

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)

УТВЕРЖДАЮ

Ректор С.Б. Мальцев

29 февраля 2024 г.



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ**

«ОРТОДОНТИЯ»


Специальность	<u>31.08.77 Ортодонтия</u>
Квалификация	<u>врач-ортодонт</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>клинической стоматологии</u>

Санкт-Петербург
2024 г.

При разработке фонда оценочных средств в основу положен ФГОС ВО по специальности 31.08.77 Ортодонтия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный Министерством образования и науки РФ 27.08.2014, приказ №1128.

Фонд оценочных средств одобрен на заседании кафедры клинической стоматологии от 13.02.2024 г., протокол № 5, рассмотрен на заседании Ученого совета Института от 29.02.2024 г., протокол №4.

Заведующий кафедрой



(подпись)

Н. В. Тегза

Разработчики:

Кандидат медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой клинической стоматологии

Тегза Н. В.

Рецензент:

Вуколова М. А., главный врач клиники «М-ДЕНТ», ассистент кафедры детской стоматологии и ортодонтии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ «ОРТОДОНТИЯ»

Код компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства	Номер оценочного средства из перечня (п. 3 ФОС)
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	тестовые задания	1.1-7.160
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
		мануальные навыки	1-18
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	тестовые задания	1.1-7.160
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
		мануальные навыки	1-18
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	тестовые задания	1.1-7.160
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
		мануальные навыки	1-18
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	тестовые задания	1.1-7.160
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
		мануальные навыки	1-18
ПК-5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со	тестовые задания	1.1-7.160
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14

	здоровьем	мануальные навыки	1-18
ПК-6	готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	тестовые задания	1.1-7.160
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
		мануальные навыки	1-18
ПК-7	готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи	тестовые задания	1.1-9.14
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
		мануальные навыки	1-18
ПК-9	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	тестовые задания	1.1-9.14
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
		мануальные навыки	1-18

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

№ п/п	Код и наименование компетенции	Этапы формирования компетенции	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
1	УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать: основные методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию Уметь: анализировать и оценивать различные ситуации Владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных

		мышления, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов			методов, приемов и технологий.
2	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	<p>Знать: основы профилактической медицины в области онкостоматологии. Социальную роль физической культуры в развитии личности и подготовке к профессиональной деятельности в области онкостоматологии. Принципы здорового образа жизни.</p> <p>Уметь: Проводить с населением мероприятия по первичной профилактике наиболее часто встречающихся онкологических стоматологических заболеваний. Осуществлять профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма неблагоприятным факторам внешней среды.</p> <p>Владеть: Навыками разработки плана первичной профилактики наиболее часто встречающихся онкологических стоматологических заболеваний с учетом течения этих</p>	<p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p> <p>Компетенция не сформирована</p> <p>Повышенный уровень сформирован</p>	<p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно»/ «зачтено»</p> <p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или</p>

		заболеваний. Навыками подбора и назначения лекарственной терапии, использования методов немедикаментозного лечения, проведения реабилитационных мероприятий по повышению сопротивляемости организма неблагоприятным факторам внешней среды.	ности компетенции		частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
3	ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	Знать: Основы профилактической медицины в области онкостоматологии; принципы диспансерного онкологического наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, принципы реабилитации пациентов. Уметь: Применять методы асептики и антисептики, медицинский инструментарий, медикаментозные средства в лабораторно-диагностических и лечебных целях. Провести физикальное обследование пациента различного возраста. Направить его на лабораторно-инструментальное обследование, на			

		<p>консультацию к специалистам.</p> <p>Владеть: Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста</p>			
4	<p>ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости</p>	<p>Знать: Порядок сбора, хранения, поиска, обработки, преобразования распространения информации в области онкостоматологии. Принципы системного анализа информации для решения тестов и ситуационных задач с использованием теоретических знаний в области онкостоматологии.</p> <p>Уметь: Применять данные медицинской информации для успешной профессиональной деятельности в области онкостоматологии. Проводить анализ полученной информации, опираясь на принципы доказательной медицины для принятия верных решений в области онкостоматологии.</p> <p>Владеть: Базовыми технологиями преобразования информации:</p>			

		<p>текстовыми, табличными редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности. Медико-функциональным понятийным аппаратом.</p>			
5	<p>ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Знать: методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки стоматологического здоровья на основе принципов диагностики стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;</p> <p>Уметь: пользоваться международной классификацией стоматологических болезней, анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований; формулировать полный стоматологический диагноз</p>			

		<p>соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеть: методами стандартного стоматологического обследования для выявления у пациентов основных патологических симптомов и синдромов стоматологических заболеваний, используя знания алгоритма постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем; навыками интерпретации данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов исследования</p>			
6	ПК-6 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	<p>Знать: основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы; правила оформления медицинской документации; порядок проведения экспертизы</p>			

		<p>временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы для онкостоматологических пациентов</p> <p>Уметь: оформлять медицинскую документацию для проведения медицинских экспертиз для онкостоматологических пациентов</p> <p>Владеть: знаниями о порядке проведения экспертизы временной нетрудоспособности и других видов медицинской экспертизы для онкостоматологических пациентов</p>			
7	ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи	<p>Знать: возрастные анатомо-физиологические особенности строения челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) организма; закономерности роста и развития ЧЛЮ; этиологию и патогенез различных стоматологических заболеваний и пороков развития; принципы планирования лечения стоматологических заболеваний в различные возрастные периоды; влияние общесоматической патологии на развитие и лечение</p>			

		<p>стоматологических заболеваний</p> <p>Уметь:</p> <p>определять тактику ведения больного в соответствии с установленными правилами и стандартами;</p> <p>проводить местное внутриротовое обезболивание;</p> <p>проводить лечение кариеса зубов с учетом локализации и активности кариозного процесса;</p> <p>проводить лечение заболеваний пульпы и пародонта, лечение острых и хронических заболеваний слизистой рта и пародонта у населения;</p> <p>оказывать неотложную и скорую стоматологическую помощь при острых одонтогенных заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области; проводить фторпрофилактику кариеса и ремотерапию</p> <p>Владеть:</p> <p>методикой составления плана комплексного лечения стоматологического пациента;</p> <p>методиками проведения внутриротовой анестезии;</p> <p>методиками</p>		
--	--	---	--	--

		<p>обработки и пломбирования кариозных полостей различной локализации; методиками эндодонтического лечения; методиками проведения профессиональной гигиены полости рта и герметизации фиссур; методиками оказания неотложной помощи при острых одонтогенных заболеваниях и повреждениях ЧЛЮ</p>			
8	<p>ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>Знать: Классификацию и основные характеристики лекарственных средств. Фармадинамику и фармакокинетику. Показания и противопоказания к применению лекарственных средств. Побочные эффекты. Уметь: Сформировать план лечения с учетом течения болезни. Подобрать и назначить лекарственную терапию. Использовать методы немедикаментозного лечения. Провести реабилитационные мероприятия при онкостоматологических заболеваниях. Выписывать рецепты лекарственных</p>			

		<p>средств, исходя из особенностей их фармакодинамики и фармакокинетики, при определенных заболеваниях и патологических процессах у онкологического стоматологического больного.</p> <p>Владеть: Возможностью назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных онкостоматологических заболеваний и патологических процессов. Методами комплексной терапии и реабилитации пациентов с онкостоматологическими заболеваниями с учётом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии</p>			
--	--	---	--	--	--

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Контрольные вопросы	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и	Перечень контрольных вопросов	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между

		рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.		собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
2.	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
3.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
4.	Рефераты	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-	Темы рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее

		<p>исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.</p>		<p>актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов.</p> <p>Формальные: объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).</p>
5.	Эссе	<p>Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой</p>	Тематика эссе	<p>Содержательные: соответствие содержания заявленной теме; степень раскрытия</p>

		мысли автора эссе по определенной проблеме в форме кратких тезисов, подкрепленные результатами исследований; аналитического обзора литературы по заданной теме.		темы; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы; аргументированность в собственной позиции; корректность формулируемых выводов.
6.	Доклад	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов научного исследования; аналитического обзора литературы по заданной теме и т.д.	Темы докладов	Содержательные: соответствие содержания доклада заявленной теме; степень раскрытия темы; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы; аргументированность в собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: соблюдение временного регламента выступления; соответствие стиля выступления требованиям научного жанра;
7.	Мануальные навыки	Средство проверки умений, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины.	Мануальные практических навыков	Полнота раскрытия темы; знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими

				вопросами дисциплины; овладение мануальными навыками, согласно квалификационной характеристике врача - ортодонта
--	--	--	--	--

2.2. ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Собеседование по контрольным вопросам

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Решение ситуационных задач, разбор клинических случаев

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Тестовые задания

Границы в процентах	Оценка
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

Рефераты, эссе

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата, эссе достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата, эссе достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата, эссе достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате, эссе не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

Мануальные навыки

Оценка	Описание
Отлично	обучающийся в полном объеме и без ошибок выполняет задание, пользуясь профессионально и литературно грамотным языком делает корректный вывод.
Хорошо	обучающийся без затруднений выполняет задание, не допуская грубых ошибок; пользуется грамотным профессиональным языком, но не может корректно обосновать вывод.
Удовлетворительно	обучающийся испытывает некоторые затруднения в выполнении практического задания и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя; допускает разного рода не грубые ошибки в ходе выполнения работы, интерпретации результатов или обосновании выводов.
Неудовлетворительно	обучающийся испытывает существенные затруднения при выполнении практического задания, допускает частые и грубые ошибки при его выполнении, не в состоянии сделать корректные выводы по проделанной работе.

Доклад

Оценка	Дескрипторы			
	Раскрытие проблемы	Представление	Оформление	Ответы на вопросы
Отлично	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы обоснованы.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.	Широко использованы информационные технологии. Отсутствуют ошибки в оформлении.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и/или пояснений.
Хорошо	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны и/или обоснованы.	Представляемая информация систематизирована и последовательна.	Использованы информационные технологии. Единичные ошибки в оформлении.	Ответы на вопросы полные и/или частично полные.
Удовлетворительно	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны и/или выводы не обоснованы.	Представляемая информация не систематизирована и/или не последовательна.	Использованы информационные технологии частично. Значительная часть материала с ошибками в	Только ответы на элементарные вопросы.

			оформлении.	
Неудовлетворительно	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы.	Представляемая информация логически не связана.	Не использованы информационные технологии. Весь представленный материал с ошибками в оформлении.	Нет ответов на вопросы.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

3.1. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

3.1.1. Перечень контрольных вопросов

1. Особенности врачебной деонтологии при ортодонтическом лечении детей.
2. Предмет ортодонтии. История развития ортодонтии.
3. Организация ортодонтической помощи.
4. Организация работы ортодонтического отделения, кабинета.
5. Дезинфекция и стерилизация ортодонтического инструментария.
6. Височно-нижнечелюстной сустав. Его роль в обеспечении нормального функционирования зубочелюстной системы.
7. Клиническая анатомия полости рта. Анатомия зубов. Различные типы прикуса. Кровоснабжение и иннервация полости рта.
8. Клиническое обследование ортодонтического пациента.
9. Рентгенологический метод обследования ортодонтического больного (изучение ортопантограммы).
10. Рентгенологический метод обследования ортодонтического больного (изучение КТ).
11. Телерентгенография (показания, методики анализа ТРГ).
12. Методика проведения телерентгенографии головы в боковой проекции.
13. Методы обследования височно-нижнечелюстных суставов.
14. Антропометрический метод исследования диагностических моделей челюстей (исследование формы зубных дуг - индексы Пона, Корхгауза, симметроскопия).
15. Антропометрический метод исследования диагностических моделей челюстей (соответствие размеров зубов –индексы Тонна, Болтона).
16. Антропометрический метод исследования диагностических моделей челюстей (измерение апикального базиса челюстей).
17. Функциональные методы исследования в ортодонтии (миография, электромиография)
18. Функциональные методы исследования в ортодонтии (доплеровская флоуметрия, реопародонтография).
19. Анализ фотографий лица, фотометрия.
20. Принципы формулирования ортодонтического диагноза.
21. Техника безопасности на ортодонтическом приеме. Медицинская документация в ортодонтии.
22. Влияние вредных привычек на развитие зубочелюстной системы.
23. Профилактика зубочелюстных аномалий.
24. Миогимнастика при лечении зубочелюстных аномалий.
25. Значение молочных зубов для здоровья детей и развития постоянного прикуса.

26. Развитие лицевого скелета в эмбриогенезе.
27. Функционально-морфологическая характеристика беззубого рта новорожденного.
28. Особенности развития и функционально-морфологическая характеристика молочного прикуса.
29. Особенности развития и функционально-морфологическая характеристика сменного прикуса.
30. Функционально-морфологическая характеристика постоянного прикуса.
31. Классификация аномалий зубочелюстной системы по ВОЗ и МКБ 10.
32. Классификация аномалий зубочелюстной системы по Калвелису, Энглию.
33. Строение зубных дуг. Виды физиологических прикусов
34. Виды прикусов. Ортогнатический прикус. Функционально-морфологическая характеристика.
35. Виды прикусов. Переходные формы прикусов. Функционально-морфологические характеристики.
36. Признаки ортогнатического прикуса по Эндрюсу.
37. Этиология и патогенез открытого прикуса.
38. Классификация и диагностика открытого прикуса.
39. Этиология и патогенез перекрестного прикуса.
40. Классификация и диагностика перекрестного прикуса.
41. Этиология, патогенез дистального прикуса.
42. Диагностика дистального прикуса.
43. Этиология, патогенез мезиального прикуса.
44. Диагностика мезиального прикуса.
45. Этиология, патогенез глубокого прикуса.
46. Диагностика глубокого прикуса.
47. Классификация аномалий положения отдельных зубов.
48. Этиология, клиника и лечение трем, диастемы.
49. Этиология, клиника и лечение адентии.
50. Этиология, клиника и лечение гипердентии.
51. Этиология, клиника и лечение ретенции зубов.
52. Этиология, клиника, диагностика и лечение аномалий формы зубных дуг.
53. Этиология, патогенез, диагностика аномалий размеров челюстей.
54. Клиника и лечение аномалий размеров челюстей.
55. Этиология, патогенез, диагностика аномалий положения челюстей относительно основания черепа.
56. Клиника и лечение аномалий положения челюстей относительно основания черепа.
57. Асимметрия лицевого скелета (диагностика, лечение).
58. Врожденные пороки развития лицевого скелета (несращение челюстей).
Клиника, диагностика, лечение.
59. Врожденные пороки развития жаберных дуг. Клиника, диагностика, лечение.
60. Выбор метода лечения аномалий зубочелюстной системы.
61. Сочетанные методы лечения зубочелюстных аномалий (аппаратурный, хирургический, протетический).
62. Ортодонтические ретенционные аппараты. Их виды. Принципы конструирования. Значение ретенционного периода в лечении зубочелюстных аномалий. Сроки ретенционного периода. Прогнозирование в ортодонтии.
63. Аппаратурный метод лечения в ортодонтии. Аппараты механического, функционального и комбинированного действия.
64. Детское протезирование. Ортодонтическая и ортопедическая помощь детям при врожденных и приобретенных дефектах челюстно-лицевой области.
65. Возрастные показания к ортодонтическому лечению. Саморегуляция зубочелюстных аномалий.
66. Осложнения при ортодонтическом лечении, их причины и методы предупреждения.

3.1.2. Тестовые задания

Раздел 1. Проблемы ортодонтии в медицине. Организация ортодонтической помощи населению. (1.1-1.93)

Вариант 1.

1. Кто является основоположником ортодонтии как науки?

- 1) Персин Л.С.
- 2) **Пьер Фошар**
- 3) Гиппократ
- 4) Пётр I

2. Кто выделил ортодонтию в отдельную науку?

- 1) **Норман Кингсли**
- 2) Дуайт Деймон
- 3) К.П.Тарасов
- 4) А.Я. Катц

3. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено:

- 1) 0.5 ставки зубного техника
- 2) **1 ставка зубного техника**
- 3) 0.25 ставки зубного техника
- 4) 2 ставки зубного техника

4. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит:

- 1) в аппаратурном ортодонтическом лечении
- 2) в борьбе с вредными привычками
- 3) в нормализации нарушений функций
- 4) **в санитарно-просветительной работе по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам**

5. Анализ работы врача ортодонта целесообразно проводить с учетом количества:

- 1) примененных ортодонтических аппаратов
- 2) **вылеченных детей**
- 3) трудовых единиц
- 4) детей, взятых на ортодонтическое лечение

6. Врач-ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения при получении положительных результатов:

- 1) исправления положения зубов
- 2) при нормализации функции
- 3) при закреплении результатов ортодонтического лечения
- 4) **при сформированном правильном постоянном прикусе**

7. В работу воспитателей детских садов в связи с профилактикой аномалий прикуса следует включить:

- 1) борьбу с вредными привычками и правильную осанку
- 2) тренировку носового дыхания
- 3) правильное положение головы во время сна
- 4) **все перечисленное**

8. Наиболее целесообразной формой ортодонтической службы с организационной точки зрения является:

- 1) укрупнение ортодонтических отделений
- 2) **организация службы комплексного лечения зубочелюстных аномалий**
- 3) укрупнение зуботехнических лабораторий
- 4) диспансеризация детей по ортодонтическим показаниям

9. Ортодонтия как специальность является:

- 1) разделом ортопедической стоматологии
- 2) разделом челюстно-лицевой хирургии
- 3) **самостоятельным разделом стоматологии**
- 4) разделом стоматологии детского возраста

10. Для нанесения изгибов на дугу НЕ используются:

- 1) щипцы Твида
- 2) щипцы для торковых изгибов
- 3) **щипцы Де Ля Росса**
- 4) щипцы Хилгерта

11. Чем дуга НЕ может фиксироваться к лигатурным брекетам?

- 1) металлической лигатурой
- 2) эластическими цепочками
- 3) **композитом**
- 4) эластическими лигатурами

12. Ортодонтическое лечение можно проводить:

- 1) до 10 лет
- 2) до 16 лет
- 3) до 33 лет
- 4) **в любом возрасте**

13. Врач-ортодонт оказывает стоматологическую помощь больному, инфицированному вирусом СПИД. При препарировании зубов больного случайно сепарационным диском повредил себе участок кожи одного из пальцев. Как нужно действовать врачу в данном случае?

- 1) смазать 5% раствором йода
- 2) выжать кровь, смазать крепким раствором $KMnO_4$
- 3) **выжать кровь, смазать 70% раствором спирта**
- 4) провести диатермокоагуляцию

14. Первым в нашей стране предложил классификацию аномалий положения отдельных зубов:

- 1) **Агапов**
- 2) Астахов
- 3) Катц
- 4) Калвелис

15. Для осмотра полости рта используют:

- 1) **зонд**
- 2) пинцет
- 3) экскаватор
- 4) скальпель

Вариант 2.

1. Кто разработал самую популярную, на сегодняшний день, классификацию аномалий прикуса?

- 1) Хорошилкина Ф.Я.
- 2) Гаврилов Е.И.
- 3) **Эдвард Энгль**
- 4) Стивен Коэн

2. Наиболее целесообразным и точным способом определения нуждаемости детей в ортодонтической помощи является:

- 1) обращаемость больных в поликлинику
- 2) осмотры детей в организованных коллективах ортодонтом методом гнездования
- 3) **полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом**
- 4) полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом ортодонтом

3. По штатному нормативу на 1 ставку врача ортодонта положено:

- 1) 1 ставка младшего медицинского персонала
- 2) 2 ставки младшего медицинского персонала
- 3) 0.25 ставки младшего медицинского персонала
- 4) **0.33 ставки младшего медицинского персонала**

4. Ко II диспансерной группе следует отнести детей:

- 1) с ранней потерей зубов
- 2) с неправильным положением отдельных зубов
- 3) с начальной стадией аномалии прикуса
- 4) **с предпосылками к развитию отклонений в прикусе**

5. К III диспансерной группе следует отнести детей:

- 1) с выраженными аномалиями прикуса
- 2) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
- 3) **с незначительными отклонениями в прикусе или в положении отдельных зубов**
- 4) со значительно выраженными аномалиями положения отдельных зубов

6. Главными задачами диспансеризации детей ортодонтической службы являются:

- 1) выявление детей с выраженными зубочелюстными аномалиями
- 2) выявление детей с предпосылками к развитию аномалий прикуса и профилактика зубочелюстных аномалий
- 3) аппаратурное ортодонтическое лечение детей с аномалиями прикуса
- 4) **все перечисленные задачи**

7. К IV диспансерной группе следует отнести детей:

- 1) с незначительными отклонениями в положении отдельных зубов
- 2) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
- 3) **с выраженными аномалиями прикуса**
- 4) с аномалиями прикуса в начальной стадии

8. Укажите минимальную площадь на одно стоматологическое кресло в ортодонтическом кабинете (в кв. м.):

- 1) 1 м.кв.
- 2) 10 м.кв.

3) **14 м.кв.**

4) 18 м.кв.

9. Универсальными ортодонтическими щипцами считаются:

1) щипцы Де Ля Росса

2) зажим Мэтью

3) **щипцы Вейнгарта**

4) крампонные щипцы

10. Какой пинцет используется для удержания брекета при фиксации?

1) анатомический

2) стоматологический

3) **обратный**

4) хирургический

11. Ортодонтия как специальность является:

1) разделом ортопедической стоматологии

2) разделом челюстно-лицевой хирургии

3) **самостоятельным разделом стоматологии**

4) разделом стоматологии детского возраста

12. Какие из перечисленных инструментов можно использовать для определения положения брекета на коронке зуба:

1) зеркало

2) **позиционер**

3) пинцет

4) ретрактор

13. При направлении ребенка на ортодонтическое лечение тактика врача определяется:

1) эстетическими нарушениями

2) желанием самого пациента

3) **функциональными нарушениями зубочелюстной системы**

4) эстетическими нарушениями и желанием самого пациента

14. Фамилия автора, классификацией аномалий которого длительное время пользовалось большинство специалистов нашей страны:

1) Агапов

2) **Калвелис**

3) Каламкаров

4) Бетельман

15. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы:

1) **диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) заведения**

2) лицензия

3) свидетельство об окончании курсов

4) запись в трудовой книжке

Вариант 3.

1. Кто изобрёл брекет-систему?

- 1) Норман Кингсли
- 2) **Эдвард Энгль**
- 3) Джон Мью
- 4) Дуайт Деймон

2. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено:

- 1) 1 ставка среднего медицинского персонала
- 2) **0.5 ставки среднего медицинского персонала**
- 3) 2 ставки среднего медицинского персонала
- 4) 0.25 ставки среднего медицинского персонала

3. Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации по ортодонтическим показаниям составляет:

- 1) 5 групп
- 2) 2 группы
- 3) 3 группы
- 4) **4 группы**

4. Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать:

- 1) в детских стоматологических поликлиниках
- 2) в детских садах
- 3) в школах
- 4) **в специализированных ортодонтических центрах**

5. Критерием для перевода детей в I группу практически здоровых детей является

- 1) нормализация функции глотания
- 2) нормализация функции дыхания
- 3) получение положительных результатов в исправлении положения зубов, зубных дуг
- 4) **создание эстетического, морфологического и функционального оптимума**

6. В работу "комнаты здорового ребенка" в возрасте до 1 года в детских поликлиниках следует включить:

- 1) массаж в области альвеолярных отростков, зубов
- 2) гигиенические навыки
- 3) устранение вредных привычек
- 4) **все перечисленное**

7. У детей IV диспансерной группы целесообразно применять следующие виды ортодонтической помощи:

- 1) санитарно-просветительную работу
- 2) **применение ортодонтических аппаратов**
- 3) нормализацию нарушений функций зубочелюстной системы
- 4) массаж в области отдельных зубов

8. Укажите минимальную площадь на каждое дополнительное стоматологическое кресло в кабинете (в кв. м.):

- 1) **7 м.кв.**
- 2) 10 м.кв.
- 3) 14 м.кв.
- 4) 18 м.кв.

9. Для обрезания дуг по длине зубного ряда используют:

- 1) **дистальные кусачки**
- 2) бокорезы
- 3) лигатурные кусачки
- 4) кусачки для жесткой проволоки

10. Какой инструмент используется для снятия брекетов?

- 1) крампонные щипцы
- 2) долото
- 3) **щипцы для снятия брекетов**
- 4) кусачки для жесткой проволоки

11. Рабочее место врача должно быть оборудовано с учетом:

- 1) **эргономики**
- 2) заработной платы врача
- 3) длительности рабочего дня врача
- 4) квалификации врача

12. Какие из перечисленных инструментов применяются только в ортодонтическом кабинете (в отличие от ортопедического):

- 1) зеркало
- 2) крампонные щипцы
- 3) круглогубцы
- 4) **щипцы для формирования петель**

13. Первым предложил классификацию аномалий положения отдельных зубов:

- 1) Агапов
- 2) Катц
- 3) **Энгль**
- 4) Фошар

14. Для осмотра полости рта используют:

- 1) **зеркало**
- 2) пинцет
- 3) экскаватор
- 4) скальпель

15. Очистку, обработку и стерилизацию стоматологических наконечников следует проводить:

- 1) обязательная стерилизация
- 2) достаточно дезинфекции
- 3) необходима предстерилизационная подготовка с последующей дезинфекцией
- 4) **обязательна дезинфекция и стерилизация**

Раздел 2. Общая и медицинская ортодонтия. (2.1-2.32)

Вариант 1.

1. Укажите ветвь верхнечелюстной артерии в ее крыловидном отделе:

- 1) подбородочная артерия
- 2) клиновидно-небная артерия
- 3) поверхностная височная артерия
- 4) **щечная артерия**

2. Укажите сосуд, от которого отходят верхние альвеолярные артерии:

- 1) поверхностная височная артерия
- 2) лицевая артерия
- 3) глазная артерия
- 4) **подглазничная артерия**

3. В образовании поднижнечелюстного треугольника участвуют:

- 1) шило-подъязычная мышца
- 2) челюстно-подъязычная мышца
- 3) поднижнечелюстная слюнная железа
- 4) **двубрюшная мышца**

4. Жевательные мышцы развиваются из:

- 1) миотомы шейных сомитов
- 2) **мезенхима 1-й висцеральной дуги**
- 3) мезенхима 2-й висцеральной дуги
- 4) мезенхима 3-й и 4-й жаберных дуг

5. Укажите анатомические образования, к которым прикрепляется височная мышца:

- 1) наружная поверхность угла нижней челюсти
- 2) внутренняя поверхность угла нижней челюсти
- 3) шейка суставного отростка
- 4) **венечный отросток нижней челюсти**

6. Укажите какой части не существует в жевательной мышце:

- 1) поверхностная
- 2) **латеральная**
- 3) промежуточная
- 4) глубокая

7. На теле нижней челюсти имеется:

- 1) крыловидная ямка
- 2) слезный отросток
- 3) горизонтальная пластинка
- 4) **зубные альвеолы**

8. Крыловидно-небная ямка сообщается посредством круглого отверстия с:

- 1) полость носа
- 2) **средняя черепная ямка**
- 3) двубрюшная ямка
- 4) глазница

9. Контрфорсами называются:

- 1) костные выступы в области свода черепа
- 2) тонкие костные участки в области лицевого черепа
- 3) **костные утолщения, по которым передаётся сила жевательного движения на свод черепа**
- 4) бугристости нижней челюсти

10. Силу давления, развиваемую клыками снизу вверх уравновешивает:

- 1) **лобно-носовой контрфорс**
- 2) альвеолярно-скуловой контрфорс

- 3) нёбный контрфорс
- 4) альвеолярный контрфорс

11. Укажите нерв, ветви которого иннервируют кожу лица:

- 1) лицевой нерв
- 2) **тройничный нерв**
- 3) языкоглоточный нерв
- 4) блоковый нерв

12. Укажите ветви, отходящие от крылонебного узла:

- 1) **большие и малые небные ветви**
- 2) глоточные ветви
- 3) короткие ресничные ветви
- 4) язычные ветви

13. Латеральная крыловидная мышца иннервируется:

- 1) n. massetericus
- 2) nn. temporales profundi
- 3) n. pterygoideus internus
- 4) **n. Pterigoideus externus**

14. Слизистая оболочка рта состоит:

- 1) из 5 слоев
- 2) из 2 слоев
- 3) **из 3 слоев**
- 4) из 4 слоев

15. Сосочки языка, не содержащие вкусовые луковицы:

- 1) **нитевидные**
- 2) грибовидные
- 3) листовидные
- 4) желобоватые

16. Закладка и образование молочных зубов начинается:

- 1) на 2-3-й неделе эмбриональной жизни
- 2) на 4-5-й неделе эмбриональной жизни
- 3) **на 6-8-й неделе эмбриональной жизни**
- 4) на 8-9-й неделе эмбриональной жизни

17. Верхнечелюстная кость создает опору и защиту:

- 1) **для глазного яблока;**
- 2) головного мозга;
- 3) полости рта;
- 4) полости носа;
- 5) глотки.

18. Укажите угол, который составляют ветви нижней челюсти по отношению к телу:

- 1) острый;
- 2) прямой;
- 3) **тупой.**

Вариант 2.

1. Укажите ветвь верхнечелюстной артерии в ее крыловидно-небном отделе:

- 1) подбородочная артерии
- 2) средняя менингеальная артерия
- 3) восходящая небная артерия
- 4) **подглазничная артерия**

2. Моляры верхней челюсти кровоснабжает артерия:

- 1) лицевая
- 2) крыловидная
- 3) **задняя верхняя альвеолярная**
- 4) средняя верхняя альвеолярная

3. Мимические мышцы развиваются из:

- 1) мезенхима 1-й висцеральной дуги
- 2) миотомы шейных сомитов
- 3) **мезенхима 2-й висцеральной дуги**
- 4) мезенхима 3-й и 4-й жаберных дуг

4. Укажите особенности строения и функции, свойственные жевательным мышцам:

- 1) **прикрепляются к нижней челюсти**
- 2) не действуют на височно-нижнечелюстной сустав
- 3) сосредоточены вокруг отверстий черепа
- 4) отражают внутреннее душевное состояние

5. Укажите анатомические образования, к которым прикрепляется латеральная крыловидная мышца:

- 1) внутренняя поверхность угла нижней челюсти
- 2) суставной диск височно-нижнечелюстного сустава
- 3) венечный отросток нижней челюсти
- 4) **шейка суставного отростка нижней челюсти**

6. Укажите мышцы, которые не обеспечивают мимику смеха:

- 1) мышца смеха
- 2) большая скуловая мышца
- 3) **мышца, опускающая угол рта**
- 4) малая скуловая мышца

7. На ветви нижней челюсти располагается:

- 1) подбородочный выступ
- 2) **венечный отросток**
- 3) глазничная поверхность
- 4) ямка слезного мешка

8. Из крыловидно-небной ямки в глазницу ведет:

- 1) крыловидно-верхнечелюстная щель
- 2) верхняя глазничная щель
- 3) **нижняя глазничная щель**
- 4) клиновидно-небное отверстие

9. Контрфорс на нижней челюсти называется:

- 1) альвеолярно-скуловой

- 2) **восходящий**
- 3) крыловидно-нёбный
- 4) нёбный

10. От альвеолярного возвышения 1 и 2 моляров идёт:

- 1) лобно-носовой контрфорс
- 2) **альвеолярно-скуловой контрфорс**
- 3) крыловидно-нёбный контрфорс
- 4) нёбный контрфорс

11. Укажите ветвь, которая отходит от нижнечелюстного нерва:

- 1) барабанная струна
- 2) большой каменистый нерв
- 3) **язычный нерв**
- 4) верхний альвеолярный нерв

12. Жевательная мышца иннервируется:

- 1) **n. massetericus**
- 2) nn. temporales profundi
- 3) n. pterygoideus externus
- 4) n. pterygoideus internus

13. Медиальная крыловидная мышца иннервируется:

- 1) **n. pterygoideus internus**
- 2) n. pterygoideus externus
- 3) n. massetericus
- 4) nn. Temporales profundi

14. Многослойный плоский эпителий слизистой рта в нормальных условиях ороговекает:

- 1) на губах
- 2) на щеках
- 3) на мягком нёбе
- 4) **на твердом нёбе**
- 5) на дне полости рта

15. Высокая митотическая активность эпителия слизистой оболочки рта обуславливает функцию:

- 1) защитную
- 2) **пластическую**
- 3) чувствительную
- 4) обонятельную

16. Закладка и образование постоянных зубов начинается:

- 1) со 2-го месяца эмбриональной жизни
- 2) с 3-го месяца эмбриональной жизни
- 3) **с 5-го месяца эмбриональной жизни.**
- 4) с 6-го месяца эмбриональной жизни.

17. Перечислите основные образования верхнечелюстной кости:

- 1) тело челюсти;
- 2) диафиз;
- 3) эпифиз;
- 4) **скуловой, лобный, луночковый, небный отростки;**

5) имеет сложную форму с множеством ячеистых полостей

18. Назовите отросток ветви нижнечелюстной кости:

- 1) **венечный;**
- 2) максиллярный;
- 3) альвеолярный;
- 4) подбородочный.

Вариант 3.

1. Укажите ветвь лицевой артерии:

- 1) дорсальная артерия носа
- 2) **угловая артерия**
- 3) подглазничная артерия
- 4) верхняя альвеолярная артерия

2. В образовании стенок сонного треугольника участвуют:

- 1) **лопаточно-подъязычная мышца**
- 2) подъязычный нерв
- 3) нижняя челюсть
- 4) наружная сонная артерия

3. Укажите особенности строения и топографии, которые присущи мимическим мышцам:

- 1) развиваются из миотомов головных сомитов
- 2) **не покрыты подкожной фасцией**
- 3) покрыты фасцией
- 4) не принимают участие в акте жевания

4. Укажите анатомические образования, к которым прикрепляется собственно жевательная мышца:

- 1) крыловидный отросток клиновидной кости
- 2) **скуловой отросток верхней челюсти**
- 3) височная кость
- 4) альвеолярная дуга верхней челюсти

5. Укажите мышцы, образующие диафрагму рта:

- 1) **переднее брюшко двубрюшной мышцы**
- 2) щито-подъязычная мышца
- 3) грудино-подъязычная мышца
- 4) грудино-щитовидная мышца

6. Какой отросток имеет верхняя челюсть:

- 1) ярёмный отросток
- 2) венечный отросток
- 3) мышцелковый отросток
- 4) **лобный отросток**

7. В подвисочную ямку открывается:

- 1) **крыловидно-верхнечелюстная щель**
- 2) верхняя глазничная щель
- 3) сонное отверстие
- 4) большой небный канал

8. Нижнюю стенку глазницы образует:

- 1) **верхняя челюсть**
- 2) клиновидная кость
- 3) нижняя челюсть
- 4) лобная кость

9. Сколько конторфорсов имеется на верхней челюсти:

- 1) **4**
- 2) 6
- 3) 2
- 4) 3

10. От альвеолярных возвышений последних моляров и бугра верхней челюсти начинается:

- 1) **крыловидно-нёбный конторфорс**
- 2) нёбный конторфорс
- 3) альвеолярный конторфорс
- 4) восходящий конторфорс

11. Укажите анатомическое образование, иннервируемое щечным нервом:

- 1) щечная мышца
- 2) **слизистая оболочка щеки**
- 3) зубы
- 4) околоушная слюнная железа

12. Височная мышца иннервируется:

- 1) n. massetericus
- 2) n. pterigoideus externus
- 3) **nn. temporales profundi**
- 4) n. pterigoideus internus

13. Формирование полости рта происходит к концу:

- 1) шестого месяца внутриутробного развития
- 2) четвертого месяца внутриутробного развития
- 3) **второго месяца внутриутробного развития**
- 4) третьего месяца внутриутробного развития

14. Иннервация слизистой оболочки рта осуществляется:

- 1) I, II, III парами черепных нервов
- 2) III, IV, V парами черепных нервов
- 3) **V, VII, IX парами черепных нервов**
- 4) II, III парами черепных нервов

15. Количество слюны, которое выделяется у взрослого человека в сутки:

- 1) 500-1000 мл
- 2) 1000-1500 мл
- 3) **1500-2000 мл**
- 4) 2000-2500 мл

16. Формирование верхушки корня как молочных, так и постоянных зубов заканчивается:

- 1) через 1 год после прорезывания
- 2) **через 2 года после прорезывания**

- 3) через 3 года после прорезывания
- 4) через 4 года после прорезывания

17. Дайте название бугру верхнечелюстной кости;

- 1) небный;
- 2) скуловой;
- 3) **верхнечелюстной.**
- 4) носовой

18. Назовите отросток ветви нижнечелюстной кости:

- 1) **венечный;**
- 2) мастилярный;
- 3) альвеолярный;
- 4) подбородочный.

Раздел 3. Клиническая ортодонтия. Характеристика ортодонтии. (3.1-3.84)

Вариант 1.

1. К генетическим факторам развития зубочелюстно-лицевых аномалий относятся:

- 1) обвитие пуповиной плода
- 2) внутриутробное вирусное инфицирование плода
- 3) **наличие аномалии роста и развития верхней челюсти у матери**
- 4) рахит ребенка

2. К пренатальным факторам развития зубочелюстно-лицевых аномалий относится:

- 1) питание матери до беременности
- 2) **анемия матери**
- 3) родовая травма новорожденного
- 4) сосание большого пальца

3. Какие заболевания матери не влияют на развитие зубочелюстно-лицевых аномалий у плода:

- 1) герпес-вирусная инфекция
- 2) **кандидоз полости рта**
- 3) краснуха
- 4) цитомегалия

4. Ротовое дыхание является причиной следующей зубочелюстно-лицевой аномалии:

- 1) протрузии передних зубов
- 2) **открытого прикуса**
- 3) дистального прикуса
- 4) перекрестного прикуса

5. Этиологическим фактором ретенции постоянных зубов НЕ является:

- 1) раннее удаление молочных зубов
- 2) **вредные привычки**
- 3) нехватка места в зубной дуге
- 4) генетическая предрасположенность

6. Ротовое дыхание ведет к развитию следующей зубочелюстно-лицевой аномалии:

- 1) микрогнатия
- 2) **открытый прикус**

- 3) микрогения
- 4) диастема

7. На формирование зубочелюстно-лицевых аномалий НЕ влияет:

- 1) баланс мышц
- 2) прорезывание зубов
- 3) **отсутствие зачатков третьих моляров**
- 4) рахит

8. Какая аномалия прикуса формируется при искусственном кормлении ребенка из бутылочки с большим отверстием в соске?

- 1) **прогнатический**
- 2) прогенический
- 3) открытый
- 4) глубокий

9. Низкое крепление уздечки верхней губы приводит к:

- 1) ограничению подвижности нижней губы
- 2) тремам
- 3) увеличение подвижности зубов
- 4) **диастеме**

10. К мезиальной окклюзии приводит:

- 1) верхняя прогнатия
- 2) верхняя макрогнатия и нижняя микрогнатия
- 3) **верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия**
- 4) нижняя ретрогнатия

11. Нарушение носового дыхания приводит к аномалии зубного ряда:

- 1) уплощение верхнего во фронтальном отделе
- 2) расширению нижнего
- 3) сужению нижнего
- 4) **сужению верхней**

12. Наиболее вероятным этиологическим фактором супрапозиции верхних или инфрапозиции нижних зубов является все ниже перечисленные, КРОМЕ:

- 1) недостатка места
- 2) вредной привычки
- 3) сверхкомплектного зуба
- 4) одонтомы
- 5) **частичной адентии**

13. Наиболее вероятным этиологическим фактором орального положения боковых зубов, чаще вторых премоляров является:

- 1) декомпенсированный кариес
- 2) **ранняя потеря временных моляров**
- 3) ранняя потеря временных резцов
- 4) диастемы и тремы
- 5) макроденция и микроденция

14. Наиболее вероятным этиологическим фактором мезиального положения боковых зубов является все ниже перечисленные, КРОМЕ:

- 1) кариозных разрушений
- 2) ранней потери временных зубов
- 3) ранней потери постоянных зубов
- 4) ротового дыхания
- 5) **задержки молочных моляров**

15. Диастему – Пвида НАИБОЛЕЕ часто обуславливает:

- 1) Одонтома в области верхушек корней резцов
- 2) Вредная привычка сосания нижней губы
- 3) Вредная привычка сосания пальца
- 4) Ретенция сверхкомплектного зуба
- 5) **Адентия 1.2; 2.2 зубов**

16. Наиболее вероятным этиологическим фактором поворота зуба вокруг его продольной оси является все нижеперечисленные, КРОМЕ:

- 1) макродентии
- 2) сужения зубных дуг
- 3) неправильного положения зачатка
- 4) вредных привычек
- 5) **микродентии**

Вариант 2.

1. На генетическую информацию плода влияют:

- 1) условия оплодотворения яйцеклетки
- 2) **наличие мутаций в сперматозоидах отца**
- 3) жилищно-бытовые условия родителей
- 4) наличие аллергии у матери

2. К интранатальным факторам развития зубочелюстно-лицевых аномалий относится:

- 1) внутриутробное инфицирование плода
- 2) **обвитие пупвиной плода во время родов**
- 3) генетически обусловленная микрогнатия
- 4) нарушение питания ребенка

3. Какая вредная привычка НЕ является причиной развития открытого прикуса:

- 1) сосание большого пальца
- 2) прокладывание языка между зубами
- 3) **подпирание подбородка рукой**
- 4) ротовое дыхание

4. Дистальный прикус может быть следствием:

- 1) **запрокидывания головы на подушке во время сна**
- 2) сосания ручки
- 3) неправильного глотания

4) неправильной речевой артикуляции

5. К веществам, вызывающим зубочелюстно-лицевых аномалий у плода в антенатальном периоде развития, НЕ относится:

- 1) НПВС
- 2) цитостатики
- 3) диазепам
- 4) **пенициллин**

6. Короткая уздечка языка является причиной развития зубочелюстно-лицевых аномалий:

- 1) макрогении
- 2) микроглоссии
- 3) глубокого резцового перекрытия
- 4) **диастемы нижних резцов**

7. В нормализации функции дыхания первостепенное значение имеют:

- 1) нормализация осанки, положения головы
- 2) **санация носоглотки**
- 3) упражнения для нормализации положения языка
- 4) дыхательная гимнастика

8. Правильное положение кончика языка в момент глотания:

- 1) между передними зубами
- 2) между боковыми зубами
- 3) **в области небной поверхности верхних фронтальных зубов**
- 4) нет правильных ответов

9. Причинами аномалий могут быть:

- 1) **все вышеперечисленное**
- 2) неправильное вскармливание
- 3) вредные привычки
- 4) рахит

10. Положение языка между зубами приводит к:

- 1) мезиальная окклюзия
- 2) дистальная окклюзия
- 3) глубокая резцовая окклюзия
- 4) **вертикальная резцовая дизокклюзия**

11. К этиологическим факторам, способствующим формированию аномалии развития зубов в антенатальном периоде относят все нижеперчисленные, КРОМЕ:

- 1) наследственности
- 2) болезни матери во время беременности
- 3) факторов внешней среды
- 4) стрессовых ситуации
- 5) **болезней раннего детского возраста**

12. НАИБОЛЕЕ вероятным этиологическим фактором вестибулярного положения клыков является все ниже перечисленные, КРОМЕ:

- 1) неправильной закладки
- 2) ротового дыхания
- 3) сверхкомплектных зубов
- 4) макродензии
- 5) **адентии**

13. **НАИБОЛЕЕ** вероятным этиологическим фактором вестибулярного положения боковых зубов, чаще первых премоляров является:

- 1) **неправильное положение зачатков**
- 2) ранняя потеря временных моляров
- 3) макродензия и микродензия
- 4) диастемы и тремы
- 5) декомпенсированный кариес

14. **НАИБОЛЕЕ** вероятным этиологическим фактором супрапозиции верхних или инфрапозиции нижних зубов может быть:

- 1) ранняя потеря противостоящих зубов
- 2) частичная адентия
- 3) последствие травм
- 4) микродензия
- 5) **механическое препятствие**

15. Диастему – Ивида **НАИБОЛЕЕ** часто обуславливает:

- 1) Ранняя потеря постоянного бокового резца
- 2) **Сосание и прикусывание нижней губы**
- 3) Адентия 1.2, 2.2 зубов
- 4) Укорочение уздечки языка
- 5) Микродензия

16. **НАИБОЛЕЕ** вероятным этиологическим фактором транспозиции является

- 1) **неправильная закладка зачатков**
- 2) вредные привычки и ротовое дыхание
- 3) макродензия и микродензия
- 4) адентия и ретенция
- 5) раннее удаление временных моляров

Вариант 3.

1. К эндокринным факторам развития зубочелюстно-лицевых аномалий относится:

- 1) **рахит ребенка**
- 2) аллергическая реакция на пищевые продукты
- 3) анемия
- 4) гепатит А

2. К постнатальным факторам развития зубочелюстно-лицевых аномалий относится:

- 1) питание матери во время беременности
- 2) длительный безводный период
- 3) **кариес зубов**

4) принятие матерью тетрациклина во время беременности

3.Какая вредная привычка приводит к протрузии передних зубов:

- 1) **давление языком на передние зубы**
- 2) сосание языка
- 3) нарушение осанки
- 4) прикусывание губ и щек

4.Причиной перекрестного прикуса НЕ является:

- 1) подпираание рукой челюсти
- 2) **прокладывание языка между зубами**
- 3) рахит ребенка
- 4) неправильное расположение нижней челюсти в покое

5.К веществам, вызывающим развитие зубочелюстно-лицевых аномалий в антенатальном периоде у плода, относится:

- 1) амоксицилин
- 2) **аспирин**
- 3) аскорбиновая кислота
- 4) артикаин

6.Какой фактор НЕ является причиной нехватки места в зубной дуге:

- 1) **удаление молочных зубов за 1 год до прорезывания постоянных зубов**
- 2) отсутствие протезирования при потере молочных зубов за 2 года до прорезывания постоянных зубов
- 3) питание кашами и пюре
- 4) удаление молочных зубов за 3 года до прорезывания постоянных зубов

7.При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде:

- 1) сосания пальцев
- 2) прикусывания губ
- 3) сосания языка
- 4) **прокладывания мягких тканей языка, щек в область дефекта**

8.У детей с нарушением носового дыхания должны быть проведены меры профилактики зубочелюстных аномалий:

- 1) **санация носоглотки**
- 2) санация полости рта
- 3) изготовление съемного протеза
- 4) нет правильных ответов

9.Привычка сосания большого пальца приводит к:

- 1) мезиальной окклюзии
- 2) протрузии нижних резцов
- 3) глубокой рез дизокклюзии
- 4) **вертикальной резцовой дизокклюзии**

10.Прикусывание пальца приводит к:

- 1) выдвигание нижней челюсти
- 2) прикусыванию щек
- 3) **протрузии резцов верхней челюсти и ретрузии резцов нижней челюсти**
- 4) травме языка

11. К этиологическим факторам, способствующим формированию развития аномалии зубов в постнатальном периоде относят все, КРОМЕ:

- 1) раннего удаления зубов
- 2) множественного кариеса
- 3) воспалительных заболеваний
- 4) травмы челюстных костей
- 5) **наследственности**

12. Наиболее вероятным этиологическим фактором небного положения зубов является все ниже перечисленные, КРОМЕ:

- 1) раннего удаления
- 2) несращения альвеолярного отростка
- 3) неправильной закладки
- 4) ротового дыхания
- 5) **прикусывания нижней губы**

13. Наиболее вероятным этиологическим фактором дистального положения боковых зубов является:

- 1) кариозное разрушение
- 2) ранняя потеря
- 3) адентия или ретенция
- 4) ротовое дыхание
- 5) **новообразование**

14. Наиболее вероятным этиологическим фактором инфрапозиции верхних или супрапозиции нижних зубов может быть:

- 1) недостаток места
- 2) вредные привычки
- 3) механическое препятствие
- 4) нарушение формирования корня
- 5) **ранняя потеря противостоящих зубов**

15. Диастему – Швида НАИБОЛЕЕ часто обуславливает:

- 1) **Наличие сверхкомплектного зуба между корнями**
- 2) Прорезавшийся сверхкомплектный зуб
- 3) Небное положение 1.2; 2.2 зубов
- 4) Ранняя потеря 1.2; 2.2 зубов
- 5) Адентия 1.2; 2.2 зубов

16. Наиболее вероятным этиологическим фактором транспозиции является

- 1) **неправильная закладка зачатков**
- 2) вредные привычки и ротовое дыхание
- 3) макроденция и микроденция
- 4) адентия и ретенция
- 5) раннее удаление временных моляров

Раздел 4. Методы диагностики в ортодонтии. (4.1-4.57)

Вариант 1.

1. В основе построения симптоматического ортодонтического диагноза лежит:

- 1) **характер смыкания зубных рядов**
- 2) этиология зубочелюстных аномалий
- 3) морфологические отклонения в строении лицевого отдела черепа
- 4) эстетические нарушения

2. Вертикальная щель между РЕЗЦАМИ измеряется:

- 1) **от режущего края верхних резцов до режущего края нижних**
- 2) от бугорков верхних резцов до режущего края клыков
- 3) от пришеечной части верхних резцов до режущего края нижних
- 4) измерить невозможно

3. Основные методы обследования:

- 1) расспрос, осмотр, перкуссия, пальпация, термодиагностика
- 2) термодиагностика, рентгенодиагностика
- 3) оценка гигиенического состояния, опрос, осмотр, зондирование
- 4) **расспрос, осмотр, зондирование, пальпация**

4. Тремы в переднем отделе зубного ряда у 5-летнего ребенка говорят о:

- 1) формирующейся аномалии
- 2) **нормальном развитии**
- 3) стираемости зубов
- 4) не имеют диагностического значения

5. В период подготовки к смене зубов физиологическая стираемость в норме происходит:

- 1) в области клыков
- 2) во фронтальном отделе
- 3) в боковых отделах
- 4) **во фронтальном и боковых отделах**

6. В полости рта новорожденного сагиттальная щель между верхней и нижней челюстями достигает:

- 1) 5мм.
- 2) 10мм
- 3) **14мм**
- 4) 20мм

7. Третье физиологическое повышение прикуса происходит с прорезыванием:

- 1) резцов
- 2) премоляров
- 3) **клыков**
- 4) первых постоянных моляров
- 5) вторых постоянных моляров

8. Для ускорения реакции отверждения гипса в воду добавляют:

- 1) **3% раствор соли**
- 2) 2-3% раствор натрия тетрабората
- 3) 2-3% раствор сахара

9. Какую зависимость установил Pont:

- 1) зависимость между шириной коронок верхних постоянных резцов и передним отрезком зубной дуги
- 2) **зависимость ширины коронок верхних постоянных резцов и ширины зубных рядов в области премоляров и моляров**
- 3) зависимость ширины коронок верхних постоянных резцов и длины зубных рядов

10. Укажите, с какой целью применяется геометрически-графический метод Хаулея-Гербста:

- 1) для определения индивидуальной длины и ширины зубной дуги
- 2) для определения индивидуальной формы верхней зубной дуги
- 3) **для определения индивидуальной формы верхней зубной дуги в зависимости от поперечных размеров центрального, бокового резцов и клыка**
- 4) для определения индивидуальной формы нижней зубной дуги в зависимости от поперечных размеров центрального, бокового резцов и клыка

11. Укажите направление прохождения FH плоскости (Франкфуртской горизонтали):

- 1) вертикально спереди через середину носа между центральными резцами по шву твердого неба
- 2) **горизонтально справа налево через нижний край глазницы и верхний край наружного слухового прохода**
- 3) пересекает лицо сверху вниз через оба края глазницы

12. Укажите расположение точки tr-трихион:

- 1) наиболее высоко расположенная точка головы
- 2) **точка передней границы волосистой части лба**
- 3) наиболее выступающая кзади точка затылка
- 4) точка пересечения срединно-сагиттальной плоскости с линией соединяющей брови
- 5) наиболее выступающая точка лба

13. Что изучает миотонометрия:

- 1) **тонус мышц**
- 2) степень развитости мышц и их функций
- 3) **адаптационные возможности мышц**

14. Длина переднего отрезка верхнего зубного ряда больше нижнего на:

- 1) 1 мм
- 2) **2 мм**
- 3) 3 мм
- 4) 4 мм

15. Ротированный моляр или премоляр занимает в зубном ряду:

- 1) меньше места
- 2) ротация не имеет значения
- 3) **больше места**
- 4) положение зависит от расположения передних зубов

16. Реограмма позволяет сулить о:

- 1) тонус жевательных мышц
- 2) движения суставной головки
- 3) подвижности зубов
- 4) **гемодинамике в пародонте**

17. С какой целью проводится телерентгенография головы:

- 1) для определения размеров и расположения челюстей по отношению к основанию черепа, изучения динамики и направления роста челюстей, изменений, происходящих в процессе ортодонтического лечения
- 2) для уточнения клинического диагноза и выбора метода лечения
- 3) для изучения изменений, происходящих в процессе ортодонтического лечения

18. Где на телерентгенограмме головы определяют точки N (назион):

- 1) центральная точка «чаши» турецкого седла
- 2) **передняя точка шва лобной и носовой кости**
- 3) передняя точка носовой кости

19. Для определения положения суставной головки нижней челюсти необходимо оценить размер:

- 1) **суставных щелей**
- 2) суставной ямки
- 3) суставной головки нижней челюсти
- 4) суставного бугорка

20. Линия основания нижней челюсти проводится через точки:

- 1) Sna-Snp
- 2) **Gn-Go**
- 3) N-S
- 4) Ar-Go

21. Линия переднего отдела основания черепа проводится через точки:

- 1) Sna-Snp
- 2) Pg-Go
- 3) **N-S**
- 4) Ar-Go

22. Уменьшение угла SNA характерно для окклюзии:

- 1) **мезиальной**
- 2) глубокой резцовой
- 3) дистальной
- 4) физиологической

23. Во время ортопантомографии челюстей рентгеновская трубка располагается:

- 1) в полости рта неподвижно
- 2) в полости рта подвижно
- 3) **вне полости рта подвижно**
- 4) любым образом

24. Для оценки парадонта боковой группы зубов целесообразно использовать:

- 1) ТРГ-прямую проекцию
- 2) **ортопантомографию**
- 3) томографию

25. Метод, используемый для определения состояния пародонта отдельных зубов:

- 1) ортопантомография
- 2) **внутриротовая рентгенография**
- 3) панорамная рентгенография

Вариант 2.

1. Симптоматический диагноз – это:

- 1) **установление вида прикуса**
- 2) определение функциональных нарушений
- 3) эстетические нарушения
- 4) сопутствующие стоматологические нарушения

2. Для определения смещения нижней челюсти вперед необходимо применять:

- 1) жевательные пробы по Рубинову
- 2) **пробу Битнера - Эйшлера**
- 3) глотательные пробы
- 4) любую пробу из перечисленных

3. В норме зубной ряд верхней челюсти взрослого человека имеет форму:

- 1) трапеции
- 2) полукруга
- 3) параболы
- 4) **полуэллипса**

4. При нейтральном соотношении первых постоянных моляров передний щечный бугорок верхнего бго зуба располагается:

- 1) над передним щечным бугорком нижнего бго зуба
- 2) над дистальным щечным бугорком нижнего бго зуба
- 3) **в передней межбугорковой фиссуре нижнего бго зуба**
- 4) в контактной точке между 5м и 6м зубами

5. В норме зубной ряд нижней челюсти взрослого человека имеет форму:

- 1) трапеции
- 2) полукруга
- 3) полуэллипса
- 4) **параболы**

6. У ребенка в возрасте 4 лет физиологической нормой считается:

- 1) **дистальные поверхности вторых временных моляров расположены в одной плоскости**
- 2) между дистальными поверхностями вторых временных моляров формируется мезиальная ступень
- 3) между дистальными поверхностями вторых временных моляров формируется дистальная ступень
- 4) между дистальными поверхностями первых временных моляров формируется мезиальная ступень
- 5) между дистальными поверхностями первых временных моляров формируется дистальная ступень

7. В зависимости от целевого назначения оттиски могут быть:

- 1) функциональными
- 2) однослойными
- 3) **диагностическими**
- 4) **рабочими**

8. Перечислите необходимые мероприятия для предупреждения рвотного рефлекса у детей:

- 1) **во время оттиска ребенку наклоняют голову вперед**

2) применение эластических оттискных масс в малом количестве

3) точно подбирать оттискную ложку

9. Что определяет метод Коргхауза:

1) длину переднего отрезка зубных дуг в зависимости от ширины верхних постоянных резцов

2) ширину переднего отрезка зубных дуг в зависимости от ширины верхних постоянных резцов

10. Перечислите требования к рабочим моделям:

1) четкое отображение зубного ряда

2) четкое отображение зубных рядов, альвеолярного отростка, переходной складки, уздечки, неба, ретромолярной области, подъязычного пространства

3) **качественное отображение тканей, с которыми будет соприкасаться ортодонтический аппарат**

4) качественное отображение зубного ряда, альвеолярного отростка, неба, подъязычной области

11. Срединно-сагиттальная плоскость условно делит голову:

1) на верхний и нижний отделы

2) **на левую и правую половины**

3) на передний и задний отделы

12. Укажите расположение точки go - гонион:

1) наиболее выступающая точка подбородка

2) **наиболее выступающая кнаружи и кзади точка угла нижней челюсти**

3) наиболее нижняя точка подбородка

13. Что изучает электромиография:

1) **биопотенциал мышц с целью изучения их электрофизиологической активности**

2) влияние функций мышц на рост челюстей и формирование прикуса

3) тонус мышц

14. Соотношение размеров постоянных резцов составляет:

1) **1,33**

2) 1,08

3) 1,64

4) 1,22

15. Ротированный резец занимает в зубном ряду:

1) **меньше места**

2) ротация не имеет значения

3) больше места

4) зависит от направления ротации²

16. Ортопантомографию челюстей проводят:

1) **для определения количества и расположения зубов**

2) для изучения строения лицевого отдела черепа

3) для прогноза роста челюстей

17. Методика проведения телерентгенографии головы:

1) обычным аппаратом для получения панорамных рентгенограмм

- 2) **специальным рентгеновским аппаратом с трубкой, удаленной от головы пациента на 1,5 м**
- 3) специальным рентгеновским аппаратом с трубкой, удаленной от головы пациента на 4 м
18. Где на телерентгенограмме головы определяют точку S (сселе):
- 1) **астральная точка «чаши» турецкого седла**
 - 2) точки перехода верхнего контура тела нижней челюсти в передний контур ее ветвей
 - 3) передняя точка шва лобной и носовой кости
19. Определить высоту головки нижней челюсти можно по томограмме ВНЧС:
- 1) **закрытом рте**
 - 2) открытом рта
 - 3) смещении нижней челюсти латерально
 - 4) смещении нижней челюсти кзади
20. Линия SpP соответствует основанию:
- 1) нижней челюсти
 - 2) заднего отдела основания черепа
 - 3) переднего отдела основания черепа
 - 4) **верхней челюсти**
21. Франкфуртская горизонталь проводится через точки:
- 1) Sna-Snp
 - 2) **Or-Po**
 - 3) N-S
 - 4) Ar-Go
22. Уменьшение угла SNB характерно для окклюзии:
- 1) мезиальной
 - 2) глубокой резцовой
 - 3) **дистальной**
 - 4) физиологической
23. При телерентгенографии головы рентгеновская трубка расположена от исследуемого объекта на расстоянии:
- 1) 5 см
 - 2) 0.3 м
 - 3) 0.8 м
 - 4) **2-3 м**
 - 5) более 10 м
24. Латеральное смещение нижней челюсти позволяет определить:
- 1) томография
 - 2) **телерентгенография в прямой проекции**
 - 3) ТРГ в боковой проекции
25. Метод, используемый для определения состояния пародонта отдельных зубов:
- 1) ортопантомография
 - 2) **внутриротовая рентгенография**
 - 3) панорамная рентгенография

Вариант 3.

1. Клиническая дифференциальная диагностика смещения нижней челюсти представляет собой несовпадение средней линии:

- 1) между зубами
- 2) лица и зубов
- 3) лица и верхнего зубного ряда
- 4) **лица и нижней челюсти**

2. Глубину преддверия полости рта измеряют:

- 1) **от режущего края резцов до переходной складки**
- 2) от десневого края резцов до переходной складки
- 3) от экватора резцов до переходной складки
- 4) любым способом

3. В норме верхние третьи моляры:

- 1) **имеют по одному антагонисту на нижней челюсти**
- 2) имеют по два антагониста на нижней челюсти
- 3) имеют по три антагониста на нижней челюсти
- 4) не имеют антагонистов

4. Окклюзия – это смыкание зубных рядов:

- 1) в состоянии физиологического покоя
- 2) при смещении нижней челюсти дистально на 1/2 ширины коронки моляра
- 3) при смещении нижней челюсти мезиально на 1/2 ширины коронки моляра
- 4) **при привычном положении нижней челюсти**

5. К моменту прорезывания первых постоянных моляров в норме дистальные поверхности вторых молочных моляров образуют:

- 1) **мезиальную «ступень»**
- 2) дистальную «ступень»
- 3) находятся в одной плоскости
- 4) не контактируют

6. Второе физиологическое повышение прикуса происходит с прорезыванием:

- 1) первого временного моляра
- 2) первого постоянного моляра
- 3) **второго постоянного моляра**
- 4) первого постоянного премоляра
- 5) второго постоянного премоляра

7. Оттискная масса должна отвечать следующим требованиям:

- 1) легко вводиться и выводиться из полости рта
- 2) точно прилегать к тканям протезного ложа
- 3) растворяться в слюне
- 4) быстро отвердевать
- 5) **усадка не должна превышать 0,1%**

8. При изготовлении диагностических моделей челюстей положение челюстей должно быть в привычной окклюзии:

- 1) **да**
- 2) нет
- 3) не имеет значения

9.Метод Герлаха позволяет определить:

- 1) **индивидуальные различия в сегментах зубных рядов**
- 2) **пропорциональность соотношения сегментов зубных рядов**
- 3) **дифференциацию тесного положения зубов, обусловленного их размерами от тесного положения при сужении и укорочении зубных рядов**

10.Укажите, с какой целью проводится измерение моделей челюстей:

- 1) для уточнения диагноза
- 2) для выбора метода лечения
- 3) для научных целей
- 4) **для определения центральной окклюзии**

11.Укажите расположение точки рpn - проназале:

- 1) точка соединения кожной перегородки носа с верхней губой
- 2) наиболее выраженное углубление между лбом и носом
- 3) **наиболее выступающая точка кончика носа при ориентировании головы во франкфуртской горизонтали**

12.Морфологической высотой лица можно назвать расстояние:

- 1) от tr до gn (от трихион до гнатион)
- 2) от zu до zu (от зигион до зигион)
- 3) **от n до gn (от назион до гнатион)**

13.Какой метод измерения диагностических моделей челюстей применяется для определения изменений зубных дуг в горизонтальной плоскости?

- 1) **Пона**
- 2) Коркхауза
- 3) Герлаха
- 4) Мойерса
- 5) Литтла

14.Премолярный индекс Пона равен:

- 1) 64
- 2) 65
- 3) **80**
- 4) 82

15.Аксиография регистрирует:

- 1) биопотенциал мышц
- 2) тонус мышц
- 3) движения нижней чел
- 4) **движения суставной головки**

16.Цель проведения рентгенографии небного шва:

- 1) **для определения его строения, степени окостенения, изменений, происходящих при расширении верхней челюсти, наличия волокон уздечки верхней губы**
- 2) для определения изменений, происходящих в небном шве при ортодонтическом лечении
- 3) для решения вопроса о хирургическом вмешательстве при диастеме

17.Метод, применяемый в ортодонтии, для определения периода роста лицевых костей:

- 1) **телерентгенография кисти руки**
- 2) телерентгенография головы

3) ортопантомография

18. Плоскость переднего основания черепа проводится через точки:

- 1) **N-S**
- 2) Go-Gn
- 3) Po-Og

19. Определить ширину головки ниж чел можно по томограмме ВНЧС:

- 1) **закрытом рте**
- 2) открытом рта
- 3) смещении нижней челюсти латерально
- 4) смещении нижней челюсти кзади

20. Линия соответствующая основания вер чел проводится через точки:

- 1) **Sna-Snp**
- 2) Pg-Go
- 3) N-Se
- 4) Ar-Go

21. Увеличение угла SNA характерно для окклюзии:

- 1) мезиальной
- 2) глубокой резцовой
- 3) **дистальной**
- 4) физиологической

22. Рентгеновская трубка при внутриротовой близкофокусной рентгенографии:
расположена

- 1) перпендикулярно окклюзионной плоскости
- 2) **перпендикулярно биссектрисе угла, образованного осью зуба и пленкой**
- 3) параллельно окклюзионной плоскости
- 4) любым образом

23. Ортопантомографию челюстей необходимо проводить:

- 1) в краевом смыкании резцов
- 2) при насильственном выдвигении нижней челюсти до соотношения $\frac{6!6}{6!6}$
по I классу Энгля
- 3) в **привычной окклюзии**
- 4) при любом смыкании челюстей

24. Для определения переднего положения нижней челюсти необходим рентгенологический метод:

- 1) **ТРГ в боковой проекции**
- 2) ТРГ в прямой проекции
- 3) ортопантомография

25. Метод, используемый для определения состояния пародонта отдельных зубов:

- 1) ортопантомография
- 2) **внутриротовая рентгенография**
- 3) панорамная рентгенография

Вариант 4.

1. Сагиттальная щель между РЕЗЦАМИ определяется:

- 1) **от вестибулярной поверхности верхних резцов до вестибулярной поверхности нижних**
- 2) от язычной поверхности верхних резцов до вестибулярной поверхности нижних клыков
- 3) от язычной поверхности верхних клыков до язычной поверхности нижних
- 4) измерить невозможно

2. Инструменты для обследования стоматологических больных:

- 1) зонд, зеркало, гладилка
- 2) шпатель, пинцет, зонд
- 3) **пинцет, зеркало, зонд**
- 4) шпатель, зеркало, зонд

3. В сформированном временном физиологическом прикусе зубные ряды имеют форму:

- 1) полуэллипса
- 2) **полукруга**
- 3) параболы
- 4) трапеции

4. Плоский свод неба и поперечная исчерченность его слизистой оболочки характерны для полости рта:

- 1) 2х летнего ребенка
- 2) 5ти летнего ребенка
- 3) **новорожденного**
- 4) взрослого человека

5. В норме щечные бугорки верхних боковых зубов

- 1) **перекрывают щечные бугорки нижних зубов**
- 2) контактируют с щечными буграми нижних зубов
- 3) контактируют с продольными фиссурами нижних зубов
- 4) контактируют с язычными буграми нижних зубов

6. У ребенка 5 лет патологией зубочелюстной системы считается:

- 1) рассасывание корней временных зубов
- 2) **отсутствие физиологической стираемости зубов**
- 3) наличие трем и диастемы
- 4) превалирует функция жевания
- 5) нижняя челюсть в результате активного роста смещается вперед

7. Отрицательными свойствами гипса могут быть:

- 1) безвредность
- 2) **хрупкость**
- 3) практически не дает усадки

8. Возможно ли определить недостаток места для зубов в зубной дуге методом Nance?

- 1) **да**
- 2) нет

9. Укажите, с какой целью применяют метод Снагиной:

- 1) для определения длины апикального базиса
- 2) для определения ширины апикального базиса
- 3) **для определения длины и ширины апикального базиса**

10. При измерении размеров зубов в основном изучают:

- 1) **ширину (мезидистальные размеры коронок)**
- 2) высоту коронок

11. Укажите расположение точки pg - погонион:

- 1) **наиболее выступающая точка подбородка**
- 2) наиболее выступающая точка нижней губы
- 3) наиболее нижняя точка подбородка

12. Что из перечисленных отношений можно отнести к морфологическому индексу Гарсона:

- 1) **(от n до gn / от zu до zy) x 100%**
- 2) (от tr до N / от zu до zy) x 100%
- 3) (от tr до gn / от zu до zy) x 100%

13. Метод Коркхауса позволяет определить длину:

- 1) **переднего отрезка**
- 2) проекционную
- 3) апикального базиса

14. Молярный индекс Пона равен:

- 1) **64**
- 2) 65
- 3) 80
- 4) 82

15. Артрофонография регистрирует:

- 1) биопотенциал мышц
- 2) **шумы в ВНЧС**
- 3) движения нижней челюсти
- 4) движения суставной головки

16. На прямых (фасных) ТРГ головы можно выявить:

- 1) количество и положение зубов
- 2) **форму и размеры лицевого отдела черепа**
- 3) динамику роста челюстей

17. Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить:

- 1) возможности роста челюстей
- 2) **форму и размер суставных отростков нижней челюсти головок и суставных ямок**
- 3) форму и размеры суставных дисков
- 4) местоположение головок суставных отростков нижней челюсти в

18. Угол основания черепа это:

- 1) **угол NSBa**
- 2) угол SNA
- 3) угол SNB

19. Определить размеры суставных щелей можно по томограмме ВНЧС:

- 1) **закрытом рте**
- 2) открытом рта
- 3) смещении нижней челюсти латерально
- 4) смещении нижней челюсти кзади

20. Плоскость основания верх чел обозначена:

- 1) N-S
- 2) **SpP**
- 3) MP
- 4) FH

21. Увеличение угла SNB характерно для окклюзии:

- 1) **мезиальной**
- 2) глубокой резцовой
- 3) дистальной
- 4) физиологической

22. При внутриротовой близкофокусной рентгенографии рентгеновская трубка направляется на проекцию

- 1) коронки зуба
- 2) **верхушки корня зуба**
- 3) середины корня зуба
- 4) 1/3 корня зуба
- 5) не имеет значения

23. Метод электрографии в ортодонтии применяется для:

- 1) исследования кровеносных сосудов пародонта
- 2) исследования ВНЧС
- 3) **изучения функции мышц**

24. Для определения пародонта фронтальной группы зубов используется:

- 1) ТРГ прямая проекция
- 2) ортопантомография
- 3) **панорамная рентгенография челюстей**

25. Метод, используемый для определения состояния пародонта отдельных зубов:

- 1) ортопантомография
- 2) **внутриротовая рентгенография**
- 3) панорамная рентгенография

Раздел 5. Профилактика и лечение зубочелюстных аномалий. (5.1-5.14)

Вариант 1.

1. В работу "комнаты здорового ребенка" в возрасте до 1 года в детских поликлиниках следует включить:

- 1) **массаж в области альвеолярных отростков, зубов**
- 2) гигиенические навыки
- 3) устранение вредных привычек
- 4) все перечисленное

2. Для профилактики аномалий прикуса в работу терапевтов-стоматологов при санации полости рта дошкольника следует включить:

- 1) **устранение вредных привычек**
- 2) шлифование бугров временных зубов
- 3) миотерапию, массаж

4) все перечисленное

3. Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено:

- 1) на правильное положение головы и осанки
- 2) **на тренировку носового дыхания**
- 3) на понимание негативных последствий вредных привычек
- 4) на все перечисленное

4. Ведущим методом профилактики развития ротового дыхания является:

- 1) дыхательная гимнастика
- 2) аппаратное лечение
- 3) **массаж околоротовой области**
- 4) лечебная физкультура

5. Для профилактики возникновения зубочелюстных аномалий ребенка от сосания соски-пустышки надо отучить:

- 1) в 9-12 мес
- 2) **в 1.5-2.0 года**
- 3) в 6-9 мес
- 4) не надо отучать вообще

6. Для профилактики зубочелюстных аномалий установление соматического типа глотания должно сформироваться в возрасте:

- 1) **1 года**
- 2) 3-4 лет
- 3) 5-6 лет
- 4) 8-10 лет

7. Укажите профилактический ортодонтический аппарат:

- 1) **аппарат Лури**
- 2) распорка Коргхауза
- 3) аппарат Поздняковой
- 4) скользящая дуга Энгля

8. Стандартная вестибулярная пластинка Шонхера противопоказана при следующих нарушениях:

- 1) **при глубоком резцовом перекрытии**
- 2) истинном наследственном дистальном прикусе
- 3) открытом прикусе, возникшем в результате сосания языка, нарушении функции глотания
- 4) при открытом прикусе, возникшем в результате нарушения функции дыхания

9. К профилактическим мероприятиям аномалии развития зубочелюстной системы в III периоде (от рождения до 6 мес до 3 лет) относится:

- 1) **массаж альвеолярного отростка**
- 2) **восстановление коронок**
- 3) **шинирование зубов**
- 4) **избирательное шлифование**

10. К профилактическим мероприятиям аномалии развития зубочелюстной системы в VI периоде (от 9 до 12 лет) относится:

- 1) **массаж альвеолярного отростка**
- 2) **протезирование**
- 3) искусственное вскармливание

4) применение лечебных сосок

11. Методом устранения вредной привычки сосания пальца днем является:

- 1) фиксация руки в локтевом лучезапястном суставе
- 2) **применение вестибулярной пластинки**
- 3) применение метода внушения, гипноза
- 4) одевание перчатки
- 5) применение вестибуло-оральной пластинки

12. Методом нормализации функции жевания является:

- 1) исправление аномалий прикуса
- 2) своевременная санация и протезирование полости рта
- 3) **пластика укороченной уздечки языка**
- 4) пластика укороченной уздечки нижней губы
- 5) миотерапия для тренировки жевательных мышц

13. При лечении детей, имеющих ранние признаки мезиального прикуса, следует:

- 1) стимулировать рост верхней челюсти
- 2) **задержать рост нижней челюсти**
- 3) **устранить причину, способствующую усугублению патологии**
- 4) обеспечить условия для физиологического развития челюстей
- 5) пришлифовать бугры отдельных зубов

14. При профилактическом осмотре у ребенка выявлена вредная привычка – прикусывать нижнюю губу. В какую диспансерную группу должен быть включен пациент?:

- 1) во 2 – ю группу
- 2) на учет не брать
- 3) **в 1 – ю группу**
- 4) в 3 – ю группу
- 5) в 4 – ю группу

15. При профилактическом осмотре у ребенка 5 лет выявлена вредная привычка – прикусывать нижнюю губу. В какую диспансерную группу должен быть включен пациент?:

- 1) **во 2 – ю группу**
- 2) на учет не брать
- 3) **в 1 – ю группу**
- 4) в 3 – ю группу
- 5) в 4 – ю группу

16. Назовите индивидуальный вестибуло – оральный щит.

- 1) **Шонхера**
- 2) Хинца
- 3) Кербитца
- 4) трейнер
- 5) Крауса

Вариант 2.

1. В работу воспитателей детских садов в связи с профилактикой аномалий прикуса следует включить:

- 1) **борьбу с вредными привычками и правильную осанку**
- 2) тренировку носового дыхания
- 3) правильное положение головы во время сна

4) все перечисленное

2. У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий целесообразно применять:

- 1) миотерапию
- 2) **стандартные вестибулярные пластинки**
- 3) нормализацию функции дыхания
- 4) устранение вредных привычек сосания языка

3. Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают:

- 1) устранение вредных привычек
- 2) коррекцию мягких тканей
- 3) **удаление отдельных зубов**
- 4) шлифование бугров отдельных зубов

4. Что из перечисленного включает в себя профилактическая ортодонтия:

- 1) применение миогимнастики
- 2) устранение отраженного травматического узла
- 3) **применение ортодонтических аппаратов**
- 4) устранение феномена Попова-Годона

5. У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий целесообразно:

- 1) создание благоприятных условий для правильного вскармливания
- 2) миотерапия
- 3) стандартные вестибулярные пластинки
- 4) **нормализация функции дыхания**

6. Назовите стандартный вестибулярный щит:

- 1) Шонхера
- 2) **Т4К**
- 3) регулятор функции Френкеля
- 4) Крауса

7. К мероприятиям первичной профилактики патологии прикуса можно отнести:

- 1) операция пластики уздечки верхней губы у подростка
- 2) **миогимнастика для круговой мышцы рта у ребенка**
- 3) санация полости носа
- 4) верно все

8. Применение стандартных вестибулярных пластинок **НАИБОЛЕЕ** целесообразно для нормализации функции:

- 1) круговых мышц рта
- 2) **глотания**
- 3) жевания
- 4) сосания

9. Профилактическим мероприятием аномалии развития зубочелюстной системы в IV периоде (от 3 до 6 лет) относится:

- 1) **избирательное шлифование**
- 2) шинирование зубов
- 3) пластика укороченной уздечки языка
- 4) **искусственное вскармливание**

10. При профилактическом осмотре у ребенка выявлена вредная привычка - сосать большой палец. В какую диспансерную группу должен быть включен пациент?:

- 1) в 1 – ю группу
- 2) во 2 – ю группу**
- 3) 3 – ю группу
- 4) 4 – ю группу
- 5) на учет не брать

11. Методом устранения вредной привычки сосания языка является:

- 1) пластика аномалиейной уздечки языка
- 2) применение вестибулярной пластинки**
- 3) применение вестибуло-оральной пластинки
- 4) применение пластинки с наклонной плоскостью
- 5) санация носоглотки

12. Тактикой врача при ранней потере моляров на одной из челюстей при временном нейтральном прикусе является:

- 1) изготовление съемного протеза
- 2) рентгенообследование, массаж**
- 3) удаление зубов на противоположной челюсти**
- 4) наблюдение**
- 5) закрытие дефекта за счет соседних зубов**

13. При лечении детей, имеющих ранние признаки дистального прикуса, обусловленного задним положением нижней челюсти, следует:

- 1) стимулировать рост нижней челюсти**
- 2) назначить миотерапию для перемещения нижней челюсти вперед
- 3) назначить аппаратное лечение, направленное на перемещение нижней челюсти вперед
- 4) задержать рост верхней челюсти
- 5) устранить причины развития дистального прикуса

14. При профилактическом осмотре у ребенка выявлен перекрестный прикус со смещением нижней челюсти. В какую диспансерную группу должен быть включен пациент?:

- 1) на учет не брать**
- 2) в 1 – ю группу
- 3) во 2 – ю группу
- 4) в 3 – ю группу
- 5) в 4 – ю группу

15. Ребенок 7 лет. При профилактическом осмотре выявлена привычка - прикусывать нижнюю губу. Какой должна быть тактика врача?:

- 1) вмешательства врача - ортодонта не нужны.
- 2) взять на диспансерный учет в 1-ю группу.**
- 3) взять на диспансерный учет во 2-ю группу.
- 4) взять на диспансерный учет во 3-ю группу.
- 5) взять на диспансерный учет во 4-ю группу.

16. Какой конструктивный элемент трейнера позволяет сопоставлять зубные ряды в конструктивном прикусе?:

- 1) язычок
- 2) оральный щит**
- 3) канавки для зубов

- 4) лабиальные отростки
- 5) вестибулярный щит

Вариант 3.

1.Профилактика аномалий прикуса в периоде предначального развития детей состоит:

- 1) **в медико-генетической консультации**
- 2) в пропаганде правильного режима труда, отдыха и питания будущей матери и в устранении вредных привычек у беременной женщины
- 3) в профилактике простудных и других заболеваний беременных женщин
- 4) во всем перечисленном

2.Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте направлена:

- 1) на устранение ранних признаков аномалий прикуса
- 2) на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса
- 3) **на регулирование роста челюстей**
- 4) на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса

3.Применение соски у детей первого года жизни:

- 1) **абсолютно противопоказано**
- 2) показано ограниченное
- 3) показано детям с вредной привычкой сосания пальцев
- 4) показано детям с ротовым дыханием

4.С какой целью можно применять профилактические аппараты:

- 1) **для нормализации функций зубочелюстной системы**
- 2) для закрепления достигнутых результатов
- 3) для предупреждения рецидивов зубочелюстных аномалий
- 4) для лечения зубочелюстных аномалий

5.Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте направлена:

- 1) на устранение ранних признаков аномалии прикуса
- 2) на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса
- 3) **на регулирование роста челюстей**
- 4) на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса

6.Назовите индивидуальный вестибуло – оральный щит:

- 1) **Хинца**
- 2) Кербитца
- 3) трейнер
- 4) Крауса

7.Вестибулярная пластинка Кербитца рекомендуется:

- 1) для нормализации положения отдельных зубов
- 2) устранения вредной привычки сосания пальца и прикусывания губы
- 3) исправления сагиттальных аномалий прикуса в постоянном прикусе
- 4) **для нормализации функции дыхания**

8.К профилактическим мероприятиям во II периоде (от рождения до 6 мес.) зубочелюстного развития относится?:

- 1) пластика укороченной уздечки языка
- 2) шинирование зубов

- 3) физиотерапия
- 4) **логопедическую гимнастику**

9.К профилактически мероприятия аномалии развития зубочелюстной системы в V периоде (от 6 до 9 лет) относится:

- 1) **избирательная шлифовка**
- 2) искусственное вскармливание
- 3) применение лечебных сосок
- 4) **массаж альвеолярного отростка**

10.Ребенок 4,5 года имеет вредную привычку вытягивать щеки внутрь. При осмотре: отмечается незначительная изменения формы зубных дуг. Какая ортодонтическая конструкция НАИБОЛЕЕ целесообразно для устранения вредный привычки?:

- 1) **пластинка с губными пилотами**
- 2) **вестибулярная пластика**
- 3) вестибулооральная пластинка
- 4) активатор Андресана

11.Функцию смыкания губ можно нормализовать:

- 1) миотерапией для круговой мышцы рта после санации полости рта
- 2) пластикой низко прикрепленной уздечки верхней губы
- 3) устранением аномалии прикуса
- 4) **пластикой укороченной уздечки нижней губы**
- 5) тренировкой правильного глотания

12.Ранним признаком формирующегося глубокого прикуса является:

- 1) **углубление резцового перекрытия**
- 2) увеличение степени фронтального перекрытия
- 3) зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти
- 4) зубоальвеолярное укорочение боковых участков челюстей
- 5) уменьшение высоты нижней части лица

13.При лечении детей, имеющих ранние признаки глубокого прикуса в период формирования временного прикуса, следует:

- 1) назначить аппаратное лечение с учетом дезартикуляции прикуса
- 2) **провести коррекцию артикуляции челюстей в вертикальном направлении**
- 3) способствовать росту челюстных костей в боковых участках
- 4) устранить глубокое перекрытие во фронтальном участке челюстей
- 5) устранить вредные привычки, нормализовать функции

14. При профилактическом осмотре у ребенка выявлено нарушение физиологического стирания бугров временных зубов. В какую диспансерную группу должен быть включен пациент с не стершимися буграми моляров с одной стороны?:

- 1) **на учет не брать.**
- 2) в 1 – ю группу.
- 3) во 2 – ю группу .
- 4) в 3 – ю группу.
- 5) в 4 – ю группу.

15. Назовите стандартный вестибулярный щит:

- 1) Шонхера
- 2) Т4К
- 3) **Кербитца**

- 4) регулятор функции Френкеля
- 5) Крауса

16. Назовите индивидуальный вестибуло – оральный щит:

- 1) Шонхера
- 2) Хинца
- 3) Кербитца
- 4) трейнер
- 5) Крауса

3.1.3. Ситуационные задачи

Задача №1

При клиническом обследовании ребенка 8 лет установлено затруднение носового дыхания, неправильное глотание с подкладыванием языка между зубами, вестибулярный наклон верхних передних зубов, наличие между ними трем, сужение верхнего зубного ряда, при смыкании челюстей в центральной окклюзии между передними зубами на протяжении от 53 до 63 вертикальная щель в 2,5 мм.

Вопросы:

1. Какой прикус у ребенка?
2. Какому периоду развития зубочелюстной системы соответствует прикус?
3. Что является причиной образования аномалий?
4. Какие основные задачи при лечении этой аномалии?
5. Какой метод лечения вы проведете?

Задача №2

При профилактическом осмотре ребенка 12 лет установлено напряжение приротовой мускулатуры. Состояние среднего отдела лица, укорочение верхней губы, носогубные складки сглажены, подбородочная резко выражена. Осмотр полости рта: верхняя зубная дуга шире нижней, взаимоотношение первых постоянных моляров по II классу Энгеля, между верхними и нижними резцами имеется сагиттальная щель.

Вопросы:

1. Какой у ребенка прикус (для этого возраста)?
2. Какая аномалия определяется у ребенка?
3. Причины ее образования?
4. Каковы лицевые признаки, характерные для этой аномалии?
5. Какие внутриротовые признаки?
6. Основная задача лечения
7. Какие лечебные мероприятия вы проведете?

Задача №4

Пациентка 14 лет обратилась с жалобами на тесное положение зубов, множественный кариес. Анамнез: обратилась впервые.

Объективно: лицо средней ширины, гармоничное, губы смыкаются спокойно.

Соотношение моляров нейтральное, во фронтальном отделе перекрытие на 1/3 коронок нижних резцов, множественный бугрово- фиссурный контакт. Средняя линия верхнего зубного ряда смещена влево на 4 мм, небное положение 22, вестибулярное 23 - дефицит места 7 мм. На нижней челюсти центральная линия также смещена влево, язычное положение 32, вестибулярное 33 - дефицит места 7 мм. По данным ОПТГ на дистальном корне 36 гранулема, отмечается генерализованный гингивит.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз, перечислив клинические данные.
3. Составьте комплексный план лечения.
4. Какова в первую очередь врачебная тактика при данном состоянии.
5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №5

К ортодонту обратились родители с девочкой 12 лет с жалобами на эстетические нарушения у ребенка. Анамнез: аномалия была замечена в возрасте 8 лет и наблюдается ухудшение.

Объективно: профиль лица выпуклый, уменьшена нижняя треть лица, верхняя губа укорочена, нижняя губа вывернута, на ней лежат резцы верхней челюсти, губы не сомкнуты. По боковой ТРГ угол ANB 10°, протрузия верхних резцов. По КДМ: сужение верхнего зубного ряда в нейтральной окклюзии. Наблюдается глубокая травмирующая окклюзия во фронтальном участке, в боковых отделах соотношение по II классу Энгля. Пародонтит средней степени тяжести в области фронтальных зубов нижней челюсти.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите дополнительные методы исследования, подтверждающие ваш диагноз.
3. Назовите наиболее вероятные причины аномалии.
4. Составьте комплексный план лечения.
5. Выберите ортодонтический аппарат.

Задача №6

К ортодонту обратились родители с жалобами на неправильный прикус у ребенка. Анамнез: подобная аномалия отмечается у мамы.

Объективно: девочка 7 лет, профиль лица прямой, при привычной окклюзии наблюдается мезиальная ступенька губ. На ОПТГ: зачатки всех постоянных зубов.

Зубная формула:

6 V IV ПТ 0 1 1 О ПТ О V 6

6 V TU ПТ 2 1 1 2 ПТ 0 0 6

В привычной окклюзии нижняя челюсть смещается вперед, резцы верхней челюсти прорезываются в небном положении. В ретро положении нижней челюсти контакт междузубными рядами только на временных клыках. На жевательной поверхности первых постоянных моляров - глубокие фиссуры.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите дополнительные методы исследования, которые могут подтвердить ваш диагноз.
3. Каковы наиболее вероятные причины аномалии.
4. Составьте комплексный план лечения.

5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №7

К ортодонту обратились родители мальчика 11 лет с жалобами на неправильное прорезывание клыков верхней челюсти. Анамнез: подобная аномалия у папы.

Объективно: профиль лица выпуклый, профиль губ плоский, подбородок смещен дистально, увеличен назолабиальный угол. По данным боковой ТРГ: угол ANB 6°, наблюдается ретрузия резцов верхней челюсти. По К ДМ отмечается: смыкание по сагиттали в боковых участках одноименными буграми, сагиттальная щель в переднем отделе отсутствует, вертикальное перекрытие на величину коронки нижних резцов, форма зубных дуг - трапецевидная. В полости рта отмечается травма слизистой с вестибулярной стороны нижних резцов. Отмечается системная гипоплазия эмали постоянных зубов в виде меловидных пятен.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите дополнительные методы исследования, подтверждающие ваш диагноз.
3. Назовите вероятные причины аномалии.
4. Составьте комплексный план лечения.
5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №8

К врачу ортодонту обратились родители с жалобами на задержку прорезывания и неправильное положение центральных резцов верхней челюсти.

Объективно: мальчику 8 лет, профиль лица слегка выпуклый, губы смыкаются без напряжения, лицо пропорциональное. В полости рта отмечается: смыкание зубных дуг по I классу Энгля, множественный кариес временных моляров, в области проекции верхушки корня 6.4. имеется свищ.

В области фронтальных зубов верхней челюсти отмечается поворот по оси 11 на 90°, отсутствие 21.

Зубная формула:

6 V IV III 2 1 0 2 III IV V 6

6 V 0 III 2 1 1 2 III 0 0 6

На ОПТГ: наблюдается ретенция 21, наличие двух сверхкомплектных зубов в области центральных резцов верхней челюсти.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, учитывая все виды патологии в данном случае.
2. Укажите наиболее существенные данные, подтверждающие ваш диагноз.
3. Какова причина развития патологии в данном случае.
4. Составьте комплексный план лечения.
5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №9

К ортодонту обратились родители с жалобами на асимметрию лица у ребенка. Пациентка - девочка 12 лет. Анамнез: асимметрия возникла 1,5 года назад.

Объективно: профиль лица слегка выпуклый, в фас наблюдается асимметрия лица за счет смещения нижней челюсти вправо. По данным боковой ТРГ: угол 3°, положение резцов в норме. По К ДМ: по сагиттали смыкание по I классу Энгля, наблюдается небное положение

12, 22, правосторонняя экзостозия, смещение средней линии нижней челюсти вправо на 3 мм, сужение верхнего зубного ряда, генерализованный гингивит, в области шеек всех зубов наблюдается отложение мягкого зубного налета.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие ваш диагноз.
3. Каковы причины развития патологии в данном случае.
4. Составьте комплексный план лечения.
5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №10

Пациентка 14 лет обратилась с жалобами на эстетические нарушения. Анамнез: в раннем детском возрасте часто болела простудными заболеваниями, в 4 года проведена аденомтомия. В 7 лет травма 21 зуба. В возрасте 10 лет лечилась у ортодонта, пользовалась пластинкой с наклонной плоскостью, лечение не закончила.

Объективно: носогубные складки сглажены, верхняя губа укорочена, профиль выпуклый. По данным телерентгенографии: уменьшен назолабиальный угол, угол ANB +5°, протрузия верхних резцов. При осмотре полости рта выявлено тесное положение 12, 11, 21, 22; протрузия 11, 21. Соотношение первых моляров по сагиттали одноименными буграми, в переднем отделе сагиттальная щель 11 мм, глубокое резцовое перекрытие на 2/3 коронок нижних резцов. Коронка 21 темного цвета, на рентгенограмме очаг деструкции в области верхушки корня размером 5-6 мм с нечеткими границами. ОН1=0,6. При определении степени кислотоустойчивости эмали (ТЭР-тест) данные составляют 20 баллов.

Вопросы:

1. Назовите наиболее вероятный полный диагноз, укажите все виды патологии в данном случае.
2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие ваш диагноз.
3. Какова причина развития патологии в данном случае.
4. Составьте план лечения.
5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №11

Родители ребенка 3 лет обратились с жалобами на отсутствие зубов.

Анамнез: мальчик 3 лет, отстает в физическом и речевом развитии.

Объективно: кожные покровы лица и тела сухие, горячие, вокруг глаз и ротовой щели глубокие морщинки. На голове пушковые волосы, нет бровей и ресниц. Нос седловидной формы, ушные раковины оттопырены. В полости рта полная адентия, альвеолярные отростки не развиты, с тонким слизистым гребнем на вершине. Родители отмечают частые респираторные заболевания и расстройства ЖКТ с рождения, нарушения теплообмена.

Подобное заболевание отмечалось у брата бабушки.

Вопросы:

1. Какое заболевание у ребенка.
2. Какова причина данной патологии.
3. Назовите полный диагноз, учитывая все виды патологии в данном случае.
4. Выберите дополнительные методы исследования, подтверждающие ваш диагноз.
5. Какова тактика врача-ортодонта при лечении такого ребенка.

Задача №12

Пациентка 14 лет обратилась с жалобами на эстетические и функциональные нарушения. Анамнез: ранее к ортодонту не обращалась. Аномалия с 8 лет.

Объективно: лицо выпуклое, носогубные складки сглажены, вывернута нижняя губа. Соотношение первых моляров одноименными буграми, сагиттальная щель в переднем отделе 8 мм, небное положение 12, 22, отсутствует 42. Глубокое резцовое перекрытие. ТРГ: протрузия верхних резцов, ретрузия нижних, угол ANB увеличен на 4°. На слизистые неба отпечатки нижних резцов, гиперемия, отечность.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите данные, подтверждающие ваш диагноз.
3. Какая причина развития аномалии в данном случае.
4. Каковы показания к лечению.
5. Составьте комплексный план лечения.

Задача №13

Пациент 16 лет обратился с жалобами на эстетические нарушения и нарушения функций глотания, жевания, речи, дыхания. В анамнезе рахит, частые простудные заболевания.

Анамнез: аномалия замечена с детства, лечился съемными аппаратами, получено улучшение. Объективно: носогубные и подбородочная складки сглажены, губы смыкаются с напряжением. По данным ТРГ увеличены: нижняя высота лица, угол нижней челюсти, высота альвеолярных отростков в боковых отделах челюстей; вертикальное направление роста нижней челюсти. В переднем отделе вертикальная щель от клыка до клыка высотой 6 мм. На передних зубах мягкий зубной налет, нарушено самоочищение зубов. Тесное положение резцов на верхней и нижней челюсти. Соотношение моляров нейтральное. ОН1=2,0, кислотоустойчивость эмали (ТЭР-тест) =50 баллов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие ваш диагноз,
3. Какова причина развития патологии в данном случае.
4. Составьте план лечения.
5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №14

Пациентка 15 лет обратилась с жалобами на эстетические нарушения. Анамнез: в возрасте 8 лет лечилась у ортодонта, результатом лечения неудовлетворена. В анамнезе длительное сосание пальца.

Объективно: носогубные складки сглажены, губы смыкаются с напряжением. По данным ТРГ: бипротрузия резцов, неудовлетворительная гигиена полости рта. ОН1==2,9. Тесное положение резцов на верхней и нижней челюсти. Сужение верхнего зубного ряда.

Перекрестное смыкание зубов справа. Соотношение моляров нейтрально, по вертикали перекрытие на 1/4 коронок нижних резцов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите методы исследования, подтверждающие ваш диагноз.
3. Назовите наиболее вероятные причины аномалии.
4. Составьте комплексный план лечения.

5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №15

Пациентка 15 лет обратилась с жалобами на эстетические нарушения. Анамнез: аномалия прикуса отмечается с периода смены зубов.

Объективно: профиль вогнутый, положительная ступенька губ, носогубные складки выражены. По данным ТРГ: угол ANB 0° , ретрузия верхних резцов, протрузия нижних резцов. На верхней челюсти диастема 6 мм, микроденция 17,27. На языке продольные складки, отпечатки зубов. Медиально-щечные бугры верхних первых моляров смыкаются с дистальными буграми одноименных нижних, в переднем отделе обратное резцовое перекрытие, обратная сагиттальная щель 2 мм.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, учитывая все виды патологии.
2. Выберите дополнительные методы исследования, подтверждающие ваш диагноз.
3. Назовите наиболее вероятные причины развития данной патологии.
4. Составьте план лечения.
5. Выберите ортодонтический аппарат, целесообразный в данном случае.

Задача №16

Пациентка 18 лет обратилась с жалобами на эстетические нарушения, нечеткое произношение звуков, неудобство при пережевывании пищи. Анамнез: аномалия прикуса отмечается с детства. У ортодонта не лечилась.

Объективно: профиль вогнутый, положительная ступенька губ, носогубные складки резко выражены. По данным ТРГ: увеличена нижняя высота лица, увеличены размеры нижней челюсти, угол ANB имеет отрицательное значение 6° , ретрузия верхних резцов. На ОПТГ: ретенция 18,

28, адентия 38, 48. В полости рта тесное положение 12, 11, 21, 22; обратная сагиттальная щель 12 мм, первые верхние моляры смыкаются с нижними седьмыми, двусторонний перекрестный прикус.



Вопросы:

1. Поставьте полный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы исследования, подтверждающие ваш диагноз.
3. Укажите наиболее вероятную причину аномалии.
4. Составьте комплексный план лечения.
5. Какова тактика врача-ортодонта.

Задача №17

Пациент 15 лет направлен на консультацию из допризывной комиссии. Жалобы на эстетические нарушения и нарушение произношения звуков. В анамнезе рахит, частые

простудные заболевания, сосание большого пальца до 6 лет, увеличение аденоидов, ротовое дыхание до 8 лет.

Объективно: профиль выпуклый. Увеличена нижняя часть лица, губы смыкаются с напряжением.

По данным ТРГ: угол ANB $+6^\circ$, нижняя микрогнатия, протрузия верхних и нижних резцов, уменьшен назолабиальный угол, удлинена нижняя часть лица. Сужен верхний зубной ряд, зубо-альвеолярная протрузия верхнего переднего отдела, трапециевидная форма нижней зубной дуги. Соотношение первых моляров и клыков по II классу. Сагиттальная и вертикальная щель 10 мм, двухсторонний перекрестный прикус. Инфантильный тип глотания, нарушение артикуляции языка $OH1=2,8$

Вопросы:

1. К каким видам аномалии прикуса и зубных дуг можно отнести описанную патологию.
2. Назовите полный диагноз.
3. Назовите наиболее существенные данные, подтверждающие ваш диагноз.
4. Какая причина развития данной патологии.
5. Составьте план лечения.
6. Какой ортодонтический аппарат целесообразен в данном случае

Задача №18

Пациент А. 12 лет. Родители обратились к ортодонту с жалобами на отсутствие в полости рта верхнего левого центрального резца. При осмотре полости рта отмечено отсутствие верхнего левого центрального резца и дефицит места в зубном ряду для него, вестибулярное положение зуба 2.3, при этом зубная формула соответствует возрасту.

Вопросы:

1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
2. Перечислите методы диагностики, используемые вами для постановки диагноза.
3. Поставьте диагноз.
4. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.
5. Предложите для проведения лечения ортодонтический аппарат.

Задача №19



Пациентка М. 9 лет обратилась с жалобами к врачу-ортодонт на неправильное положение зубов. При осмотре лица отмечено выступание верхней губы, губы смыкаются с напряжением. При осмотре полости рта определено вестибулярное положение и наклон верхних клыков, скученность резцов, перекрытие в области резцов более 1/3.

Вопросы:

1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
2. Перечислите методы диагностики, используемые вами для постановки диагноза.
3. Поставьте диагноз.
4. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.
5. Предложите для проведения лечения ортодонтический аппарат.

Задача №20



Пациентка И. 15 лет обратилась с жалобами на затрудненное откусывание твердой пищи. При внешнем осмотре отмечено смещение подбородка вперед, удлинение нижней трети лица. В полости рта: в боковых отделах - щечные бугры верхних зубов контактируют со щечными буграми нижних, резцы контактируют режущими краями.

Вопросы:

1. Укажите аномалию окклюзии.
2. Перечислите методы диагностики, которые необходимо использовать для постановки диагноза.
3. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной аномалии.
4. Предложите тактику ортодонтического лечения.
5. Предложите ортодонтическую конструкцию для проведения лечения.

Задача №21



Пациент С. 8,5 лет. Направлен на консультацию врачом-терапевтом стоматологом. Жалоб

не предъявлял. При осмотре лица: профиль выпуклый, подбородок смещен назад, выражена подбородочная складка. В полости рта: сагиттальная щель – 5мм, протрузия передней группы зубов в/ч, укороченная уздечка языка.

Вопросы:

1. Назовите описанную аномалию.
2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования.
3. Укажите лечебные мероприятия, которые следует провести перед ортодонтическим лечением.
4. Предложите методы лечения аномалии.
5. Перечислите ортодонтические аппараты для лечения данной аномалии

Задача №22



Пациентка А. 9 лет. Жалобы на затрудненное откусывание пищи. При осмотре лица: верхняя губа западает, подбородок смещен вперед, профиль слегка вогнутый. В полости рта: обратная сагиттальная резцовая дизокклюзия, мезиальный щечный бугор первого моляра верхней челюсти контактируют с дистальным щечным бугром моляра (слева и справа) нижней челюсти.

Вопросы:

1. Назовите данную аномалию.
2. Назовите основные этиологические факторы аномалии.
3. Перечислите дополнительные методы диагностики.
4. Укажите, какие методы лечения показаны для этой пациентки.
5. Выберите ортодонтический аппарат для лечения этой пациентки

Задача №23



Пациентка В. 18 лет. Жалобы на асимметрию лица. При осмотре лица определено

небольшое смещение подбородка вправо. В полости рта: смещение межрезцовой линии в области нижних зубов, скученность нижних резцов.

Вопросы:

1. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной аномалии.
2. Укажите в какой плоскости классифицируется данная аномалия.
3. Перечислите дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Назовите, какой из дополнительных методов наиболее информативен.
5. Выберите способ фиксации ортодонтического аппарата.

Задача №24



Пациентка К. 9 лет. Жалобы на затрудненное откусывание пищи. При осмотре лица определено увеличение высоты нижней части лица и сглаженность надподбородочной и носогубных складок лица. В полости рта: вертикальная щель между резцами размером 2,5 мм, инфантильный тип глотания.

Вопросы:

Назовите аномалию.

Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.

Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной аномалии.

Предложите методы лечения аномалии.

Назовите элемент, который необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.



Задача №25

Пациент С. 13 лет. Жалобы на выступающую верхнюю губу. Лицо симметричное, губы не

сомкнуты, дыхание ротовое. При осмотре в полости рта: слева щечные бугры верхних боковых зубов располагаются в продольной фиссуре нижних боковых зубов, вестибулоположение клыков. Справа фиссурно-бугорковые контакты. Косметический центр совпадает.

Вопросы:

1. Назовите аномалию.
2. Перечислите дополнительные методы диагностики, необходимые для постановки диагноза.
3. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной аномалии.
4. Предложите методы лечения аномалии.
5. Предложите конструкцию ортодонтического аппарата для лечения данной аномалии.

Задача №26



Пациентка Ф. 12 лет. Жалобы на неправильное положение верхнего правого клыка. В полости рта зуб 1.3 супра- и вестибулоположение. Промежуток между зубами 1.2 и 1.4 - 2 мм. Из анамнеза выяснено, что молочный зуб (5.3) был удален по терапевтическим показаниям.

Вопросы:

1. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.
2. Перечислите аномалии зубов, которые могли привести к данной аномалии.
3. Укажите возможные причины аномалии. Предложите варианты лечения данной аномалии.
4. Укажите методы лечения данной пациентки.

Задача №27



Пациентка К. 12 лет. Жалобы на выступание верхней губы. При осмотре лица: верхняя губа выступает, выражена надподбородочная складка. В полости рта: протрузия верхних резцов, диастема, ретрузия нижних резцов, их скученное положение, сагиттальная щель 6 мм, смыкание в боковых отделах соответствует норме.

Вопросы:

1. Назовите данную аномалию.
2. Перечислите дополнительные методы диагностики, которые необходимо провести.
3. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной аномалии.
4. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.
5. Обоснуйте возможность применения функциональных ортодонтических аппаратов для лечения данной аномалии.

Задача №28



Пациент С. 14 лет. Жалобы на неправильное положение верхних передних зубов. При осмотре полости рта: смыкание в боковых отделах дистальное, небное положение зубов 1.2 и 2.2; вестибуло- и супраположение зубов 1.3 и 2.3, места для них в зубном ряду недостаточно.

Вопросы:

1. Укажите дополнительные методы диагностики, необходимые для уточнения диагноза.
2. Назовите аномалии, приведшие к данной клинической картине.
3. Определите этиологические факторы формирования аномалии.
4. Предложите методы лечения.
5. Обоснуйте выбранную тактику лечения.

Задача №29



Пациентка В. 13 лет. Жалобы: на промежуток между центральными резцами верхней челюсти.

Лицевые признаки без особенностей. В полости рта: период прикуса постоянных зубов, промежуток между центральными резцами верхней челюсти около 2,5 мм, зуб 2.3 по-вернут по оси, не смыкается с антагонистами и расположен вестибулярно. Смыкание в боковых отделах зубных рядов соответствует норме.

Вопросы:

1. Перечислите аномалии.
2. Укажите дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Определите этиологические факторы формирования аномалии.
4. Предложите методы лечения.
5. Определите аппарат по способу фиксации.

Задача №30



Пациентка Б. 15 лет, жалобы: на асимметрию лица и выступающий подбородок. При осмотре лица определяется асимметрия, подбородок смещен влево. В полости рта: смещение средней линии в области нижних центральных резцов влево на 2,5 мм. В боковых участках: смыкание зубов - антагонистов по III классу Энгля, в переднем - обратная резцовая окклюзия.

Вопросы:

1. Перечислите факторы, которые могли явиться причиной данной аномалии.
2. Укажите дополнительные методы обследования, которые следует провести для уточнения диагноза.
3. Укажите методы рентгенологического исследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Обоснуйте применение регулятора функции Френкеля III типа для коррекции аномалий.
5. Обоснуйте применение сочетанного метода лечения (ортодонтического - хирургического) в данном случае.

Задача №31



Пациентка Г. 13 лет, жалобы: на отсутствие боковых резцов на верхней челюсти. При осмотре лица конфигурация не нарушена. В полости рта: зубная формула 6543 1 | 1 3456 65432 1 | 1 23456 В анамнезе подобная аномалия у матери.

Вопросы:

1. Назовите данную аномалию.
2. Укажите дополнительные методы обследования, которые необходимо провести для уточнения диагноза. Обоснуйте.
3. Определите аномалии, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
4. Укажите этиологические факторы аномалии.
5. Тактика лечения.

Задача №32



Родители пациентки К. 8 лет обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости в лечении.

При осмотре полости рта определяется скученное положение резцов нижнего зубного ряда, боковые резцы находятся в язычном положении. Между центральными резцами верхней челюсти имеется промежуток 3 мм. Верхние резцы при смыкании перекрывают их с вестибулярной стороны на 1/3 коронки.

Вопросы:

1. Назовите аномалию положения резцов верхнего зубного ряда.
2. Укажите причину аномалии нижнего зубного ряда в области передних зубов.
3. Обоснуйте этиологические факторы нарушения положения резцов нижней челюсти.
4. Укажите аномалии для проведения дифференциальной диагностики.
5. Укажите дополнительные методы диагностики.

Задача №33



Пациентка Р. 12 лет направлена на консультацию к ортодонту детским стоматологом-терапевтом. Жалоб не предъявляет.

При осмотре лица: тип лица мезоцефалический, профиль - выпуклый.

В полости рта: макродонтия центральных и боковых резцов на верхней и нижней челюсти. Определяется генерализованная форма флюороза.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы исследования, необходимые для постановки диагноза.
3. Укажите этиологические факторы аномалии.
4. Предложите методы лечения. Обоснуйте выбранную тактику лечения.
5. Укажите конструкцию ортодонтического аппарата, необходимую для лечения данной аномалии.

Задача №34



Пациент А. 14 лет. Жалобы: на выступающий подбородок и неправильное положение зубов. При осмотре лица: выступает вперед нижняя губа.

В полости рта: мезиальнощечные бугры верхних моляров располагаются позади межбугорковых фиссур нижних первых моляров (справа и слева). Отсутствует смыкание фронтальных зубов.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы исследования, необходимые для постановки диагноза.
3. Укажите угловые параметры ТРГ, подтверждающие диагноз.
4. Укажите этиологические факторы аномалии.
5. Перечислите методы лечения. Укажите конструкцию аппарата для лечения данной аномалии.

Задача №35



Пациент П. 15 лет обратился с жалобами на неправильный наклон передних зубов на верхней челюсти.

Клиническое обследование: тип лица - мезоцефалический, ассиметрии лица не наблюдается, профиль выпуклый.

Нижний отдел лица незначительно снижен, выражена глубокая супраментальная складка.

В полости рта: смыкание моляров по второму классу Энгля. Наблюдается скученное положение передних зубов. Мезиальный наклон верхних клыков. Глубокая резцовая окклюзия.

Вопросы:

1. Определите зубочелюстную аномалию.
2. Укажите дополнительные методы исследования, необходимые для постановки диагноза.
3. Определите этиологические факторы аномалии.
4. Предложите методы лечения.
5. Определите показания для выбора вида ортодонтического лечения.

Задача №36



Пациент В. 13 лет. Жалобы: на неправильное положение верхних зубов. При внешнем осмотре лица: профиль лица скошен назад. В полости рта: сагиттальная щель в переднем отделе 5 мм. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти более чем на 1/3 коронки.

Вопросы:

1. Укажите аномалию.
2. Назовите дополнительные методы диагностики, необходимые для постановки диагноза.
3. Предложите методы лечения.
4. Укажите основные угловые параметры на ТРГ, которые необходимо изучить для составления плана лечения.
5. Обоснуйте выбранную тактику лечения с учетом возраста пациента

Задача №37

Пациентка С. 13 лет обратилась с жалобами на неправильное положение зубов в переднем отделе верхней челюсти и эстетические нарушения. При осмотре полости рта выявлено смыкание первых постоянных моляров, соответствующее I классу по Энгля.

Резцы смыкаются режущими краями. Клыки верхней челюсти находятся в вестибулярном и супраположении. На нижнем зубном ряду видимых нарушений не обнаруживается.

Вопросы:

1. Опишите признаки смыкания первых постоянных моляров по I классу Энгля.
2. Как называется аномалия окклюзии в переднем отделе?
3. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести такому пациенту и зачем?
4. Какие элементы должен иметь в своей конструкции съемный ортодонтический аппарат для лечения данной аномалии?
5. Какой режим активации механически-действующих элементов этого аппарата?

Задача №38

Родители пациента К. 8 лет обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости в лечении. При осмотре полости рта определяется скученное положение резцов нижней челюсти, центральные резцы повернуты по оси, боковые – находятся в язычном положении. Между центральными резцами верхней челюсти имеется промежуток 3мм и они при смыкании с резцами нижней челюсти полностью их перекрывают с вестибулярной стороны.

Вопросы:

1. Назовите аномалию окклюзии во фронтальном отделе.
2. Назовите аномалию верхнего зубного ряда в области передних зубов.
3. Каковы этиологические факторы нарушения положения резцов нижней челюсти?
4. С чем необходимо дифференцировать данные аномалии?
5. Какие методы дополнительной диагностики необходимо провести?

Задача №39

При осмотре лица пациента Р., 9 лет, определяется выпуклый профиль, скошенный подбородок, выраженная подбородочная складка и смыкание резцов верхней челюсти с нижней губой.

Вопросы:

1. Какой аномалии характерны лицевые признаки данного пациента?
2. Какие методы объективной диагностики необходимо провести для определения обусловленности аномалии.
3. Какие принципы планирования лечения таких пациентов?
4. Какие авторские ортодонтические аппараты используются для лечения данной аномалии?
5. Каковы профилактические мероприятия по предотвращению возникновения или развития данной аномалии необходимо проводить?

Задача №40

Больная 17 лет. При обследовании больной был установлен прогнатический прикус, образовавшийся вследствие резкого сужения верхней челюсти в боковых отделах, протрузии верхних резцов и дистального положения нижней челюсти. У одного из родителей также обнаружен прогнатический прикус. Внешний осмотр: вздернутая укороченная верхняя губа, полуоткрытый рот, верхние резцы видны из-под губы на величину коронки.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие диагноз,
3. Какова причина развития патологии в данном случае.
4. Составьте план лечения.
5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №41

Больная 22 лет. Жалобы на аномалию прикуса. Из анамнеза установлено, что в раннем детском возрасте сосала большой палец. Внешний осмотр: сглаженность носогубных складок, нижняя треть лица западает. Осмотр полости рта: удлинение зубного ряда верхней челюсти. Зубной ряд нижней челюсти имеет форму трапеции. При смыкании зубов в центральной окклюзии жевательные зубы имеют по одному одноименному антагонисту. Сагиттальная щель шириной 10 мм.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие диагноз,
3. Какова причина развития патологии в данном случае.
4. Составьте план лечения.
5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №42

Пациентка Л. 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на выступление верхних фронтальных зубов вперед. Внешний осмотр: фронтальные зубы верхней челюсти веерообразно выступают вперед, оттягивая верхнюю губу. Ротовая щель постоянно зияет. Губы смыкаются с трудом. Высота нижнего отдела лица в покое 73 мм, в положении центральной окклюзии – 68 мм. Промежутки между фронтальными зубами верхней челюсти 1-3 мм, зубной ряд нижней челюсти имеет правильную величину и форму, режущие края фронтальных зубов верхней челюсти сместились вестибулярно на 6 мм

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие диагноз,
3. Какова причина развития патологии в данном случае.
4. Составьте план лечения.
5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №43

Пациентка Л. 25, лет обратилась с жалобами на эстетический недостаток: наличие промежутков между передними зубами на верхней челюсти. Ортодонтическое лечение ранее не проводилось. При внешнем осмотре выявлено: носогубные складки сглажены, верхняя губа натянута, верхние фронтальные зубы выступают из-под верхней губы и перекрывают нижние, нижняя губа западает. Высота нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя равна 80 мм, в положении ЦО – 78 мм, среднего отдела лица – 77 мм. Угол нижней челюсти слева и справа – 123°. При осмотре полости рта: слизистая оболочка десен и щек без изменений. Зубные ряды верхней и нижней челюстей интактны. Верхние передние зубы нормальных размеров, устойчивы. Верхний зубной ряд имеет форму полуэллипса, нижний – параболы. Имеются тремы во фронтальном участке верхней челюсти. Медиально-щечный бугор верхней челюсти лежит в промежутке между вторым премоляром и медиально-щечным углом первого моляра. Сагиттальная щель – 5,5 мм.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования,

- подтверждающие диагноз,
3. Какова причина развития патологии в данном случае.
 4. Составьте план лечения.
 5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №44

В клинику обратились родители с ребенком 11 лет с жалобами на неправильное расположение зубов на верхней челюсти. При клиническом обследовании выявлено: нижняя треть лица удлинена. Губы смыкаются с напряжением. Прикрепление мягких тканей отвечает норму. Верхняя зубная дуга V-образной формы. Соотношение на первых постоянных молярах слева нейтральное, справа одноименное бугорковое. Сагиттальная щель. Средние линии между резцами совпадают. Поворот вокруг оси 11,12,21,22. Оклюзионный контакт начинается с клыков. Определяется щель между резцами 3мм. Верхняя зубная дуга перекрывается нижней на величину щечного бугра.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие диагноз
3. Какова причина развития патологии в данном случае
4. Составьте план лечения
5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №45

В клинику обратились родители с ребенком 12 лет с жалобами на неправильное



расположение зубов на верхней и нижней челюстях. При клиническом обследовании определено. Нижняя треть лица удлинена. Соотношение на первых постоянных молярах по I классу Энгля. Оклюзионный контакт начинается с первых премоляров. Определяется широкая форма кончика языка, со складкой на спинке. Бипрогнатическое соотношение во фронтальном участке. Вертикальная щель 1мм.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие диагноз,
3. Какова причина развития патологии в данном случае.
4. Составьте план лечения.
5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №46

Пациент М. 15 лет обратился в клинику с жалобами на неправильное положение зубов.

Клиническая картина:

Результаты дополнительных методов исследования:

Сумма мезиодистальных размеров верхних резцов – 32 мм

Сумма мезиодистальных размеров нижних резцов – 27мм

Параметры зубных рядов:

Ширина зубного ряда в области верхних премоляров – 34 (норма 37,5 мм)

Ширина зубного ряда в области нижних премоляров – 38

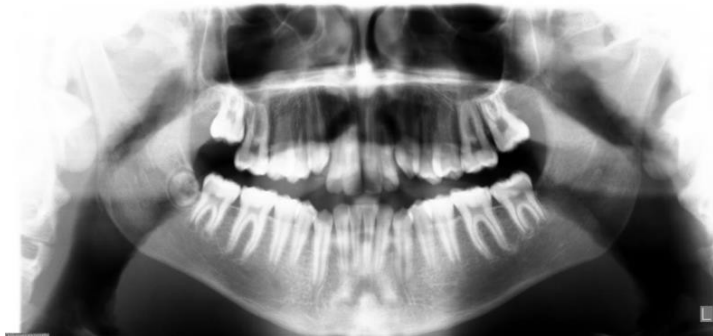
Ширина зубного ряда в области верхних моляров – 46 (норма 49 мм)

Ширина зубного ряда в области нижних моляров – 49

Длина переднего отрезка верхнего зубного ряда – 18 (норма 18 мм)

Длина переднего отрезка нижнего зубного ряда – 16

Ортопантомограмма:



Данные расчета телерентгенограммы головы в боковой проекции:

SNA –81° (норма 82°±2°)

SNB - 82°(норма 80°±2°)

ANB- -1°(норма 2°±2°)

NSL/MP - 37°(норма 32° ±2°)

NSL/Spp - 10°(норма 7°±2°)

Spp/MP – 27°(норма 25°±2°)

Spp/верхний резец – 120°(норма 115°±2°)

MP/нижний резец – 90°(норма 90°-95°)

межрезцовый угол - 120°(норма 125°±2°)



Вопросы

1. Опишите объективную клиническую картину.
2. Проанализируйте результаты антропометрических методов исследования.
3. Проанализируйте результаты рентгенологических методов исследования. Поставьте развернутый диагноз.
4. Предложите план лечения, профилактические мероприятия, которые могли бы предотвратить возникновение данной ЗЧА или свести ее клинические проявления к минимуму.

Задача №47

Пациент К. 17 лет обратился в клинику с жалобами на неправильное положение зубов.

Клиническая картина:



Результаты дополнительных методов исследования:

Сумма мезиодистальных размеров верхних резцов – 30 мм

Сумма мезиодистальных размеров нижних резцов – 25 мм

Параметры зубных рядов:

Ширина зубного ряда в области верхних премоляров – 34 (N=35,5)

Ширина зубного ряда в области нижних премоляров – 35 (N=35,5)

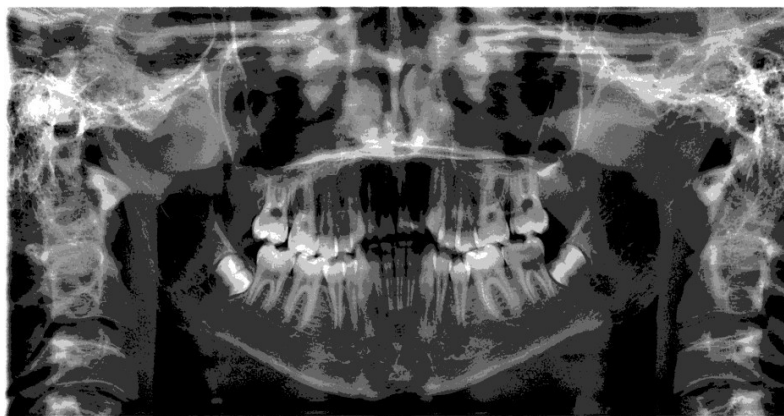
Ширина зубного ряда в области верхних моляров – 40 (N=46,0)

Ширина зубного ряда в области нижних моляров – 42 (N=46,0)

Длина переднего отрезка верхнего зубного ряда – 15 (N=17,5)

Длина переднего отрезка нижнего зубного ряда – 15 (N=15,5)

Ортопантограмма:



Данные телерентгенограммы головы в боковой проекции:



SNA – 80° (норма $82^{\circ}\pm 2^{\circ}$)
SNB – 80° (норма $80^{\circ}\pm 2^{\circ}$)
ANB – 0° (норма $2^{\circ}\pm 2^{\circ}$)
NSL/MP – 42° (норма $32^{\circ}\pm 2^{\circ}$)
NSL/Spp – 7° (норма $7^{\circ}\pm 2^{\circ}$)
Spp/MP – 35° (норма $25^{\circ}\pm 2^{\circ}$)
Spp/верхний резец – 110° (норма $115^{\circ}\pm 5^{\circ}$)
MP/нижний резец – 95° (норма $95^{\circ}\pm 5^{\circ}$)
межрезцовый угол – 125° (норма $125^{\circ}\pm 5^{\circ}$)

Вопросы:

1. Опишите объективную клиническую картину.
2. Проанализируйте результаты антропометрических методов исследования.
3. Проанализируйте результаты рентгенологических методов исследования.
4. Поставьте развернутый диагноз.
5. Предложите план лечения.

Задача №48

Пациент Ф. 16 лет, обратился к врачу-ортодонт по поводу верхних и нижних клыков, резко выступающих вестибулярно из зубной дуги.

Объективно: верхние и нижние клыки выступают за дугу окклюзии на v толщины зуба.



Вопросы

1. Опишите объективную клиническую картину.
2. Какие антропометрические и рентгенологические методы исследования вам понадобятся.
3. Возможно ли поставить диагноз на основании данной клинической картины и предложить качественное лечение.

Задача №49



Пациентка Д. 22 года, обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на эстетический недостаток: наличие щели между фронтальными зубами верхней челюсти. Ортодонтическое лечение ранее не проводилось. Подобная аномалия прикуса имеется у матери. При внешнем осмотре: конфигурация лица не изменена. При осмотре полости рта слизистая оболочка полости рта и щек без видимых патологических изменений. Уздечки губ и языка в виде тонких тяжей слизистой, в межзубные сосочки не вплетаются. Зубные ряды верхней и нижней челюстей интактны. Между центральными резцами верхней челюсти имеется промежуток. Прикус нейтральный в сагиттальной плоскости.

Клиническая картина:

Данные телерентгенограммы головы в боковой проекции:

- SNA – 80° (норма $82^\circ \pm 2^\circ$)
- SNB – 80° (норма $80^\circ \pm 2^\circ$)
- ANB – 0° (норма $2^\circ \pm 2^\circ$)
- NSL/MP – 42° (норма $32^\circ \pm 2^\circ$)
- NSL/Spp – 7° (норма $7^\circ \pm 2^\circ$)
- Spp/MP – 35° (норма $25^\circ \pm 2^\circ$)
- Spp/верхний резец – 110° (норма $115^\circ \pm 5^\circ$)
- MP/нижний резец – 95° (норма $95^\circ \pm 5^\circ$)
- межрезцовый угол - 125° (норма $125^\circ \pm 5^\circ$)

· Go - 125°

Вопросы:

1. Опишите объективную клиническую картину.
2. Проанализируйте результаты рентгенологических методов исследования.
3. Какие еще дополнительные методы исследования необходимо провести?
4. Поставьте развернутый диагноз.
5. Предложите план лечения.

Задача № 50



Пациент 15 лет, жалобы на эстетическую улыбку . на произношение некоторых звуков. Анамнез заболевания: безуспешное ношение пластинки.

Объективно при осмотре: Глубокое резцовое перекрытие. Верхние кривые Шпее в норме, нижние глубокие. Диастема и тремы на ВЧ.

II скелетный класс, небольшая протрузия верхних резцов, уменьшена нижняя треть лица.

Саггитальная щель 9,1 мм. Избыток места на ВЧ справа 0,8 мм, слева- 0,9 мм. На НЧ дефицит места справа 0.3 мм, слева 0.2 мм. Требуется сепарация верхних резцов по Тону и Болтону.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Составьте план ортодонтического лечения.
3. Необходимость расширения верхнего зубного ряда?
4. Этиология, патогенез? Дайте развернутый ответ.
5. Какой прогноз, вероятность рецидива?

3.1.4. Тематика рефератов:

1. Досудебное и судебное разбирательство правовых конфликтов в стоматологии.
2. Экономическая и правовая привлекательность страхования ответственности, связанной с профессиональной медицинской деятельностью.
3. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.
4. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан вследствие недобросовестного выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.
5. Основные принципы исчисления для компенсации морального ущерба пациенту.
6. Основные принципы при утверждении гарантий в стоматологии.
7. Мера правовой ответственности за нарушения применения медицинских технологий в стоматологии.
8. Права граждан на охрану здоровья.
9. Информированное добровольное согласие, медицинская тайна и другие права пациента.
10. Причины жалоб на медицинских работников. Врачебная ошибка. Несчастный случай ятрогении.

11. Правовые конфликты в сфере охраны здоровья населения.
12. Информированное согласие в стоматологии: от процедуры к доктрине.
13. Нравственность и мораль во взаимоотношениях с пациентом и его родственниками.
14. Корпоративная этика стоматологической организации.

3.1.5. Тематика докладов:

1. Административная ответственность медицинских работников.
2. Уголовная ответственность медицинских работников.
3. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников.
4. Медико-юридические аспекты неблагоприятных исходов медицинской помощи.
5. Медицинская ошибка: понятие, классификация, ответственность за ее совершение.
6. Несчастный случай в медицинской деятельности: понятие, классификация, ответственность медицинских работников при его наступлении.
7. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
8. Договор возмездного оказания медицинских услуг: существенные условия заключения договора.
9. Нормативная регламентация платных медицинских услуг.
10. Основные виды медицинской документации в стоматологической организации,
11. Основные разделы Автоматизированной системы управления стоматологической организацией
13. Особенности оказания стоматологической помощи в рамках ОМС
14. Особенности оказания стоматологической помощи в рамках ДМС
15. История развития ортодонтии, вклад отечественных учёных в развитие специальности. Предмет и задачи дисциплины, её место среди медицинских специальностей.
16. Методы обследования детей. Этапы формирования прикуса у детей. Аномалии прикуса: профилактика возникновения, принципы лечения.

3.1.6. Тематика эссе:

1. В чем суть психологического насилия и как его избежать в ситуациях взаимодействия «врач-пациент».
2. Почему необходим особый подход к взаимодействию с подростками? В какой мере это связано с психологическим кризисом подросткового возраста? Какие психологические особенности подростка необходимо учитывать в лечебной практике?
3. Какие фразы и выражения служат конфликтогенами в ситуации установления контакта с врачом?
4. Понятие этики в стоматологии. Этические аспекты в стоматологической науке.
5. Этические проблемы при использовании стволовых клеток в стоматологии.
6. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг врача и технократического развития медицины.
7. Понятие контроля и самоконтроля профессиональной компетентности стоматолога с этических позиций.
8. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов при общеклиническом обследовании пациента.
9. Этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к участию в онкоскрининге полости рта.
10. Компромисс здоровья и красоты.
11. Стандартизированные стоматологические технологии и мода (этика компромиссов).
12. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг. Публичное поведение стоматолога в обществе.

13. Как надо разговаривать с пациентом, чтобы ослабить страх перед посещением стоматолога?
14. Правовые проблемы соблюдения медицинской тайны медицинским персоналом учреждений здравоохранения.
15. Механизмы разрешения правовых конфликтов с пациентами.

3.1.7. Перечень мануальных навыков

1. Опрос пациента, сбор и оценка анамнеза.
2. Клиническое обследование больного: осмотр, зондирование, перкуссия, определение подвижности зубов, пальпация регионарных лимфоузлов, височно – нижнечелюстного сустава.
3. Оценка результатов дополнительных методов исследования: рентгенографии, ортопантомографии, 3D томографии,
4. Снятие слепка с челюсти слепочной массой
5. Изготовление диагностических и рабочих моделей из гипса.
6. Гравировка моделей челюстей.
7. Избирательное шлифование зубов.
8. Припасовка съемного ортодонтического одночелюстного аппарата
9. Припасовка съемного ортодонтического двухчелюстного аппарата
10. Припасовка и фиксация несъемного ортодонтического аппарата
11. Активирование и коррекция ортодонтического аппарата
12. Припасовка ортодонтической коронки или кольца
13. Снятие ортодонтической коронки или кольца
14. Снятие ортодонтической коронки или кольца
15. Фиксация брекетов с помощью композитного материала
16. Снятие брекетов
17. Фиксация дуги лигатурой при использовании несъемной техники
18. Смена резиновой тяги
19. Наложение открывающей (закрывающей) пружины
20. Припасовка эластичного позиционера, съемного ретенционного аппарата, головной шапочки, лицевой дуги, подбородочной пращи
21. Временное шинирование зубов, одного зуба
22. Фиксация несъемного ретейнера
23. Основные конструкции внутриротных несъемных ортодонтических аппаратов
24. Наложение ретракционных колец
25. Изготовление воскового базиса с окклюзионными валиками
26. Установка винта в базис аппарата
27. Изготовление механических элементов ортодонтических аппаратов
28. Изготовление функциональных элементов ортодонтических аппаратов

3.2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

3.2.1. Перечень контрольных вопросов

1. Особенности врачебной деонтологии при ортодонтическом лечении детей.
2. Предмет ортодонтии. История развития ортодонтии.
3. Организация ортодонтической помощи.
4. Организация работы ортодонтического отделения, кабинета.
5. Дезинфекция и стерилизация ортодонтического инструментария.
6. Височно-нижнечелюстной сустав. Его роль в обеспечении нормального функционирования зубочелюстной системы.
7. Клиническая анатомия полости рта. Анатомия зубов. Различные типы прикуса. Кровоснабжение и иннервация полости рта.
8. Клиническое обследование ортодонтического пациента.
9. Рентгенологический метод обследования ортодонтического больного (изучение ортопантомограммы).
10. Рентгенологический метод обследования ортодонтического больного (изучение КТ).
11. Телерентгенография (показания, методики анализа ТРГ).
12. Методика проведения телерентгенографии головы в боковой проекции.
13. Методы обследования височно-нижнечелюстных суставов.
14. Антропометрический метод исследования диагностических моделей челюстей (исследование формы зубных дуг - индексы Пона, Корхгауза, симметроскопия).
15. Антропометрический метод исследования диагностических моделей челюстей (соответствие размеров зубов –индексы Тонна, Болтона).
16. Антропометрический метод исследования диагностических моделей челюстей (измерение апикального базиса челюстей).
17. Функциональные методы исследования в ортодонтии (миография, электромиография)
18. Функциональные методы исследования в ортодонтии (доплеровская флоуметрия, реопародонтография).
19. Анализ фотографий лица, фотометрия.
20. Принципы формулирования ортодонтического диагноза.
21. Техника безопасности на ортодонтическом приеме. Медицинская документация в ортодонтии.
22. Влияние вредных привычек на развитие зубочелюстной системы.
23. Профилактика зубочелюстных аномалий.
24. Миогимнастика при лечении зубочелюстных аномалий.
25. Значение молочных зубов для здоровья детей и развития постоянного прикуса.
26. Развитие лицевого скелета в эмбриогенезе.
27. Функционально-морфологическая характеристика беззубого рта новорожденного.
28. Особенности развития и функционально-морфологическая характеристика молочного прикуса.
29. Особенности развития и функционально-морфологическая характеристика сменного прикуса.
30. Функционально-морфологическая характеристика постоянного прикуса.
31. Классификация аномалий зубочелюстной системы по ВОЗ и МКБ 10.
32. Классификация аномалий зубочелюстной системы по Калвеллису, Энглию.
33. Строение зубных дуг. Виды физиологических прикусов
34. Виды прикусов. Ортогнатический прикус. Функционально-морфологическая характеристика.
35. Виды прикусов. Переходные формы прикусов. Функционально-морфологические характеристики.

36. Признаки ортогнатического прикуса по Эндрюсу.
37. Этиология и патогенез открытого прикуса.
38. Классификация и диагностика открытого прикуса.
39. Этиология и патогенез перекрестного прикуса.
40. Классификация и диагностика перекрестного прикуса.
41. Этиология, патогенез дистального прикуса.
42. Диагностика дистального прикуса.
43. Этиология, патогенез мезиального прикуса.
44. Диагностика мезиального прикуса.
45. Этиология, патогенез глубокого прикуса.
46. Диагностика глубокого прикуса.
47. Классификация аномалий положения отдельных зубов.
48. Этиология, клиника и лечение трем, диастемы.
49. Этиология, клиника и лечение адентии.
50. Этиология, клиника и лечение гипердентии.
51. Этиология, клиника и лечение ретенции зубов.
52. Этиология, клиника, диагностика и лечение аномалий формы зубных дуг.
53. Этиология, патогенез, диагностика аномалий размеров челюстей.
54. Клиника и лечение аномалий размеров челюстей.
55. Этиология, патогенез, диагностика аномалий положения челюстей относительно основания черепа.
56. Клиника и лечение аномалий положения челюстей относительно основания черепа.
57. Асимметрия лицевого скелета (диагностика, лечение).
58. Врожденные пороки развития лицевого скелета (несращение челюстей).
Клиника, диагностика, лечение.
59. Врожденные пороки развития жаберных дуг. Клиника, диагностика, лечение.
60. Выбор метода лечения аномалий зубочелюстной системы.
61. Сочетанные методы лечения зубочелюстных аномалий (аппаратурный, хирургический, протетический).
62. Ортодонтические ретенционные аппараты. Их виды. Принципы конструирования. Значение ретенционного периода в лечении зубочелюстных аномалий. Сроки ретенционного периода. Прогнозирование в ортодонтии.
63. Аппаратурный метод лечения в ортодонтии. Аппараты механического, функционального и комбинированного действия.
64. Детское протезирование. Ортодонтическая и ортопедическая помощь детям при врожденных и приобретенных дефектах челюстно-лицевой области.
65. Возрастные показания к ортодонтическому лечению. Саморегуляция зубочелюстных аномалий.
66. Осложнения при ортодонтическом лечении, их причины и методы предупреждения.

3.2.2. Перечень мануальных навыков

1. Опрос пациента, сбор и оценка анамнеза.
2. Клиническое обследование больного: осмотр, зондирование, перкуссия, определение подвижности зубов, пальпация регионарных лимфоузлов, височно – нижнечелюстного сустава.
3. Оценка результатов дополнительных методов исследования: рентгенографии, ортопантомографии, 3D томографии,
4. Снятие слепка с челюсти слепочной массой
5. Изготовление диагностических и рабочих моделей из гипса.
6. Гравировка моделей челюстей.
7. Избирательное шлифование зубов.
8. Припасовка съемного ортодонтического одночелюстного аппарата

9. Припасовка съемного ортодонтического двухчелюстного аппарата
10. Припасовка и фиксация несъемного ортодонтического аппарата
11. Активирование и коррекция ортодонтического аппарата
12. Припасовка ортодонтической коронки или кольца
13. Снятие ортодонтической коронки или кольца
14. Снятие ортодонтической коронки или кольца
15. Фиксация брекетов с помощью композитного материала
16. Снятие брекетов
17. Фиксация дуги лигатурой при использовании несъемной техники
18. Смена резиновой тяги
19. Наложение открывающей (закрывающей) пружины
20. Припасовка эластичного позиционера, съемного ретенционного аппарата, головной шапочки, лицевой дуги, подбородочной пращи
21. Временное шинирование зубов, одного зуба
22. Фиксация несъемного ретейнера
23. Основные конструкции внутриротовых несъемных ортодонтических аппаратов
24. Наложение ретракционных колец
25. Изготовление воскового базиса с окклюзионными валиками
26. Установка винта в базис аппарата
27. Изготовление механических элементов ортодонтических аппаратов
28. Изготовление функциональных элементов ортодонтических аппаратов.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ ОРДИНАТОРОВ

Оценивание знаний, умений и навыков ординаторов, характеризующих этапы формирования компетенций, осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о проведении текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ординаторов.

Шкала оценивания

При проведении промежуточной аттестации знания обучающихся оцениваются в соответствии с установленными рабочей программой дисциплины формами контроля.

При проведении промежуточной аттестации в форме экзамена, зачёта с оценкой знания ординаторов оцениваются по пятибалльной системе оценок («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно», «зачтено», «не зачтено»). При проведении промежуточной аттестации в форме зачета знания ординаторов оцениваются: «зачтено»/ «не зачтено».

Оценку «отлично» заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные рабочей программой дисциплины (модуля), усвоивший обязательную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 85–100% правильных ответов.

Оценку «хорошо» заслуживает ординатор, показавший полное знание программного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную программой, способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 65–84% правильных ответов.

Оценку «удовлетворительно» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 55–64% правильных ответов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал менее 55% правильных ответов.

Оценку «зачтено» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с рекомендованной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает 55% и более правильных ответов.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает менее 55% правильных ответов.