

Занятие 2.13: Организация работы и обязанности гигиениста стоматологического на ортодонтическом приеме. Изучение видов ортодонтических аппаратов.

Продолжительность практического занятия: 2 часа.

Место проведения занятия: лаборатория клинического материаловедения.

Оснащение занятия: стоматологическое оборудование, инструментарий, муляжи, мультимедиапроектор, экран, ситуационные задачи, контрольные вопросы, тестовые задания.

Цель занятия. Изучить организацию и особенности работы ортодонтического отделения (кабинета).

Конкретные цели занятия

Знать	Уметь
1. Организация работы и обязанности гигиениста стоматологического на ортодонтическом приеме.	1. Изучение организации и работы ортодонтического кабинета стоматологической клиники.
2. Организация работы и функциональные обязанности гигиениста стоматологического на ортодонтическом приеме.	2. Освоение навыков подготовки рабочего места к приему пациента.
3. Ортодонтические аппараты, их виды.	3. Освоение навыков подготовки инструментов, расходных материалов к использованию на ортодонтическом приеме.

Мотивационная характеристика темы

Ортодонтия — раздел стоматологии, изучающий этиологию, патогенез, особенности зубочелюстных аномалий, методы их диагностики, лечения и профилактики. Аномалии зубочелюстной системы занимают одно из первых мест среди заболеваний ЧЛЮ. Функциональные и морфологические отклонения обнаруживаются у 75 % трехлетних детей. Каждый второй ребенок и 30 % лиц других возрастных категорий нуждаются в настоящее время в высококвалифицированной ортодонтической помощи.

1. Организационный момент:

-приветствие, проверка присутствующих на занятии. Инструктаж студентов преподавателем.

2. Контроль исходного уровня знаний. Тестовый контроль (Приложение 1 к теме занятия), решение ситуационных задач или ответы на контрольные вопросы (Приложение 2 к теме занятия).

3. Обсуждение темы занятия.

Вопросы для проверки уровня усвоения учебного материала:

Организация работы и обязанности гигиениста стоматологического на ортодонтическом приеме.

Изучение видов ортодонтических аппаратов.

4. Устная оценка работы каждого студента. Выставление оценок за занятие.

5. Задание на дом:

Внеаудиторная самостоятельная работа:

1. Решение тестовых заданий (Приложение 3 к теме занятия).
2. Работа с литературой
3. Записать организацию и особенности работы ортодонтического отделения (кабинета) в дневник-конспект практических навыков.

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК

1. Организация и особенности работы ортодонтического отделения (кабинета).

Ортодонтия — раздел стоматологии, изучающий этиологию, патогенез, особенности зубочелюстных аномалий, методы их диагностики, лечения и профилактики. Аномалии зубочелюстной системы занимают одно из первых мест среди заболеваний ЧЛО. Функциональные и морфологические отклонения обнаруживаются у 75 % трехлетних детей. Каждый второй ребенок и 30 % лиц других возрастных категорий нуждаются в настоящее время в высококвалифицированной ортодонтической помощи.

В отечественной медицине ортодонтия долгое время была составной частью ортопедической стоматологии. Только в начале 60-х годов выделилась детская стоматология, начали функционировать детские стоматологические поликлиники, в медицинских институтах стали создаваться кафедры стоматологии детского возраста, где и ортодонтии было уделено внимание в числе других стоматологических профилей — детской терапии, хирургии. В настоящее время ортодонтия выделена в отдельную врачебную специальность и занимает достойное место среди основных стоматологических специальностей. Ортодонтическое отделение входит в состав детской стоматологической поликлиники (краевой, областной, городской, районной) наравне с профилактическим, терапевтическим, хирургическим отделениями. В поликлинике оказывают стоматологическую помощь детям до 15 лет. В крупных городах имеются

региональные центры оказания детской стоматологической помощи на соответствующей территории (республика, край, область, город). Республиканские и краевые поликлиники обычно базируются на кафедрах стоматологии детского возраста стоматологических факультетов медицинских институтов страны.

Рациональное лечение ортодонтических больных бывает комбинированным и связано с работой других подразделений поликлиники.

Ортодонтическую помощь детям оказывают с 4—5 лет, а при врожденной патологии (полная адентия, расщелина неба) в более раннем возрасте. В некоторых крупных детских поликлиниках созданы ортодонтические центры, куда могут обращаться за помощью подростки от 15 до 18 лет.

В организованных детских коллективах (детские сады, школы, интернаты, детские санатории) развивается профилактическая ортодонтия. В крупных стационарах проводятся ортодонтическое лечение путем хирургического устранения аномалий прикуса (на предварительном и заключительном этапах), протезирование после операций на челюстях. Особое внимание в центрах уделяют больным с врожденным несращением губы и неба.

В штатном расписании отделения имеются должности врачей-ортодонт, медсестер, санитарок. Врачи оказывают консультативную помощь пациентам и ведут прием больных по участково-территориальному принципу: 0,45 должности врача-стоматолога (детского) на 10 000 детей, проживающих в городе с населением более 25 000 человек, в сельской местности — 2,5 должности на 10 000 детей. Штатные нормативы медперсонала стоматологических поликлиник определены приказом Минздрава СССР от 01.10.1976 г. № 950. Должность заведующего ортодонтическим отделением устанавливается при наличии в штате 3,5—6 должностей врачей-ортодонт. Заведующий этим отделением выполняет врачебную работу в объеме 50 % ставки.

Должности медсестер устанавливаются из расчета 1 медсестра на 2 врача-ортодонта, должности санитарок — 1 санитарка на 3 врачей-ортодонт, должности техников 2—3 техника на 1 врача-ортодонта.

Распространенность зубочелюстных аномалий у детей и подростков, значительный объем профилактических и лечебных мероприятий по ортодонтии вызывает необходимость организации стоматологической помощи, при которой каждый нуждающийся в ней может получить необходимый комплекс лечебных мероприятий.

Организация работы в ортодонтическом кабинете или отделении. Ортодонтическое отделение или кабинет оснащают оборудованием, инструментарием и другими изделиями индивидуального пользования (из расчета на одну врачебную должность), а также

оборудованием, инструментарием и другими изделиями для коллективного пользования. Рабочее место врача должно быть оборудовано с учетом эргономики, т. е. такой системы движения врача по кабинету, при которой затраты физических сил и времени наименьшие.

Предусматривают место для хранения диагностических моделей челюстей больных, находящихся на лечении, и рентгеновских снимков (телерентгенограммы головы, ортопантомо-граммы челюстей и др.).

Объем лечебно-профилактических мероприятий для детского населения, прикрепленного к поликлинике, планируемый на год, должен соответствовать реальным возможностям всех звеньев лечебного учреждения, включая зуботехническую лабораторию. В комплекс лечебной помощи больным с зубочелюстными аномалиями включаются следующие мероприятия:

профилактика, аппаратное Ортодонтическое, хирургическое, терапевтическое и протетическое лечение, физиотерапия, миотерапия, логопедическое обучение, помощь оториноларингологов, психоневрологов и других специалистов.

При составлении плана работы ортодонтического отделения необходимо:

- 1) уточнить потребности в ортодонтической помощи различных возрастных групп детского населения;
- 2) определить объем всех видов специализированной помощи при лечении ортодонтического больного;
- 3) изыскать штатные и материальные резервы и эффективно использовать их;
- 4) применять новые организационные формы работы, научной организации труда (НОТ), системы учета, анализа и планирования, определения затрат рабочего времени ортодонта и обслуживающего персонала. Осуществление этих мер обеспечивает плановую рациональную систему оказания ортодонтической помощи детскому и подростковому населению.

Должны быть определены задачи и функции каждого сотрудника поликлиники соответственно уровню его квалификации и объема работы. Их излагают в инструкциях для заведующего ортодонтическим отделением, ортодонта, медицинской сестры ортодонтического отделения. Учитывая, что экстенсивное развитие ортодонтической службы небеспредельно, необходимо наряду с увеличением штатов ортодентов изыскивать и реализовывать интенсивные способы развития этого вида помощи. Положительные результаты могут быть достигнуты при внедрении НОТ в работу как ортодонтических подразделений, так и всей поликлиники. Хронометраж позволяет установить, что 87% рабочего времени ортодонт затрачивает на основную работу (прием

больных, ведение истории болезни, консультации, беседы с родителями), а остальные 13% — на вспомогательную (работа с зубным техником, архивом, служебные разговоры, конференции, совещания и т. д). Использовать резервы времени, сократить его потери, организовать ритмичную работу отделения можно при четкой взаимосвязанной работе персонала поликлиники.

Рациональное использование времени врача зависит от степени привлечения медицинской сестры к участию в лечебной работе. Для освобождения медицинских сестер от подготовительной работы целесообразно иметь штатные должности обслуживающего персонала без медицинского образования (диспетчеры) из расчета одна должность на 3 должности ортодонт. Вызов больных открыткой или по телефону в поликлинику осуществляется через диспетчера отделения и регистратуру поликлиники, вызов больных в кабинет — с помощью микрофонной связи.

Количество посещений больными врача в утренние часы и летние месяцы ниже нормы, что объясняется спецификой работы с детским и подростковым контингентом. Это снижает годовую нагрузку ортодонта. Графики работы рекомендуется составлять с учетом закономерности обращения больных, т. е. планировать максимальное число ортодонт в часы и дни, наиболее удобные для населения.

Облегчают работу штампы-клише, готовые рецепты, бланки для регистрации результатов обследования детей и др. Целесообразно применять учетную форму по ортодонтии, позволяющую провести количественный и качественный анализ показателей работы как отдельных врачей, так и всего ортодонтического отделения. Форма «Учет работы ортодонта» позволяет вести учет больных, явившихся на прием для получения ортодонтической и зубопротезной помощи, рассчитать среднее число посещений за период лечения, сравнить число больных, принятых на лечение и окончивших его в течение месяца.

Планирование помощи в зависимости от степени трудности ортодонтического лечения и оценка эффективности работы ортодонта. Оценку эффективности работы ортодонта проводят по следующим количественным показателям:

- 1) трудовые единицы;
- 2) число больных, принятых в течение 1 ч, 1 рабочего дня, 1 мес, 1 года;
- 3) число больных, у которых ортодонтическое лечение закончено;
- 4) число детей, находящихся под наблюдением в каждой диспансерной группе, и их перемещение из одной группы в другую.

Затраты времени ортодонта на одного больного составляют в среднем $24 \pm 0,7$ мин, а средняя нагрузка на один рабочий день при шестидневной рабочей неделе 12,5

посещения, при пятидневной — 15 посещений. В течение рабочего дня для ортодонта должен быть выполнен 15 трудовых единиц при шестидневной рабочей неделе или 18 при пятидневной. Для оценки качественных показателей работы ортодонта и ортодонтического отделения в целом учитывают число принятых больных с различными нозологическими формами зубочелюстных аномалий, длительность и эффективность их лечения.

Учет зубочелюстных аномалий по нозологическим формам недостаточен для выбора плана лечения, оценки достигнутых и прогнозирования отдаленных результатов, поскольку для больных, в том числе с одинаковыми заболеваниями, требуются различная продолжительность лечения, разный объем мероприятий, что в значительной мере зависит от учета степени выраженности морфологических и функциональных нарушений в зубочелюстной системе и трудности их устранения. Метод определения степени трудности ортодонтического лечения в баллах (по Зиберту—Малыгину) позволяет отразить многообразие клинических проявлений зубочелюстных аномалий в количественной форме, определить объем лечебных мероприятий, сопоставить особенности лечения различных аномалий прикуса, оценить результаты и эффективность примененных методов лечения. Это в свою очередь способствует решению вопросов организации и планирования ортодонтической работы.

Организация работы в зуботехнической ортодонтической лаборатории. Работа ортодонтического кабинета или отделения и зуботехнической лаборатории взаимосвязана. От оперативности и качества работы зубных техников зависят эффективность работы ортодонтического отделения и плановость приема больных. Бесперебойная работа лаборатории является важнейшим оценочным показателем качества ее организации. Учет работы каждого зубного техника позволяет старшему технику своевременно анализировать данные о загруженности сотрудников и всей лаборатории. Старший зубной техник распределяет среди сотрудников работу, поступившую из клиники. Готовые ортодонтические аппараты и приспособления сдают старшему технику за час до окончания рабочего дня. Старший зубной техник проверяет качество их выполнения и передает аппараты старшей медицинской сестре для распределения среди врачей. Если изготовление аппарата задерживается, то старшая медицинская сестра отделения или кабинета заранее предупреждает об этом ортодонта.

Объем работы зубного техника-ортодонта определен едиными ведомственными нормами времени на зуботехнические работы, включающими изготовление ортодонтических аппаратов и зубочелюстных протезов, а также нормы времени на выполнение отдельных технологических операций.

Ортодонты, стремясь улучшить и ускорить процесс лечения, применяют новые функциональные и механические методы, внедряют в практику сложные конструкции ортодонтических аппаратов. Их изготовление занимает более длительное время и приводит к перегрузке зуботехнической лаборатории, что следует учитывать при планировании работы. Каждый зубной техник должен регистрировать выполняемые работы и подводить итог в виде ежемесячного отчета о проделанной работе и расходе материалов. Для учета расхода материалов целесообразно использовать дубликат заказа-наряда, который передают из зуботехнической лаборатории в ортодонтический кабинет. После припасовывания аппарата и передачи его больному ортодонт должен приложить заказ-наряд к ежедневной форме учета своей работы. Далее эти документы поступают к статистику. Старшая медицинская сестра поликлиники сверяет ежемесячные отчеты о работе ортодонта и зубного техника. Оплата труда зубного техника проводится за счет первой статьи бюджета. В учреждениях, находящихся на хозрасчете или финансируемых за счет специальных средств, оплата его труда проводится по сдельно-премиальной системе. Для обслуживания ортодонтического кабинета или отделения выделяют зубных техников и закрепляют их для постоянной работы по ортодонтии.

Ортодонтические аппараты выполняют различные задачи, но выделено несколько основополагающих признаков, благодаря которым они могут быть объединены и упорядочены.

Наиболее полно систематизация ортодонтической аппаратуры представлена в классификации, предложенной **Ф. Я. Хорошилкиной (1977)**. Она предполагает объединение ортодонтических аппаратов следующим образом:

По принципу действия (что является источником силы в ортодонтическом аппарате) различают: механически действующие, функционально направляющие, функционально действующие, сочетанного (комбинированного) действия.

Если ортодонтический аппарат непосредственно воздействует на зубочелюстную систему за счет включённых в его конструкцию действующих элементов, то это **аппарат механического действия**. Например, съёмный пластиночный аппарат Шварца на верхнюю челюсть с пластмассовым базисом, имеющим срединный распил, вестибулярной дугой, рукообразными пружинами на 11 и 21 зубы, расширяющим винтом и удерживающими кламмерами Адамса.

Он является механически действующим, поскольку есть механически действующие элементы, непосредственно осуществляющие оральное перемещение передних зубов, медиальное перемещение 11 и 21 зубов, расширение верхнего зубного ряда.

По способу и месту действия(каким способом действует ортодонтический аппарат на зубочелюстную систему) различают: одночелюстные, одночелюстные межчелюстного действия, двучелюстные, внеротовые, сочетанные.

Например, съёмный пластиночный аппарат Шварца на верхнюю челюсть с пуговчатыми кламперами, пластмассовым базисом, расширяющим винтом и срединным распилом, протракционными пружинами на 11 и 21 зубы и вестибулярной дугой является одночелюстным, поскольку, располагаясь на верхней челюсти, осуществляет воздействие на зубы и зубной ряд только верхней челюсти.

Съёмный пластиночный аппарат Брюкля располагаясь на зубах и альвеолярном отростке нижней челюсти за счет входящей в конструкцию наклонной плоскости, оказывает воздействие не только на нижнюю челюсть, вызывая её дистальное смещение, но и на фронтальные зубы противоположной челюсти, способствуя их вестибулярному наклону.

Съёмный каркасный аппарат функционального действия Френкеля располагается на зубах и альвеолярном отростке обеих челюстей, нёбе и является двучелюстным.

По виду опоры различают: реципрокные (взаимодействующие) и стационарные ортодонтические аппараты.

Ортодонтический аппарат Шварца может служить примером как аппарата стационарного, так и аппарата реципрокного. При наличии расширяющего винта опорные зубы под воздействием ортодонтического аппарата перемещаются (то есть точка опоры является одновременно и точкой взаимодействия). В таком случае аппарат называется реципрокным. Если 16 и 26 зубы как опора остаются стационарно на своём исходном месте – стационарными, а перемещаются только фронтальные зубы орально под воздействием вестибулярной дуги.

По месту расположения. То есть, на каком участке (в полости рта или на голове и шее) располагается аппарат. Различают: внутриротовые – 1) оральные (нёбные, язычные), 2) вестибулярные, 3) назубные; внеротовые – 1) головные (лобно-затылочные, теменно-затылочные, сочетанные), 2) шейные, 3) челюстные (верхнегубные, нижнегубные, подбородочные, подчелюстные, на углы нижней челюсти), 4) сочетанные.

Так тот же аппарат Шварца является внутриротовым. А вот подбородочная праща внеротовым, головным.

По способу фиксации несъёмные, съёмные, сочетанные. То есть, каким образом аппарат фиксируется в полости рта, на голове или шее. Очевидно, что если пациент может самостоятельно снимать и надевать ортодонтический аппарат он будет съёмным.

Если аппарат фиксируется таким образом, что его невозможно снять пациенту самостоятельно – несъёмным, но если хотя бы одна конструктивная часть ортодонтического аппарата является съёмной, а другая фиксируется несъёмное, то такой аппарат называется сочетанным.

Со съёмными и несъёмными аппаратами сложностей в определении способа фиксации не возникает. А вот брекет – система, которую традиционно относят к несъёмным аппаратам для простоты общения с пациентами, является сочетанным аппаратом, поскольку некоторые её элементы (дуги, эластические и стальные лигатуры, пластические тяги) являются съёмными, а сами брекеты, кольца и коронки – несъёмными.

По виду конструкции различают: дуговые, коронковые, капповые, пластиночные, блоковые, каркасные.

По назначению различают лечебные, профилактические, лечебно – профилактические и ретенционные аппараты.

Для предотвращения формирования аномалий прикуса и вторичных деформаций окклюзионной плоскости при преждевременном удалении временных моляров используется профилактический аппарат распорка Коргхауза.

Вестибулярная пластинка Хинца «козырёк» применяется уже на этапе устранения формирующегося прогнатического прикуса в период с 2,5 до 5 лет. Поэтому такой аппарат будет лечебно-профилактическим.

В случаях, когда ортодонтический аппарат устраняет сформировавшиеся аномалии зубочелюстной системы, он является лечебным.

С целью закрепления полученного в ходе активного периода ортодонтического лечения результата используют ретенционные аппараты, срок ношения которых определяется степенью выраженности морфологических (реактивных) изменений в зубочелюстной системе в ответ на ортодонтическое лечение, длительностью активного периода, характером применяемых сил и др.

Кафедра ортодонтии Украинской медицинской стоматологической академии (УМСА, Н.В. Головки) предлагает такую систематизацию ортодонтических аппаратов:

I. По назначению:

- профилактические,
- лечебные,
- ретенционные.

II. По механизму действия:

- механические (активные),
- функционально направляющие,

- функционально действующие,
- комбинированные.

III. По цели применения:

- стимулирующие,
- сдерживающие,
- расширяющие,
- сужающие,
- перемещающие отдельные зубы или группы зубов,
- изменяющие положение нижней челюсти,
- коррегирующие высоту прикуса,
- восстанавливающие функцию.

IV. По способу и месту действия:

1. Внутриротовые:

- одночелюстные,
- одночелюстные межчелюстного действия,
- двучелюстные.

2. Внеротовые.

3. Комбинированные.

V. По виду опоры:

- реципрокные (взаимодействующие),
- стационарные.

VI. По локализации опоры:

1. В полости рта (зубы, зубной ряд, альвеолярные отростки, нёбо).

2. Внеротовые:

- голова (затылочные, теменные, лобно-подбородочные, комбинированные),
- шея,

- челюстные (верхнегубные, нижнегубные, подбородочные, подчелюстные, в углу нижней челюсти).

3. Комбинированная опора.

VII. По способу фиксации:

1. Съёмные.

2. Несъёмные.

3. Комбинированные.

VIII. По виду конструкции:

- щитовые,

- пластиночные,
- капповые,
- моноблоковые,
- каркасные,
- дуговые,
- бюгельные,
- эластичные (трейнеры и позиционеры),
- эджуайз-техника.

IX. По сфере применения:

- ортодонтический,
- предпротетическая подготовка,
- реконструктивно-восстановительная хирургия.

X. По характеру силы:

1. Постоянно действующие силы:

- на основе пружинящих свойств материалов,
- на основе сверхэластичности,
- на основе эффекта памяти формы.

2. Прерывисто-перемежающиеся силы:

- на основе действия винта,
- на основе действия проволочных элементов.

XI. По величине силы:

- малые силы,
- средние силы,
- большие силы.

XII. По способу активации:

- активируемые врачом или родителями (пациентом),
- самоактивируемые (на основе эффекта памяти формы).

Тестовые задания для оценки исходного уровня знаний

1. Повторно можно использовать слепочные массы:
 - a. термопластические обратимые
 - b. термопластические необратимые
 - c. силиконовые
 - d. альгинатные

2. Для изготовления временных коронок или мостовидных протезов в полости рта снимают слепок:
 - a. силиконовой массой основным слоем
 - b. силиконовой массой корригирующим слоем
 - c. альгинатной массой
 - d. гипсом

3. Для изготовления временных коронок или мостовидных протезов в полости рта снимают слепок:
 - a. до обтачивания зубов
 - b. в процессе обтачивания
 - c. после обтачивания зубов
 - d. после ретракции десневого края

4. Для постоянной фиксации металлокерамических коронок применяют цементы:
 - a. стеклоиономерные
 - b. поликарбоксилатные
 - c. силикатные
 - d. фосфатные

5. Съёмные зубные протезы пациенты должны чистить зубной щёткой (раз в день):
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 5

6. После наложения полного съёмного протеза в первые дни отмечается:
 - a. хорошая стабилизация протеза
 - b. нечёткая речь и наminy
 - c. чёткая речь пациента
 - d. моментальное привыкание к протезу

7. После наложения полного съёмного протеза пациент должен прийти на приём:
 - a. на следующий день
 - b. через день
 - c. через неделю
 - d. через месяц

8. В первые дни после наложения съёмного протеза пациент должен снимать протез:
- на ночь
 - во время приема пищи
 - во время разговора
 - по возможности, не снимает протез
9. Срок использования съёмного протеза составляет (лет):
- 1-2
 - 3-5
 - 7-10
 - 10-15
10. Уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, за исключением высокорезистентных споровых форм - это:
- дезинфекция
 - стерилизация
 - санитарная обработка
 - контаминация

Ответы:

Занятие 13
1) b
2) a
3) b
4) d
5) a
6) b
7) d
8) b
9) b
10) d

Приложение 2.

Вопросы для оценки исходного уровня знаний

- Организация работы хирургического стоматологического кабинета. Организация работы ассистента врача на хирургическом амбулаторной приеме. Назначения хирургических инструментов?
- Организация работы хирургического стоматологического кабинета. Медикаменты и материалы, используемые на хирургическом приеме. Стерилизация и хранения хирургических инструментов?
- Осложнения общего характера во время обезболивания и хирургического стоматологического вмешательства. Способы их устранения, медикаменты для неотложной помощи. Средства неотложной помощи?

Приложение 3.

Тестовые задания для оценки исходного уровня знаний

- Повторно можно использовать слепочные массы:
 - термопластические обратимые

- f. термопластические необратимые
 - g. силиконовые
 - h. альгинатные
2. Для изготовления временных коронок или мостовидных протезов в полости рта снимают слепок:
- e. силиконовой массой основным слоем
 - f. силиконовой массой корригирующим слоем
 - g. альгинатной массой
 - h. гипсом
3. Для изготовления временных коронок или мостовидных протезов в полости рта снимают слепок:
- e. до обтачивания зубов
 - f. в процессе обтачивания
 - g. после обтачивания зубов
 - h. после ретракции десневого края
4. Для постоянной фиксации металлокерамических коронок применяют цементы:
- e. стеклоиономерные
 - f. поликарбоксилатные
 - g. силикатные
 - h. фосфатные
5. Съёмные зубные протезы пациенты должны чистить зубной щёткой (раз в день):
- e. 1
 - f. 2
 - g. 3
 - h. 5
6. После наложения полного съёмного протеза в первые дни отмечается:
- e. хорошая стабилизация протеза
 - f. нечёткая речь и намины
 - g. чёткая речь пациента
 - h. моментальное привыкание к протезу
7. После наложения полного съёмного протеза пациент должен прийти на приём:
- e. на следующий день
 - f. через день
 - g. через неделю
 - h. через месяц
8. В первые дни после наложения съёмного протеза пациент должен снимать протез:
- e. на ночь
 - f. во время приема пищи
 - g. во время разговора
 - h. по возможности, не снимает протез
9. Срок использования съёмного протеза составляет (лет):
- e. 1-2
 - f. 3-5
 - g. 7-10

h. 10-15

10. Уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, за исключением высокорезистентных споровых форм - это:

- e. дезинфекция
- f. стерилизация
- g. санитарная обработка
- h. контаминация

Ответы:

Занятие 13
11) b
12) a
13) b
14) d
15) a
16) b
17) d
18) b
19) b
20) d