

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ВЫСШЕЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ УКРАИНЫ
" УКРАИНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
АКАДЕМИЯ"

Утверждено
на заседании кафедры ортодонтии

" _____ " _____ 2017 г.
протокол № 1 от 23.08.2017
Зав. кафедры _____ Смаглюк Л.В.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
для самостоятельной работы студентов
во время подготовки к практическому занятию и на занятии

Учебная дисциплина	Ортодонтия
Модуль № 1	Диагностика зубочелюстных аномалий и деформаций.
Тема занятия № 18	Принципы организации ортодонтической помощи населению Украины. Профилактическая направленность и комплексность ортодонтического лечения. Возможность саморегуляции зубочелюстных аномалий. Выбор методов лечения с учетом возраста больного, степени выраженности аномалии. Диспансерные группы.
Курс	3
Факультет	Подготовки иностранных студентов

Полтава 2017

1. Актуальность темы: диспансеризация всех слоев населения является основным методом вторичной профилактики. Поэтому знание основных принципов диспансеризации является важным для стоматологов. А также важны в подготовке врача - ортодонта.

2. Конкретные цели:

Знать: возрастные периоды развития ребенка; возрастные периоды формирования зубочелюстной системы; цель диспансеризации у ортодонта; задачи диспансеризации у ортодонта; этапы диспансеризации у ортодонта; группы диспансерного наблюдения у ортодонта; определение эффективности диспансеризации;

Уметь: определить возрастной период развития прикуса; определять принадлежность зубов к временному или постоянному прикусу; определять период формирования зубочелюстной системы; определять группу здоровья; определять группу диспансерного наблюдения у ортодонта; назначать необходимый комплекс профилактически-оздоровительных и лечебных мероприятий в диспансерных группах.

3. Базовые знания, умения, навыки, необходимые для изучения темы (междисциплинарная интеграция)

Дисциплина	Знать	Уметь
Анатомия	Периоды развития человека. Особенности строения костей лицевого скелета, костей черепа, ВНЧС в различные возрастные периоды.	Определить период развития ребенка, пропорциональность частей тела в данный период развития ребенка.
Нормальная физиология	Особенности течения функций полости рта у детей разного возраста	Определить отклонения от физиологического течения функций полости рта
Профилактика стоматологических заболеваний	Сроки, порядок, и последовательность прорезывания временных и постоянных зубов. Группы здоровья, группы диспансерного наблюдения у стоматолога	Записать зубную формулу (клиническую, анатомическую, по ВОЗ) Определить группу здоровья детей и группу диспансерного наблюдения у стоматолога

4. Задание для самостоятельной работы во время подготовки к занятию:

4.1 Перечень основных сроков, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию.

Термин	Определение
Диспансеризация	Скрининг (от англ. Screening – массовое обследование) – комплекс мероприятий в системе здравоохранения, проводимых с целью выявления и предупреждения развития различных заболеваний у населения. Диспансеризация представляет собой профилактические медицинские осмотры, консультации врачей и медицинские исследования, проводимые в определённые возрастные периоды человека.

4.2 Теоретические вопросы к занятию:

1. Особенности проведения субъективного обследования детей (особенности определения анамнеза жизни и заболевания).
2. Этапы объективного обследования ортодонтического пациента, его цель.
3. Уровни ортодонтической профилактики – первичная, вторичная, третичная.
4. Вторичная профилактика (ортодонтическая диспансеризация): суть, методы.
5. Этапы диспансеризации.
6. Распределение детей по группам здоровья.
7. Группы диспансерного наблюдения у ортодонта.
8. Объем работы ортодонта в каждой группе наблюдения.
9. Определение эффективности диспансеризации.

4.3. Практические работы, которые выполняются на занятии:

Определить периоды развития ребенка;

Определить принадлежность зубов к определенному виду прикуса;

Определить группу здоровья ребенка;

Определить группу диспансерного наблюдения.

Содержание темы:

Сейчас ортодонтия - наука, которая занимается изучением этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, методов лечения и профилактики стойких аномалий и деформаций зубочелюстного аппарата у детей и взрослых. Несмотря на это, современная ортодонтия должна решать следующие задачи:

1. Изучение факторов, которые приводят к развитию зубочелюстно-лицевых аномалий.
 2. Изучения их патогенеза.
 3. Разработка новых методов диагностики.
 4. Разработка методов профилактики и лечения зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций прикуса.
 5. Разработка методов профилактики и лечения дефектов отдельных зубов, зубных рядов, челюстей и лица у детей.
 6. Управление ростом челюстей.
 7. Нормализация нарушенных функций полости рта.
 8. Устранение факторов, которые приводят к развитию зубочелюстно-лицевых аномалий.
 9. Влияние на развитие смежных органов и систем.
- Профилактическая ортодонтия - это

комплекс мероприятий, направленных на предупреждение и устранение этиологических и патогенетических факторов, которые приводят к развитию зубочелюстно-лицевых аномалий. Задачи профилактической ортодонтии такие: 1. Положительное воздействие на общее состояние беременной женщины и ребенка. 2. Организационные и лечебные мероприятия, которые обеспечивают раннее определение и устранение факторов риска развития зубочелюстно-лицевых аномалий. Ф.Я. Хорошилкина (2006) определила 6 направлений ортодонтии с учетом возраста пациентов, нуждающихся в ортодонтическом лечении, а также специфики лечебных мероприятий: 1. Профилактическая ортодонтия среди организованных детских коллективов. 2. Специализированное лечение детей в условиях ортодонтических кабинетов или отделений. 3. Ортодонтическое лечение подростков. 4. Ортодонтическое лечение взрослых. 5. Ортодонтическое лечение и зубочелюстное протезирование больных с врожденными пороками развития (щелевые дефекты губы, альвеолярного отростка, неба) в системе их комплексного лечения. 6. Ортодонтическое лечение в условиях хирургического стационара как подготовительный или заключительный этап хирургически-реконструктивного устранения зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций прикуса. Ортодонтическая помощь оказывается детям в возрасте от 3 до 14 лет (в некоторых случаях - врожденные пороки развития лица и челюстей - сразу после рождения ребенка), подросткам на базе городских или районных детских стоматологических поликлиник, и взрослым - в стоматологических поликлиниках, которые в зависимости от количества населения должны иметь ортодонтический кабинет или отделение. Работа врача-ортодонта регламентируется приказами МЗ Украины. Согласно существующим нормативам на 10000 детей, проживающих в городе с населением свыше 25000, выделяют 0,45 должности врача-ортодонта. Для обслуживания ортодонтического кабинета выделяется 1 должность медицинской сестры на 2 должности врачей-ортодентов, и 1 должность санитарки (младший медицинский персонал) на должности врачей-ортодентов. Должности зубных техников выделяют должностей врачей ортодентов в соотношении 1:1. Должность заведующего ортодонтического отделения приходится на 5-6 должностей врачей-ортодентов. Заведующий отделением выполняет врачебную работу в объеме 0,5 должности врача-ортодонта, проводит организационные мероприятия и оказывает консультативную помощь. Согласно с приказом МОЗ Украины в каждом городе с населением свыше 100000 жителей необходима детская стоматологическая поликлиника, в состав которой входит ортодонтический кабинет. Ортодонтический кабинет, или отделение, является составной частью детской стоматологической поликлиники, (областной, городской или районной) наравне с профилактическим, терапевтическим и хирургическим отделениями. В ортодонтическом отделении или кабинете на каждое рабочее место врача-ортодонта отводится не менее 7 м площади. Ортодонтический кабинет, который имеет 4 стоматологические кресла, должен быть оборудован стерилизационной комнатой. Каждое рабочее место врача-

ортодонта имеет универсальную стоматологическую установку. В работе применяется прежде всего стоматологическое зеркало и пинцет, а также зонд, шпатель, боры для прямого и углового наконечников, дисковые пилы, диски, камни, крампонные щипцы, зуботехнический шпатель, резиновая колба, гипсовый нож. Кроме того, необходим гипс, наборы зуботехнического воска, ортодонтической проволоки разного диаметра, вспомогательные материалы и медикаменты, специальные ортодонтические инструменты. В ортодонтическом кабинете необходимо иметь также и газовую горелку или спиртовку, отдельный стол для работы с гипсом для отливки моделей челюстей. Каждому врачу-ортодонту необходимо иметь отдельный стол для записей в историях болезни пациентов, шкаф для хранения диагностических моделей челюстей, ящик для готовых ортодонтических работ и протезов, ящик для историй болезни. Большое внимание необходимо уделять правилам асептики и антисептики. Эта работа регламентирована отраслевым стандартом "Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения" (Методы, средства и режимы ОСТ 42-21-86, приказ № 770 от 10.01.1986. Организация работы врача-ортодонта. С целью оценки эффективности работы врача-ортодонта согласно приказу МОЗ Украины № 302 от 27.12.1999 г. введены формы медицинской документации и такие показатели: 1. Количество пациентов, которых принимают за рабочий день (месяц, год). 2. Трудовые единицы. 3. Количество пациентов, закончивших ортодонтическое лечение. 4. Количество пациентов, находящихся под наблюдением врача-ортодонта (в разных диспансерных группах). Так, за 1 рабочий день ортодонту необходимо принять 12 пациентов, 1 из которых - первичный, выработать 25 условных единиц. Ортодонтические аппараты и детские зубные протезы изготавливают в зуботехнической лаборатории.

Диспансеризация - это метод медико-санитарного обслуживания населения, который включает необходимый комплекс оздоровительных социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий с целью сохранения и укрепления здоровья и повышения работоспособности диспансеризирующегося контингента.

Главной целью ортодонтической диспансеризации - осуществление мероприятий, направленных на сохранение и укрепление зубов; устранение этиологических факторов, способствующих развитию зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса; содействие нормальному развитию прикуса; раннюю диагностику и лечение различных форм зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса на основе динамического наблюдения.

Диспансеризация детского населения у ортодонта включает:

- ежегодные медицинские осмотры с проведением установленного объема исследований,
- оценка состояния здоровья с целью определения лиц, имеющих факторы риска развития зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса,
- дообследование лиц, которые требуют ортодонтического лечения с применением всех современных методов диагностики,

- определение зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса на ранних стадиях развития с последующим проведением комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием развития зубочелюстной системы и здоровьем детей и подростков.

С целью предупреждения развития нарушений в зубочелюстной системе предлагается проводить следующие мероприятия:

1. Медико-генетическое консультирование лиц, принимающих брак.
2. Организация рационального питания и режима труда и отдыха беременной, охрана ее здоровья.
3. Организация гигиенического воспитания и гигиенического ухода за ребенком.
4. Обучение ребенка гигиене полости рта.
5. Обеспечение плановой санации полости рта и профилактики основных стоматологических заболеваний.
5. Определение семейной приверженности к развитию зубочелюстных аномалий (адентия и сверхкомплектные зубы; микро - и макрогнатия; микро - и макродентия; о - или ретрогения; врожденные пороки развития; аномалии прикрепления мягких тканей; макроглоссия; отдельные виды зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса и т.и.).
6. Предупреждение развития зубочелюстных аномалий путем борьбы с вредными привычками; нормализацией функций полости рта. Пластики аномалий прикрепления мягких тканей (мелкого преддверия полости рта, уздечек языка и губ). Восстановление коронок разрушенных зубов, замещение дефектов зубных рядов. Своевременное удаление по показаниям сверхкомплектных зубов и задержавшихся временных зубов; устранение привычного смещения нижней челюсти и т.и.
7. Лечение зубочелюстных аномалий и деформаций на ранних стадиях развития путем применения современных методов.
8. Предупреждения рецидивов зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса.
9. Достижение оптимального морфологического, функционального и эстетического оптимума при лечении зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса.

Для проведения ортодонтической диспансеризации необходимо 1,7 (по А.М. Зволинської) или 3,6 (по Л.Б. Треймане) должности врача-ортодонта на 10000 детского населения.

Мероприятия по ортодонтической диспансеризации осуществляют поэтапно:

I этап - регистрация пациентов. Необходимо определить возраст, пол и состояние (группу) здоровья.

II этап - специализированный осмотр каждого ребенка и санация полости рта. Полученная информация является основой для формирования диспансерных групп и следующего наблюдения.

III этап - формирование групп пациентов с целью ортодонтической диспансеризации. Составление плана работы врача-ортодонта на диспансерном участке.

IV наблюдение за пациентами, санация полости рта, проведение уроков гигиены и других массовых профилактических мероприятий.

V этап - определение эффективности ортодонтической диспансеризации, определение форм и средств совершенствования этой работы.

После проведенного личного учета всего детского населения, подлежащего диспансеризации планируются профилактические осмотры в таких группах:

- новорожденные,
- дети первого года жизни,
- дети дошкольного возраста, не посещающие дошкольные учреждения,
- дети дошкольного возраста, которые посещают дошкольные учреждения,
- школьники в возрасте до 15 лет.

Показания к диспансерному наблюдению очень широкие. Диспансеризация проводится по возрасту, в зависимости от группы здоровья и в зависимости от вида зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса.

За состоянием здоровья детей распределяют на следующие группы:

I группа - здоровые дети, не имеющие отклонений по всем признакам здоровья, то есть не болеют на период осмотра, а также имеющие незначительные единичные отклонения, не влияющие на состояние здоровья и не требующие коррекции.

II группа - дети с факторами риска возникновения хронической патологии и склонные к повышенной заболеваемости. Это дети с наличием функциональных отклонений, обусловленных степенью морфологической зрелости органов и систем; дети 1 года жизни с отягощенным акушерским и генеалогическим анамнезом, часто болеющие или перенесшие одно тяжелое заболевание с неблагоприятным ходом реабилитационного периода и т.п.

III - V группы - это дети с хронической патологией в состоянии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации.

Соответственно детей II группы осматривают в обычные сроки - 1 раз в год. Детей III группы - 2 раза в год. Дети III, IV и V групп здоровья находятся под присмотром соответствующих специалистов или педиатра, они получают лечение у ортодонта в зависимости от наличия той или иной зубочелюстной аномалии и деформаций прикуса в случае их отсутствия осматриваются ортодонтом 2 раза в год.

Для диспансеризации детей и подростков у стоматолога Н.М.Каспарова (1981) предлагает распределение детей на 3 группы в зависимости от состояния здоровья. Таким образом:

И группу составляют дети дошкольного (с 1-го года жизни) и школьного возраста, которые не имеют соматических заболеваний и отклонений в состоянии полости рта.

II группу составляют дети с хроническими соматическими заболеваниями, которые обуславливают особенности диспансеризации у стоматолога.

III группу составляют дети со стоматологическими заболеваниями, нуждающихся в долговременной диспансеризации.

Для каждой группы по отдельным возрастным признакам и в зависимости от заболевания предложена оптимальная кратность осмотров, объем комплексного обследования и лечебно-профилактических мероприятий.

Н. И. Смоляр и И. П. Жирный (1981) предложили следующий принцип группировки:

I группа - практически здоровые дети с интактной полостью рта.

II группа - дети с компенсированной формой кариеса зубов, которые имеют факторы риска заболеваний твердых тканей зубов и маргинального пародонта или возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса. В эту группу относят детей с неудовлетворительным общим развитием и отягощенным анамнезом, с вредными привычками и т.п.

III группа - дети с субкомпенсированной формой течения кариеса зубов, пороками развития твердых тканей зубов; патологией пародонта, которая обусловлена местными факторами; дети с отягощенным анамнезом и неудовлетворительным общим развитием, которые имеют компенсированную форму кариеса и факторы риска возникновения других стоматологических заболеваний.

IV группа - дети с компенсированной формой кариеса и отягощенным анамнезом, с патологией пародонта (кроме обусловленного местными факторами) и аномалиями зубочелюстной системы; с интенсивным приростом кариеса (более 2 зубов или полостей за период наблюдения), острым течением кариозного процесса.

Ф.Я. Хорошилкина (1999) предлагает следующие группы диспансерного наблюдения у ортодонта:

I группа - дети с правильным смыканием губ, нормально протекающими функциями зубочелюстной системы и правильным прикусом. Незначительные отклонения в зубочелюстной системе рассматривают как варианты нормы. Такие дети нуждаются в воспитании гигиенических навыков ухода за зубами и полостью рта. Стоматолог - ортодонт осматривает их один раз в год.

II группа - дети без выраженных морфологических отклонений от нормы в зубочелюстной системе, но с нарушениями функций дыхания, глотания, жевания, речи, мимики; с вредными привычками, которые способствуют развитию зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса. У таких детей необходимо устранять причины возникновения отклонений от нормального строения в зубочелюстной системе и создавать благоприятные

условия для нормального роста челюстей, протекания функций и формирования прикуса. По показаниям санирующие полость рта; предлагают меры борьбы с вредными привычками; назначают комплекс лечебной гимнастики; направляют на консультацию к ЛОР-врача, ортопеда и других специалистов.

За такими детьми должны наблюдать родители, воспитатели, мед. персонал детских учреждений, а также педиатр. Активное наблюдение продолжают 6 месяцев. После устранения факторов, которые приводят к развитию зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса наблюдения продолжают в течение 1 года.

Группы риска по стоматологическим заболеваниям:

1. Дети, которые родились от матерей с экстрагенитальной патологией (пороками сердечно-сосудистой системы, гипертонией, нефропатией, сахарным диабетом, туберкулезом, токсикозом беременности и т.и.).

2. Дети, у которых, в одного из родителей определяется декомпенсированная форма течения кариеса (III степень активности).

3. Дети, которые родились недоношенными.

4. Дети, перенесшие в период новорожденности и в грудном возрасте гемолитическую болезнь, пневмонию, гнойно-септические заболевания, рахит, гипервитаминоз Д, более чем в 4 раза болеющие респираторными заболеваниями, с пороками развития.

III группа - дети с незначительно выраженными аномалиями расположения отдельных или групп зубов, изменениям формы зубных дуг, отклонениями в строении прикуса, с функциональными нарушениями и другими факторами, которые вызывают эти отклонения.

Для оказания помощи таким детям проводят мероприятия, которые направлены на устранение причин развития нарушений, в том числе путем применения ортодонтических аппаратов несложных конструкций. После нормализации прикуса и функций осуществляют осмотр 1 раз в год.

Признаки формирующихся аномалий и деформаций прикуса обычно определяют в II периоде смены зубов, то есть в возрасте до 9 лет. Для них характерно:

- незначительные повороты по оси прорезавшихся зубов (центральных и боковых резцов),

- диастема при отсутствии боковых резцов и наличии достаточного места для их прорезывания,

- смещение первого постоянного моляра в сторону безвременно утраченного временного,

- отсутствие окклюзионного контакта до 1,0-1,5 мм по вертикали или до 3,0-3,5 мм по сагиттали между резцами верхней и нижней челюстей,

- небольшое изменение наклона коронок верхних и нижних резцов во время прорезывания в оральном или вестибулярном направлениях,

- небольшая недостаток места в зубной дуге для прорезавшегося постоянного зуба (до 1/4 величины коронки),

- изменение расположения постоянного зуба в связи с прорезыванием рядом расположенного сверхкомплектного зуба,
- расположение нижних постоянных зубов по одной линии,
- перекрытие верхними резцами нижних более чем на 1/3.

IV группа - дети с выраженными изменениями в зубочелюстной системе, нарушениями формы лица, функций дыхания, глотания, жевания, речи, смыкания губ. Такие дети нуждаются в специализированной ортодонтической помощи и комплексных лечебных мероприятий, которые включают устранение причин, вызвавших нарушения; применение ортодонтических аппаратов; нормализации функций зубочелюстной системы и влияния на организм ребенка в целом.

Сроки наблюдения во время ретенционного периода ортодонтического лечения определяет ортодонт.

Л.П.Григорьева с соавторами (1984) предложила распределять детей на такие 3 диспансерные группы: I и II соответствуют группам наблюдения по Ф.Я. Хорошилкиной, а III группа подразделяется на 2 подгруппы: А - дети с формирующимися, Б - со сформированными зубочелюстными аномалиями и деформациями прикуса.

Дети II диспансерной группы осматриваются ежегодно. Дети II группы являются предметом особой заботы со стороны ортодонта. В зависимости от определенного неблагоприятного фактора, который может привести к развитию зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса и после консультаций соответствующих специалистов необходимо провести лечебно-профилактические мероприятия. Такие дети осматриваются дважды в год.

Детей I и II диспансерных групп может наблюдать и детский стоматолог при взаимодействии, при необходимости, с ортодонтом.

Детей III и IV групп направляют на лечение и наблюдение ортодонта.

Ребенка у которого устранили причины развития зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса или который закончил активное ортодонтическое лечение переводят во 2 диспансерную группу.

При анализе эффективности ортодонтической диспансеризации целесообразно отдельно оценивать результаты начального и последующих периодов. К показателям начального периода относят:

Выполнение планов стоматологических осмотров.

Полнота охвата диспансерным учетом.

Определение детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями прикуса.

Ведение документации на каждого ребенка (история болезни и специальные формы учета).

Показателями конечного периода диспансеризации являются:

1. Соблюдение сроков осмотров (плановость наблюдения).
2. Активность патронажной работы ортодонта на закрепленном участке.
3. Полнота проведения профилактических, лечебных и оздоровительных мероприятий.

4. Активность в оказании комплексной лечебной помощи, применения современных конструкций ортодонтических аппаратов, сокращение сроков лечения.

Расчет эффективности ортодонтической диспансеризации проводят на 100 детей среднегодового контингента, принимая во внимание количественный сдвиг в диспансерных группах за счет перевода детей в I группу после проведения профилактических мероприятий или окончания активного аппаратного лечения. В эту группу входят все дети, у которых на протяжении последних 2 лет не наблюдалось рецидивов зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса и не выявлено морфологических и функциональных нарушений в зубочелюстной системе.

Показатели эффективности диспансерного метода у ортодонта следующие:

- уменьшение распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса в %,
- уменьшение количества случаев осложнений зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса в %,
- сокращения сроков активного периода ортодонтического лечения в %,
- увеличение количества детей, снятых с учета в связи с выздоровлением в отношении к общему количеству всех детей, которые подлежат диспансерному учету.

Как считают специалисты, анализ показателей лучше проводить в динамике за 3-5 лет.

В ортодонтическом кабинете должна вестись следующая учетно-отчетная документация:

1. "Медицинская карта стоматологического больного" (форма № 043 / о).
2. "Листок ежедневного учета работы врача-ортодонта" (форма № 037-1 / о-88),
3. "Сводная ведомость учета работы врача-ортодонта" (форма № 039-2 / о-88), Наряд на выполнение работ.

Материалы для самоконтроля:

А. Задания для самоконтроля (таблицы, схемы, рисунки, графики):

Б. Задачи для самоконтроля:

1. По А.М. Зволинской для проведения ортодонтической диспансеризации необходимо следующее количество должностей врачей-ортодентов на 10.000 детского населения:

- 1,7
- 1,0
- 1,5
- 1,25
- 1,75

2. По Л.Б. Треймане для проведения ортодонтической диспансеризации необходимо следующее количество должностей врачей-ортодонтонтов на 10.000 детского населения:

3,6

1,7

1,0

2,0

2,6

3. Мероприятия по ортодонтической диспансеризации осуществляют в:
пять этапов

два этапа

три этапа

четыре этапа

шесть этапов

4. Первый этап диспансеризации – это:

регистрация пациентов

эпидемиологические исследования

специализированный осмотр

формирование групп наблюдения

наблюдение за пациентами

5. Второй этап диспансеризации – это:

специализированный осмотр

регистрация пациентов

эпидемиологические исследования

формирование групп наблюдения

наблюдение за пациентами

6. Третий этап диспансеризации – это:

формирование групп наблюдения

эпидемиологические исследования

регистрация пациентов

специализированный осмотр

наблюдение за пациентами.

7. Четвертый этап диспансеризации – это:

наблюдение за пациентами

эпидемиологические исследования

регистрация пациентов

специализированный осмотр

формирование групп наблюдения

8. Пятый этап диспансеризации – это:
определение эффективности диспансеризации
регистрация пациентов
специализированный осмотр
формирование групп наблюдения
наблюдение за пациентами

9. Профилактические осмотры не проводят в следующих группах детей:

дети с хроническими заболеваниями
дети первого года жизни
дети дошкольного возраста
школьники возрастом до 15 лет
новорожденные

10. К первой группе по состоянию здоровья относятся:
здоровые дети без отклонений по всем признакам здоровья
дети с факторами риска возникновения хронической патологии
дети с хронической патологией в состоянии декомпенсации
дети с хронической патологией в состоянии компенсации
дети с хронической патологией в состоянии субкомпенсации

11. Ко второй группе по состоянию здоровья относятся:
дети с факторами риска возникновения хронической патологии
дети с хронической патологией в состоянии компенсации
здоровые дети без отклонений по всем признакам здоровья
дети с хронической патологией в состоянии декомпенсации
дети с хронической патологией в состоянии субкомпенсации

12. Ф.Я. Хорошилкина предлагает следующее количество групп диспансерного наблюдения:

четыре
две
три
пять
шесть

13. На первом году жизни ребенка осмотр стоматологом осуществляется:

1 раз в 6 месяцев
каждый месяц
раз в 3 месяца
в конце первого года жизни
осмотр стоматолога не требуется

14. Детей в возрасте 3 года стоматолог осматривает:

1 раз в 6 месяцев

каждый месяц

раз в 3 месяца

один раз в год

осмотр стоматолога не требуется

15. Система профилактической помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях не включает в себя такие мероприятия как:

комплексный медицинский осмотр и санацию полости рта

активное динамическое медицинское наблюдение за развитием ребенка

комплексные медицинские осмотры детей врачами-специалистами

противоэпидемические мероприятия и профилактические прививки

санитарно – просветительная работа с семьей ребенка

16. “Состояние функциональной готовности” к развитию аномалии или “Преданомалия” не включает в себя:

раннюю перестройку типа глотания

нарушения функций (жевания, глотания, дыхания, речи)

детские вредные привычки

раннее удаление временных зубов

медленное стирание временных зубов после 4-х лет

17. На сколько уровней подразделяется структура предоставления стоматологической помощи детям?

3 уровня

2 уровня

4 уровня

5 уровней

6 уровней

18. Профилактическая стоматологическая помощь предоставляется в учреждениях:

кабинете детского сада

консультативно-диагностическом центре

клиниках высших учебных заведений

клиниках научно-исследовательских институтов

клиниках третьего уровня аккредитации

19. Специализированная стоматологическая помощь предоставляется в учреждениях:

детских стоматологических поликлиниках

консультативно-диагностическом центре

клиниках высших учебных заведений

клиниках научно-исследовательских институтов

стоматологическом кабинете детского сада

20. Профилактическую помощь осуществляют:

детский стоматолог

ортодонт

пародонтолог

хирург-стоматолог

педиатр

21. Дети в возрасте 3-6 лет должны осматриваться стоматологом:

1 раз в год

каждые 3 месяца

1 раз в 6 месяцев

1 раз в квартал

1 раз в год

22. Дети в возрасте 3-6 лет должны осматриваться ортодонтом:

1 раз в год

каждый месяц

каждые 3 месяца

1 раз в 6 месяцев

1 раз в квартал

23. Дети в возрасте 6- 9 лет должны осматриваться стоматологом:

1 раз в 6 месяцев

1 раз в год

каждые 3 месяца

1 раз в квартал

1 раз в год

24. Дети в возрасте 6- 9 лет должны осматриваться ортодонтом:

1 раз в год

каждый месяц

каждые 3 месяца

1 раз в 6 месяцев

1 раз в квартал

25. Дети от 9 до 12 лет должны осматриваться стоматологом:

1 раз в 6 месяцев

каждый месяц

1 раз в год

каждые 3 месяца

1 раз в квартал

26. Дети от 9 до 12 лет должны осматриваться ортодонтом:

1 раз в год

каждый месяц

каждые 3 месяца

1 раз в 6 месяцев

1 раз в квартал

27. Дети от 12 до 15 лет должны осматриваться стоматологом:

1 раз в год

каждый месяц

каждые 3 месяца

1 раз в 6 месяцев

1 раз в квартал

28. Дети от 12 до 15 лет должны осматриваться ортодонтом:

1 раз в год

каждый месяц

каждые 3 месяца

1 раз в 6 месяцев

1 раз в 2 года

29. Должность заведующего ортодонтическим отделением приходится на следующее количество должностей врачей-ортодонтотв:

5-6

6-7

3-4

2-3

1-2

30. Ставки зубных техников устанавливают соответственно ставкам врачей-ортодонтотв в соотношении:

1:1

1:2

1:3

1:4

1:1,5

31. На 10000 детей в городе выделяют следующее количество ставок врачей-ортодонтотв:

1

0,45

0,5

1,5

2

32. В ортодонтическом отделении на каждое рабочее место врача-ортодонта отводится не менее:

- 7 м² площади**
- 2 м² площади
- 3 м² площади
- 5 м² площади
- 9 м² площади

33. В работе врача ортодонта основной юридической документацией является:

- амбулаторная карта стоматологического больного**
- листок ежедневного учета
- сводная ведомость
- наряд в зуботехническую лабораторию
- направление на ортодонтическое лечение

34. Средняя затрата времени ортодонта на одного больного составляет

- 24 мин.**
- 10 мин.
- 15 мин.
- 20 мин.
- 5 мин.

35. Средняя нагрузка на один рабочий день при пятидневной рабочей неделе составляет:

- 15 посещений**
- 25 посещений
- 20 посещений
- 40 посещений
- 12 посещений

Литература

Основная:

1. Головкин Н.В. Профилактика зубочелюстных аномалий / Н.В.Головкин. – Винница: Новая книга, 2005. –146с.
2. Флис П.С. Ортодонтия / П.С.Флис. – Винница: Новая книга, 2007. –311с.
3. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия IV. Профилактика и лечение функциональных, морфологических и эстетических нарушений в зубочелюстной области / Ф.Я.Хорошилкина. – М. : Медицина, 2004. – 460 с.

Дополнительная:

1. <http://www.newdispensarysurgery.co.uk/Library/livewell/topics/dentalhealth/b-races>
2. <http://intranet.tdmu.edu.ua> to help students / materials to prepare students for practical training / Department of Pediatric stomatology/ortodontiya/3 course /

English / Fixed prevention dento -facial anomalies.