

### 1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике Ортодонтия и детское зубное протезирование  
по специальности 31.08.76 Стоматология детская

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	Обследование пациента с аномалиями зубочелюстной системы	УК-1, ПК -2, ПК-7	<p><b>Знать:</b> методы анализа и синтеза информации тактику ведения больных с аномалиями зубочелюстной системы принципы диспансерного стоматологического наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитация пациентов</p> <p><b>Уметь:</b> мыслить абстрактно, анализировать и синтезировать информацию организовать диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности больных с зубочелюстными аномалиями определить тактику ведения больных с аномалиями зубочелюстной системы</p> <p><b>Владеть:</b> абстрактным мышлением, анализом и синтезом полученной информации методами диспансерного наблюдения пациентов с аномалиями зубочелюстной системы оценками состояния стоматологического здоровья населения различных возрастно-половых групп тактикой ведения больных с аномалиями зубочелюстной системы</p>	тесты	60
2.	Аппараты применяемые при лечении аномалий	УК-1, ПК -2, ПК-7	<p><b>Знать:</b> методы анализа и синтеза информации тактику ведения больных с аномалиями зубочелюстной системы</p>	тесты	80

			<p>принципы диспансерного стоматологического наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитация пациентов</p> <p><b>Уметь:</b> мыслить абстрактно, анализировать и синтезировать информацию организовать диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности больных с зубочелюстными аномалиями определить тактику ведения больных с аномалиями зубочелюстной системы</p> <p><b>Владеть:</b> абстрактным мышлением, анализом и синтезом полученной информации методами диспансерного наблюдения пациентов с аномалиями зубочелюстной системы оценками состояния стоматологического здоровья населения различных возрастно-половых групп тактикой ведения больных с аномалиями зубочелюстной системы</p>	
--	--	--	--	--

## 2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

### 2.1. Тестовые задания по дисциплине

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<b>Раздел 1. Обследование пациента с аномалиями зубочелюстной системы</b>	
<b>1. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ</b> 1) клиническое обследование и специальные методы обследования 2) клиническое обследование 3) антропометрические измерения контрольно-диагностических гипсовых моделей челюстей 4) внешний осмотр	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<b>2. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:</b>	УК – 1, ПК –

<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>	2, ПК - 7
<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>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<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 ½ величины коронки</p> <p>3) на 2/3 величины коронки</p> <p>4) на всю величину коронки</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<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>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<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>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<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>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<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> <p>4) не имеет значения</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>9. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СТИРАЕМОСТЬ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ 5-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА В НОРМЕ ПРОИСХОДИТ</p> <p>1) в переднем и боковых отделах</p> <p>2) в переднем отделе</p> <p>3) в боковых отделах</p> <p>4) не равномерно</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>10. ВТОРОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДЪЁМ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТ</p> <p>1) полноценное прорезывание первых постоянных моляров</p> <p>2) полноценное прорезывание премоляров и вторых моляров</p> <p>3) усиленный вертикальный рост альвеолярного отростка</p> <p>4) полноценное прорезывание первых молочных моляров</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>11. ВТОРОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДЪЁМ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ</p>	УК – 1, ПК –

<p>ВЫСОТЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТ</p> <p>1) правильная артикуляционная установка первых постоянных моляров</p> <p>2) полноценное прорезывание премоляров и вторых моляров</p> <p>3) усиленный вертикальный рост альвеолярного отростка</p> <p>4) полноценное прорезывание первых молочных моляров</p>	2, ПК - 7
<p>12. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ ВАРИАНТОВ НОРМАЛЬНОЕ РЕЗЦОВОЕ ПЕРЕКРЫТИЕ НИЖНИХ РЕЗЦОВ ВЕРХНИМИ ПО ВЫСОТЕ КОРОНКИ</p> <p>1) 0,33</p> <p>2) 0,66</p> <p>3) 1</p> <p>4) 0,5</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>13. В НОРМЕ У РЕБЕНКА ТРЕХ ЛЕТ ДИСТАЛЬНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ВТОРЫХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ РАСПОЛОЖЕНЫ</p> <p>1) в одной плоскости</p> <p>2) с дистальной степенью</p> <p>3) с мезиальной степенью</p> <p>4) не имеет значения</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>14. В НОРМЕ У РЕБЕНКА ШЕСТИ ЛЕТ ДИСТАЛЬНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ВТОРЫХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ РАСПОЛОЖЕНЫ</p> <p>1) с мезиальной степенью</p> <p>2) с дистальной степенью</p> <p>3) в одной вертикальной плоскости</p> <p>4) не имеет значения</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>15. ГЛУБИНА КРИВОЙ ШПЕЯ В НОРМЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ</p> <p>1) 1,5–2,0 мм</p> <p>2) 0мм</p> <p>3) 4 мм</p> <p>4) 5мм</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>16. У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 4 ЛЕТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ НОРМОЙ СЧИТАЕТСЯ</p> <p>1) дистальные поверхности вторых временных моляров расположены в одной плоскости</p> <p>2) между дистальными поверхностями первых временных моляров формируется дистальная ступень</p> <p>3) между дистальными поверхностями первых временных моляров формируется мезиальная ступень</p> <p>4) между дистальными поверхностями вторых временных моляров формируется дистальная ступень</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>17. ЛИЦЕВЫЕ ПРИЗНАКИ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА</p> <p>1) вогнутая форма профиля лица</p> <p>2) выпуклая форма профиля лица</p> <p>3) нижняя треть лица укорочена</p> <p>4) верхняя губа выступает над нижней</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>18. ЛИЦЕВЫЕ ПРИЗНАКИ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА</p> <p>1) верны все ответы</p> <p>2) нижняя губа утолщена</p> <p>3) подбородок выступает вперед</p> <p>4) вогнутая форма профиля лица</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>19. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕКРЕСТНЫМ ПРИКУСОМ ХАРАКТЕРНЫ ЛИЦЕВЫЕ ПРИЗНАКИ</p> <p>1) асимметрия лица</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7

<p>2) выпуклый профиль  3) вогнутый профиль  4) физиологическая асимметрия</p>	
<p>20. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕКРЕСТНЫМ ПРИКУСОМ ХАРАКТЕРЕН ЛИЦЕВОЙ ПРИЗНАК</p> <p>1) прямой профиль  2) выпуклый профиль  3) вогнутый профиль  4) физиологическая асимметрия</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>21. ИНДЕКС ТОННА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <p>1) пропорциональности размеров верхних и нижних резцов  2) длины нижней челюсти в постоянном прикусе  3) длины зубного ряда  4) ширина зубного ряда</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>22. МЕТОД ПОНА ОСНОВАН:</p> <p>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>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>23. РАЗМЕРЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО МЕТОДУ ПОНА ИЗУЧАЮТ:</p> <p>1) в трансверзальном направлении  2)в сагиттальном и вертикальном направлениях  3) в сагиттальном направлении  4)в вертикальном направлении</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>24 У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ИЗМЕРЕНИЙ КОНТРОЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ:</p> <p>1) метод Долгополовой  2)метод Слабковской  3)метод Пона  4) метод Коркхауза</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>25. ШИРИНУ АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИЗМЕРЯЮТ МЕЖДУ</p> <p>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>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>26. ДЛИНУ ЗУБНОЙ ДУГИ ПО ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ ИЗУЧАЮТ ПО МЕТОДИКЕ</p> <p>1) Нанса  2) Коркхауза  3) Шварца  4) Пона</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>27. ИЗМЕРИТЕЛЬНЫМ ТОЧКАМ ПО МЕТОДИКЕ ПОНА НА ПРЕМОЛЯРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВУЕТ</p> <p>1) дистальный скат щечного бугра  2) щечный бугор  3) середина межбугровой фиссуры  4) мезиальный скат щечного бугра</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7

<p>28. ИЗМЕРИТЕЛЬНЫМ ТОЧКАМ ПО МЕТОДИКЕ ПОНА НА ПРЕМОЛЯРАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВУЕТ</p> <p>1) середина межбугровой фиссуры  2) щечный бугор  3) дистальный скат щечного бугра  4) мезиальный скат щечного бугра</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>29. ИЗМЕРИТЕЛЬНЫМ ТОЧКАМ ПО МЕТОДИКЕ ПОНА НА МОЛЯРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВУЕТ</p> <p>1) середина межбугровой фиссуры  2) переднее углубление межбугровой фиссуры  3) передний щечный бугор  4) задний щечный бугор</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>30. ИЗМЕРИТЕЛЬНЫМ ТОЧКАМ ПО МЕТОДИКЕ ПОНА НА МОЛЯРАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВУЕТ</p> <p>1) переднее углубление межбугровой фиссуры  2) середина межбугровой фиссуры  3) передний щечный бугор  4) задний щечный бугор</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>31. ИЗМЕРИТЕЛЬНЫМ ТОЧКАМ ПО МЕТОДИКЕ ПОНА НА МОЛЯРАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВУЕТ</p> <p>1) переднее углубление межбугровой фиссуры  2) середина межбугровой фиссуры  3) передний щечный бугор  4) задний щечный бугор</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>32. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ФОРМЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ</p> <p>1) Хаулея-Гербера-Гербста  2) Коркхауза  3) Пона  4) Долгополовой</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>33. МЕТОД ПОНА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ</p> <p>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>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>34. НЕДОСТАТОК МЕСТА ДЛЯ НЕПРАВИЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЮТ</p> <p>1) по размеру зуба и места для него в зубной дуге  2) по Нансе  3) по Миргазизову  4) по методике Мичиганского университета</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>35. ДЛИНА ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА БОЛЬШЕ НИЖНЕГО НА</p> <p>1) 2 мм  2) 1 мм  3) 3 мм  4) 4 мм</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>36. МОЛЯРНЫЙ ИНДЕКС ПОНА РАВЕН</p> <p>1) 64  2) 65  3) 80  4) 82</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>

37. ПРЕМОЛЯРНЫЙ ИНДЕКС ПОНА РАВЕН 1)80 2)65 3)64 4)82	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
38. ДЛИНА АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА ОТ СУММЫ МЕЗИОДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ 12 ЗУБОВ СОСТАВЛЯЕТ: 1) 30% 2) 40% 3) 50% 4) 60%	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
39. ВЫЯВИТЬ МЕЗИАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ НА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЯХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ МЕТОДИКА: 1) Шмута 2) Пона 3) Снагиной 4) Тонна	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
40. ВЫЯВИТЬ ОДНОСТОРОННЕЕ СМЕЩЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ ПОЗВОЛЯЕТ МЕТОДИКА: 1) Хорошилкиной 2) Коркхауза 3) Хаулея 4) Гербста	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
41. О СИММЕТРИЧНОСТИ РАЗВИТИЯ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ПОЛОВИН НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЗВОЛЯЮТ СУДИТЬ 1) ТРГ — прямая проекция и ортопантограмма 2) телерентгенография (ТРГ) боковая проекция 3) радиовизиография зубов 4) рентгенография в аксиальной плоскости	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
42. С ЦЕЛЬЮ ИЗМЕРЕНИЯ ДЛИНЫ ТЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ 1) ТРГ – боковая проекция 2) ортопантограмма 3) ТРГ – прямая проекция 4) Компьютерная томограмма зубных рядов	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
43. ПРИ ПОМОЩИ ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ДИАГНОСТИРУЮТ 1) зубочелюстные аномалии в сагиттальной и вертикальной плоскости 2) адентия и сверхкомплектные зубы 3) асимметричность лицевого скелета 4) нарушение гемодинамики сосудов ВНЧС	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
44. ПРИ ПОМОЩИ ТРГ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ДИАГНОСТИРУЮТ 1) асимметричность лицевого скелета 2) адентия и сверхкомплектные зубы 3) нарушение гемодинамики сосудов ВНЧС 4) зубочелюстные аномалии в сагиттальной и вертикальной плоскости	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
45. ПРИ ПОМОЩИ ОПТГ ДИАГНОСТИРУЮТ 1) адентия и сверхкомплектные зубы 2) нарушение гемодинамики сосудов ВНЧС 3) зубочелюстные аномалии в сагиттальной и вертикальной плоскости	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7

4) асимметричность лицевого скелета	
46. 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	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
47. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ 1) рентгенографию по методике Парма 2) прицельную рентгенографию 3) телерентгенографию 4) аксиальную рентгенографию	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
48. НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ЛИНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ОСНОВАНИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ТОЧКИ 1) Sna-Snp 2) Pg-Go 3) Or-Po 4) Ar-Go	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
49. 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	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
50. ФРАНКФУРТСКАЯ ГОРИЗОНТАЛЬ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ТОЧКИ 1) Or-Po 2) N-S 3) Ar-Go 4) Sna-Snp	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
51. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИИ ЗУБА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) компьютерная томография 2) ортопантомография 3) определение жевательной эффективности 4) реопародонтография	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
52. ДИАГНОЗ МАКРОГНАТИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ 1) расчета ТРГ 2) расчета ОПГ 3) изучения диагностических моделей челюстей 4) клинического осмотра	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
53. В НОРМЕ ПО ДАННЫМ ТРГ ВЕЛИЧИНА МЕЖРЕЗЦОВОГО УГЛА РАВНА 1) 132-136° 2) 76-79° 3) 103-108° 4) 150-170°	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
54. ДАЙТЕ НАЗВАНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ АНОМАЛИИ, ЕСЛИ ГРАДУС НАКЛОНА ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ОСНОВАНИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 128 ГРАДУСОВ ПРИ НОРМЕ В 113	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7

1) верхнечелюстная протрузия 2) прогнатия 3) верхнечелюстная ретрузия 4) прогения	
55. УКАЖИТЕ РАЗМЕР КЛКТ НЕОБХОДИМЫЙ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ОБЛАСТИ ВНЧС 1) 15x15 2) 12x8 3) 5x5 4) 12,5x8,5	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
56. В ЦЕФАЛОСТАТЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ СНИМКИ 1) телерентгенограмма в боковой и прямой проекциях 2) только телерентгенограмма в боковой проекции 3) только телерентгенограмма в прямой проекции 4) ортопантограмма	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
57. ТОЧКА А НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ОБОЗНАЧАЕТ 1) наиболее глубоко расположенная точка на альвеолярном отростке верхней челюсти 2) наиболее высоко расположенная точка на альвеолярном отростке верхней челюсти 3) наиболее низко расположенная точка на альвеолярном отростке верхней челюсти 4) наиболее выступающая на альвеолярном отростке верхней челюсти	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
58. ТОЧКА В НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ОБОЗНАЧАЕТ 1) наиболее глубоко расположенная точка на альвеолярном отростке нижней челюсти 2) наиболее выступающая точка на альвеолярном отростке нижней челюсти 3) наиболее низко расположенная точка на альвеолярном отростке нижней челюсти 4) наиболее высоко расположенная точка на альвеолярном отростке нижней челюсти	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
59. ТОЧКА P <sub>g</sub> НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ОБОЗНАЧАЕТ 1) наиболее выступающая вперед точка подбородка 2) наиболее глубокая точка подбородка 3) наиболее выступающая вперед точка угла нижней челюсти 4) наиболее глубокая точка нижней челюсти	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
60. ТОЧКА O <sub>r</sub> НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ОБОЗНАЧАЕТ 1) самая нижняя точка на краю орбиты 2) самая верхняя точка на краю орбиты 3) центр орбиты 4) самая глубокая точка на стенке орбиты	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<b>Раздел 2. Аппараты применяемые при лечении аномалий</b>	
1. ДЛЯ АППАРАТОВ МЕХАНИЧЕСКОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ 1) ортодонтической дуги 2) наклонной плоскости 3) накусочной площадки 4) губного пелота	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
2. АППАРАТ КАЛАМКАРОВА ЯВЛЯЕТСЯ 1) механического типа действия 2) функционального типа действия	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7

3) комбинированного типа действия 4) внеротовым	
3.К АППАРАТАМ МЕХАНИЧЕСКОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ 1) дуга Энгля 2) аппарат Брюкля 3) каппа Шварца 4) каппа Бынина	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
4.СУЩЕСТВУЮТ РАЗНОВИДНОСТИ ДУГИ ЭНГЛЯ 1) скользящая 2) вестибулярная 3) лингвальная 4) безлигатурная	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
5.ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ЗУБНОГО РЯДА ИСПОЛЬЗУЮТ 1) аппарат квадхеликс 2) аппарат Брюкля 3) протрагирующая пружина 4) вестибулярная дуга	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
6.ДЛЯ УСКОРЕННОГО РАСКРЫТИЯ СРЕДИННОГО НЕБНОГО ШВА ПРИМЕНЯЮТ 1) аппарат Дерихсвайлера с винтом Бидермана 2) аппарат Энгля 3) аппарат Айнсворта 4) мульти-бондинг систему	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
7 .ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИЛОЙ СЪЕМНОГО РАСШИРЯЮЩЕГО АППАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ 1) механическая сила винта 2) функциональная сила мышц 3) механическая сила лигатуры 4) механическая сила резиновой тяги	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
8.БРЕКЕТ – СИСТЕМА ПО ПРИНЦИПУ ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ 1) механическим 2) функциональным 3) внеротовым 4) внутриротовым	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
9. ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ ТЕХНИКИ ПРЯМОЙ ДУГИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) Andrews 2) Катц 3) Шварц 4) Энглъ	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
10 .ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИЛОЙ СЪЕМНОГО РАСШИРЯЮЩЕГО АППАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ 1) механическая сила проволоки или пружины 2) функциональная сила мышц 3) механическая сила резиновой тяги 4) механическая сила лигатуры	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
11. АКТИВНЫМИ НАЗЫВАЮТ АППАРАТЫ 1) механического действия 2) функциональные аппараты 3) аппараты комбинированного действия 4) сила возникает от действия мышц	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7

<p>12. ДЛЯ АППАРАТОВ МЕХАНИЧЕСКОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пружины</li> <li>2) накусочной площадки</li> <li>3) наклонной плоскости</li> <li>4) пилотов</li> </ol>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>13. ДЛЯ АППАРАТОВ МЕХАНИЧЕСКОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ортодонтического винта</li> <li>2) кламеров</li> <li>3) лигатуры</li> <li>4) наклонной плоскости</li> </ol>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>14. ДЛЯ АППАРАТОВ МЕХАНИЧЕСКОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ортодонтической дуги</li> <li>2) пилотов</li> <li>3) микроимплантатов</li> <li>4) стопорных изгибов</li> </ol>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>15. АППАРАТ, КОТОРЫЙ РАБОТАЕТ ПО ПРИНЦИПУ ТЕХНИКИ STRAIGHT-WIRE APPLIANCE</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) брекет-система</li> <li>2) аппарат быстрого небного расширения</li> <li>3) четырехпетельный небный бюгель</li> <li>4) съемный пластиночный аппарат</li> </ol>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>16. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА ДЕРИХСВАЙЛЕРА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сужение верхнего зубного ряда</li> <li>2) сужение нижнего зубного ряда</li> <li>3) Удлинение зубной дуги</li> <li>4) Укорочение зубной дуги</li> </ol>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>17. ПРОТРАГИРУЮЩАЯ ПРУЖИНА В СЪЕМНОМ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ АППАРАТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЭЛЕМЕНТОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) механически-действующим</li> <li>2) ретенционным</li> <li>3) функционально - действующим</li> <li>4) опорно-удерживающим</li> </ol>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>18. АППАРАТ ГОЖГАРИАНА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) расширения зубного ряда в области моляров</li> <li>2) равномерного расширения верхнего зубного ряда</li> <li>3) зубоальвеолярного удлинения в области боковых зубов</li> <li>4) раскрытия срединного небного шва</li> </ol>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>19 .АППАРАТ ГЕРБСТА–КОЖАХАРУ ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) интрузии в области боковых зубов и одновременной экструзии в области верхних передних зубов</li> <li>2) для экструзии в области верхних передних зубов</li> <li>3) интрузии в области верхних передних зубов</li> <li>4) для экструзии в области боковых зубов</li> </ol>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>20. АППАРАТ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ДИСТАЛЬНОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аппарат «Pendulum»</li> <li>2) аппарат Гашимова–Герлинга</li> <li>3) аппарат Гашимова–Хмелевского</li> </ol>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>

4) аппарат Айнсворта.	
21. В КОНСТРУКЦИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АППАРАТОВ ВХОДЯТ 1) накусочная площадка 2) лигатура 3) резиновое кольцо 4) ортодонтический винт	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
22. К АППАРАТАМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ 1) губной бампер 2) брекет-система 3) съемный пластиночный аппарат с винтом 4) аппарат Брюкля	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
23. ЭЛЕМЕНТЫ В РЕГУЛЯТОРАХ ФУНКЦИЙ ФРЕНКЕЛЯ СТИМУЛИРУЮЩИЕ РОСТ АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА В ТРАНСВЕРСАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ 1) щечные пелоты 2) накусочная площадка 3) окклюзионные накладки 4) язычные пелоты	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
24. РЕГУЛЯТОРЫ ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ II ТИПА ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ I ТИПА 1) введением небной дуги 2) различным расположением небного бюгеля 3) отсутствием вестибулярной дуги 4) разным расположением губных пелотов	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
25. КОНСТРУКТИВНЫМИ ДЕТАЛЯМИ РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИЙ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА, СПОСОБСТВУЮЩИМИ ОПТИМИЗАЦИИ РОСТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ 1) нижнегубные пелоты 2) наклонная плоскость 3) окклюзионная накладка 4) вестибулярная дуга	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
26. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКТИВАТОРОМ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ НОРМАЛИЗУЕТСЯ ФУНКЦИЯ 1) все выше перечисленные 2) дыхания и речи 3) глотания 4) жевания	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
27. ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИЛОЙ В ФУНКЦИОНАЛЬНО-ДЕЙСТВУЮЩЕМ АППАРАТЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1) энергия жевательных и мимических мышц 2) энергия мимических мышц 3) энергия жевательных мышц 4) наклонная плоскость, направляющие петли, накладки, аппы, пелоты и др.	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
28. ЭЛЕМЕНТЫ РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА 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 пелот в области верхних передних зубов, вестибулярная дуга в области нижних передних зубов 4) вестибулярная дуга, накусочные площадки	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7

<p>29. ХАРАКТЕРНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ АППАРАТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) наклонная плоскость 2) винт 3) кольцо 4) пружина</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>30. ХАРАКТЕРНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ АППАРАТОВ ДЕСТВУЮЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) губной пелот 2) кламмер 3) вестибулярная дуга 4) рукообразная пружина</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>31. ХАРАКТЕРНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ АППАРАТОВ ДЕСТВУЮЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) окклюзионные валики 2) пугочатый кламмер 3) протрагирующая пружина 4) винт</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>32. 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>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>33. 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>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>34. АППАРАТ БРЮКШЛЯ ИМЕЕТ В СВОЕЙ КОНСТРУКЦИИ</p> <p>1) наклонную плоскость 2) винт 3) губной бампер 4) пружины</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>35. 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>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>36. ФУНУЦИОНАЛЬНО-НАПРАВЛЯЮЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) наклонно-накусочная площадка 2) губной пелот 3) кламмер 4) пружина</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>37. ФУНКЦИОНАЛЬНО- ДЕЙСТВУЮЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) щечный щит 2) окклюзионные валики 3) накусочная площадка 4) вестибулярная дуга</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>38. КАППА БЫНИНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ</p> <p>1) мезиального прикуса</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>

<p>2) дистального прикуса 3) аномалий отдельных зубов 4) парафункции языка</p>	
<p>39. ОТКРЫТЫЙ АКТИВАТОР КЛАММТА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ</p> <p>1) II класса Энгля 2) III класса Энгля 3) I класса Энгля 4) IV класса Энгля</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>40. АКТИВАТОР АНДРЕЗЕНА- ГОЙПЛЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ</p> <p>1) дистального прикуса 2) аномалий положения отдельных зубов 3) ретенции 4) адентии</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>41. К ВНЕРОТОВЫМ АППАРАТОМ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>1) лицевая маска 2) брекет- система 3) аппарат Андресена-Гойпля 4) вестибулярная дуга</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>42. АППАРАТ ПОДБОРОДОЧНАЯ ПРАЩА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТОГО ПРИКУСА В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ПРИМЕНЯЮТ В СОЧЕТАНИИ С:</p> <p>1) головной тягой 2) шейной тягой 3) комбинированной тягой 4) внутриротовой тягой</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>43. АППАРАТ ЛИЦЕВАЯ ДУГА С КОМБИНИРОВАННОЙ ТЯГОЙ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ:</p> <p>1) нормальном перекрытии в области резцов 2) глубоком резцовом перекрытии 3) резцовой дизокклюзии в вертикальной плоскости 4) резцовой дизокклюзии в сагиттальной плоскости</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>44. АКТИВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ АППАРАТА ЛИЦЕВАЯ МАСКА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) эластичная резиновая тяга 2) винт 3) дуга 4) пружина</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>45. АКТИВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ АППАРАТА ПОДБОРОДОЧНАЯ ПРАЩА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) эластичная резиновая тяга 2) дуга 3) винт 4) пружина</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>46. АППАРАТ ЛИЦЕВАЯ ДУГА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ:</p> <p>1) дистального прикуса 2) мезиального прикуса 3) перекрестного прикуса 4) аномалий положения зубов</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
<p>47. АППАРАТ ЛИЦЕВАЯ МАСКА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ:</p> <p>1) мезиального прикуса</p>	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7

2) дистального прикуса 3) аномалий положения зубов 4) перекрестного прикуса	
48. АППАРАТ ПОДБОРОДОЧНАЯ ПРАЩА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ: 1) мезиального прикуса 2) дистального прикуса 3) аномалий положения зубов 4) перекрестного прикуса	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
49. АППАРАТ ЛИЦЕВАЯ МАСКА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА ОБУСЛОВЛЕННОГО: 1) ретрогнатией верхней челюсти 2) прогнатией нижней челюсти 3) макрогнатией нижней челюсти 4) аномалиями положения зубов	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
50. АППАРАТ ЛИЦЕВАЯ ДУГА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА ОБУСЛОВЛЕННОГО: 1) прогнатией нижней челюсти 2) ретрогнатией верхней челюсти 3) макрогнатией нижней челюсти 4) аномалиями положения зубов	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
51. АППАРАТ ПОДБОРОДОЧНАЯ ПРАЩА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА ОБУСЛОВЛЕННОГО: 1) макрогнатией нижней челюсти 2) ретрогнатией верхней челюсти 3) прогнатией верхней челюсти 4) аномалиями положения зубов	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
52. АППАРАТ ЛИЦЕВАЯ ДУГА С ШЕЙНОЙ ТЯГОЙ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ: 1) глубококом резцовом перекрытии 2) резцовой дизокклюзии в вертикальнлй плоскости 3) резцовой дизокклюзии в сагиттальной плоскости 4) нормальном перекрытии в области резцов	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
53. АППАРАТ ЛИЦЕВАЯ ДУГА С ГОЛОВНОЙ ТЯГОЙ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ: 1) резцовой дизокклюзии в вертикальнлй плоскости 2) глубококом резцовом перекрытии 3) резцовой дизокклюзии в сагиттальной плоскости 4) нормальном перекрытии в области резцов	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
54. ВНУТРИРОТОВАЯ ЧАСТЬ ЛИЦЕВОЙ ДУГИ ФИКСИРУЕТСЯ В ПОЛОСТИ РТА 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	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
55. ЛИЦЕВАЯ МАСКА ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В СОЧЕТАНИИ С 1) АБНР 2) аппарат Нансе 3) небный бюгель 4) функциональным аппаратом	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
56. ЛИЦЕВАЯ МАСКА ОПИРАЕТСЯ НА 1) лоб и подбородок	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7

<p>2) щеки 3) на голову 4) нос и подбородок</p>	
<p>57. ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЛИЦЕВОЙ МАСКИ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>1) эластические резиновые кольца 2) эластическую цепочку 3) металлические лигатуры 4) веревку</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>58. РЕКОМЕНДОВАННЫЙ РЕЖИМ НОШЕНИЯ ЛИЦЕВОЙ ДУГИ И ЛИЦЕВОЙ МАСКИ</p> <p>1) обязательное ночное ношение, максимальное домашнее дневное ношение 2) только ночное ношение 3) постоянное ношение 4) по желанию</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>59. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА ИСПОЛЬЗУЮТ ПОДБОРОДОЧНУ ПРАЦУ С ГОЛОВНОЙ ШАПОЧКОЙ С</p> <p>1) головной и шейной тягой 2) головной и лобно-подбородочной тягой 3) шейной и лобно-подбородочной тягой 4) только с головной</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>60. ПОДБОРОДОЧНАЯ ПРАЦА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ПЕРИОД</p> <p>1) временного и раннего сменного прикуса 2) постоянного прикуса 3) позднего сменного 4) ретенционный</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>61. ВИДЫ МИОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРЕДОРТОДОНТИЧЕСКИХ ТРЕЙНЕРОВ</p> <p>1) жесткие 2) дуговые 3) пластинчатые 4) стационарные</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>62. ЭЛЕМЕНТЫ НЕСЪЕМНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РАННЕЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ</p> <p>1) распорка 2) кламмер 3) дуга 4) брекет</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>63 ЭЛЕМЕНТЫ НЕСЪЕМНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РАННЕЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ</p> <p>1) промежуточная часть 2) пружина 3) брекет 4) микроимплантат</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>
<p>64. ЭЛЕМЕНТЫ НЕСЪЕМНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РАННЕЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ</p> <p>1) распорка с окклюзионной накладкой 2) микроимплантат 3) резиновая тяга</p>	<p>УК – 1, ПК – 2, ПК - 7</p>

4) активная дуга	
65. ЭЛЕМЕНТЫ НЕСЪЕМНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РАННЕЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ 1) распорка с небной накладкой 2) активная дуга 3) микроимплантат 4) резиновая тяга	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
66. ВИД ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПЛАСТИНКИ ХИНЦА 1) пластинка с козырьком 2) пластинка с накусочной площадкой 3) пластинка с винтом 4) пластинка с пружиной	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
67. МИОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ 1) трейнер Т4К 2) запрограммированная несъемная брекет-система 3) аппарат быстрого небного расширения 4) съемный пластиночный аппарат	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
68. АППАРАТ, УДЕРЖИВАЮЩИЙ МЕСТО ПОСЛЕ РАННЕГО УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ 1) кольцо-петля 2) аппарат быстрого небного расширения 3) четырехпетельный небный бюгель 4) миофункциональный аппарат	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
69. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ СЪЕМНЫЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК У ДЕТЕЙ В МОЛОЧНОМ ПРИКУСЕ НАЗЫВАЕТСЯ 1) стандартная вестибулярная пластика 2) съемный пластиночный аппарат с винтом 3) в молочном прикусе не применяются ортодонтические аппараты 4) аппарат Хансе	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
70. ВИДЫ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПЛАСТИНКИ ХИНЦА 1) пластинка с заслонкой для языка 2) пластинка с винтом 3) пластинка с накусочной площадкой 4) пластинка с пружиной	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
71. ПОСЛЕ СНЯТИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ В РЕТЕНЦИОННЫЙ ПЕРИОД НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 1) ретенционная пластмассовая каппа 2) аппарат Брюкля 3) аппарат Персина 4) аппарат Андресена-Гойпля	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
72. ПОСЛЕ СНЯТИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ В РЕТЕНЦИОННЫЙ ПЕРИОД НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 1) съемный пластинчатый аппарат с вестибулярной дугой 2) активатор Кламта 3) аппарат Брюкля 4) аппарат Персина	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
73. ПОСЛЕ СНЯТИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ В РЕТЕНЦИОННЫЙ ПЕРИОД НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 1) несъемный дуговой ретенционный аппарат 2) вестибулярная пластинка	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7

3) 4) ретенционный аппарат отсутствует	
74. НЕСЪЕМНЫЙ РЕТЕНЦИОННЫЙ АППАРАТ НА НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ 1) прямым и непрямым способом 2) прямым способом в полости рта пациента 3) непрямым способом в зуботехнической лаборатории 4) не изготавливается	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
75. ИЗ КАКОГО МАТЕРИАЛА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЙ СНЯТЬ ОТТИСК ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ КАППЫ 1) силиконовая оттискная масса 2) термопластическая оттискная масса 3) альгинатная оттискная масса 4) каппа изготавливается в полости рта	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
76. РЕКОМЕНДОВАННЫЙ РЕЖИМ НОШЕНИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ КАППЫ В ПЕРВЫЕ ПОЛГОДА ПОСЛЕ СНЯТИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ 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	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
77. НЕСЪЕМНЫЙ РЕТЕНЦИОННЫЙ АППАРАТ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ФИКСИРУЕТСЯ 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	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
78. КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РЕТЕНЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НА БРЕКЕТ-СИСТЕМЕ У ПАЦИЕНТА С СОПУСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА 1) пожизненный 2) срок лечения умноженный на 2 3) срок лечения умноженный на 3 4) равный сроку лечения	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
79. УКАЖИТЕ ПЕРИОДЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПАЦИЕНТОВ В РЕТЕНЦИОННЫЙ ПЕРИОД 1) раз в 6 мес 2) наблюдение не ведется 3) раз в 12 мес 4) раз в 18 мес	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7
80. ВИД ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПЛАСТИНКИ ХИНЦА 1) пластинка с бусинкой 2) пластинка с пружиной 3) пластинка с винтом 4) пластинка с накусочной площадкой	УК – 1, ПК – 2, ПК - 7

Правильный ответ во всех заданиях – 1.

## 2.2 Ситуационные задачи

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

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

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

родения 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 прикусывание языка.

программируемой техники (брекет-система) с целью исправления формы зубных дуг, исправления положения отдельных зубов. Для профилактики рецидивов после завершения 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.

вершения лечения

ты ретенционных аппаратов:

емные ретенционные аппараты на верхний и нижний зубные ряды, съемный двучелюстной аппарат на ночь.

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 постоянных зубов.

## НА ВОПРОСЫ

, кожные покровы без патологических изменений. Открывание рта в полном объеме, со стороны ВНЧС имеются  
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 исслед  
ов. При перерастежении внутрисуставных связок происходит смещение суставного диска. На ранних стадиях заб  
кение с повторением щелчка. В патогенезе формирования заболевания сустава также может играть роль патология п  
в заднем положении с последующим развитием дегенеративных изменений биламинарной зоны и перерастяжением

руемой техники (брекет-система) с целью исправления формы зубных дуг, исправления положения отдельных з  
ения использовать 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.

апараты для лечения дистального прикуса.  
не все аппараты для лечения дистального прикуса.  
апараты для лечения дистального прикуса.

вершения лечения

апараты ретенционных аппаратов:  
несъемные ретенционные аппараты на верхний и нижний зубные ряды.  
зубной 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

пытация 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.  
ней для увлажнения, давать обильное питье. Также проводят лечение и профилактику вторичных бактериаль  
е.  
дисплазией заключается в рациональном протезировании – изготовление съемных пластиночных аппаратов.

дерматологом, окулистом, невропатологом один раз в год.

ОСТЬЮ.

пансерного наблюдения.

ление их формы и формы постоянных зубов путем протезирования, замещение дефектов зубных рядов съемным

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

с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде смены зубов.

## НА ВОПРОСЫ

ывают резцы нижней челюсти на  $2/3$  высоты коронки, режуще-бугорковый контакт отсутствует, сагиттальная щель

тикальный прикус (K07.23); частичная адентия (K00.00).

ентия 3.1 зуба. В связи с несоответствием размера переднего участка зубной дуги верхней и нижней челюсти п

ноларингологом, логопедом — по показаниям.

м направлениях, форму зубоальвеолярных дуг — зубоальвеолярное удлинение в области передних зубов и укороч

болочкой неба или отсутствие контактов при глубоком резцовом перекрытии);

ость зубов, раннюю потерю, ретенцию отдельных зубов, адентию, смещение нижней челюсти;

к, состояние тканей пародонта, функциональную нагрузку на резцы;

чатков коронок зубов.

нарушение формы губ. Глубина супраментальной борозды, соотношение верхней, средней и нижней частей лица

пансерного наблюдения.

бенно боковых) и замещение отсутствующих зубов путем протезирования. Нормализация положения зубов, форм  
нение комплексного лечения (ортодонтические, хирургические, протетические, терапевтические, оториноларинго-

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

с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде постоянных зубов.

## НА ВОПРОСЫ

. Профиль лица прямой. Зубные ряды смыкаются по 1 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).

тивных 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;

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

ию.

ны, лекарственной терапии. При необходимости хирургическая коррекция.

ики (брекет-система) с целью исправления положения отдельных зубов, создания фиссурно-бугорковых контактов

го шинирования.

ного аппарата является несъемный ретенционный аппарат по типу шины или постоянное ортопедическое шинирование, которое может быть заменой на несъемный ретенционный аппарат по окончании хирургического этапа лечения.

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

## НА ВОПРОСЫ

ического 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 их длины. Положение зубов верхней челюсти в переднем отделе.

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

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

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

провести ортодонтическое лечение с использованием несъемной программируемой техники (брекет-система) с использованием акционных промежутков. При этом зубы 1.8, 2.8 мезиализируются на место зубов 1.7,2.7, а зубы 1.7,2.7 – на место

езирования в области отсутствующих 1.6, 2.6 необходимо в качестве опоры применение микроимплантатов, фиксированных вестибулярно.

утков может возникнуть необходимость применения микроимплантов для дифференцированного закрытия промежутков.

ты ретенционных аппаратов:

емные ретенционные аппараты на верхний и нижний зубные ряды.

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 смены зубов.

## НА ВОПРОСЫ

инику пришел без сопровождения родителей. С его слов проходит лечение в другой клинике, но врач не может его

летнего пациента без сопровождения родителей.

юридические документы и оказать помощь в рамках подклейки брекета.

ормить для проведения ортодонтических мероприятий в данном случае.

кументацию:

до 18 лет

ета с дальнейшим продолжением ортодонтического лечения у лечащего врача. При невозможности продолжения ортодонтического лечения в новой клинике с заключением договора.

ач» и «врач-пациент». При приеме пациента в данной ситуации врач наблюдает пациента на этапе ортодонтии пациента о качестве проводимого лечения и его результатах, не имея достоверной и полноценной информации.

	-	008
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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, прикладывание 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.
В	2	Составьте план ортодонтического лечения.
Э	-	<p>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).</p> <p>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.</p>

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, и
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.
B	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.

Н	-	009
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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 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</p> <p>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>- основании данных изучения ТРГ (me-go – 67 мм, is- ais / sna- snp i</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</p> <p>п е р в ы х</p> <p>п о</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.
Н	-	010
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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</p>

		<p>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</p> <p>поставлен на основании данных</p> <p>н объективного исследования (соотношение моляров по I классу Энгля с перекрытием передних зубов в пределах нормы, тесное положение передних зубов верхней и нижней челюстей, ортоаномалия 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 з моляров верхней и нижней челюстей (is/se , ms/se- :60 и 25 мм ; и у апикального базиса верхней и нижней челюстей (is-ms, ais- ams – б 37,5 и 25 мм ; и ii-mi ,aii- ami – 34 и 30 мм) , смещение н подбородочного отдела дистально (me/se- : 39,5 мм) , увеличение ы угла наклона тела нижней челюсти к оси х ( me- com/ og-po : 37°), х уменьшение угла наклона моляров к основанию верхней и нижней челюстей (ms- ams/ sna-snp , mi-ami / me-com- 77 и 89°), р уменьшение длины тела нижней челюсти (me-go : 69 мм) , я увеличение угла наклона нижних резцов к основанию нижней д челюсти ( ii-aii/ me-com : 96 °), увеличение углов sna-snp/ og-po и о i</p> <p>в s</p> <p>, -</p> <p>о</p> <p>д г</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	-	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.</p> <p>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.
B	5	Выберите ретенционный аппарат.

Э	-	В качестве ретенционного аппарата на верхней челюсти - целесообразно до момента протезирования зуба 1.2 выбрать съёмную ретенционную капу, в последующем ее заменить на новую капу или несъёмный проволочный ретейнер, на нижней челюсти - использовать несъёмный 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.

### 3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

#### 3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1, ПК-2, ПК-7	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

#### 3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1 ПК-2, ПК-7	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения,	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации,	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий,	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

	владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	испытывать затруднения при решении практических задач	
--	---	---	---	--

### **3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета**

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.