты)
- 5) одиночные коронки
- 6) мостовидные протезы

ПУСТОТЕЛУЮ ОБТУРИРУЮЩУЮ ЧАСТЬ РЕЗЕКЦИОННОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИЗГОТОВЛЯЮТ ПО МЕТОДИКЕ

- 1) Я.М. Збаржа
- 2) И.М. Оксмана
- 3) Э.Я. Вареса
- 4) Е.И. Гаврилова

КАКАЯ ФОРМА СВОДА НЕБА НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) узкая
- 2) плоская
- 3) высокая
- 4) широкая

ВИДЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) позднее
- 2) непосредственное
- 3) отдаленное
- 4) ближайшее

ФИКСАЦИЯ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА С ОБТУРАТОРОМ ПРИ НАЛИЧИИ ЗУБОВ НА ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ ДЕФЕКТУ СТОРОНЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИСХОДИТ ПРИ ПОМОЩИ

- 1) опорно-удерживающих кламмеров
- 2) удержания obturatora за края дефекта
- 3) создания клапанной зоны по краю протеза
- 4) телескопических коронок
- 5) литых коронок, соединенных литыми штангами

НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРЕСЛЕДУЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) формирование будущего протезного ложа
- 2) предупреждение образования рубцов, деформирующих протезное ложе
- 3) предупреждение выраженных нарушений речи и жевания
- 4) предупреждение тяжелых деформаций лица
- 5) предупреждение развития психических нарушений у пациентов

ПРОТЕЗЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ

- 1) на временные разделительные пластинки
- 2) на временные защитные пластинки
- 3) на постоянные obturatory
- 4) на формирующие протезы

ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1) видом резекции
- 2) желанием больных
- 3) величиной костного дефекта
- 4) количеством зубов на сохранившейся части челюсти

ТИПЫ ОБТУРАТОРОВ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) пустотелый однокомпонентный obturator

- 2) пустотелый двухкомпонентный obturator
- 3) пустотелый трехкомпонентный obturator
- 4) obturator Кингсли

ПРИ ОТДАЛЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ, В ПОЗДНИЕ СРОКИ

- 1) уже сформировавшиеся рубцы препятствуют протезированию
- 2) массивные, трудно поддающиеся растяжению рубцы смещают протез и способствуют более быстрому расшатыванию фиксирующих элементов
- 3) уже сформировавшиеся рубцы не препятствуют протезированию
- 4) массивные, трудно поддающиеся растяжению рубцы смещают протез и способствуют более быстрому привыканию к протезу

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СУЩЕСТВУЕТ МЕТОД ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОБТУРИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ РЕЗЕКЦИОННОГО ПРОТЕЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- 1) по анатомической форме челюсти
- 2) по форме гранулирующей послеоперационной полости
- 3) по анатомической форме челюсти с промывными каналами

НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЧЕЛЮСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1) формирования будущего протезного ложа и предупреждения образования рубцов
- 2) фиксации фрагментов челюсти, а также предупреждения тяжелых деформаций лица и изменения внешнего вида больного
- 3) создания лечебно-охранительного режима

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение речи
- 2) нарушение формирования пищевого комка
- 3) несмыкание ротовой щели
- 4) нарушение окклюзионных соотношений с зубами верхней челюсти
- 5) аномалия положения зубов

ПЕРЕЛОМЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРСТКА ВЕРХНЕЙ ЧАЛЮСТИ И АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАНИМАЮТ ОДНО ИЗ ВЕДУЩИХ МЕСТ СРЕДИ ДРУГИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ЛИЦА У ДЕТЕЙ 5 – 7 ЛЕТ. ЭТО ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) тонкой слизистой оболочкой в детском возрасте
- 2) ослаблением структуры кости наличием большого количества зачатков постоянных зубов
- 3) ослаблением структуры кости остеосклерозом
- 4) большой подвижностью детей в этом возрасте

ПРИЗНАКАМИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМИ ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) несинхронное движение головок нижней челюсти
- 2) резкое нарушение окклюзионных взаимоотношений с верхними зубами
- 3) смещение отломков в язычном направлении
- 4) подвижность отломков, определяемая при пальпации

ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) в области тела нижней челюсти

- 2) в области шейки суставного отростка
- 3) области подбородочного отверстия
- 4) области угла нижней челюсти
- 5) по средней линии

#### ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ УГЛА

- 1) перелом поперечный
- 2) перелом продольный
- 3) идет косо кнутри и вперед
- 4) идет кнаружи и назад

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

- 1) нарушение поверхностной чувствительности кожи лица
- 2) нарушение болевой чувствительности
- 3) нарушение тактильной чувствительности
- 4) нарушение температурной чувствительности

#### ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ МЕНТАЛЬНЫХ ОТВЕРСТИЙ СРЕДНИЙ ОТЛОМОК СМЕЩАЕТСЯ

- 1) вниз
- 2) вверх
- 3) вперед
- 4) назад

#### ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ШИНИРОВАНИЯ ОТЛОМКОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) жесткую подбородочную пращу
- 2) стандартную шину Збаржа
- 3) лигатурное связывание челюстей
- 4) шину Ванкевич
- 5) одночелюстную алюминиевую шину по Тигерштедту

#### ОДНОЧЕЛЮСТНЫЕ ПРОВОЛОЧНЫЕ ШИНЫ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) при переломах альвеолярного отростка без смещения
- 2) наличии зубов на челюсти, незначительном смещении отломков при переломах в пределах зубного ряда
- 3) наличии зубов на челюсти, при переломах за пределами зубного ряда без смещения

#### ВЫБОР МЕТОДА ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАВИСИТ

- 1) от наличия зубов на челюсти
- 2) от характера нарушения окклюзии
- 3) от локализации линии перелома
- 4) от степени и направления смещения отломков
- 5) от наличия зубов на челюсти, характера нарушения речи и жевания

#### ОТКРЫТЫЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) разрывом мягких тканей лица
- 2) разрывом слизистой оболочки ротовой полости
- 3) место травмы остается закрытым мягкими тканями

#### ВИДЫ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) неполный
- 2) открытый
- 3) полузакрытый
- 4) закрытый
- 5) полукоткрытый

ПОЛНЫЙ ПЕРЕЛОМ ПО ФОРМЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) косым
- 2) поперечным
- 3) оскольчатым
- 4) двойным

ПОЛНЫЙ ПЕРЕЛОМ ПО КОЛИЧЕСТВУ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) двойным
- 2) косым
- 3) одинарным
- 4) множественным
- 5) тройным

ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ БОКОВОМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СМЕЩЕНИЕ БОЛЬШОГО ОТЛОМКА ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ ТЯГИ

- 1) двубрюшных мышц
- 2) подбородочно-подъязычных мышц
- 3) медиальной крыловидной мышцы
- 4) височной мышцы

ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ БОКОВОМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СМЕЩЕНИЕ МАЛОГО ОТЛОМКА ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ ТЯГИ

- 1) двубрюшных мышц
- 2) подбородочно-подъязычных мышц
- 3) медиальной крыловидной мышцы
- 4) височной мышцы
- 5) жевательной мышцы

ДЛЯ ЛИГАТУРНОГО СОЕДИНЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) бронзо-алюминиевую проволоку
- 2) медную проволоку
- 3) проволоку из нержавеющей стали

О НЕСРАСТАНИИ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ ГОВОРЯТ

- 1) подвижность отломков
- 2) смещение малого отломка в язычном направлении
- 3) окклюзионные нарушения
- 4) нарушения речи

ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ

- 1) достигнуть приживление отломка альвеолярной части в правильном положении
- 2) максимально восстановить функцию всех поврежденных зубов
- 3) создание благоприятных условий для последующего ортопедического лечения при невозможности сохранения зубов в линии перелома или их утраты
- 4) диагностика локализации и протяженности повреждения



ПРИ ПЕРЕЛОМЕ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛЕЧЕНИЕ  
ПРОВОЛОЧНОЙ ШИНОЙ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- 1) фиксируя шину к неповрежденным зубам проволочными лигатурами
- 2) фиксируя шину к неповрежденным зубам адгезивными композитными материалами
- 3) фиксируя шину к неповрежденным зубам резиновой тягой
- 4) фиксируя шину к поврежденным зубам проволочными лигатурами

ПЕРЕЛОМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В МЕСТЕ ДЕЙСТВИЯ ТРАВМИРУЮЩЕЙ СИЛЫ

- 1) прямые
- 2) не прямые
- 3) косые
- 4) поперечные

ПЕРЕЛОМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВДАЛИ ОТ МЕСТА ПРИЛОЖЕНИЯ СИЛЫ

- 1) прямые
- 2) не прямые
- 3) косые
- 4) поперечные

ВОЕННОСЛУЖАЩЕМУ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ  
КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ НА ОМЕДБ. КАКУЮ ИЗ УКАЗАННЫХ  
ТРАНСПОРТНЫХ ШИН СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

- 1) подбородочная праща
- 2) гладкая шина-скоба
- 3) шина с распоркой
- 4) ленточная шина
- 5) шина с зацепными петлями

ОДНОМОМЕНТНАЯ ФИКСАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) во время операции
- 2) с помощью аппаратов
- 3) после операции
- 4) ручным способом

ПОВРЕЖДЕНИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА  
ПЕРЕЛОМЫ

- 1) скуловой кости с повреждением стенок ВЧ-пазухи
- 2) скуловой кости и скуловой дуги
- 3) скуловой кости с повреждением лобной кости
- 4) скуловой дуги

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ

- 1) огнестрельные
- 2) рваные
- 3) ушибленные
- 4) неогнестрельные
- 5) колотые

ПЕРЕЛОМЫ РАЗЛИЧАЮТСЯ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) срединный
- 2) ментальный

- 3) ангулярный
- 4) цервикальный
- 5) Ле Фор II

ПЕРЕЛОМЫ РАЗЛИЧАЮТСЯ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) Ле Фор I
- 2) Ле Фор II
- 3) цервикальный
- 4) Ле Фор III (верхний)
- 5) срединный

НЕПОЛНЫЙ ПОПЕРЕЧНЫЙ ПЕРЕЛОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ГОРИЗОНТАЛЬНЫМ ПЕРЕЛОМОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) Ле Фор I
- 2) Ле Фор II
- 3) Ле Фор III
- 4) средний
- 5) нижний

ЛИНИЯ ПЕРЕЛОМА ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ НОСОВЫЕ КОСТИ, ДНО ГЛАЗНИЦЫ, КРЫЛОВИДНЫЙ ОТРОСТОК, СКУЛО-ЧЕЛЮСТНОЙ ШОВ

- 1) Ле Фор I
- 2) Ле Фор II
- 3) Ле Фор III
- 4) верхний
- 5) средний

СИМПТОМ ОЧКОВ ХАРАКТЕРЕН

- 1) для Ле Фор I
- 2) для Ле Фор II
- 3) для Ле Фор III
- 4) для верхний
- 5) для средний

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПО И.Г. ЛУКОМСКОМУ

- 1) перелом альвеолярного отростка
- 2) суборбитальный
- 3) суббазальный
- 4) ментальный

ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ХАРАКТЕРУ РАЗЛИЧАЮТ

- 1) тройные
- 2) одинарные
- 3) четвертные
- 4) двойные
- 5) множественные

ПРИ КАКОМ ПЕРЕЛОМЕ БЫВАЕТ ЛИКВОРЕЯ

- 1) Ле Фор III
- 2) Ле Фор II
- 3) Ле Фор I
- 4) верхний

5) средний

ЛЕЧЕБНЫЕ АППАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОРТОПЕДИИ, ДЕЛЯТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ

- 1) репонирующие
- 2) направляющие
- 3) фокусирующие

К ГРУППЕ НАЗУБНЫХ ФИКСИРУЮЩИХ АППАРАТОВ ОТНОСИТСЯ

- 1) шина Вебера
- 2) шина Порта
- 3) шина из самотвердеющей пластмассы
- 4) проволочные шины по Тигерштедту

НАДЕСНЕВЫМИ ФИКСИРУЮЩИМИ ШИНАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) шина Порта
- 2) шина Тигерштедта
- 3) шина Вебера
- 4) шина Лимберга

ПО СПОСОБУ ФИКСАЦИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫЕ АППАРАТЫ ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ

- 1) исправляющие
- 2) стандартные
- 3) внеротовые
- 4) фиксирующие
- 5) внутриротовые

ПО ТЕХНОЛОГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫЕ АППАРАТЫ ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ

- 1) индивидуальные
- 2) формирующие
- 3) стандартные
- 4) внутриротовые
- 5) разобщающие

ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВСЕ АППАРАТЫ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ДЕЛЯТСЯ

- 1) на замещающие
- 2) на формирующие
- 3) на перемещающие
- 4) на смыкающие

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ, С ПОМОЩЬЮ КОТОРЫХ ОТЛОМКИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ В ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, И АППАРАТЫ, ИМЕЮЩИЕ НАКЛОННЫЕ ПЛОСКОСТИ

- 1) исправляющие
- 2) фиксирующие
- 3) замещающие
- 4) разобщающие
- 5) направляющие

АППАРАТЫ, ЗАМЕЩАЮЩИЕ УТРАЧЕННЫЕ ТКАНИ И РАЗДЕЛЯЮЩИЕ ПОЛОСТИ РТА И НОСА

- 1) замещающие
- 2) фиксирующие
- 3) разобщающие
- 4) направляющие

БОЛЬНОМУ Д., 40 ЛЕТ, ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА В РЕЗУЛЬТАТЕ АВТОКАТАСТРОФЫ ПЛАНИРУЮТ ПЛАСТИКУ ЛИЦА. ИЗ КАКИХ ОСНОВНЫХ ЧАСТЕЙ СОСТОЯТ ФОРМИРУЮЩИЕ АППАРАТЫ, КОТОРЫЕ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ПЛАСТИКЕ ЛИЦА

- 1) фиксирующей и формирующей
- 2) репонирующей и формирующей
- 3) замещающей и формирующей
- 4) направляющей и формирующей
- 5) розмежовующей и формирующей

ДЛЯ РЕПОНИРУЮЩИХ АППАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) коронки
- 2) каппы
- 3) кольца
- 4) базисная пластинка
- 5) брекет-системы

КЛАССИФИКАЦИЯ АППАРАТОВ ПО ЛЕЧЕБНОМУ НАЗНАЧЕНИЮ

- 1) рабочие
- 2) основные
- 3) фиксирующие
- 4) формирующие
- 5) вспомогательные

#### 4.2. Задачи для оценки компетенций УК-2, ОПК-5 ПК-1

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/текст элемента мини-кейса
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмой, челюстно-лицевой области и установление диагноза
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмой, челюстно-лицевой области, контроль его эффективности и безопасности
В	-	001
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ, ВЫЧИСЛИТЕ ПРЕДЛОЖЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ.</b>
У	-	Больная, 55 лет, обратилась в клинику с жалобами на отсутствие зубов. Из анамнеза выявлено, что больная страдает гипертонической болезнью, вегето-сосудистой дистонией, язвенной болезнью желудка. Испытывает страх перед стоматологическими манипуляциями.  Объективно: лицо симметричное, высота нижней трети лица не изменена. Зубная формула: отсутствуют 35, 44, 45. 36 под пломбой, располагающейся на окклюзионной и дистальной контактной поверхностях, лечен 20 лет назад. На рентгенограмме – медиальные каналы запломбированы не до верхушки, в области медиального корня 36 разрежение костной ткани с четкими контурами,

		диаметром 3 мм. Изменений в области дистального корня нет, канал запломбирован до верхушки, равномерно на всем протяжении.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов нижней челюсти (3 класс по Кеннеди, 4 класс по Гаврилову, 2 класс 2 подкласс по Жулёву). Дефект твердых тканей 3.6. (2 класс по Блэку, 3 класс по Жулёву)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	<p>Если зуб 3.6 удалось перелечить:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Протезировать нижнюю челюсть в области 3.6 искусственной короной с опорой на искусственную культю со штифтами; в области 35, 44, 45 искусственными коронками с опорой на имплантаты.</li> <li>2. Протезировать нижнюю челюсть в области 4.4; 4.5 мостовидным протезом с опорой на 4.6; 4.3; в области 3.5 мостовидным протезом с опорой на 3.4 и искусственную культю со штифтами 3.6.</li> </ol> <p>Если зуб 3.6 был удален:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Протезировать нижнюю челюсть в области 3.5, 3.6, 4.4, 4.5 искусственными коронками с опорой на имплантаты.</li> <li>2. Протезировать нижнюю челюсть в области 4.4; 4.5 мостовидным протезом с опорой на 4.6; 4.3; в области 3.5; 3.6 мостовидным протезом с опорой на 3.3; 3.4; 3.7.</li> <li>3. Протезировать нижнюю челюсть частичным съёмным протезом.</li> </ol>
P2	-	План лечения составлен верно.
P1	-	План лечения составлен не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	План лечения составлен неверно.
В	-	002
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациент С., 19 лет, обратился в клинику с целью протезирования, отсутствующего 11. Зуб удален полгода назад по поводу продольного перелома корня в результате травмы.</p> <p>Объективно: лицо симметричное, высота нижней трети лица не</p>

		изменена. 12 и 21 наклонены в сторону дефекта, зубы интактные. Расстояние между 12 и 21 составляет 7мм, ширина 21 – 9мм.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов верхней челюсти (4 класс по Кеннеди, 1 класс 1 подкласс по Жулёву). Деформация зубного ряда верхней челюсти.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Предложите возможные варианты ортопедического лечения.
Э	-	1. После предварительного ортодонтического и хирургического лечения протезировать верхнюю челюсть в области 1.1 искусственной коронкой с опорой на имплантат. 2. После предварительного ортодонтического лечения протезировать верхнюю челюсть в области 1.1 мостовидным протезом с опорой на 12 и 21. 3. После предварительного ортодонтического лечения протезировать верхнюю челюсть в области 1.1 малым седловидным протезом.
P2	-	Варианты ортопедического лечения указаны верно.
P1	-	Варианты ортопедического лечения указаны не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	Варианты ортопедического лечения указаны неверно.
В	-	003
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациентка, 40 лет, обратилась с жалобами на неприятные ощущения в области резцов верхней челюсти, а также на чувство тяжести и боль в области ВНЧС с обеих сторон, усиливающиеся к концу рабочего дня.</p> <p>Из анамнеза установлено, что ранее – около 10 лет назад – были изготовлены пластмассовые коронки на центральные и боковые резцы верхней челюсти, которые 2 года назад были заменены на металлокерамические коронки. Появление жалоб пациентка связывает с окончанием протезирования металлокерамическими коронками.</p> <p>Объективно: прикус ортогнатический, зубные ряды интактны, центральные и боковые резцы верхней челюсти покрыты металлокерамическими коронками. При закрывании рта достигается плотный окклюзионный контакт во всех группах зубов, который определяется не только визуально, но и с помощью окклюзионной</p>

		(копировальной) бумаги. На резцах нижней челюсти видны выраженные фасетки стирания, расположенные с вестибулярной стороны в области режущих краев. Пальпаторно определяется повышенный тонус жевательных и височных мышц с обеих сторон.
В	1	Укажите причину появления жалоб.
Э	-	При протезировании металлокерамическими коронками центральных и боковых резцов не была проведена коррекция окклюзии, были оставлены суперконтакты. Также была допущена конструкционная ошибка в изготовлении коронок, это привело к смещению нижней челюсти. Это могло быть увеличение длины коронок, вследствие чего произошел блок сагитального суставного пути, что привело к гипертонусу мышц и симметричным болям, усиливающимся к вечеру.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью: не указаны основные причины.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	2	Нуждается ли больная в дополнительном обследовании?
Э	-	Да, нуждается. КЛКТ ВНЧС, аксиография, электромиография, анализ окклюзионных взаимоотношений с помощью T-Scan.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью: не указаны основные дополнительные методы исследования.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	3	Поставьте диагноз.
Э	-	Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Генерализованная декомпенсированная повышенная стираемость зубов.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	4	Ваша тактика лечения этой пациентки.
Э	-	1. Снятие металлокерамических коронок. 2. Протезировать верхнюю челюсть в области резцов пластмассовыми коронками правильно смоделированными. 3. Протезировать нижнюю челюсть в области резцов пластмассовыми коронками. 4. Изготовление релаксационной каппы на нижнюю челюсть. 5. После стабилизации положительной динамики постоянное

		протезирование.
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указаны другие варианты лечения.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
B	-	004
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациентка, 36 лет, обратилась с жалобами на асимметрию лица из-за бокового смещения нижней челюсти при закрывании рта и смыкании зубов, а также на боль в области ВНЧС слева, усиливающуюся при жевании.</p> <p>Анамнез заболевания: около 12 лет назад включенные дефекты зубных рядов верхней и нижней челюстей в жевательной области с обеих сторон были замещены золотыми мостовидными протезами. Затем все эти протезы «по очереди» были заменены из-за истирания и перфорации опорных коронок. Асимметрия лица была замечена около 4 лет назад и с течением времени становилась все более заметной.</p> <p>Объективно: отсутствуют 16, 18; 26, 28; 36; 46, и 48 зубы. Имеются золотые мостовидные протезы с опорой на 15, 17; 25, 27; 35, 37; 45 и 47 зубы. Левосторонний привычный тип жевания. В правой боковой окклюзии имеется гипербалансирующий суперконтакт на 27 и 38 зубах. Высота нижней трети лица в положении центральной окклюзии снижена на 2 мм, имеется стираемость режущих краев резцов и клыков нижней челюсти. Средняя линия между центральными резцами челюстей не совпадает и смещена влево на 3 мм.</p>
B	1	Укажите возможные причины появления жалоб. Можно-ли было избежать появления жалоб.
Э	-	<p>Да, можно. Причина жалоб возможно из-за «по очередного» протезирования, каждый раз допускались ошибки при регистрации прикуса.</p> <p>Также зуб 3.8 является причиной суперконтактов в эксцентрических окклюзиях.</p>
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью: не указаны основные причины.
P0	-	Ответ указан неверно.
B	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Генерализованная повышенная стираемость зубов (1 класс по Гаркуши).



P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	3	Составьте план лечения.
Э	-	<p>1. Консультация врача стоматолога-хирурга с целью удаления зуба 3.8</p> <p>2. Изготовление окклюзионной каппы на нижнюю челюсть с целью нормализации положения нижней челюсти.</p> <p>3. Снятие старых ортопедических конструкций.</p> <p>4. Протезировать верхнюю челюсть в области зуба 1.6 пластмассовым мостовидным протезом с опорой на 1.5;1.7; в области зуба 2.6 пластмассовым мостовидным протезом с опорой на 2.7;2.5</p> <p>5. Протезировать нижнюю челюсть в области зуба 3.6 пластмассовым мостовидным протезом с опорой на 3.5;3.7; в области 4.6 пластмассовым мостовидным протезом с опорой на 4.5;4.7.</p> <p>6. После получения стабильной положительной динамики постоянное протезирование.</p>
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указаны другие варианты лечения.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
B	-	005
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная Ш., 49 лет, обратилась для повторного протезирования с жалобами на ослабление фиксации полных съемных протезов, трещины в области углов рта. Протезировалась 5 лет назад. Последние два года беспокоит раздражение кожи углов рта. Медикаментозное лечение у терапевта-стоматолога и дерматолога оказалась неэффективным. Сопутствующих заболеваний не выявлено.</p> <p>Объективно: Лицо симметричное, подбородочные и носогубные складки выражены. Атрофия альвеолярных отростков резко выражена, равномерная. Слизистая оболочка и кожа углов рта гиперемированы, имеются трещины в углах рта. Межальвелярная высота на старых протезах снижена в пределах 4 мм. Искусственные пластмассовые зубы поставлены с учетом вершины альвеолярных отростков, стертые.</p>
B	1	Поставьте диагноз в соответствии с клинической картиной.
Э	-	Полная потеря зубов верхней челюсти K08.1 (3 тип по Оксману), Полная потеря зубов нижней челюсти( 3 тип по

		Оксману), Ангулярный хейлит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Рассмотрите возможные варианты развития данной патологии.
Э	-	Хейлит развился в результате снижения межальвеолярной высоты, в результате этого образуются глубокие складки в области углов рта, которые способствуют мацерации слизистой оболочки и кожи. При наличии этих условий поражение слизистой оболочки приобретает характер хронического, стойкого процесса.  Возможен вариант также неудовлетворительной гигиены полости рта, который в совокупности со снижением межальвеолярной высоты привел к хейлиту.
P2	-	Возможные варианты развития данной патологии указаны верно.
P1	-	Возможные варианты развития данной патологии указаны не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	Возможные варианты развития данной патологии указаны неверно.
B	3	Выберите и обоснуйте наиболее рациональный метод повторного протезирования.
Э	-	Протезировать верхнюю и нижнюю челюсти полными съемными протезами с восстановлением межальвеолярной высоты. Снятие оттиска во время протезирования проводить с учетом буферных зон, чтобы предотвратить дальнейшую атрофию.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью: не указаны другие варианты лечения.
P0	-	Ответ указан неверно.
B	-	006
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больная М., 60 лет обратилась с жалобами на боли при движении языка, откусывании и пережевывании пищи. Сутки назад ей были наложены новые полные съемные протезы. Объективно: Лицо пропорциональное, носогубные и подбородочные складки умеренно выражены. Высота нижней трети лица не изменена. Соотношение челюстей ортогнатическое. Альвеолярные отростки верхней и нижней челюсти атрофированы незначительно. Места прикрепления уздечек губ, языка, щечных тяжей находятся на уровне основания альвеолярных отростков. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована и отечна, в области уздечки языка и с язычной стороны по скату альвеолярного отростка челюсти нижней челюсти в проекции 31,32, 41,42 с нарушением целостности эпителиального слоя. При поднятии кончика языка вверх протез на

		нижней челюсти смещается.
В	1	Поставьте диагноз в соответствии с клинической картиной.
Э	-	Полная потеря зубов верхней челюсти ( по Оксману 1 тип ), Полная потеря зубов нижней челюсти ( по Оксману 1 тип ), Травматический стоматит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие погрешности были допущены при изготовлении протеза на нижнюю челюсть?
Э	-	Расширение границ базиса протеза нижней челюсти в подъязычной области.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	3	Выберите и обоснуйте метод коррекции протеза.
Э	-	Необходимо провести коррекцию границ протеза в области травматизации слизистой оболочки, для этого используют пробы Гербста, копировальную бумагу, химический карандаш, окклюзионный спрей и тд. Проводить коррекцию до тех пор, пока при поднятии кончика языка вверх протез на нижней челюсти не будет смещаться.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны основные методы.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	-	007
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной И., 56 лет, обратился в клинику с целью повторного протезирования в связи с плохой фиксацией ранее изготовленных протезов.</p> <p>Объективно: Лицо симметричное, носогубные и подбородочные складки выражены, межальвеолярная высота с протезами уменьшена на 4 мм. Соотношение челюстей ортогнатическое. Альвеолярный отросток верхней челюсти умеренно атрофирован, нижней челюсти - неравномерно. Места прикрепления уздечек и боковых тяжей располагаются на 3 мм ниже по отношению к гребню альвеолярного отростка. Слизистая оболочка рыхлая, неравномерно податлива. На старых протезах: дистальная граница</p>

		протеза для верхней челюсти не доходит до слепых ямок на 3 мм, нижнечелюстные бугорки не перекрыты базисом протеза нижней челюсти, протез балансирует. В предыдущее клиническое посещение были получены функциональные оттиски с беззубых челюстей.
В	1	Поставьте диагноз в соответствии с клинической картиной.
Э	-	Полная потеря зубов верхней челюсти (2 тип по Оксману, 2 класс по Суппле), Полная потеря зубов нижней челюсти (4 тип по Оксману, 2 класс по Суппле).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте клинические и лабораторные погрешности в конструировании протезов.
Э	-	Некачественное снятие слепка без учета функциональных проб; некачественная отливка моделей; неправильное определение границ базиса протеза; ошибка при определении межальвеолярной высоты; ошибки при варке протеза.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны другие погрешности.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	3	Укажите последовательность проведения манипуляций в следующее клиническое посещение.
Э	-	1. Проверка качества отлитых моделей, проверка качества прикусных шаблонов с окклюзионными валиками; определение центрального соотношения челюстей и межальвеолярной высоты. Выбор цвета зубов. Обозначение границ будущих протезов на модели. 2. Проверка и наложение восковых репродукций полных съемных протезов. 3. Наложение полных съемных протезов, коррекция окклюзии, рекомендации. Пациент назначается на контрольный осмотр на следующий день.
P2	-	Ответ составлен верно.
P1	-	Ответ составлен не полностью: не указаны другие варианты лечения.
P0	-	Ответ составлен неверно.

### 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 – тестовые задания, ситуационные задачи

5.1.1. Тестовые задания

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
<p>И ПРОВЕДЕНИИ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИИ ВНЧС РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ОБЪЕКТОМ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИСТОЧНИКОМ ИЗЛУЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1) 1.5 м 2) 2 м 3) 1 м 4) 2.5 м</p>	<p>УК-2, ОПК-5 ПК-1</p>
<p>МЕСТО РЕНТГЕНОВСКОЙ ПЛЕНКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭЛЕКТРОРЕНТГЕНОГРАФИИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЮТСЯ</p> <p>1) селеновые пластины 2) графитные пластины 3) белая бумага 4) сажа</p>	
<p>ТОД ПОЛЯРОГРАФИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЧС ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ</p> <p>1) напряжение кислорода и углекислоты в тканях 2) избыток углекислоты в тканях 3) избыток кислорода в тканях 4) нарушение окислительно-восстановительных процессов в тканях</p>	
<p>НТГЕНОКИНЕМАТОГРАФИЯ – ЭТО</p> <p>1) метод рентгенологического исследования с применением киносъемки рентгеновского изображения 2) рентгенография на расстоянии 3) рентгенография в положении лежа 4) рентгенография сидя</p>	
<p>ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ</p> <p>1) боль и ограничение открывания рта 2) тризм жевательных мышц 3) околоушный гипергидроз 4) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав</p>	
<p>ПОСРЕДСТВЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО МЕТОДИКЕ</p> <p>1) В.Ю. Шейнмана 2) И.М. Оксмана</p>	

- 3) И.С. Карапетяна
- 4) Э.Я. Вареса

И НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ РЕЗЕКЦИОННЫЙ ПРОТЕЗ ИЗГОТАВЛИВАЮТ

- 1) непосредственно после операции по намеченному совместно с хирургом плану
- 2) непосредственно перед операцией по намеченному совместно с хирургом плану
- 3) **заранее по намеченному совместно с хирургом плану**
- 4) через определенные сроки после операции

КОНСТРУКЦИЮ АППАРАТА ЭНТИНА Д.А. ВХОДИТ РЕЗИНОВЫЙ БАЛЛОН, ЗАПОЛНЕННЫЙ ВОЗДУХОМ ДЛЯ

- 1) хорошего фиксирования аппарата к зубам
- 2) **для удобства введения и выведения аппарата**
- 3) для того, чтобы уменьшить вес аппарата

ДАЛЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- 1) малыми седловидными протезами
- 2) **дугowymi протезами**
- 3) мостовидными протезами
- 4) **съёмными пластиночными протезами**

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДИКЕ И.М. ОКСМАНА ВКЛЮЧАЕТ ИЗГОТОВЛЕНИЕ

- 1) **фиксирующей пластинки**
- 2) **резекционной части протеза**
- 3) замещающей части протеза
- 4) **обтурирующей части протеза**

ПРЕИМУЩЕСТВА НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО СРАВНЕНИЮ С ОТДАЛЕННЫМ

- 1) **щадящее воздействие на психику больного**
- 2) отсутствие необходимости коррекции протезов
- 3) **улучшение возможности приема пищи в послеоперационном периоде**
- 4) возможность формирования костной ткани после удаления зубов

ОСНОВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ РЕЗЕКЦИОННОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **восстановление эстетики челюстно-лицевой области**
- 2) восстановление вкуса
- 3) восстановление выработки IgG
- 4) **восстановление функции дыхания**
- 5) **защита раневой поверхности**

ОСТАВШЕЙСЯ ЧАСТИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЭЛЕМЕНТАМИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ОПОРЫ РЕЗЕКЦИОННОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **зубы**

- 2) альвеолярный отросток
- 3) мягкое небо
- 4) твердое небо
- 5) десна

Я УЛУЧШЕНИЯ ФИКСАЦИИ И СТАБИЛИЗАЦИИ ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЕЕ ПОЛОВИНЫ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) возможно большее количество кламмеров и окклюзионных накладок
- 2) денто-альвеолярный кламмер по Варесу
- 3) имплантаты
- 4) опору внутри дефекта (носовая перегородка, крыловидная пластинка, нижняя стенка орбиты)
- 5) одиночные коронки
- 6) мостовидные протезы

СТОТЕЛУЮ ОБТУРИРУЮЩУЮ ЧАСТЬ РЕЗЕКЦИОННОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИЗГОТОВЛЯЮТ ПО МЕТОДИКЕ

- 1) Я.М. Збаржа
- 2) И.М. Оксмана
- 3) Э.Я. Вареса
- 4) Е.И. Гаврилова

КАЯ ФОРМА СВОДА НЕБА НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) узкая
- 2) плоская
- 3) высокая
- 4) широкая

ДЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) позднее
- 2) непосредственное
- 3) отдаленное
- 4) ближайшее

КСАЦИЯ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА С ОБТУРАТОРОМ ПРИ НАЛИЧИИ ЗУБОВ НА ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ ДЕФЕКТУ СТОРОНЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИСХОДИТ ПРИ ПОМОЩИ

- 1) опорно-удерживающих кламмеров
- 2) удержания obturatora за края дефекта
- 3) создания клапанной зоны по краю протеза
- 4) телескопических коронок
- 5) литых коронок, соединенных литыми штангами

ПОСРЕДСТВЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРЕСЛЕДУЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) формирование будущего протезного ложа
- 2) предупреждение образования рубцов, деформирующих протезное ложе
- 3) предупреждение выраженных нарушений речи и жевания

4) предупреждение тяжелых деформаций лица

5) предупреждение развития психических нарушений у пациентов

ОТЕЗЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ

1) на временные разделительные пластинки

2) на временные защитные пластинки

3) на постоянные obturatory

4) на формирующие протезы

ДАЧИ И МЕТОДИКА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

1) видом резекции

2) желанием больных

3) величиной костного дефекта

4) количеством зубов на сохранившейся части челюсти

ПЫ ОБТУРАТОРОВ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) пустотелый однокомпонентный obturator

2) пустотелый двухкомпонентный obturator

3) пустотелый трехкомпонентный obturator

4) obturator Kingсли

И ОТДАЛЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ, В ПОЗДНИЕ СРОКИ

1) уже сформировавшиеся рубцы препятствуют протезированию

2) массивные, трудно поддающиеся растяжению рубцы смещают протез и способствуют более быстрому расшатыванию фиксирующих элементов

3) уже сформировавшиеся рубцы не препятствуют протезированию

4) массивные, трудно поддающиеся растяжению рубцы смещают протез и способствуют более быстрому привыканию к протезу

АСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СУЩЕСТВУЕТ МЕТОД ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОБТУРИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ РЕЗЕКЦИОННОГО ПРОТЕЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

1) по анатомической форме челюсти

2) по форме гранулирующей послеоперационной полости

3) по анатомической форме челюсти с промывными каналами

ПОСРЕДСТВЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЧЕЛЮСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

1) формирования будущего протезного ложа и предупреждения образования рубцов

2) фиксации фрагментов челюсти, а также предупреждения тяжелых деформаций лица и изменения внешнего вида больного

3) создания лечебно-охранительного режима

ИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ



- 1) нарушение речи
- 2) нарушение формирования пищевого комка
- 3) несмыкание ротовой щели
- 4) нарушение окклюзионных соотношений с зубами верхней челюсти
- 5) аномалия положения зубов

ПЕРЕЛОМЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРСТКА ВЕРХНЕЙ ЧАЛЮСТИ И АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАНИМАЮТ ОДНО ИЗ ВЕДУЩИХ МЕСТ СРЕДИ ДРУГИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ЛИЦА У ДЕТЕЙ 5 – 7 ЛЕТ. ЭТО ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) тонкой слизистой оболочкой в детском возрасте
- 2) ослаблением структуры кости наличием большого количества зачатков постоянных зубов
- 3) ослаблением структуры кости остеосклерозом
- 4) большой подвижностью детей в этом возрасте

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМИ ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) несинхронное движение головок нижней челюсти
- 2) резкое нарушение окклюзионных взаимоотношений с верхними зубами
- 3) смещение отломков в язычном направлении
- 4) подвижность отломков, определяемая при пальпации

ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) в области тела нижней челюсти
- 2) в области шейки суставного отростка
- 3) области подбородочного отверстия
- 4) области угла нижней челюсти
- 5) по средней линии

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ УГЛА

- 1) перелом поперечный
- 2) перелом продольный
- 3) идет косо кнутри и вперед
- 4) идет кнаружи и назад

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

- 1) нарушение поверхностной чувствительности кожи лица
- 2) нарушение болевой чувствительности
- 3) нарушение тактильной чувствительности
- 4) нарушение температурной чувствительности

ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ МЕНТАЛЬНЫХ ОТВЕРСТИЙ СРЕДНИЙ ОТЛОМОК СМЕЩАЕТСЯ

- 1) вниз
- 2) вверх
- 3) вперед

4) назад

Я ВРЕМЕННОГО ШИНИРОВАНИЯ ОТЛОМКОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) жесткую подбородочную пращу
- 2) стандартную шину Збаржа
- 3) лигатурное связывание челюстей
- 4) шину Ванкевич
- 5) одночелюстную алюминиевую шину по Тигерштедту

НОЧЕЛЮСТНЫЕ ПРОВОЛОЧНЫЕ ШИНЫ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) при переломах альвеолярного отростка без смещения
- 2) наличии зубов на челюсти, незначительном смещении отломков при переломах в пределах зубного ряда
- 3) наличии зубов на челюсти, при переломах за пределами зубного ряда без смещения

БОР МЕТОДА ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАВИСИТ

- 1) от наличия зубов на челюсти
- 2) от характера нарушения окклюзии
- 3) от локализации линии перелома
- 4) от степени и направления смещения отломков
- 5) от наличия зубов на челюсти, характера нарушения речи и жевания

КРЫТЫЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) разрывом мягких тканей лица
- 2) разрывом слизистой оболочки ротовой полости
- 3) место травмы остается закрытым мягкими тканями

ДЫ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) неполный
- 2) открытый
- 3) полузакрытый
- 4) закрытый
- 5) полуоткрытый

ЛННЫЙ ПЕРЕЛОМ ПО ФОРМЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) косым
- 2) поперечным
- 3) оскольчатым
- 4) двойным

ЛННЫЙ ПЕРЕЛОМ ПО КОЛИЧЕСТВУ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) двойным
- 2) косым
- 3) одинарным
- 4) множественным
- 5) тройным

И ОДНОСТОРОННЕМ БОКОВОМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СМЕЩЕНИЕ БОЛЬШОГО ОТЛОМКА ПРОИСХОДИТ ЗА

**СЧЕТ ТЯГИ**

- 1) двубрюшных мышц
- 2) подбородочно-подъязычных мышц
- 3) медиальной крыловидной мышцы
- 4) височной мышцы

**И ОДНОСТОРОННЕМ БОКОВОМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СМЕЩЕНИЕ МАЛОГО ОТЛОМКА ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ ТЯГИ**

- 1) двубрюшных мышц
- 2) подбородочно-подъязычных мышц
- 3) медиальной крыловидной мышцы
- 4) височной мышцы
- 5) жевательной мышцы

**Я ЛИГАТУРНОГО СОЕДИНЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- 1) бронзо-алюминиевую проволоку
- 2) медную проволоку
- 3) проволоку из нержавеющей стали

**НЕСРАСТАНИИ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ ГОВОРЯТ**

- 1) подвижность отломков
- 2) смещение малого отломка в язычном направлении
- 3) окклюзионные нарушения
- 4) нарушения речи

**ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ**

- 1) достигнуть приживления отломка альвеолярной части в правильном положении
- 2) максимально восстановить функцию всех поврежденных зубов
- 3) создание благоприятных условий для последующего ортопедического лечения при невозможности сохранения зубов в линии перелома или их утраты
- 4) диагностика локализации и протяженности повреждения

**И ПЕРЕЛОМЕ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОЛОЧНОЙ ШИНОЙ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ**

- 1) фиксируя шину к неповрежденным зубам проволочными лигатурами
- 2) фиксируя шину к неповрежденным зубам адгезивными композитными материалами
- 3) фиксируя шину к неповрежденным зубам резиновой тягой
- 4) фиксируя шину к поврежденным зубам проволочными лигатурами

**ПЕРЕЛОМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В МЕСТЕ ДЕЙСТВИЯ ТРАВМИРУЮЩЕЙ СИЛЫ**

- 1) прямые
- 2) не прямые
- 3) косые
- 4) поперечные

РЕЛОМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВДАЛИ ОТ МЕСТА ПРИЛОЖЕНИЯ СИЛЫ

- 1) прямые
- 2) **непрямые**
- 3) косые
- 4) поперечные

ЕННОСЛУЖАЩЕМУ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ НА ОМЕДЬ. КАКУЮ ИЗ УКАЗАННЫХ ТРАНСПОРТНЫХ ШИН СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

- 1) **подбородочная праща**
- 2) гладкая шина-скоба
- 3) шина с распоркой
- 4) ленточная шина
- 5) шина с зацепными петлями

НОМОМЕНТНАЯ ФИКСАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) **во время операции**
- 2) с помощью аппаратов
- 3) после операции
- 4) ручным способом

ВРЕЖДЕНИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА ПЕРЕЛОМЫ

- 1) **скуловой кости с повреждением стенок ВЧ-пазухи**
- 2) **скуловой кости и скуловой дуги**
- 3) **скуловой кости с повреждением лобной кости**
- 4) **скуловой дуги**

ВРЕЖДЕНИЯ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ

- 1) **огнестрельные**
- 2) рваные
- 3) ушибленные
- 4) **неогнестрельные**
- 5) колотые

РЕЛОМЫ РАЗЛИЧАЮТСЯ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) **срединный**
- 2) **ментальный**
- 3) **ангулярный**
- 4) **цервикальный**
- 5) Ле Фор II

РЕЛОМЫ РАЗЛИЧАЮТСЯ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) Ле Фор I
- 2) **Ле Фор II**
- 3) цервикальный
- 4) Ле Фор III (верхний)

5) срединный

ПОЛНЫЙ ПОПЕРЕЧНЫЙ ПЕРЕЛОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ГОРИЗОНТАЛЬНЫМ ПЕРЕЛОМОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) Ле Фор I
- 2) Ле Фор II
- 3) Ле Фор III
- 4) средний
- 5) нижний

НИЯ ПЕРЕЛОМА ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ НОСОВЫЕ КОСТИ, ДНО ГЛАЗНИЦЫ, КРЫЛОВИДНЫЙ ОТРОСТОК, СКУЛО-ЧЕЛЮСТНОЙ ШОВ

- 1) Ле Фор I
- 2) Ле Фор II
- 3) Ле Фор III
- 4) верхний
- 5) средний

МПОМ ОЧКОВ ХАРАКТЕРЕН

- 1) для Ле Фор I
- 2) для Ле Фор II
- 3) для Ле Фор III
- 4) для верхний
- 5) для средний

АССИФИКАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПО И.Г. ЛУКОМСКОМУ

- 1) перелом альвеолярного отростка
- 2) суборбитальный
- 3) суббазальный
- 4) ментальный

РЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ХАРАКТЕРУ РАЗЛИЧАЮТ

- 1) тройные
- 2) одинарные
- 3) четвертные
- 4) двойные
- 5) множественные

И КАКОМ ПЕРЕЛОМЕ БЫВАЕТ ЛИКВОРЕЯ

- 1) Ле Фор III
- 2) Ле Фор II
- 3) Ле Фор I
- 4) верхний
- 5) средний

ЧЕБНЫЕ АППАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОРТОПЕДИИ, ДЕЛЯТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ

- 1) репонирующие
- 2) направляющие
- 3) фокусирующие

РУППЕ НАЗУБНЫХ ФИКСИРУЮЩИХ АППАРАТОВ ОТНОСИТСЯ

- 1) шина Вебера
- 2) шина Порта
- 3) шина из самотвердеющей пластмассы
- 4) проволочные шины по Тигерштедту

ДЕСНЕВЫМИ ФИКСИРУЮЩИМИ ШИНАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) шина Порта
- 2) шина Тигерштедта
- 3) шина Вебера
- 4) шина Лимберга

СПОСОБУ ФИКСАЦИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫЕ АППАРАТЫ ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ

- 1) исправляющие
- 2) стандартные
- 3) внеротовые
- 4) фиксирующие
- 5) внутриротовые

ТЕХНОЛОГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫЕ АППАРАТЫ ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ

- 1) индивидуальные
- 2) формирующие
- 3) стандартные
- 4) внутриротовые
- 5) разобщающие

НАЗНАЧЕНИЮ ВСЕ АППАРАТЫ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ДЕЛЯТСЯ

- 1) на замещающие
- 2) на формирующие
- 3) на перемещающие
- 4) на смыкающие

ОПЕДИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ, С ПОМОЩЬЮ КОТОРЫХ ОТЛОМКИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ В ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, И АППАРАТЫ, ИМЕЮЩИЕ НАКЛОННЫЕ ПЛОСКОСТИ

- 1) исправляющие
- 2) фиксирующие
- 3) замещающие
- 4) разобщающие
- 5) направляющие

АППАРАТЫ, ЗАМЕЩАЮЩИЕ УТРАЧЕННЫЕ ТКАНИ И РАЗДЕЛЯЮЩИЕ ПОЛОСТИ РТА И НОСА

- 1) замещающие
- 2) фиксирующие
- 3) разобщающие
- 4) направляющие

<p>ЛБНОМУ Д., 40 ЛЕТ, ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА В РЕЗУЛЬТАТЕ АВТОКАТАСТРОФЫ ПЛАНИРУЮТ ПЛАСТИКУ ЛИЦА. ИЗ КАКИХ ОСНОВНЫХ ЧАСТЕЙ СОСТОЯТ ФОРМИРУЮЩИЕ АППАРАТЫ, КОТОРЫЕ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ПЛАСТИКЕ ЛИЦА</p> <p>1) фиксирующей и формирующей  2) репонирующей и формирующей  3) замещающей и формирующей  4) направляющей и формирующей  5) розмежовующей и формирующей</p> <p>А РЕПОНИРУЮЩИХ АППАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ</p> <p>1) коронки  2) каппы  3) кольца  4) базисная пластинка  5) брекет-системы</p> <p>АССИФИКАЦИЯ АППАРАТОВ ПО ЛЕЧЕБНОМУ НАЗНАЧЕНИЮ</p> <p>1) рабочие  2) основные  3) фиксирующие  4) формирующие  5) вспомогательные</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 незначительные 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 незначительные 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 незначительные 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»*

Разработчик:

Ершов П.Э., к.м.н., доцент, доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии

Дата « » 2023 г.