

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



МОДУЛЬ: ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
Ортодонтия и детское протезирование
рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии
Учебный план	31050350_15_24сд.plx 31.05.03 Стоматология
Квалификация	специалист
Форма обучения	очная
Программу составил(и):	д.м.н., Зав. кафедрой, профессор., Юлдашев И. М.; к.м.н., Завуч кафедры, Нуритдинов Р.М.

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>. <Семестр на курсе>)	9 (5.1)		10 (5.2)		Итого	
	уп	рпд	уп	рпд		
Неделя	18		18			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	18	18			18	18
Практические	36	36	72	72	108	108
В том числе инт.	3	3	4	4	7	7
Итого ауд.	54	54	72	72	126	126
Контактная	54	54	72	72	126	126
Сам. работа	18	18	18	18	36	36
Часы на контроль			18	18	18	18
Итого	72	72	108	18	180	18

Программу составил(и):

д.м.н., Зав. кафедрой, профессор., Юлдашев И. М.; к.м.н., Завуч кафедры, Нуриддинов Р.М.



Рецензент(ы):

д.м.н., зав. каф., доц., Мамытова А. Б.



Рабочая программа дисциплины

Ортодонтия и детское

протезирование

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.03 (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №)

составлена на основании учебного плана:

31.05.03 Стоматология

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 10.09.2015 г. № 1

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

Зав. кафедрой Юлдашев И. М.



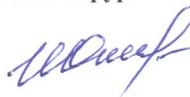
Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
16.11.2016 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры **Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии**

Протокол от 10.10.2016 г. № 1
Зав. кафедрой Юлдашев И. М.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
06.11.2017 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры **Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии**

Протокол от 17.10.2017 г. № 1.
Зав. кафедрой Юлдашев И. М.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
11.10.2018 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры **Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии**

Протокол от 17.09.2018 г. № 1.
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
04.09.2019 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры **Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии**

Протокол от 26.08.2019 г. № 1
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.



1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Овладение студентом теорией и практикой применения методов диагностики, лечения и профилактики зубочелюстных аномалий у пациентов разного возраста, ознакомление студентов с принципами организации и оказания ортодонтической помощи; с этиологией развития аномалий и деформаций зубочелюстной системы; обучение диагностике зубочелюстных аномалий; обучение дифференцированной диагностике аномалий зубов, зубных рядов, челюстных костей и окклюзии; приобретение студентом практических умений по выбору методов лечения и профилактики зубочелюстных аномалий в различных возрастных периодах.
-----	---

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.Б.35
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Детская стоматология, медгенетика в стоматологии	
2.1.2	Челюстно-лицевое протезирование	
2.1.3	Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)	
2.1.4	Судебная медицина	
2.1.5	Дерматовенерология	
2.1.6	Доказательная медицина в стоматологии	
2.1.7	Заболевания головы и шеи	
2.1.8	Акушерство	
2.1.9	Неврология	
2.1.10	Инфекционные болезни, фтизиатрия	
2.1.11	Офтальмология	
2.1.12	Внутренние болезни	
2.1.13	Педиатрия	
2.1.14	Оториноларингология	
2.1.15	Внутренние болезни, Клиническая фармакология	
2.1.16	Медицина катастроф	
2.1.17	Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии	
2.1.18	Общая хирургия, Хирургические болезни	
2.1.19	Стандарты диагностики	
2.1.20	Фармакология	
2.1.21	Гигиена	
2.1.22	Лучевая диагностика	
2.1.23	Психология и педагогика	
2.1.24	Анатомия человека - анатомия головы и шеи	
2.1.25	Биология	
2.1.26	Латинский язык	
2.1.27	История медицины	
2.1.28	Основы информатики	
2.1.29	Сестринский уход в стоматологии	
2.1.30	Физика, математика	
2.1.31	Химия	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава	
2.2.2	Ортодонтия и детское протезирование	
2.2.3	Челюстно-лицевое протезирование	
2.2.4	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена	

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-5: готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания

Знать:	
Уровень 1	Сбор и анализ жалоб пациента , данных его анамнеза , результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях выявления стоматологического заболевания
Уровень 2	Основные и дополнительные методы обследования применяемые в стоматологии
Уровень 3	Результаты лабораторных, патологоанатомических исследований
Уметь:	
Уровень 1	Собирать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза , результаты осмотра.
Уровень 2	Провести и интерпретировать результаты обследования
Уровень 3	Анализировать результаты лабораторных патологоанатомических исследований
Владеть:	
Уровень 1	Навыками сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных , инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях выявления стоматологического заболевания
Уровень 2	Работа со стоматологическими инструментами, методикой чтения рентген снимков
Уровень 3	Анализом результатов лабораторных , патологоанатомических анализов.

ПК-8: способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями

Знать:	
Уровень 1	Этиологию , патогенез, клинику стоматологических заболеваний
Уровень 2	Лечение основных стоматологических заболеваний
Уровень 3	Знать основные направления и проблематику в ведении больных со стоматологическими заболеваниями
Уметь:	
Уровень 1	Раскрыть полную картину заболевания
Уровень 2	Разработать план лечения стоматологических заболеваний
Уровень 3	Выработать тактику ведения больных со стоматологической патологией
Владеть:	
Уровень 1	Навыками изложения и анализировать этиологию, патогенез различных клинических заболеваний для постановки диагноза
Уровень 2	Алгоритмом лечения стоматологических заболеваний
Уровень 3	Владеть навыками определения тактики ведения больных со стоматологическими заболеваниями

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	- нормальное развитие зубочелюстной системы,
3.1.2	- этиологические факторы, приводящие к развитию зубочелюстных аномалий,
3.1.3	- классификации зубочелюстных аномалий,
3.1.4	- клинические проявления аномалий развития зубов, зубных рядов, челюстных костей и окклюзии,
3.1.5	- функциональные методы диагностики зубочелюстных аномалий,
3.1.6	- антропометрические методы диагностики, используемые в ортодонтии,
3.1.7	- методики анализа лучевых методов диагностики,
3.1.8	- зуботехнические этапы изготовления ортодонтических аппаратов,
3.1.9	- классификации, виды и показания к применению ортодонтических аппаратов,
3.1.10	- методы ретенции и виды ретенционных аппаратов в ортодонтии,
3.1.11	- причины рецидивов зубочелюстных аномалий и способы их предупреждения.
3.2	Уметь:
3.2.1	- определять этиологические факторы, приведшие к аномалиям зубов, зубных рядов, челюстных костей и окклюзии,
3.2.2	- использовать лучевые методы диагностики зубочелюстных аномалий,
3.2.3	- выбирать конструкции и способы применения ортодонтических аппаратов.
3.3	Владеть:
3.3.1	- терминологией, классификацией зубочелюстных аномалий;
3.3.2	- методикой снятия оттисков и изготовление диагностических моделей пациентов с зубочелюстными аномалиями;

3.3.3 - клиническими методами обследования пациентов с зубочелюстными аномалиями.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Классификация зубочелюстных аномалий. Клиническое обследование ортодонтического пациента.						
1.1	Классификация зубочелюстных аномалий. Клиническое обследование ортодонтического пациента. /Лек/	9	6	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.2	Классификации: морфологические, функциональные, этио-патогенетические. Клиническое обследование ортодонтического пациента. Постановка диагноза и составление плана лечения. Применение компьютерной техники в клинике ортодонтии. /Пр/	9	8	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	1	
1.3	Методы диагностики морфологических и функциональных нарушений при зубочелюстных аномалиях. /Лек/	9	6	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.4	Диагностика морфологических и функциональных нарушений при зубочелюстных аномалиях. Рентгенологические методы. Функциональные методы /Пр/	9	7	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	1	В формате презентации.
1.5	Антропометрические методы диагностики. /Ср/	9	9	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.6	Антропометрические методы диагностики. /Пр/	9	7	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 2. Методы лечения в ортодонтии						
2.1	Методы лечения в ортодонтии /Лек/	9	6	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.2	Методы лечения в ортодонтии /Ср/	9	9	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

2.3	Методы лечения в ортодонтии. Функциональные методы лечения. /Пр/	9	7	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	1	В формате презентации. Разбор клинических случаев.
2.4	Хирургический метод лечения. Аппаратурный метод. Сочетанные методы лечения /Пр/	9	7	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.5	/Зачёт/	9	0	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
Раздел 3. Ортодонтические аппараты.							
3.1	Классификация ортодонтических аппаратов. /Пр/	10	6	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	2	В формате презентации и видео ролика. Демонстрация и самостоятельная работа с ортодонтическими аппаратами.
3.2	Аппаратурный метод лечения. /Ср/	10	9	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.3	Детское зубное протезирование. /Пр/	10	8	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	2	В формате презентации и видео материала. Разбор клинических случаев.
3.4	Этиология зубочелюстных аномалий. Профилактика зубочелюстных аномалий. /Пр/	10	8	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.5	Профилактика зубочелюстных аномалий. /Ср/	10	9	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
Раздел 4. Изменения в зубочелюстной системе при ортодонтическом лечении.							
4.1	Реактивные изменения в зубочелюстной системе при ортодонтическом лечении. /Пр/	10	8	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

4.2	Ретенция результатов лечения /Пр/	10	6	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
Раздел 5. Диагностика и лечение							
5.1	Диагностика и лечение аномалий зубных рядов. Диагности-ка и лечение аномалий челюстей /Пр/	10	6	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.2	Диагностика и лечение аномалий окклюзии в сагиттальном направлении /Пр/	10	6	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.3	Диагностика и лечение аномалий окклюзии в вертикальном направлении /Пр/	10	6	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.4	Диагностика и лечение аномалий окклюзии в трансверзаль-ном направлении /Пр/	10	6	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.5	Устранение зубочелюстных аномалий при врожденных по-роках развития лица и челюстей. /Пр/	10	6	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.6	Ретенция результатов лечения. Методы профилактики реци-дива зубочелюстных аномалий /Пр/	10	6	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.7	/Экзамен/	10	18	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки знать:

1. Динамика развития челюстно-лицевой области в период эмбрионального развития.
2. Характеристика беззубого рта новорожденного.
3. Характеристика челюстно-лицевой области в период формирования временного прикуса.
4. Характеристика челюстно-лицевой области в период сформированного временного прикуса.
5. Характеристика челюстно-лицевой области в период изнашивания временного прикуса.
6. Характеристика челюстно-лицевой области в период раннего сменного прикуса.
7. Характеристика челюстно-лицевой области в период позднего сменного прикуса.
8. Классификация Энгля. Положительные и отрицательные стороны классификации.
9. Классификация Калвелеса. Положительные и отрицательные стороны классификации.
10. Классификация ВОЗ. Положительные и отрицательные стороны классификации.
11. Классификация Персина. Положительные и отрицательные стороны классификации.
12. Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период эмбрионального развития.

13. Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период формирования временного прикуса.
14. Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период сформированного временного прикуса.
15. Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период изнашивания временного прикуса.
16. Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период раннего сменного прикуса.
17. Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период позднего сменного прикуса.
18. Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период постоянного прикуса.
19. Биомеханика ортодонтического перемещения зубов.
20. Понятие о силах, используемых для ортодонтического перемещения.
21. Элементы ортодонтических аппаратов. Основы лабораторной техники.
22. Принципы конструирования ортодонтических аппаратов.
23. Классификации ортодонтических аппаратов.
24. Понятие об опоре в ортодонтии.
25. Характеристика функционально-действующих аппаратов. Примеры.
26. Характеристика механически-действующих аппаратов. Примеры.
27. Характеристика аппаратов сочетанного действия. Примеры.
28. Регуляторы функции Френкля, классификация, конструктивные особенности регулятора функции I типа, показания.
29. Регуляторы функции Френкля, классификация, конструктивные особенности регулятора функции II типа, показания.
30. Регуляторы функции Френкля, классификация, конструктивные особенности регулятора функции III типа, показания.
31. Аппараты для лечения мезиальной окклюзии.
32. Аппараты, применяемые при лечении дистального прикуса.
33. Аппараты, применяемые при лечении открытого прикуса.
34. Аппараты, применяемые при лечении глубокого прикуса.
35. Аппараты, применяемые при лечении перекрестного прикуса.

Вопросы для проверки уметь, владеть:

1. Этиология и патогенез аномалий положения отдельных зубов.
2. Этиология, клиника и лечение вестибулярного положения зубов.
3. Этиология, клиника и лечение небного положения зубов.
4. Этиология, клиника и лечение тортоаномалии зубов.
5. Этиология, клиника и лечение диастемы.
6. Виды аномалий зубного ряда.
7. Клиническая и антропометрическая диагностика аномалий зубного ряда.
8. Виды деформаций формы зубных рядов.
9. Особенности клинического обследования ортодонтического пациента.
10. Биометрические методы исследования : измерения в трансверсальной плоскости.
11. Биометрические методы исследования : измерения в сагитальной плоскости .
12. Рентгенологические методы исследования в ортодонтии.
13. Ортопантомография челюстей. Показания к применению.
14. Телерентгенография . Оценка углов SNA и SNB.
15. Функциональные методы исследования в ортодонтии .
16. Этиология, клиника дистальной окклюзии
17. Диагностика дистальной окклюзии
18. Формы дистальной окклюзии . Проба Эшлера-Битнера.
19. Лечение дистальной окклюзии в период прикуса молочных зубов и начальном периоде сменного прикуса.
20. Лечение дистальной окклюзии в позднем сменном и постоянном прикусе.
21. Этиология и клиника мезиальной окклюзии
22. Формы мезиальной окклюзии , их характеристика . Степени выраженности мезиальной окклюзии.
23. Лечение мезиальной окклюзии в период молочного и сменного прикуса.
24. Лечение мезиальной окклюзии в период сменного и постоянного прикуса .
25. Вертикальная резцовая дизокклюзия. Этиология, клиника.
26. Клиника, морфологические разновидности вертикальной резцовой дизокклюзии.
27. Лечение вертикальной резцовой дизокклюзии в период молочного и сменного прикуса.
28. Лечение вертикальной резцовой дизокклюзии в период постоянного прикуса.
29. Этиология, клиника глубокой резцовой окклюзии и глубокой резцовой дизокклюзии.
30. Диагностика глубокой резцовой окклюзии и глубокой резцовой дизокклюзии, их клинические формы.
31. Лечение глубокой резцовой окклюзии и глубокой резцовой дизокклюзии.
32. Классификация вредных привычек по П.П. Окушко
33. Миогимнастика. Показания к применению. Упражнения для мышц, выдвигающих нижнюю челюсть.
34. Миогимнастика. Упражнения для мышц языка после пластики уздечки языка.
35. Виды перекрестной окклюзии по классификации Персина , их характеристика
36. Этиология, клиника перекрестной окклюзии
37. Мезиальная окклюзия. Клиника, диагностика, лечение .
38. Ретенционные аппараты
39. Требования к съемным протезам , используемых в детской практике .

40. Функционально-направляющие и функционально-действующие ортодонтические аппараты.
41. Специальные методы исследования в ортодонтии.
42. Брекет-система: составные элементы, принцип работы .
43. Последствия ранней потери молочных моляров.
44. Метод Пона. Метод Коркгауза.
45. Несъемные протезы, используемые в детской практике. Показания к применению
46. Современные несъемные ортодонтические аппараты.
47. Требования, предъявляемые к детским зубным протезам.
48. Виды лечебных ортодонтических аппаратов.
49. Аномалии отдельных зубов. Клиника, диагностика, лечение.
50. Аппараты для лечения перекрестной окклюзии.
51. Вестибулярные пластинки Маппи. Показания к применению.
52. Съемные ортодонтические аппараты комбинированного действия.
53. Палатиноокклюзия. Клиника. Диагностика. Лечение.
54. Лингвоокклюзия. Клиника. Диагностика. Лечение.
55. Аппараты для лечения дистальной окклюзии.
56. Аппараты для лечения мезиальной окклюзии.
57. Роль вредных привычек в формировании ЗЧА.
58. Особенности применения регулятора функции Френкеля при перекрестной окклюзии (палатиноокклюзии, лингвоокклюзии).
59. Профилактика и лечение перекрестной окклюзии в зависимости от периода формирования прикуса.
60. Классификация врожденных расщелин верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Этиология. Клинические и функциональные нарушения в различные возрастные периоды.
61. Ортодонтическое и ортопедическое лечение детей с односторонним несращением губы, альвеолярного отростка и неба.
62. Ортодонтическое и ортопедическое лечение детей с двусторонним несращением губы, альвеолярного отростка и неба.
63. Комплексный подход и особенности реабилитации детей с врожденными пороками развития лица.
64. Ретенция результатов ортодонтического лечения. Ее особенность у детей.
65. Шесть ключей окклюзии по Эндрюсу.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

не предусмотрено

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ:

Перечень теоретических вопросов из п. 5.1. согласно тематики.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО:

1. Каждый студент получает для курации одного больного.
2. На примере курируемого больного студент должен проделать следующее:
 - 1) Ознакомиться с тематикой;
 - 2) Установить доверительный контакт;
 - 3) Произвести сбор жалоб. Описываются жалобы, относящиеся к заболеванию;
 - 4) Собрать анамнез заболевания пациента (начало заболевания, течение процесса, лечение в прошлом);
 - 5) Собрать анамнез жизни (заболевания, перенесенные в прошлом, семейный анамнез);
 - 6) Произвести осмотр и обследование пациента;
 - 7) Описать клинический статус;
 - 8) Проанализировать лабораторно-инструментальные данные исследования;
 - 9) Поставить предварительный диагноз;
 - 10) Провести дифференциальный диагноз;
 - 11) Поставить клинический диагноз;
 - 12) Определить тактику предполагаемого лечения;
 - 13) Кратко резюмировать этиологию, патогенез, клинику и лечение.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ:

Студент заполняет историю болезни согласно нижеприведенной схеме:

1. Общие сведения о больной;
2. Жалобы.
3. Анамнез болезни (anamnesis morbi).
4. Анамнез жизни (anamnesis vitae).
5. Объективное исследование.
6. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования.
7. Клинический диагноз.
8. Обоснование клинического диагноза.
9. Дифференциальный диагноз.
10. Этиология. патогенез.
11. Лечение.

Использованная литература.

Методические рекомендации по заполнению истории болезни в ПРИЛОЖЕНИИ № 1.

ДОКЛАД В ФОРМАТЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ ИЛИ РЕФЕРАТА:

Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела:

1. Организация ортодонтической помощи населению
2. Физиологический прикус
3. Этиопатогенез аномалий прикуса.
4. Классификации зубочелюстных аномалий.
5. Методы обследования в ортодонтии.
6. Комплексные методы лечения.
7. Лечение пациентов в аномалиями прикуса с использованием съемной ортодонтической аппаратуры
8. Лечение пациентов с использованием несъемной ортодонтической техники.
9. Профилактика зубочелюстных аномалий.
10. Современные методы лечения.

ТЕСТЫ:

Перечень тестовых вопросов согласно тематики раздела в ПРИЛОЖЕНИИ № 2.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Перечень ситуационных задач в ПРИЛОЖЕНИИ № 3.

Промежуточная аттестация (ЗАЧЕТ, ЗАЧЕТ С ОЦЕНКОЙ):

Перечень вопросов в ПРИЛОЖЕНИИ № 4.

5.4. Перечень видов оценочных средств

1. Теоретическое задание.
 2. Курация больного.
 3. История болезни.
 4. Доклад в формате презентации или реферата.
 5. Тесты.
 6. Ситуационные задачи.
- Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №5.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**6.1. Рекомендуемая литература****6.1.1. Основная литература**

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Ю.М. Максимовский	Основы профилактики стоматологических заболеваний: Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 040400 - Стоматология	Москва .: Владос-Пресс 2005
Л1.2	Максимовский Ю.М., Сагина О.В.	Основы профилактики стоматологических заболеваний: Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 040400 - Стоматология	М.: Владос-Пресс 2005
Л1.3	Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н.	Ортодонтия	2008
Л1.4	Персин Л.С.	Ортодонтия. Диагностика, виды зубочелюстных аномалий	1999
Л1.5	Персин Л.С.	Ортодонтия. Руководство для врачей	2007
Л1.6	Персин Л.С.	Ортодонтия. Руководство для врачей	2007
Л1.7	В.Н. Трезубов, А.С.Щербаков, Р.А. Фадеев	Ортодонтия	2001

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Хорошилкина Ф.Я.	Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение.	2006
Л2.2	Хорошилкина Ф.Я.	Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение.	2006

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	https://www.bsmu.by/downloads/kafedri/k_ortodont/2016-1/obch_ortodont.pdf		
Э2	http://znanium.com/		

Э3	http://lib.krsu.edu.kg/	
Э4	biblioclub.ru	
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий		
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии		
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, лабораторные работы репродуктивного типа, ориентированные, прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора, конкретных образцов. Практические занятия чаще всего проводятся непосредственно на базе хирургической клиники с обязательным посещением больных. Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятся занятия в муляжном симуляционном центре. Также практические занятия, при проведении которых используется методика мозгового штурма. Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателем лекций-презентаций.	
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения		
6.3.2.1	базы данных, информационно-справочные и поисковые системы	
6.3.2.2	Российская медицинская поисковая система;	
6.3.2.3	электронная база данных ЦМБ;	
6.3.2.4	специализированные медицинские справочные ресурсы Интернета	
6.3.2.5	российский стоматологический портал http://www.stom.ru/	
6.3.2.6	Стоматологический форум Стоматология http://forum.stomatologija.su/	
6.3.2.7	Книги по ортодонтии http://dental-ss.org.ua/load/kniga_stomatologia/5	
6.3.2.8	Научная электронная библиотека http://elibrary.ru	
6.3.2.9	Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России www.e-stomatology.ru/	
6.3.2.10	Стоматологическое сообщество http://dentalcommunity.ru/	
6.3.2.11	Консультант студента - www.studmedlib.ru	
6.3.2.12	Консультант врача – www.rosmedlib.ru	

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Учебные аудитории, оборудованные мультимедийными (экран, проектор, ноутбук) и иными средствами обучения компьютер; сканер, принтер, комплекты слайдов для отдельных практических занятий и лекций; таблицы для практических занятий и лекций; фантом-муляж «Голова», позволяющими обучающимся осваивать теоретический материал; помещения, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью г. Бишкек, улица Загорская 86/1, кафедра СДВЧЛиПХ	
-----	--	--

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (9 семестр - зачет, 10 семестр экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроля. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть). Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по практическому заданию студентами в течении семестра.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)

- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1) Организационный этап занятия (время – до 2%):

- а) переключки;
- б) задание на дом следующей темы;
- в) мотивация темы данного практического занятия;
- г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;

2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%):

- а) варианты тестового контроля I и III уровня;
 - б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
- 3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время – до 15%);
- 4) Этап самостоятельной работы студентов на практическом задании (время – до 45%);

5) Заключительный этап занятия (время – до 18%):

- а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами
- б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;
- в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут.

Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю.

Подготовка к практическому занятию – 2 час.

Всего в неделю – 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф? какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю.

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?. При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.).

Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформлению её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере. Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?

- что будет на слайде?

- что будет говориться?

- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент – докладчик подошёл спустя рукава.

- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.

- Количество слайдов не более 30.

- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.

- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.

- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.

- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.

- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.

- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.

- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.

- Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.

- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.

- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы придется размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов.

Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;

- использовать технические средства;

- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;

- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;

- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

Тема реферата выбирается по согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы: "Детская хирургия", "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др, а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике.

План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.

Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.

Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установленной научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.

Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).

Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:

Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.

Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __ до __.

Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до __.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАДАНИЯМ

Необходимо удобно разместить пациента в стоматологическом кресле: голову расположить на уровне локтя врача; одеть латексные перчатки и маску; Студент располагается впереди пациента, большой палец его правой руки фиксируют на верхней губе пациента при исследовании зубов верхней челюсти или на подбородке - при исследовании области зубов нижней челюсти в этой же руке врач держит зонд, в левой руке - стоматологическое зеркало.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА

Условие:

Родители пациента К. 8 лет обратились к врачу-ортодонт 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?

Ответы:

1. Глубокая резцовая окклюзия.
2. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1
3. Короткая уздечка языка, вредные привычки.
4. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1 может встречаться как самостоятельная аномалия и как следствие наличия сверхкомплектного зуба.

5. Антропометрические методы диагностики и методы лучевой диагностики.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ КАРТЫ ДИСЦИПЛИНЫ «Ортодонтия и детское протезирование»

Курс 5, семестр 9, ЗЕ -2, Отчетность-зачет

Изменение модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
Модуль 1					
Классификация зубочелюстных аномалий. Клиническое обследование ортодонтического пациента.	Текущий	Фронтальный опрос; выполнение практического задания (чтение рентгеновских снимков – ОПТГ, изучение диагностических моделей челюстей, осмотр полости рта) <i>Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное задание снимается 1 балл</i>	10	15	9 неделя
	Рубежный	Тест; Защита реферата или презентации; Ситуационная задача	10	20	
Модуль 2					
Методы лечения в ортодонтии	Текущий	Фронтальный опрос; конспекты лекций, выполнение практического задания (чтение рентгеновских снимков – ОПТГ, изучение диагностических моделей челюстей, осмотр полости рта) <i>Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное задание снимается 1 балл</i>	10	15	17 неделя
	Рубежный	Тест; Защита реферата или презентации; Ситуационная задача	10	20	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет с оценкой)	Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по практическим заданиям		20	30	18 неделя

Курс 5, семестр 10, ЗЕ -3, Отчетность-зачет с оценкой

Изменение модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
Модуль 1					
Ортодонтические аппараты.	Текущий	Фронтальный опрос; выполнение практического задания (чтение рентгеновских снимков – ОПТГ, изучение диагностических моделей челюстей, осмотр полости рта) Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное задание снимается 1 балл</i>	5	10	29 неделя
	Рубежный	Тест; Защита реферата или презентации; Ситуационная задача.	7	15	
Модуль 2					
Изменения в зубочелюстной системе при ортодонтическом лечении.	Текущий	Фронтальный опрос; конспекты лекций, выполнение практического задания (чтение рентгеновских снимков – ОПТГ, изучение диагностических моделей челюстей, осмотр полости рта) Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное задание снимается 1 балл</i>	3	5	35 неделя
	Рубежный	Тест; Защита реферата или презентации; Ситуационная задача.	10	15	
Модуль 3					
Диагностика и лечение системы	Текущий	Фронтальный опрос; конспекты лекций, выполнение практического задания (чтение рентгеновских снимков – ОПТГ, изучение диагностических моделей челюстей, осмотр полости рта) Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное задание</i>	5	10	40 неделя

		<i>снимается 1 балл</i>			
	Рубежный	Тест; Защита реферата или презентации; Ситуационная задача.	10	15	
Всего за семестр			40	70	41 неделя
Промежуточный контроль (Экзамен)	Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по практическим заданиям.		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Введение

Учебная программа на кафедре стоматологии детского возраста предусматривает написание истории болезни. Студенту предстоит всесторонне обследовать пациента-ребенка, провести диагностический поиск и поставить развернутый клинический диагноз. Кроме этого, необходимо спланировать, обосновать и назначить соответствующее лечение, а также определить прогноз заболевания. Полученные данные должны быть полно изложены в истории болезни.

Прежде, чем начать работать с пациентом и приступить к написанию истории болезни, необходимо помнить, что история болезни должна соответствовать определенным требованиям: отражать картину проведенного обследования, планирования профилактических и лечебных мероприятий, изменения как стоматологического, так и общего состояния пациента-ребенка в ходе проводимого лечения. Кроме того, поскольку в истории болезни представлены данные о практической деятельности врача, она является юридическим документом. Ниже изложены общие положения, которые делают работу более осмысленной и целенаправленной.

Структура истории болезни

1. Паспортная часть:

Ф.И.О.

Возраст.

Пол.

Место жительства.

Детский сад, школа.

Дата поступления.

Диагноз при поступлении. Клинический диагноз (на день курации):

а) основной;

б) сопутствующий.

2. Жалобы больного.

В этом разделе необходимо описать жалобы больного (или сопровождающего его лица) при поступлении (в день курации). Выяснить основные жалобы (которые беспокоят пациента в первую очередь), характерные для данного заболевания, задать наводящие вопросы, которые помогут пациенту (родителям) ответить на них и самостоятельно сообщить другие данные, которые дополнят клиническую картину заболевания.

Боль является наиболее частым симптомом стоматологических заболеваний, поэтому ей необходимо дать характеристику:

- а) локализация;
- б) самопроизвольная или причинная;
- в) какие факторы провоцируют, усиливают или уменьшают боль;
- г) интенсивность и характер (сильная, умеренная или слабая; ноющая, рвущая, пульсирующая, острая, тупая, иррадиирующая);
- д) продолжительность (постоянная, приступообразная);
- е) длительность болевых приступов и светлых промежутков;
- ж) наличие или отсутствие боли при накусывании на зуб.

При заболеваниях, которые сопровождаются поражением слизистой оболочки полости рта, дети или их родители могут предъявлять жалобы на высыпания в полости рта, а также на коже. При таких заболеваниях необходимо задать дополнительные уточняющие вопросы:

- ощущения во рту (боль при приеме кислой или сладкой пищи, сухость в полости рта, повышенное слюноотделение);
- жевание, глотание (свободное, болезненное, затрудненное);
- кровотечение из десен (спонтанное, при чистке зубов, при приеме пищи).

Выявить жалобы, характеризующие общее состояние и нервно-психический статус ребенка:

- общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость;
- повышение температуры тела;
- апатия, повышенная возбудимость, раздражительность;
- нарушение сна;
- миалгии, артралгии.

3. Анамнез настоящего заболевания.

Подробно описать в хронологическом порядке начальные симптомы заболевания, их дальнейшее развитие до момента обращения в клинику и начала обследования.

Провести опрос:

- когда, где и при каких обстоятельствах возникло заболевание;
- с чем связывает больной или его родственники данное заболевание;
- выяснить первые симптомы заболевания (общие проявления: температура тела, озноб, сонливость, вялость, раздражительность, нарушение сна, аппетита; и местные проявления — отек тканей, высыпания на коже и СОПР и т. д.);
- начало заболевания — острое или постепенное.

При хроническом течении заболевания необходимо выяснить частоту обострений, провоцирующие их факторы, сезонность. Выяснить куда и когда пациент обращался за медицинской помощью, какой диагноз был поставлен, проводились ли ранее дополнительные методы исследования

и их результаты, какое лечение было назначено и его эффективность. Находится ли ребенок на диспансерном учете, какое получал профилактическое лечение и когда. Выяснить когда было последнее обострение, его симптомы и лечение рецидива.

4. Анамнез жизни.

При сборе анамнеза жизни ребенка у родителей выясняют материально-бытовые условия (в каких условиях рос и развивался, где родился). Выясняют течение беременности и родов у матери (антенатальный и постнатальный периоды), особенности раннего развития ребенка, характер вскармливания, перенесенные заболевания, наличие хронических или системных заболеваний; наличие вредных привычек (сосание пальцев, щек, сосок и др.); аллергологический анамнез, наследственность, выявить факторы риска развития кариеса и некариозных поражений, режим и характер питания, активность кариеса временных зубов у ребенка, у матери, травма зубов и т. д., герпетическая инфекция у родственников.

5. Данные объективного обследования больного.

Оценка общего состояния: хорошее, удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Психоземotionalное состояние: спокоен, возбужден, общителен.

Физическое развитие: соответствует возрасту, отставание, опережение.

Осанка: правильная, патологическая.

Походка: свободная, затрудненная.

Телосложение: гармоничное, гипостеничное, гиперстеничное.

Внешний осмотр ЧЛЮ.

Выявляют симметричность лица и шеи, форму ушной раковины.

Состояние кожных покровов (цвет, пигментация, сухость, элементы поражения).

Красная кайма губ (цвет, отечность, влажная, сухая, наличие элементов поражения).

Переносица (узкая, широкая, входы в преддверие носа овальные, округлые или щелевидные).

Оценка состояния лимфатических узлов. Локализация и порядок исследования: затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные (передние, задние), трахеальные;

- болезненные, безболезненные;
- форма (овальные, округлые);
- поверхность (гладкая, бугристая);
- консистенция (твердая, мягкая, эластичная, однородная, неоднородная);
- спаянные с кожей, клетчаткой и между собой;
- подвижность;
- размер (мм);

– состояние кожи над ними (цвет, температура).

Оценка функции речеобразования (нарушение произношения звуков «ш», «с», «з», «р»).

Состояние ВНЧС — движения плавные, безболезненные, в полном объеме, без щелчков и хруста, скачкообразные, болезненные.

Оценка функции дыхания (свободное, затрудненное, носовое, ротовое, смешанное).

Оценка функции глотания (соматический, инфантильный или смешанный тип), подробно описать диагностированный тип глотания.

Оценка функции жевания: активное, вялое, одностороннее или двустороннее, охотно ли ребенок употребляет твердую пищу, не запивает ли ее жидкостью или предпочитает мягкую пищу, обратить внимание на стертость бугров временных зубов, наличие трем и зубных отложений.

Осмотр полости рта проводят в следующей последовательности:

Осмотр слизистой оболочки полости рта: губ, щек, нёба, спинки языка и дна полости рта; цвет и влажность, наличие элементов поражения (пятна, везикулы, эрозии, афты), их количество, размер, локализация, болезненность; характер налета (фибринозный, некротический), цвет налета (серый, желтый).

Выводные протоки слюнных желез. Характер слюны (жидкая, прозрачная, вязкая, скудная, мутная). Язык: окраска, выраженность сосочков, степень ороговения, наличие налета, его качество (легко снимается, с трудом снимается).

Исследование архитектоники преддверия полости рта: уздечки губ, боковые тяжи, уздечка языка; определение глубины преддверия, осмотр уздечек (место прикрепления, длина, толщина, подвижность ее); боковые тяжи — сильные, средние, слабые. Уздечка языка: длина, толщина, мощная, место прикрепления (средняя треть языка, передняя треть языка); кончик языка при высунутом положении: раздвоен, подгибается книзу, округленный, острый. Движения языка ограничены или нет.

Оценка состояния периодонта. Состояние десны: выраженность десневых сосочков, окраска, консистенция, форма, плотно прилегает к зубам или нет, кровоточивость, наличие элементов поражения, налета, десквамации, свищей. Определение индексов и их интерпретация: гингивальные (РМА, GI); периодонтальные (КПИ);

Определение прикуса. Прикус характеризуют по трем позициям: соотношение челюстей в сагиттальной, вертикальной и горизонтальной плоскостях; форма зубных дуг: положение отдельных зубов.

Оценка состояния зубов. Зубная формула для временного и постоянного прикуса заполняется по принятой в Республике Беларусь форме. Определение интенсивности кариеса зубов (кпуз, КПУЗ, кпуз+КПУЗ, УИК) и гигиены полости рта (PLI, ОНI-S).

Оценка кариозных и некариозных поражений зубов: локализация кариозной полости, глубина поражения, состояние стенок и дна кариозной полости (плотность, окраска твердых тканей, результаты зондирования кариозной полости).

6. Предварительный диагноз.

Необходимо сгруппировать главные симптомы заболевания в симптомокомплексы и предположить наиболее вероятное заболевание. Предварительный диагноз ставится на основании жалоб (указать каких), данных анамнеза (указать каких), клинических признаков (указать каких), результатов основных методов обследования (все перечислить).

7. Дополнительные методы исследования.

В этом разделе необходимо перечислить методы, применяемые для диагностики, описываемого в истории болезни заболевания. Кратко изложить суть метода, его диагностическую и прогностическую ценность.

Например: цитологический метод используется для диагностики герпетического стоматита у детей. Суть метода заключается в исследовании мазков, взятых с элементов поражения на СОПР. Обнаружение в материале мазка многоядерных гигантских клеток указывает на вирусную этиологию заболевания, но не позволяет идентифицировать вирус, вызвавший патологию.

При заболеваниях слизистой оболочки полости рта у детей используют методы диагностики:

- вирусологический;
- цитологический;
- микробиологический;
- иммунофлюоресцентный;
- серологический;
- полимеразная цепная реакция;
- реакция иммунопреципитации;
- иммуноэлектрофорез.

Для диагностики кариеса зубов и его осложнений применяют методы:

- визуальный (осмотр);
- тактильный (зондирование);
- термодиагностика;
- электроодонтодиагностика;
- рентгенография (классическая, bite wing цифровая, компьютерная томография);
- электрометрия;
- диагностическая биопсия (визуально-тактильный метод после биопсии, диагностическое препарирование);
- расклинивание с помощью сепарационных ортодонтических колец;

– витальное окрашивание (при начальном кариесе гладких поверхностей).

Для диагностики кариеса фиссур применяют методы:

- трансиллюминация (просвечивание);
- оптическая когерентная томография (Optical coherence tomography — OCT);
- волоконно-оптическая трансиллюминация (Fiber-Optic Transillumination — FOTI);
- количественная лазер-индуцированная флюоресценция (Quantitative Light-induced Fluorescence — QLF);
- лазерная флюоресценция (Diagnodent, KaVo);
- инфракрасная термография;
- ультразвуковое исследование (эходонтография).

Указать, какие методы исследования проводились у курируемого пациента.

8. Дифференциальная диагностика.

Цель диагностики — исключение диагностических ошибок. Дифференциальная диагностика проводится путем сравнения (сопоставления), исключения и анализа наиболее важных симптомов, выявленных у курируемого пациента-ребенка с заболеваниями, имеющими похожие клинические проявления.

Отмечают симптомы (или симптомокомплекс) имеющиеся у курируемого пациента, но отсутствующие при заболевании, с которым проводится дифференциальная диагностика, а также симптомы (или симптомокомплекс) отсутствующие у курируемого пациента, но свойственные заболеванию, с которым проводится дифференциальная диагностика. При этом рассматриваемые признаки анализируются в строгой последовательности: жалобы, анамнез, данные объективного обследования и дополнительных методов исследования. Дифференциальная диагностика заканчивается уточнением нозологической формы заболевания, характера течения и степени тяжести, локализации процесса и т. д.

Пример проведения дифференциальной диагностики ОГС среднетяжелой формы в период разгара и энтеровирусного стоматита.

Симптомы общие для обоих заболеваний: острое начало, повышение температуры тела, общее недомогание, нарушение аппетита, наличие элементов поражения в полости рта, регионарный лимфаденит.

Различия: различные этиологические факторы. ОГС вызывает вирус простого герпеса, энтеровирусный стоматит (герпангина) — вирус Коксаки А. ОГС чаще болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, герпангиной — дети школьного и младшего школьного возраста, нередко герпангина возникает в виде эпидемической вспышки в организованных детских

коллективах. Для герпангины характерен симптом миалгии (боли при движении глазных яблок, боли в животе).

Внешний осмотр : при ОГС — на коже, чаще лица, нередко появляются мелкоточечные, сгруппированные пузырьки; при герпангине — гиперемия верхней половины туловища.

В полости рта: элементы поражения при ОГС могут локализоваться в области различных топографических зон, характерный симптом — гингивит. При герпангине поражаются только задние отделы ротоглотки, высыпания располагаются на мягком нёбе, передних нёбных дужках, миндалинах.

Если проводились дополнительные методы исследования, необходимо сравнить полученные данные и указать, для какого заболевания они характерны.

Дифференциальную диагностику **начального кариеса** на гладких поверхностях необходимо проводить с гипоплазией (неэндемической) и эндемической крапчатостью; с незаконченной минерализацией фиссур при начальном кариесе фиссур и ямок.

Поверхностный кариес дифференцируют с кариесом дентина, гипоплазией, дентальным флюорозом.

Кариес дентина дифференцируют с гиперемией пульпы, хроническим пульпитом, некрозом пульпы, хроническим периодонтитом, кариесом эмали (поверхностным).

Дифференциальную диагностику **острого пульпита** проводят с гиперемией пульпы, гнойным пульпитом, другим уточненным пульпитом (обострением хронического), острым апикальным периодонтитом, периапикальным абсцессом без свища (острый гнойный периодонтит, обострение хронического периодонтита).

Хронический пульпит дифференцируют с кариесом дентина, хроническим периодонтитом, некрозом пульпы.

Хронический гиперпластический пульпит дифференцируют с разрастанием десневого сосочка, хроническим гранулирующим периодонтитом, перфорацией дна полости зуба.

Острый герпетический стоматит дифференцируют с ХРГС, ОРВИ, корью, ветряной оспой, herpes Zoster, герпангиной, краснухой, инфекционным мононуклеозом, скарлатиной, дифтерией, вторичным сифилисом, формы ОГС между собой.

Хронический рецидивирующий герпетический стоматит дифференцируют с ОГС, туберкулезом, сифилисом, травматической эрозией.

Энтеровирусный стоматит дифференцируют с ОГС, ОРВИ, ветряной оспой, скарлатиной, дифтерией, инфекционным мононуклеозом, корью, herpes Zoster, краснухой.

9. Клинический диагноз и его обоснование.

На основании данных клинических и дополнительных методов исследования, проведения дифференциальной диагностики, ставится клинический диагноз. При постановке окончательного диагноза необходимо использовать международную классификацию стоматологических заболеваний и другие классификации, принятые в Республике Беларусь. Диагноз «Кариес зубов» ставится, используя классификацию МКБ-10 и классификацию, в основу которой положены патоморфологические изменения (В. В. Паникоровский, 1966); диагноз «Пульпит» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации Е. М. Гофунга, 1927; диагноз «Апикальный периодонтит» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации И. Г. Лукомского, 1936; диагноз «Травма зуба» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации ММСИ им. Семашко; диагноз «Острый герпетический стоматит», «Хронический рецидивирующий герпетический стоматит» и другие вирусные и бактериальные поражения СОПР ставится с использованием клинической классификации (Т. Ф. Виноградова, 1974).

Обоснование диагноза проводится с учетом следующих данных:

- жалоб ребенка или родителей (перечислить жалобы на день курации ребенка);
- анамнеза заболевания (когда и какие симптомы появились, как развивалось заболевание);
- анамнеза жизни (указать выявленные факторы риска заболевания);
- клинического осмотра (указать симптомы основного заболевания, выявленные в день курации ребенка, и показатели здоровья полости рта, которые сопутствуют основному заболеванию или могут отягощать его течение (показатели гигиены полости, показатели гингивальных индексов, активности кариозного процесса) и результатов дополнительных методов исследования (ЭОД, рентгенологических данных и т. д.);
- дифференциальной диагностики.

10. Этиология и патогенез заболевания.

Этиологию и патогенез заболевания следует описать подробно.

11. Лечение.

После установления диагноза куратор должен составить и обосновать план лечения. При планировании лечения необходимо:

- определить наиболее важную (приоритетную) стоматологическую проблему: кариес, осложнение кариеса или заболевание СОПР, которая доминирует у данного пациента над другими имеющимися стоматологическими проблемами, и без устранения которой затруднительно оказать качественно другие виды помощи;
- составить общий план лечения;

- составить детальный план лечения нозологической формы заболевания;
- обсудить и согласовать план лечения с родителями ребенка;
- оценить эффективность лечения.

Общий план лечения пациента составляется по результатам первичного визуального и инструментального исследования при первичном обращении после постановки предварительного диагноза.

**Общий план лечения по результатам обследования пациента
при первичном обследовании**
(утвержден приказом МЗ РБ 22.08.2006 №658)

Оказание неотложной помощи _____

Профилактические мероприятия:

мотивация по факторам риска стоматологических заболеваний _____

обучение гигиене _____

профессиональная гигиена _____

другие _____

Терапевтическое лечение:

замена пломб _____

лечение кариеса и некариозных поражений _____

эндодонтическое лечение _____

периодонтологическое лечение _____

лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта _____

другое _____

Хирургическое лечение:

удаление зубов, корней _____

амбулаторно-хирургические операции:

на мягких тканях _____

на костях лицевого скелета _____

другое _____

Ортодонтическое лечение _____

Дополнительные диагностические мероприятия _____

Консультация других специалистов _____

Куратор должен провести детальное планирование индивидуальных профилактических мероприятий с учетом всех имеющихся у пациента факторов риска стоматологических заболеваний, при этом учитывают их интенсивность (например, по данным УИК или другим диагностическим критериям), возраст пациента, уровень образования родителей и социальный статус семьи, отношение родителей к здоровью ребенка и желание сотрудничать с врачом. Немаловажную роль как в планировании профилактических мероприятий, так и в планировании лечения любой нозологической формы заболевания играет материально-техническое оснащение лечебно-профилактического учреждения.

На основании окончательного диагноза выявленной нозологической формы заболевания куратором составляется детальный план лечения основного заболевания.

Показания к выбору метода лечения

В этом разделе необходимо перечислить методы лечения, которые могут применяться для лечения нозологической формы заболевания курируемого пациента. Следует выбрать оптимальный метод лечения для конкретного пациента-ребенка (на основании показаний и противопоказаний) и обосновать его (учитывая общее состояние ребенка, активность кариеса, стадию развития заболевания, возраст ребенка и т. д.), описать технику выполнения метода лечения.

Кариозная болезнь.

1. Методы лечения:

- реминерализующая терапия;
- малоинвазивное лечение: инвазивная герметизация фиссур, профилактическая реставрация (композит-силантная, стеклоиономерная), АРТ-метод, туннельное препарирование;
- инвазивное лечение (классическое препарирование, адгезивное препарирование).

2. Методы пломбирования кариозной полости:

- «сэндвич»-техника;
- с использованием тотального протравливания;
- отсроченное пломбирование.

3. Обосновать выбор пломбировочного материала.

4. Динамическое наблюдение (диспансеризация) (с учетом риска возникновения кариеса, класса выбранного пломбировочного материала).

5. Оценка эффективности лечения проводится:

- по динамике индексов, отражающих интенсивность кариозного процесса;
- минимизации факторов риска.

Оценка качества реставраций осуществляется по критериям Ruge (USPHS, 1971) или Каральника (1979).

На все лекарственные препараты, назначенные для лечения конкретного пациента, необходимо выписать рецепты.

Пульпит

Перечислить методы лечения пульпита (непрямая пульпотерапия, прямое покрытие пульпы, витальная или девитальная пульпотомия, пульпэктомия и др.). Указать, какие из них могут быть использованы у курируемого пациента, обосновать целесообразность выбранного метода (перечислить показания и противопоказания). Описать технику выполнения выбранного метода лечения, при этом указать:

- метод обезболивания;
- метод защиты от слюны (система коффердам, другой);
- девитализирующую пасту;
- пасту для покрытия дна кариозной полости или пульпы;
- методику препарирования корневого канала;
- антисептики для ирригации корневого канала;
- пасту для obturации корневых каналов временных зубов;
- силер для пломбирования корневых каналов постоянных зубов;
- способ obturации корневого канала;
- пломбировочный материал для восстановления анатомической формы коронки зуба;
- динамическое наблюдение (диспансеризация): оценить эффективность лечения (клинические и рентгенологические критерии оценки): непосредственно после его проведения; в ближайшие (1–3–6 месяцев) и в отдаленные сроки (1 год и более) или в сроки, предусмотренные конкретным методом лечения;
- прогноз заболевания.

На все лекарственные препараты, используемые (назначенные) для лечения пациента, необходимо выписать рецепты.

Апикальный периодонтит

Выбрать и обосновать метод лечения: консервативный, хирургический. Описать этапы выбранного метода лечения:

- метод обезболивания;
- способ оттока воспалительного экссудата;
- метод препарирования корневого канала (Crown Down, Step Back);
- растворы для ирригации корневого канала (вид антисептика, объем, концентрация);
- метод пломбирования корневого канала (временное, постоянное);
- паста для временного пломбирования корневого канала и силера для obturации канала;
- общая медикаментозная терапия (при остром или обострении хронического апикального периодонтита);

- динамическое наблюдение (диспансеризация): оценка эффективности лечения (клинические и рентгенологические критерии оценки);
- прогноз заболевания.

На все лекарственные препараты, используемые (назначенные) для лечения пациента, необходимо выписать рецепты.

Заболевания слизистой оболочки полости рта

Лечение заболеваний СОПР зависит от того, к какой группе заболеваний относится данное поражение: самостоятельное заболевание или это проявление общего заболевания. Если поражение СОПР является симптомом общего заболевания, то необходима консультация соответствующего врача-интерниста и согласование с ним плана лечения.

Общее лечение проводится, согласно протоколу лечения, и согласовывается с врачом-интернистом.

Местное лечение:

- устранение местных факторов риска;
- нормализация гигиены полости рта;
- местное лечение слизистой оболочки полости рта согласно протоколу лечения;
- после купирования острой формы заболевания оказание всех необходимых видов стоматологической помощи;
- динамическое наблюдение (диспансеризация): оценка эффективности лечения (длительность пребывания родителей на больничном листе по уходу за ребенком, наличие рецидива после перенесенного ОГС, частота рецидивов ХРГС).

Описать лечение конкретной нозологической формы заболевания курируемого пациента: комплексное, общее или местное; этиологическое, патогенетическое, симптоматическое, физиотерапевтическое лечение. Перечислить, какие методы лечения и препараты применяются в зависимости от формы течения и периода развития заболевания. На препараты, назначенные курируемому ребенку, необходимо выписать рецепты, указать параметры используемых методов физиотерапевтического лечения (мощность излучения, экспозиция и т. д.).

Составить прогноз заболевания, назначить противорецидивное лечение, план диспансерного наблюдения и консультацию специалистов при необходимости.

Последовательность мероприятий может быть изменена в зависимости от нозологической формы заболевания, степени тяжести и общего состояния пациента.

12. Дневник.

Заполняется с первого дня курации и до ее окончания. В дневнике проводится запись о выполненных диагностических и лечебно-профилактических мероприятиях.

тических манипуляциях на этапах лечения пациента, отражается динамика заболевания и лечебных мероприятий.

Дата	Дневник (анамнез, статус, диагностические манипуляции, диагноз, лечебно-профилактические мероприятия)	Фамилия куратора

13. Эпикриз — краткое изложение истории болезни. В эпикризе после паспортной части в сжатом виде излагаются основные данные анамнеза: причины и факторы риска заболевания, его течение; результаты проведенного обследования и клинический диагноз (выставленный на основании данных анамнеза, клинических данных и дополнительных методов исследования), проведенное лечение и его результат, состояние пациента на момент окончания лечения, прогноз заболевания и рекомендации на будущее.

Эпикриз, как и история болезни в целом, имеет юридическое значение, поэтому должен быть оформлен четко и сопровождается датой и подписью куратора. Оформление эпикриза проводится по единой форме, которая приводится ниже.

Эпикриз

Пациент _____

Ф. И. О., возраст

находился в _____

название лечебного учреждения

с _____ по _____ 200__ г.

Клинический диагноз _____

Поступил с жалобами _____

Анамнестические данные _____

При объективном исследовании пациента _____

Данные дополнительных методов исследования _____

Проведены консультации специалистов _____

Пациенту проводилось следующее лечение _____

В результате проведенного лечения отмечалась следующая динамика _____

Рекомендации после проведенного лечения _____

Дата _____

Подпись куратора _____

Литература, использованная при написании истории болезни.

Указываются фамилия и инициалы автора (авторов), название публикации, литературный источник, год издания, номер журнала, страницы.

Пример:

Казеко, Л. А. Современные методы дезинфекции корневых каналов зубов / Л. А. Казеко, И. Н. Федорова, О. А. Борисеева // Современная стоматология. 2009. № 1. С. 15–23.

Атлас по реставрации молочных зубов. Иллюстрированное руководство по реставрации молочных зубов с обширным кариозным поражением / М. С. Даггел [и др.]. М. : Лори, 2001. 134 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ОРТОДОНТИИ И ДЕТСКОМУ ПРОТЕЗИРОВАНИЮ

Что такое ортодонтия:
#
1
дисциплина, занимающаяся диагностикой, профилактикой и лечением деформаций зубочелюстной системы, возникающих вследствие патологии развития
наука, изучающая этиологию и патогенез аномалий челюстных костей
наука, занимающаяся лечением зубочелюстных аномалий
это раздел ортопедической стоматологии, изучающий аномалию зубов
часть ортопедической стоматологии, занимающаяся лечением аномалий прикуса
#
2
Какой из методов обследования относится к объективным:
опрос
жалобы
зондирование, перкуссия, пальпация, осмотр
анамнез болезни
анамнез жизни
#
3
Скученность зубов возникает при:
при позднем формировании корней зубов
вторичной адентии
при наличии сверхкомплектных зубов, макрогнатия
при раннем удалении постоянных зубов
при позднем формировании коронок зубов
#
4
Что такое диастема:
щель между центральными зубами
щели между зубами верхней челюсти
щели между зубами нижней челюсти
щели между резцами
щели между боковыми резцами
#
5
Сколько грамм миндаля и в течении скольких секунд разжевывают при методике С.Е.Гельмана:
5 гр.-15 мин
5 гр.-5 сек
50 гр.-50 сек
5 сек
10 гр.-10 мин
#
6
При каком методе рентгенологического исследования получится послойное изображение всей челюсти и зубного ряда
ортопантомография
внутриротовой метод
прицельная рентгенография
томография ВНЧС
рентгенография ВНЧС

#
7
Какие механические приспособления применяют для съемных аппаратов?
кламмеры зубодесневые, пелоты, каппы
коронки
мостовидные и консольные протезы
пращевидные повязки
имплантаты
#
8
К каким методам относится мастикоциография:
основной клинический
вспомогательный лабораторный
функциональный
статический
рентгенологический
#
9
Назовите мышцы, поднимающие нижнюю челюсть
язычно-подъязычная, мышца поднимающая угол рта
височная, медиальная крыловидная, латеральная крыловидная, собственно жевательная
височная, двубрюшная малая ягодичная
медиальная и латеральная крыловидные, большая грудная
двубрюшная, височная, лестничная
#
10
Назовите мышцы, опускающие нижнюю челюсть
подбородочно-подъязычная, двубрюшная, челюстно-подъязычная.
двубрюшная, мышца опускающая угол рта
височная, медиальная крыловидная
медиальная и латеральная крыловидные, малая ягодичная
двубрюшная, височная, лестничная
#
11
Назовите аппараты, расширяющие верхнюю челюсть
защитная небная пластинка
гладкая шина Тигерштедта
расширяющий аппарат Левковича, съемная расширяющая пластинка с пружинами.
аппарат Сидоровича
аппарат Петровича
#
12
Какие аппараты применяют для расширения зубной дуги
аппарат Сидоровича
аппарат Ильина
каппа Бынина
защитная небная пластинка
расширяющий несъемный аппарат Дерихсвайлера,
расширяющий аппарат Айнсворта
#
13
Миотонометрия это- ?
измерения с целью определения размера челюстей
измерение диагностических моделей челюстей
запись тонуса мышц, чаще жевательных.
определение тонуса мышц головы
определение тонуса мышц шеи
#

14
Что такое дисфункция ВНЧС?
артрит ВНЧС
артроз ВНЧС
анкилоз ВНЧС
ограничение открывания рта
нарушение функции ВНЧС.
#
15
Миография это- ?
запись сократительной способности мышц, чаще собственно жевательных, височных.
определение сократительной способности гладких мышц
исследование сократительной способности мимических мышц
запись сокращения мышц спины
запись сокращения мышц туловища
#
16
Первый класс по Энгло ?
нейтральный прикус.
сменный прикус.
дистальный прикус.
постоянный прикус.
прямой прикус
#
17
Второй класс по Энгло?
нейтральный прикус
дистальный прикус
сменный прику
постоянный прикус
прямой прикус
#
Вопрос 18
Третий класс по Энгло?
нейтральный прикус
сменный прикус
мезиальный прикус
постоянный прикус
прямой прикус
#
19
Назовите физиологические виды прикусов?
ортогнатия, бипрогнатия, прямой, физиологическая прогения, опистогнатия
глубокий, открытый.
глубокий перекрестный
перекрестный, прогнатия
прогения, прогнатия
#
Вопрос 20
Назовите патологические виды прикусов?
физиологическая прогения, опистогнатия
ортогнатия, бипрогнатия
прогнатия, прогения, глубокий, открытый,
перекрестный
ортогнатия, прямой
физиологическая прогения, прямой
#
Вопрос 21

Что такое транспозиция зубов?
отсутствие зубов
задержка прорезывания зубов
поворот зуба по оси
перемена мест зубов
нарушение форм зубов
#
22
Что такое ретенция зубов?
отсутствие зубов
наличие сверхкомплектного зуба
поворот зуба по оси
задержка прорезывания зубов
нарушение формы зубов
#
23
Что такое дистопия зубов?
отсутствие зубов
расположение зубов вне зубной дуги
наличие сверхкомплектного зуба
нарушение формы зубов
поворот зуба по оси
#
Вопрос 24
Что такое тортоаномалия?
поворот зуба вокруг оси
тесное расположение зубов
низкое расположение зубов
высокое расположение зубов
отсутствие зубов
#
25
Что такое макроденция?
уменьшение размера зубов
отсутствие зубов
увеличение размера зубов
тесное расположение зубов
наличие сверхкомплектного зуба
#
Вопрос 26
Что такое микроденция?
уменьшение размера зубов
отсутствие зубов
высокое расположение зубов
нарушение цвета зубов
неправильное положение зубов
#
Вопрос 27
Что такое первичная адентия?
преждевременное удаление молочных зубов
наличие сверхкомплектного зуба
увеличение количества зубов
отсутствие зачатка(фоликула)
уменьшение формы зубов
#
Вопрос 28
Как называются зубы при врожденной форме сифилиса?
зубы "Гетчинсона", зубы "Турнера".
зубы "Эйнштейна"
зубы Попова-Годона

эндокринные зубы
зубы "Гольмана"
#
29
Для чего служит подбородочная и пращевидная повязка?
для фиксации в ЦО
для оказания давления на нижнюю челюсть, для задержки роста н/челюсти и установления ее в правильном положении.
для поддержки н/челюсти
для смещения н/челюсти назад при открывании рта
для смещения н/челюсти назад при закрывании рта
#
30
Для чего применяется каппа?
для фиксации верхней и нижней челюсти в прикусе
для фиксации н/челюсти в неподвижном состоянии в качестве функционально-направляющего аппарата
в качестве фиксирующего приспособления
при низком расположении зубов
при высоком расположении зубов
#
31
Что такое obturator?
аппарат для расширения в/челюсти
аппарат для задержки роста н/челюсти
ортодонтическая пластинка, замещающая дефект твердого и мягкого неба
аппарат, замещающий дефект зубного ряда
пластинка для устранения влияния вредных привычек
#
32
При каких заболеваниях встречается повышенная стираемость зубов?
раннее прорезывание постоянных зубов
флюороз
гипоплазия
позднее выпадение молочных зубов
аномалия прикуса, бруксизм.
#
33
Какую форму имеет зубная дуга н/челюсти?
изогнутую
полуэллипса
полуоси
полуовала
параболы
#
34
Какую форму имеет зубная дуга в/челюсти?
дуги
гиперболы
полуоси
изогнутую
полуэллипса
#
35
Ортодонтические аппараты по принципу действия бывают?
механически-действующие, функционально-действующие и сочетанные
Функционально-направляющие
активно-направляющие
опорно-фиксирующие
функционально-сочетанные

#
36
Ортодонтические аппараты по способу и месту действия бывают?
одночелюстные, двухчелюстные, межчелюстного действия, сочетающие
небные, язычные
внеротовые, головные
внутриротовые, назубные
внеротовые, небные
#
37
Ортодонтические аппараты по месту расположения бывают?
головные, шейные
оральные, подчелюстные
вестибулярные, назубные
небные, язычные
внутриротовые, сочетанные, внеротовые, челюстные.
#
38
Ортодонтические аппараты по виду конструкции бывают?
пластиночные, дуговые, блоковые, каркасные
пластмассовые, металлические
лечебные, профилактические
активнодействующие, пассивно действующие
съёмные, лечебные
#
39
Назовите быстродействующие пластмассы, применяемые в ортодонтической практике?
протакрил, этакрил
фторакс
Протакрил", "Редонт".
эладент
боксил, норакрил
#
40
Каков диаметр проволоки, используемой для вестибулярных дуг?
0,6 мм
0,5 мм
0,6-0,8
1,0 см
1,5 мм
#
41
Каков диаметр проволоки,используемой для фиксации съёмных ортодонтических аппаратов?
0,5 см
0,5 мм
1,5 мм
3,0 мм
0,6-0,8
#
42
При изготовлении кламмеров Адамса какого диаметра используется проволока?
0,6-0,5 см
0,5-0,8 мм
0,1-0,3 мм
0,8-1,0 см
0,6 мм
#
43
Назовите основные элементы аппарата механического действия?
1

винты, пружины, активаторы, резиновые тяги, дуга.
базис, кламмеры
наклонная плоскость
обтурирующая часть, кламмеры
кламмеры, аттачмены, пелоты
#
44
Высокое (гнатическое) небо возникает при:
3
травме в/челюсти
чрезмерно большой н/челюсти
при нарушении носового дыхания, при сужении в/челюсти
влиянии вредных привычек
расширении верхнего зубного ряда
#
45
К чему приводит сосание верхней губы?
нарушению функции жевания, вестибулярному отклонению нижних фронтальных зубов
сужению в/челюсти
небному отклонению верхних клыков
нарушению функции речи
расширению челюстей
#
46
Что такое миотерапия?
это тренировка мышц, которая способствует нормализации функции мышц синергистов и антогонистов
тренировка всех мышц лица и туловища
лечебная гимнастика всего организма
тренировка мышц в/челюсти
тренировка мышц н/челюсти
#
47
К каким методам относится мастикоциография?
статический
функциональный
графический
основной клинический
динамический
#
48
К какой группе оттисковых материалов относится стомальгин?
1
эластические
термопластические
кристаллизующие
полимеризующие
все виды
#
49
К каким оттисковым материалам относится стэнс?
кристаллизующие
термопластические
эластические
все виды материалов
быстротвердеющие
#
50
К каким видам материалов относится гипс?
термопластические

эластические
кристаллизующие
все виды материалов
быстротвердеющие
#
51
Дистальный прикус это- ?
нарушение смыкания зубов в передне-заднем направлении со смещением н/челюсти вперед
недоразвитие н/челюсти
недоразвитие в/челюсти
нарушение роста в/челюсти
нарушение смыкания по всем направлениям
#
52
Мезиальный прикус это- ?
нарушение смыкания зубов в передне-заднем направлении со смещением н/челюсти вперед.
чрезмерный рост в/челюсти
недоразвитие в/челюсти
нарушение смыкания зубов по всем направлениям
нарушение роста обеих челюстей
#
53
Открытый прикус это- ?
несмыкание зубов (чаще фронтальных) верхней и нижней челюстей в прикусе.
щель между фронтальными зубами в/челюсти
щель между фронтальными зубами н/челюсти
отсутствие контакта в области одного зуба
отсутствие контакта в области боковых зубов
#
54
Глубокий прикус это- ?
когда верхние фронтальные зубы перекрывают нижние больше, чем на 1/3 высоты коронок
щель между фронтальными зубами
щель между боковыми зубами
когда передние нижние зубы перекрывают верхние на 1/3 высоты коронок
щели по всему зубному ряду
#
55
Какая зубная дуга при ортогнатическом прикусе больше?
верхняя
нижняя
обе равны
когда как
верхняя в переднем отделе
#
56
Высокое расположение зубов это- ?
инфраокклюзия
супраокклюзия
окклюзионная кривая
адентия
супердентия
#
57
Низкое расположение зубов это- ?
инфраокклюзия
супраокклюзия
окклюзионная кривая
адентия
супердентия

#
58
Неправильное положение зуба это- ?
макродентия
микродентия
зубы Гетчинсона
тортоаномалия
дистопия
#
59
Назовите пассивные аппараты функционального действия?
направляющая коронка Катца с проволочной петлей или с небной наклонной плоскостью, каппа Бынина с наклонной плоскостью.
дуга Энгля
аппарат Петровича
пластинка Сидоровича
аппарат Гольмана
#
60
Назовите аппараты механического действия?
несъемные аппараты Энгля, Эйнсворта, Мершона, съемные пластиночные аппараты в сочетании с винтами, пружинами, вестибулярными дугами
каппа Бынина
аппарат Гуляевой
дуга Гольмана
пластинка Сидоровича
#
61
Назовите аппараты комбинированного действия?
аппарат Гуляевой, аппарат Брюкля
каппа Бынина
дуга Энгля
пластинка Катца
все вышеназванные аппараты
#
62
Где происходят изменения в зубочелюстной системе при ортодонтическом лечении?
в пародонте, в ВНЧС, в небном шве
в черепе
в структуре зубов
в воздухоносных пазухах
в костях всего скелета
#
63
Из каких частей состоит ортодонтический аппарат?
из опорной части, вспомогательной части, из регулирующей части.
из функциональной
из статической
из динамической
из всех вышеназванных частей
#
64
Что относится к осложнениям аппаратного ортодонтического лечения?
сколиоз
кифоз
хейлиты, стоматиты, кариес, папиллиты, эрозия эмали
перелом н/челюсти
перелом основания черепа
#
65

Из каких материалов могут быть изготовлены ортодонтические аппараты?
КХС, ХНС, быстротвердеющие пластмассы, этакрил, бесцветная базисная пластмасса
стенс, гипс
стомальгин, гипс
унифас, фосфат-цемент
стенс, стомальгин
#
66
Что такое гиперодентия?
уменьшение количества зубов
уменьшение формы зубов
увеличение количества зубов
увеличение формы зубов
наличие сверхкомплектных зубов
#
67
Что такое гиподентия?
уменьшение количества зубов
уменьшение формы зубов
увеличение количества зубов
увеличение формы зубов
наличие сверхкомплектных зубов
#
68
Как классифицируют ортодонтические аппараты в зависимости от источника силы?
активные (механические) аппараты, пассивные (функциональные) аппараты
расширяющие
раздражающие
разобцающие
натягивающие
#
69
Как классифицируют ортодонтические аппараты в зависимости от целенаправленности терапевтического действия?
активные
пассивные
корректирующие, стимулирующие, расширяющие, сдавливающие, направляющие, смешанные, ретенционные
механические
функциональные
#
70
Как классифицируют ортодонтические аппараты по способу фиксации во рту?
съёмные, несъёмные
№2 временные
№3 постоянные
№4 периодические
№5 все ответы правильные
#
71
Какие хирургические вмешательства производят как вспомогательные при ортодонтическом лечении?
компактостеотомия, удаление отдельных зубов, пластика уздечки языка и уздечки в/губы
удаление всех аномалийных зубов
ничего не делают
лечение кариозных зубов
все ответы правильные
#
72
В каком возрасте начинают применение obturator при врожденных расщелинах неба?
в 6-7 лет

в 6-7 месяцев
в грудном возрасте
никогда
перед хирургическим вмешательством
#
73
Что является 1-ым этапом диспансерного наблюдения за ортодонтическими больными?
регистрация пациентов
осмотр каждого ребенка и санация полости рта
группировка пациентов и составление плана работы врача
наблюдение за пациентами, санация полости рта, проведение уроков гигиены
изучение эффективности ортодонтической диспансеризации
#
74
Что является 2-ым этапом диспансерного наблюдения за ортодонтическими больными?
регистрация пациентов
осмотр каждого ребенка и санация полости рта
группировка пациентов и составление плана работы врача
наблюдение за пациентами, санация полости рта, проведение уроков гигиены
изучение эффективности ортодонтической диспансеризации
#
75
Что является 3-им этапом диспансерного наблюдения за ортодонтическими больными?
регистрация больных
осмотр каждого ребенка и санация полости рта
группировка пациентов и составление плана работы врача
наблюдение за пациентами и санация полости рта, проведение уроков гигиены
изучение эффективности ортодонтической диспансеризации
#
76
Что является 4-ым этапом диспансерного наблюдения за ортодонтическими больными?
регистрация больных
осмотр больных и санация полости рта
группировка пациентов и составление плана работы врача
наблюдение за пациентами, санация полости рта, проведение уроков гигиены
изучение эффективности ортодонтического наблюдения
#
77
Что является 5-ым этапом диспансерного наблюдения за ортодонтическими больными?
регистрация больных
осмотр больных и санация полости рта
группировка пациентов и составление плана работы врача
наблюдение за пациентами, санация полости рта, проведение уроков гигиены
изучение эффективности ортодонтического наблюдения
#
78
Какие количественные показатели характеризуют работу врача-ортодонта?
трудовые единицы, количество больных принятых в течение 1 часа, 1 дня, 1 месяца, 1 года, число больных, у которых ортодонтическое лечение закончено; по числу детей в каждой группе и их перемещению из одной группы в другую.
только трудовые единицы
по книге отзывов посетителей
по личному отзыву больных
по количеству принятых больных
#
79
Какие основные учетные документы должны быть в кабинете логопедии и лечебной гимнастики?
журнал учета, журнал посещаемости, индивидуальный дневник пациента, ежедневный лист учета работы логопеда
книга жалоб и предложений

учебно-методическая литература
научно-просветительная литература
все вышеназванные документы
#
80
Что относится к статическому исследованию?
применение функциональных проб
применение клинических проб
паспортная часть, анамнез жизни и заболевания, осмотр, обследование полости рта и ротоглотки.
исследование функций мышц зубочелюстной системы
все ответы правильные
#
81
Что относится к динамическому исследованию?
паспортная часть, осмотр
анамнез жизни и заболевания
исследование мышц зубочелюстной системы, их функции, клинические, функциональные пробы, диагностические клинические пробы.
обследование полости рта и ротоглотки
все ответы правильные
#
82
Что можно узнать с помощью осциллографии?
она дает одновременную запись движений н/челюсти, величины кровяного давления и ритма сердечных сокращений.
определяет функциональное состояние зубочелюстной системы
только регистрирует движения н/челюсти
одновременно регистрирует движения н/челюсти и суставных головок ВНЧС
метод аускультации ВНЧС
#
83
Что такое мастикоциография?
метод определения функционального состояния зубо-челюстной системы и регистрация движений н/челюсти
одновременная регистрация движений н/челюсти и суставных головок ВНЧС
метод аускультации ВНЧС
правильных ответов нет
определение величины А/Д
#
84
Что такое артрофонография?
метод аускультации ВНЧС
определение функции ВНЧС
исследование строения ВНЧС
все ответы правильные
правильных ответов нет
#
85
Что такое миоартрография?
это одновременная регистрация сокращений собственно-жевательных мышц и движений суставных головок ВНЧС
метод определения функционального состояния зубо-челюстной системы
метод аускультации ВНЧС
регистрация движений н/челюсти
правильных ответов нет
#
86
Что такое фагодинамометрия?
это метод изучения усилий, развиваемых для дробления пищи различных физических свойств
метод определения функционального состояния ВНЧС

метод аускультации ВНЧС
регистрация движений н/челюсти
правильных ответов нет
#
87
Какие ортодонтические аппараты по виду опоры бывают?
взаимодействующие (реципрокные) аппараты, стационарные
функционально-направляющие
дуговые
капповые
правильных ответов нет
#
88
Какие ортодонтические аппараты по способу фиксации бывают?
дуговые
капповые
несъемные, съемные, сочетанные
стационарные
все ответы правильные
#
89
Назовите ортодонтические аппараты сочетанного действия?
механически-действующие, функционально-направляющие, функционально-действующие
сочетанные
внутриротовые
все ответы правильные
правильных ответов нет
#
90
Какие мероприятия применяют при привыкании к ортодонтическому аппарату?
общеукрепляющее лечение, применение 2% раствора бромид натрия, психотерапевтические
мероприятия, выбор конструкции
обезболивающая терапия
специальная диета
ничего не делают
все ответы правильные
#
91
Какие морфологические изменения в тканях пародонта возникают при перемещении зубов?
зоны сдавления, зоны натяжения тканей
разрыв тканей пародонта
асептическое воспаление
ничего не происходит
все ответы правильные
#
92
Что используют для опоры и фиксации несъемных аппаратов?
индивидуальные штампованные коронки, кольца и каппы, стандартные штампованные кольца
опорные трубки
пружины
шины
все ответы правильные
#
93
Какие модификации кламмеров Адамса вы знаете?
с одним фиксирующим выступом на два центральных резца, многозвеньевой, с отростками с
горизонтальными трубками
модификаций не существует
с вертикальными трубками
все ответы правильные

правильных ответов нет
#
94
Какого диаметра должна быть проволока при изготовлении кламмера Адамса?
№1 0,1-0,2 см
№2 0,5-0,6 см
0,6-0,7 мм
№4 0,01-0,03 мм
№5 0,3-0,5 мм
#
95
Из проволоки какого диаметра изгибают лингвальные и вестибулярные дуги?
0,6-1,0 мм
0,6 мм
0,5 мм
0,4 мм
1,5 мм
#
96
Из проволоки какого диаметра изгибают пружину Коллера?
1 мм
2 мм
3 мм
0,5 мм
1,1-1,2 мм
#
97
Из проволоки какого диаметра изгибают двойную пружину Коффина?
0,1 см
0,1 мм
0,8-0,9 мм (наружную). 0,6-0,7 мм(внутреннюю)
0,8-0,9 см
0,6-0,7 см
#
98
Из проволоки какого диаметра изгибают лингвальные дуги?
0,7 мм
0,6 мм
0,5 мм
1,0 см
0,8-1,2 мм
#
Вопрос 99
Из какого материала изготавливают ортодонтические каппы?
металл
дерево
пластмасса
стенс
стомальгин
#
100
Какие методы полимеризации пластмассы применяют при изготовлении ортодонтических аппаратов?
метод горячей полимеризации, метод холодной полимеризации
прямой метод
обратный метод
комбинированный метод
все вышеназванные методы
#
101

Из каких частей состоит классический дуговой аппарат Энгля?
из пружинящей дуги, из гаек и бандажей
пластинка
изкламмеров
изпелотов
все ответы правильные
#
102
Что собой представляет аппарат А.И.Гуляевой?
сочетание дуги Энгля и наклонной плоскости
каппа с наклонной плоскостью
расширяющая пластинка
комплекс пружин
сочетание всех вышеназванных аппаратов
#
103
Что собой представляет аппарат А.И. Хургиной?
сочетаниенакусочной пластинки Катца с винтом посередине пластинки
каппа с наклонной плоскостью
вестибулярная дуга с кольцами
комплекс пружин
сочетание всех вышеназванных аппаратов
#
104
Из проволоки какого диаметра изгибают стреловидный кламмер Шварца?
0,5 см
0,1 мм
0,6-0,7 мм
1,5 мм
1,0 мм
#
Вопрос 105
К какой группе оттискных материалов относится стэнс?
кристаллизующие
альгинатные
термопластичные
эластичные
правильныхотваетов нет
#
106
Какая форма альвеолярных отростков является нормой для детей на первом году жизни
полукруглая
формаэллипса
трапециевидная
У-образная
Ни один из перечисленных
#
107
Каково правильное соотношение челюстей в вертикальном направлении в сформированном временном прикусе
фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние на 1/3
краевое смыкание резцов
отсутствие контактов между передними зубами
наличие трем между передними зубами
фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние меньше, чем на 1/3
#
108
Главным для характеристики прикуса у ребенка является
количество зубов
форма зубных рядов

форма зубных рядов и их соотношение в состоянии
центральной окклюзии
перекрытие фронтальных зубов
положение зубов
#
109
Какие из перечисленных признаков оптимально характеризуют смыкание зубов в центральной окклюзии в постоянном прикусе
каждый зуб имеет по одному антагонисту
каждый зуб имеет по два антагониста за исключением центральных нижних резцов и последних верхних моляров
каждый зуб имеет по два антагониста
каждый зуб имеет по два антагониста за исключением вторых резцов и вторых моляров
каждый зуб имеет по два антагониста за исключением центральных нижних резцов
#
110
Изменение кривизны альвеолярных отростков по вертикали у детей до 1 года свидетельствует
о подготовке к прорезыванию зубов
о формировании зубочелюстных аномалий в вертикальном направлении
о формировании открытого прикуса
о варианте роста альвеолярных отростков у данного ребенка
ни один из перечисленных ответов
#
111
Наличие сагиттальной щели у ребенка после 6 месяцев свидетельствует
о формировании дистального прикуса
о формировании трансверзальных аномалий прикуса
о формировании открытого прикуса
о формировании перекрестного прикуса
правильный ответ не назван
#
112
Формирование какой функции зубочелюстной системы наиболее активно нарушается при укороченной уздечке языка у детей 9-12 месяцев
функция глотания
функция дыхания
функция речи
функция сосания
функция смыкания губ
#
113
Какое положение нижней челюсти у новорожденного считается физиологическим
нейтральное
антериальное
дистальное
правильный ответ не назван
мезиальное
#
114
Какое положение нижней челюсти у детей в 6-9 месяцев относится варианту нормы
дистальное
антериальное
мезиальное
нейтральное
правильный ответ не назван
#
115
В развитии готической формы неба основным этиологическим фактором является
вредная привычка сосания языка

нарушение носового дыхания
генетическая обусловленность
нарушение осанки
сосание соски
#
116
Язык при глотании у детей в возрасте одного года упирается
в верхнюю губу
в резцы верхней и нижней челюсти при сомкнутых зубах
нижнюю губу
в резцы верхней и нижней челюсти при отсутствии их смыкания
в нижние резцы при сомкнутых зубах
#
117
В стадии отправного толчка при инфальтивном виде глотания язык находится
между передними зубами
на дне полости рта
на верхнечелюстных альвеолярных отростках
между зубами
за нижними передними зубами
#
118
Для физиологического типа глотания характерно положение языка
между передними зубами
упирается в верхнюю губу
упирается в нижнюю губу
за верхними резцами
отталкивание языка от внутренней поверхности губ
#
119
Функция жевания начинает формироваться
в 12 месяцев
после №10- №15 лет
в 6-9 месяцев
после прорезывания центральных резцов на верхней и нижней челюсти
после прорезывания боковых резцов на верхней и нижней челюсти
#
120
Сосательный рефлекс у ребенка угасает в норме
3-6 месяцев
после 1 года
в 6-9 месяцев
9-12 месяцев
после прорезывания временных зубов
#
121
Давящая позязка на альвеолярный отросток верхней челюсти показана при
формирующемся открытом прикусе
зубоальвеолярной протрузии верхней челюсти
нарушенном носовом дыхании
протрузии верхней челюсти
формирующемся глубоком прикусе
#
122
Основным дифференциально-диагностическим признаком формирующихся аномалий и вариантов
прикуса является
предрасполагающий фон для развития патологии
функциональные отклонения зубочелюстной системы
ранние морфологические признаки аномалий прикуса
активнодействующая причина

наследственный фактор
#
123
Основным клиническим признаком правильного соотношения челюстей по отношению к трансверзальной плоскости у детей с молочным прикусом является
межрезцовые линии верхнего и нижнего зубных рядов совпадают между собой
щечные бугры верхних моляров незначительно перекрывают щечные бугры нижних моляров
межрезцовые линии верхнего и нижнего зубных рядов совпадают между собой и с срединной линией лица, щечные бугры верхних моляров перекрывают щечные бугры нижних моляров
межрезцовая линия нижнего зубного ряда совпадает с срединной линией лица
щечные бугры верхних моляров смыкаются с щечными буграми верхних моляров
#
124
Нормой для сформированного молочного прикуса является следующая форма зубных рядов
зубные ряды имеют форму полуокружности
зубной ряд верхней челюсти имеет форму полуэллипса, нижняя - полукруга
зубной ряд верхней челюсти имеет форму полукруга, нижней челюсти - полуэллипса
зубные ряды челюстей имеют форму полуэллипса
зубы челюстей располагаются по средней окклюзионной кривой, образуя плотные бугрово-фиссурные контакты
#
125
К раннему признаку изменения формы верхней челюсти, выявленному при осмотре ребенка, следует отнести следующий симптом зубочелюстных аномалий
альвеолярную протрузию
изменение формы альвеолярного отростка
вестибулярное положение зубов
высокое небо
сужение верхней челюсти
#
126
Основным симптомом неправильного глотания, ведущим к развитию открытого прикуса, является
при глотании в момент отправления толчка язык устремляется в межзубное пространство
напряжение мышц нижней губы
напряжение мышц подбородка при глотании
симптом "наперстка"
напряжение височных мышц
#
127
О развитии аномалий прикуса, обусловленных нарушением носового дыхания, свидетельствует
наклон головы вперед
нарушение смыкания губ
несмыкание губ
наличие двойного подбородка
удаление нижней трети лица в состоянии покоя
#
128
К моменту рождения в норме нижняя челюсть:
меньше верхней
больше верхней
равна верхней
шире верхней
уже верхней
#
129
В беззубом рте новорожденного десневые валики имеют форму:
полуэллипса

полукруга
параболы
гипербола
круг
#
130
Нижняя челюсть новорожденного расположена дистальнее верхней на расстоянии
до 5 мм
до 10 мм
до 14 мм
до 16 мм
до 18 мм
#
131
Вертикальная щель между десневыми валиками в норме достигает:
2,5 мм
5 мм
1,5 мм
2 мм
4 мм
#
132
Порядок прорезывания молочных зубов:
I—II—III—IV—V
I—II—IV—III—V
II—I—III—IV—V
I—II—IV—V—III
I—III—II—IV—V
#
133
Зубные ряды в прикусе молочных зубов имеют форму:
полуэллипса
полукруга
параболы
круг
треугольник
#
134
Дистальные поверхности вторых молочных моляров 3-летнего ребенка в норме располагаются
в одной плоскости
сезиальной ступенью
с дистальной ступенью
в двух плоскостях
в обеих плоскостях
#
135
Передние зубы 3-летнего ребенка в норме располагаются
стремами
без трем
только с диастемой
стремами и диастемой
стремами, без диастемой
#
136
Щечные бугорки нижних молочных моляров 3-летнего ребенка располагаются
вестибулярнее щечных бугорков верхних моляров
на одном уровне со щечными бугорками верхних моляров
в продольной фиссуре верхних моляров
на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров

в продольной фиссуре нижних моляров
#
137
Нёбные бугорки верхних молочных моляров 3-летнего ребенка располагаются
на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров
в продольной фиссуре нижних моляров
вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров
на одном уровне со щечными бугорками нижних моляров
язычнее щечных бугорков нижних моляров
#
138
Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные продолжается
от 5 до 8 лет
от 4 до 6 лет
от 3 до 4 лет
от 2 до 3 лет
от 8 до 12 лет
#
139
Активный рост челюстей ребенка и период подготовки к смене зубов происходит:
в переднем отделе
впозадимолярной области
впозадимолярной области и переднем отделе
в боковом отделе
в боковом и переднем отделе
#
140
Наличие трем между зубами в переднем отделе зубных рядов 5-летнего ребенка
признак аномалии
признак нормального развития
не имеет диагностического значения
наличие вредной привычки
признак типологии на верхней челюсти
#
141
Физиологическая стираемость молочных зубов 5-летнего ребенка в норме происходит:
в переднем отделе
в боковых отделах
в переднем и боковых отделах
в переднем левом отделе
в переднем правом отделе
#
142
Дистальные поверхности вторых молочных моляров 6-летнего ребенка располагаются:
в одной вертикальной плоскости
сезиальной ступенькой
с дистальной ступенькой
в одной трансверсальной плоскости
в одной сагитальной плоскости
#
143
Порядок прорезывания постоянных зубов:
6-1-2-3-4-5-7
1-2-4-5-3-6
6-1-2-4-3-5-7
6-1-3-2-4-5-7
1-6-2-4-3-5-7
#

144
Форма верхнего зубного ряда взрослого человека в норме:
полукруг
полуэллипс
парабола
гипербола
полушар
#
145
Форма нижнего зубного ряда взрослого человека в норме:
полукруг
полуэллипс
парабола
полушар
гипербола
#
146
Гиперодонтия возникает при:
наличии сверхкомплектных зубов
отсутствии зачатков зубов
ретенции зубов
дистопии зубов
тортоаномалия зубов
#
147
Гиподонтия связана с
наличием сверхкомплектных зубов
отсутствием зачатков зубов
задержкой прорезывания зубов
тортоаномалия зубов
дистопии зубов
#
148
Макродонтия относится к аномалии зубов:
размеров
формы
структуры
количества
цвет
#
149
Микродонтия — это
увеличение размеров зубов
уменьшение размеров зубов
уменьшение количества зубов;
увеличение количества зубов
уменьшение размеров и количества зубов
#
150
Макродонтия — это
уменьшение размеров зубов
увеличение количества зубов
увеличение размеров зубов
уменьшение количества зубов
уменьшения размеров и количества зубов
#

151
Тортоаномалия — это
высокое положение зуба
поворот зуба вокруг вертикальной оси
вестибулярный наклон зуба
низкое положение зуба
оральный наклон зуба
#
152
Ретенция зубов относится к аномалиям:
количества зубов
сроков прорезывания зубов
формирования зубов
формы зубов
цвет зубов
#
153
Адентия зубов относится к аномалиям:
количества зубов
сроков прорезывания зубов
структуры зубов
формирования зубов
формы зубов
#
154
Супраположение — это аномалия положения зубов в направлении:
вертикальном
сагиттальном
трансверсальном
вертикальном и сагиттальном
трансверсальном и вертикальном
#
155
Мезиальное положение зуба — это смещение зуба
вперед по зубной дуге
назад по зубной дуге
в сторону неба
назад и вперед по зубной дуге
в сторону языка
#
156
Дистальное положение зуба — это смещение зуба
вперед по зубной дуге
назад по зубной дуге
в сторону неба
в сторону языка
вперед и назад по зубной дуге
#
157
Инфраположение нижнего клыка — это положение зуба
вышеокклюзионной плоскости
окклюзионной плоскости
вне зубного ряда
поворот вокруг своей оси
оральный наклон зуба
#
158
Классификация Энгля основана на смыкании:

челюстей
первых моляров
резцов
клыков
премоляров
#
159
Ключ окклюзии по Энгля — это смыкание
первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей
постоянных клыков верхней и нижней челюстей
постоянных резцов верхней и нижней челюстей
первых премоляров верхней и нижней челюстей
вторых постоянных моляров верхней и нижней челюстей
#
160
Первый и второй подклассы II класса Энгля различаются положением
моляров
клыков
резцов
премоляров
резцов и премоляров
#
161
Второй класс Энгля характеризуется смещением зубов:
нижней челюсти назад
верхней челюсти назад
нижней челюсти вперед
нижней челюсти в трансверзальной плоскости
верхней челюсти в вертикальной плоскости
#
162
Третий класс Энгля характеризуется смещением зубов
нижней челюсти назад
верхней челюсти вперед
нижней челюсти вперед
нижней челюсти в трансверзальной плоскости
верхней челюсти в вертикальной плоскости
#
163
Дистальная окклюзия соответствует
I классу Энгля
II классу Энгля
III классу Энгля
I и II классу Энгля
I и III классу Энгля
#
164
Мезиальная окклюзия соответствует
I классу Энгля
II классу Энгля
III классу Энгля
I и II классу Энгля
I и III классу Энгля
#
165
Нейтральная(физиологическая) окклюзия соответствует
I классу Энгля
II классу Энгля
III классу Энгля

Г и II классу Энгля
Г и III классу Энгля
#
166
Дистальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов
нижней челюсти назад
нижней челюсти вперед
верхней челюсти назад
нижней челюсти в трансверзальном направлении
верхней челюсти в вертикальном направлении
#
167
Мезиальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов
нижней челюсти назад
нижней челюсти вперед
верхней челюсти вперед
нижней челюсти в трансверзальном направлении
верхней челюсти в вертикальном направлении
#
168
Дистальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях
сагиттальном
вертикальном
трансверсальном
сагиттальном и трансверзальном
трансверзальном и вертикальном
#
169
Мезиальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях
сагиттальном
вертикальном
трансверсальном
трансверзальном и вертикальном
сагиттальном и трансверзальном
#
170
Вестибулоокклюзия — это смещение
нижних или верхних боковых зубов в щечную сторону
нижних или верхних боковых зубов в оральную сторону
только верхних боковых зубов в оральную сторону
только нижних боковых зубов в оральную сторону
нижних или верхних боковых зубов в оральную и щечную сторону
#
171
Лингвоокклюзия — это смещение
верхних боковых зубов орально
нижних боковых зубов орально
верхних боковых зубов щечно
нижних боковых зубов щечно
нижних и верхних зубов щечно
#
172
Палатиноокклюзия — это смещение
верхних боковых зубов орально
нижних боковых зубов орально
верхних боковых зубов щечно
нижних передних зубов орально
верхних передних зубов щечно

#
173
Лингвоокклюзия относится к аномалиям
сагиттальным
вертикальным
трансверсальным
сагиттальным и вертикальным
вертикальным и трансверсальным
#
174
Глубокая резцовая окклюзия относится к аномалиям
сагиттальным
вертикальным
трансверсальным
сагиттальным и вертикальным
вертикальным и трансверсальным
#
175
Вестибулоокклюзия относится к аномалиям
сагиттальным
вертикальным
трансверсальным
сагиттальным и вертикальным
трансверсальным и сагиттальным
#
176
Палатиноокклюзия относится к аномалиям
сагиттальным
вертикальным
трансверсальным
сагиттальным и трансверсальным
трансверсальным и вертикальным
#
177
Лингвоокклюзия относится к аномалиям
сагиттальным
вертикальным
трансверсальным
трансверсальным и вертикальным
вертикальным и трансверсальным
#
178
Макрогнатия — это
увеличение челюсти
уменьшение челюсти
смещение челюсти вперед
смещение челюсти назад
смещение челюсти вперед и назад
#
179
Микрогнатия относится к аномалиям
размера челюстей
положения челюстей
формы челюстей
формы и положения челюстей
размера, положения, формы челюстей
#
180
Прогнатия и ретрогнатия относятся к аномалиям:

размера челюстей
положения челюстей
формы челюстей
размера и формы челюстей
размера, формы, положения челюстей
#
181
Метод Пона основан на
зависимости суммы мезиодистальных размеров 4 нижних резцов и ширины зубного ряда в переднем и заднем отделах
зависимости суммы мезиодистальных размеров верхних резцов и ширины зубных рядов
пропорциональности размеров 4 верхних и 4 нижних резцов
пропорциональности размеров 2 верхних и 2 нижних резцов
зависимости суммы мезиодистальных размеров верхних моляров и ширины зубных рядов
#
182
Размеры зубных рядов по методу Пона изучаются в направлениях:
сагиттальном
сагиттальном и вертикальном
трансверсальном
вертикальном
сагиттальным и трансверсальном
#
183
Индекс Тонна в норме равен
1,33
1,22
1,5
1,8
2,0
#
184
Премолярный индекс Пона равен
80
85
64
68
84
#
185
Молярный индекс Пона равен
80
85
64
84
68
#
186
Изучить размеры зубных рядов в прикусе молочных зубов можно методом
Пона
Коркхауза
Долгополовой
Тонна
Тонна и Пона
#
187
Метод Коркхауза основан на изучении
пропорциональных, трансверсальных и сагиттальных размерах зубов
зависимости суммы мезиодистальных размеров 4 верхних резцов и длины переднего отрезка зубного ряда
отношения ширины и длины зубных рядов

зависимости суммы мезиодистальных размеров 4 нижних резцов и ширины зубного ряда в переднем и заднем отделах
зависимости суммы мезиодистальных размеров верхних резцов и ширины зубных рядов
#
188
Данные, полученные при измерении гипсовых моделей челюстей по методу Герлаха, свидетельствуют
об изменении ширины и длины зубных рядов
о соотношении размеров боковых сегментов зубных рядов
о соотношении переднего и боковых сегментов зубных рядов
об изменении длины зубных рядов
о соотношении размеров передних сегментов зубных рядов
#
189
Метод Хауса позволяет определить:
форму зубных рядов
степень развития базиса
размеры сегментов зубных рядов
об изменении длины зубных рядов
размеры зубов
#
190
Для определения нарушения формы зубных рядов используют методику
Пона
Коркхауза
Хауля—Гербера—Гербста
Тонна
Долгополовой
#
191
Диаграмма Хауля—Гербера—Гербста позволяет определить
размеры зубных рядов
форму зубных рядов
размеры сегментов зубных рядов
размеры и форму зубных рядов
размеры зубов
#
192
Возрастные показания к применению лечебной гимнастики как метода лечения
от 4 до 7 лет
от 7 до 17 лет
от 12 до 15 лет
от 15 до 17 лет
от 12 до 14 лет
#
193
Лечебная гимнастика эффективна в периоде
молочных зубов
смены зубов
постоянных зубов
от 10 до 12 лет
от 12 до 14 лет
#
194
Профилактические ортодонтические аппараты применяются для
закрепления результатов ортодонтического лечения
устранения деформации
предупреждения формирования деформаций зубочелюстной системы
восстановления прикуса
после лечения несъемной аппаратурой

#
195
При инфантильном типе глотания наблюдается
напряжение круговой и подбородочной мышц
напряжение верхней части лица
ротовое дыхание
напряжения нижней части лица
ротовое дыхание и напряжение верхней части лица
#
196
При нарушении дыхания характерно
укорочение нижней трети лица
рот приоткрыт, несомкнутые губы
Выражена супраментальная складка
укорочение верхней трети лица
напряжение круговой и подбородочной мышц
#
197
При длительном ротовом дыхании появляется вредная привычка
расположение языка между зубами
сосание большого пальца
сосание верхней губы
сосание пальцев
сосание нижней губы
#
198
Вредная привычка прокладывания языка между зубами приводит к
расширению верхнего зубного ряда
неполному прорезыванию передних зубов
сужению нижнего зубного ряда
расширению нижнего зубного ряда
сужению верхнего зубного ряда
#
199
У детей с нарушением носового дыхания должны быть проведены меры профилактики зубочелюстных аномалий
санация носоглотки
санация полости рта
изготовление съемного протеза
лечение кариеса и его осложнений
изготовление несъемной аппаратуры
#
200
При вредной привычке сосания и прикусывания языка может наблюдаться
сужение нижнего зубного ряда
расширение верхнего зубного ряда
сужение зубных рядов
расширение нижнего зубного ряда
расширение верхнего и нижнего зубного ряда
#

**Перечень типовых заданий для проверки уровня обученности
УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ
Задача № 1**

К Вам на прием обратились родители с ребенком в возрасте 12 лет по поводу неправильного прорезывания клыков. Из анамнеза выяснено, что ребенок родился в срок, доношенным, однако до 4 лет часто болел ОРВИ, находится под наблюдением ЛОР-врача по поводу двустороннего гайморита, хронического тонзиллита. В возрасте 6 лет были удалены аденоиды.

Объективно: лицо узкое, носовое дыхание нарушено, губы сухие, шелушащиеся, открывание рта свободное. Средние линии зубных рядов не совпадают. Уздечки губ и языка без особенностей.

Зубная формула: $\begin{matrix} \text{п} & \text{с} & & & & & & & & & \text{с} & \text{п} \\ \underline{17,16,15,14,13,12,11} & : & \underline{21,22,23,24,25,26,27,} & & & & & & & & & \\ & & 37,36,35,34,33,32,31 & : & 41,42,43,44,45,46,47 \end{matrix}$

$\begin{matrix} \text{п} & & & & \text{с} & & & & \text{п} \\ 21,22 & \text{зубы} & \text{смещены} & \text{небно,} & 13,23 & - & \text{расположены} & \text{вестибулярно} & \text{с} & \text{недостатком} & \text{места,} & \text{верхние} & \text{фронтальные} & \text{зубы} & \text{расположены} & \text{тесно.} & \text{Верхний} & \text{зубной} & \text{ряд} & \text{равномерно} & \text{сужен,} & \text{щечные} & \text{бугорки} & 17,16,15,14: & 24,25,26,27 & \text{зубы} & \text{перекрываются} & \text{антагонистами,} & \text{небо} & \text{плоское.} & \text{Соотношение} & \text{жевательных} & \text{зубов} & \text{по} & \text{сагиттали} & - & 1 \text{ кл.} & \text{Энгля.} \end{matrix}$

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите возможные причины возникновения аномалий.
3. Укажите клиническую форму аномалии
4. Перечислите методы дополнительных исследований.
5. Обоснуйте лечебную тактику.

З А Д А Ч А № 2

Мальчик 12 лет обратился с жалобами на неправильное положение зубов. Зубная формула:

$\begin{matrix} \underline{17,16,15,14,13,12,11} & : & \underline{21,22,23,24,25,26,27,} & & & & & & & & & \\ & & 37,36,35,34,33,32,31 & : & 41,42,43,44,45,46,47 \end{matrix}$

13,23 зубы расположены вестибулярно с отсутствием места в зубном ряду. Взаимоотношение резцов правильное. Первые постоянные моляры расположены по II классу Энгля, премоляры - в бугорковом контакте.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Объясните причину отсутствия места для 13,23 зубов.
3. Предложите методы исследования для выбора лечебной тактики.
4. Объясните механизм нарушения соотношения 1-х моляров.
5. Обоснуйте рациональный метод создания места 13,23 зубов и укажите конструкцию аппарата.

З А Д А Ч А № 3

При обследовании ребенка 12 лет врач выявил задержку прорезывания клыков верхней челюсти. Для ускорения их прорезывания были удалены молочные клыки. При осмотре через два месяца выяснилось, что постоянные клыки по-прежнему не прорезались, а их место занято первыми премолярами, появилась диастема.

Задание:

1. Объясните отсутствие эффекта от удаления временных клыков.
2. Перечислите возможные причины ретенции клыков.
3. Объясните причину мезиального смещения премоляров.
4. Объясните причину появления диастемы.
5. Предложите план лечения.

З А Д А Ч А № 4

У ребенка 11 лет наблюдается диастема 4,5 мм. 11,21 зубы смещены латерально и располагаются параллельно относительно друг друга. Наблюдается подвижность временных клыков и боковых резцов, имеется аномалия уздечки верхней губы (II тип). В плане лечения врач предусматривает коррекцию уздечки верхней губы, удаление 53,52,62,63 зубов и наложение резиновых колец на 11,21 зубы.

Задание:

1. Какие дополнительные методы исследования показаны при данной аномалии?
2. Объясните возможные причины диастемы.
3. Объясните причины задержки смены 52,62 зубов.
4. Объясните действие врача.
5. Предложите план лечения.

З А Д А Ч А № 5

Девочка 13 лет обратилась с жалобами на неправильное положение передних зубов. Объективно: зубная формула:

У УУ
17,16,15,14,53,52,51 : 21,22,23,24,25,26,27,
37,36,35,34,33,32,31 : 41,42,43,44,45,46,47

53, 21 смещены мезиально. Рентгенологические данные - зачатки 12,11 зубов расположены наклонно - вертикально к оси 21 зуба, корень 11 зуба искривлен, на фоне его тени видна тень сверхкомплектного зуба, имеющего аномалийную форму и расположенного под углом 40 градусов к корню 11 зуба. Зачаток 13 зуба расположен вертикально в проекции 14 зуба

Задание:

1. Дайте оценку процесса прорезывания зубов.
2. Объясните причину ретенции 13 зуба.
3. Объясните причину ретенции 12,11 зубов.
4. Сформулируйте диагноз.
5. Составьте план лечения.

З А Д А Ч А № 6

Пациенту А. в возрасте 10 лет врач поставил диагноз: Дистальная окклюзия, обусловленная недоразвитием и дистальным положением нижней челюсти. Глубокаярезцовая окклюзия, протрузия 12,11,21,22 зубов.

Задание:

1. Перечислите основные симптомы этой клинической формы дистальной окклюзии
2. Укажите основные задачи лечения данной формы дистальной окклюзии.
3. Перечислите ортодонтические аппараты, с помощью которых можно реализовать задачи лечения.
4. Перечислите группы мышц, тонус которых должен быть повышен при этой аномалии.
5. Перечислите осложнения, которые могут возникнуть в процессе лечения.

З А Д А Ч А №7

Ребенок 6 лет обратился с жалобами на наличие неправильного прикуса, изменение внешнего вида, затрудненное жевание. Объективные данные: дыхание ротовое, речь нарушена, верхняя челюсть выступает вперед, лицевые борозды сглажены. Уздечка языка укорочена, его подвижность ограничена. Между фронтальными зубами имеется вертикальная щель 4 мм и сагиттальная щель 3 мм. Клыки расположены в бугорковом контакте. Верхний зубной ряд сужен и удлинен. Нижний зубной ряд имеет трапециевидную форму.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите основные диагностические симптомы.
3. Перечислите аномалии, с которыми необходимо дифференцировать данную аномалию.
4. Составьте план дополнительных исследований.
5. Укажите первоочередные задачи врача-ортодонта.

З А Д А Ч А № 8

К детскому стоматологу обратились родители с ребенком в возрасте 5 лет, который в ночное время и днем сосет большой палец правой руки. По их мнению, из-за этого стали неправильно прорезываться зубы.

Анамнестические данные: ребенок родился в срок от первой беременности, здоровым, вес при рождении 3770 г, рост 50 см. Грудь сосал очень энергично, насыщался быстро, так как молока у матери было достаточно. Соску-пустышку не сосал, когда родители давали пустышку - отвергал ее. После 10-месячного возраста стал упорно сосать большой палец. Для устранения этой вредной привычки родители смазывали палец горчицей, но безрезультатно. В возрасте 2 лет прекратил сосание пальца, однако после прихода в детский сад привычка появилась вновь.

Задание:

1. Укажите вид нарушения функции сосания и его причину.
2. Объясните причину рецидива вредной привычки.
3. Объясните причину безуспешности устранения привычки в домашних условиях.
4. Дайте Ваши рекомендации.
5. Укажите виды аномалий, которые возникают под влиянием подобных привычек.

З А Д А Ч А №9

К Вам направили ребенка в возрасте 7 лет для решения вопроса об ортодонтическом лечении. Объективно обнаружено следующее: лицо симметричное, пропорциональное, в профиль - выступание средней части лица и западение подбородка, углубление губно-подбородочной борозды. При проведении пробы Эшлера-Биттнера профиль лица ухудшается, соотношение резцов нарушено в 3-х плоскостях: сагиттальная щель 7 мм, перекрытие нижних резцов верхними составляет 3/3, средняя линия нижней челюсти смещена влево. Отмечается протрузия 12,11,21,22 зубов, скученность 42,41,31,32 зубов, первые постоянные моляры смыкаются по II классу Энгля.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите вероятную клиническую форму аномалии.
3. Объясните причину ухудшения профиля лица при функциональной пробе.
4. Объясните причину смещения средней линии.
5. Предложите план лечения.

З А Д А Ч А № 10

При обследовании ребенка в возрасте 10 лет выявлены следующие симптомы: нарушение внешнего вида за счет нарушения смыкания губ и выступающего резцов верхней челюсти из-под верхней губы, высота нижнего отдела лица в пределах нормы, уздечка верхней губы прикреплена низко и имеет недостаточную протяженность, соотношение резцов по трансверсали не нарушено, по вертикали - имеется щель 3 мм, по сагиттали - щель 6 мм, соотношение клыков бугорковое, соотношение первых постоянных моляров по I классу Энгля, зубная формула: 16,15,14,13,12,11 : 21,22,23,24,25,26

36, 0, 0, 33,32,31 : 41,42,43,44, 0, 46

между резцами верхней челюсти имеются тремы и диастемы, передние зубы нижней челюсти расположены тесно, зубной ряд нижней челюсти уплощен в переднем участке.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные симптомы, подтверждающие Ваш диагноз.
3. Укажите клиническую форму аномалии.
4. перечислите аномалии, с которыми необходимо дифференцировать данную аномалию.
5. Укажите методы исследования, которые необходимы для окончательной постановки диагноза.

З А Д А Ч А № 11

К Вам на прием обратился ребенок в возрасте 9 лет для исправления прикуса. Объективные данные: лицо симметрично, профиль лица чрезмерно вогнутый за счет выступающего подбородка, размеры угла и тела нижней челюсти в пределах нормы, уздечки губ без особенностей, уздечка языка аномалийная (III тип), верхние резцы перекрываются нижними на глубину более 2/3 их высоты, сагиттальная щель составляет 2 мм, имеется протрузия 43,42,41,31,32,33 зубов соотношение первых постоянных моляров по III классу Энгля. При смыкании зубных рядов под контролем врача пациент может установить зубы в прямом прикусе.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз и укажите клиническую форму аномалии.
2. Перечислите основные симптомы, подтверждающие Ваш диагноз.
3. Сформулируйте основные задачи лечения.
4. Перечислите ортодонтические аппараты для исправления аномалии.
5. Укажите группы мышц, на которые необходимо воздействовать с помощью миогимнастики.

З А Д А Ч А №12

При обследовании ребенка 11 лет было выявлено следующее: внешний вид нарушен за счет западения средней части лица, смыкание губ нарушено в 3-х плоскостях (имеется обратное соотношение с сагиттальной 2 мм, вертикальная щель 3 мм и смещение средней линии верхней челюсти вправо на 3 мм), соотношение первых постоянных моляров по III классу Энгля, верхний зубной ряд сужен, 12,22 зубы расположены небно, 13,23 прорезались вестибулярно, небо плоское. При анализе ТРГ выявлено уменьшение размеров угла и длины основания тела верхней челюсти, уменьшение расстояния между турецким седлом и дистальным отделом верхней челюсти.

Задание:

1. Для какой аномалии характерны клинические симптомы?
2. Укажите клиническую форму аномалии и перечислите основные ее симптомы.
3. Объясните причину аномального положения 13,12,21,22 зубов.
4. Объясните механизм возникновения III класса по Энглю.
5. Определите врачебную тактику.

З А Д А Ч А № 13

Из детского комбината к Вам направили ребенка 6 лет на консультацию. При объективном обследовании было выявлено следующее: внешний вид нарушен из-за выступления подбородка, функция дыхания не нарушена, имеется незначительная шепелявость, соотношение резцов обратное в сочетании с глубоким перекрытием (на 2/3 высоты коронок 52,51,61,62 зубов), 85,85,74,75 зубы отсутствуют, при смыкании зубных рядов первоначально контакт возникает на 53,63, 83,73 зубах, а при дальнейшем закрывании рта нижняя челюсть смещается вперед, нижние резцы “соскальзывают” с верхних и оказываются впереди последних, соотношение моляров по III классу Энгля.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите вероятные этиологические факторы аномалии.
3. Определите клиническую форму аномалии и обоснуйте Ваше мнение.
4. Укажите методы исследования, с помощью которых можно подтвердить Ваш диагноз.
5. Определите врачебную тактику.

З А Д А Ч А № 14

Девочка 12 лет обратилась с жалобами на неправильное положение зубов. Объективно: внешний вид нарушен в связи с уплощением средней трети лица и западением верхней губы, верхние резцы перекрываются нижними, имеется сагиттальная щель 3 мм, клыки верхней челюсти расположены вестибулярно, места для них недостаточно. Первые постоянные моляры расположены по III классу Энгля.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Укажите методы исследования для постановки окончательного диагноза.
4. Объясните причину отсутствия места для клыков.
5. Составьте план лечения и укажите конструкцию аппарата.

З А Д А Ч А №15

При обследовании ребенка 10 лет были выявлены следующие отклонения: выступание подбородка, западение средней зоны лица, увеличение нижнего отдела лица, угол нижней челюсти составляет 145 градусов, соотношение передней группы зубов обратное с сагиттальной щелью 4 мм, соотношение первых постоянных моляров по III классу Энгля, передние зубы верхней челюсти расположены редко.

Для нормализации прикуса применена пластинка на верхнюю челюсть с винтом. В последующем с помощью пластинки с протрагирующими пружинами и разобщающими прикус площадками резцы верхней челюсти были выведены до прямого прикуса. После снятия аппарата через 2 месяца возник рецидив.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и укажите клиническую форму аномалии.
2. Выделите основные симптомы, подтверждающие Ваш диагноз.
3. Оцените лечебную тактику врача.
4. Составьте план обследования больного.
5. Составьте план лечения пациента.

З А Д А Ч А № 16

Ребенку в возрасте 7 лет с глубокой резцовой окклюзией, язычным прорезыванием 42, 32 зубов и ретрузией 11, 21 зубов врач изготовил нижнечелюстную пластинку с винтом и удерживающими микрокламперами на 16, 26 зубы с целью создания места 42,32 зубам и правильной их установки. Лечение проводилось более года, однако эффекта не наблюдалось.

Задание:

1. Объясните возможные причины язычного прорезывания 42, 32 зубов.
2. Объясните причину отсутствия лечебного эффекта.
3. Сформулируйте основные задачи лечения.
4. Укажите условия, необходимые для эффективного действия расширяющей пластинки.
5. Перечислите аппараты, применяемые для исправления глубокой резцовой окклюзии.

З А Д А Ч А №17

Ребенку 5 лет с глубокой резцовой окклюзией была изготовлена пластинка на нижнюю челюсть с окклюзионными площадками на 85,84,74,75 зубы с целью повышения высоты прикуса. После припасовки аппарата глубина резцового перекрытия уменьшилась до 1/3, внешний вид ребенка улучшился. Аппаратом он пользовался в течение 1,5 лет. При контрольном осмотре через год (в 7,5 лет) вновь обнаружена глубокая резцовая окклюзия.

Задание:

1. Опишите изменения, наблюдающиеся со стороны зубных рядов при данной аномалии.

2. Сформулируйте основные задачи лечения по нормализации окклюзионных взаимоотношений.
3. Объясните механизм действия примененного врачом аппарата.
4. Объясните причину рецидива.
5. Предложите рациональный план лечения.

З А Д А Ч А №18

Пациент К., 12 лет в течение 3 лет находился на ортодонтическом лечении по поводу глубокой резцовой окклюзии в местной поликлинике. В связи с отсутствием лечебного эффекта был направлен к Вам на консультацию. При осмотре выявлено следующее: внеротовые симптомы, характерные для глубокой резцовой окклюзии, нарушение соотношения резцов по вертикали (полное перекрытие) и по сагиттали (щель 3 мм за счет ретрузии 42,41,31,32 зубов), соотношение боковых зубов не нарушено. Характеристика аппарата, которым пользуется пациент: верхнечелюстная пластинка с кламмерами, ретракционной дугой и площадкой в переднем отделе, с которой контактируют 42,41,31,32 зубы, поверхность площадки ровная, при смыкании зубных рядов нижние зубы скользят по площадке вперед до образования контакта с верхними.

Задание:

1. Сформулируйте основные задачи лечения.
2. Объясните причину отсутствия лечебного эффекта.
3. Укажите аппараты, которыми можно устранить ретрузию 42,41,31,32 зубов.
4. Перечислите симптомы, которые свидетельствуют о незаконченном лечении глубокого прикуса.
5. Назовите аппараты для лечения глубокого прикуса.

З А Д А Ч А №19

Родители пациента Б. в возрасте 8 лет обратились с жалобами на наличие у мальчика большого расстояния между центральными резцами верхней челюсти. Объективно: нарушена функция глотания, дыхание ротовое, наблюдается прокладывание языка между передними зубами при разговоре и в покое. Центральные постоянные верхние резцы смещены вестибулярно, 52,62 зубы отсутствуют, 53,63 зубы смещены мезиально. Между передними зубами вертикальная щель 4 мм, величина диастемы составляет 5 мм. Уздечка верхней губы имеет недостаточную протяженность, прикреплена низко. Первые постоянные моляры расположены по I классу Энгля.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Объясните причину мезиального смещения временных клыков.
3. Укажите, в каких дополнительных методах исследования нуждается ребенок.
4. Обоснуйте тактику врача по отношению к уздечке губы.
5. Сформулируйте задачи врача.

З А Д А Ч А №20

Ребенок 12 лет обратился для исправлении аномалии прикуса. При объективном обследовании были выявлены следующие симптомы: смыкание губ нарушено, высота нижнего отдела лица увеличена, размеры нижнечелюстного угла составляют около 140°. Между фронтальными зубами вертикальная щель 8 мм. Имеется типичная для фронтальной резцовой дизокклюзии деформация окклюзионной поверхности зубных рядов. Изучение ТРГ показало чрезмерное развитие боковых участков верхней челюсти. Для лечения аномалии была использована межчелюстная тяга с фиксацией на кольцах с крючками на фронтальные зубы. В результате лечения вертикальная щель ликвидировалась, однако косметический результат оказался неудовлетворительный (обнажение альвеолярного отростка при разговоре и улыбке).

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите вероятную клиническую форму аномалии.
3. Укажите основные задачи лечения.
4. Оцените действия врача.
5. Определите роль ортодонта.

З А Д А Ч А № 21

У пациента 6 лет обнаружена фронтальная резцовая дизокклюзия зубных рядов, обусловленная чрезмерным ростом альвеолярных отростков челюстей в боковых отделах, недоразвитием альвеолярного отростка верхней челюсти в переднем отделе, наклоном тела нижней челюсти вниз, нарушение носового дыхания, инфантильное глотание.

Задание:

1. Укажите клиническую форму аномалии.
2. Укажите возможные причины аномалии.
3. Укажите лицевые признаки аномалии этого пациента.

4. Сформулируйте основные задачи лечения.
5. Предложите конструкцию аппаратов и обоснуйте механизм их действия.

З А Д А Ч А №22

К Вам обратился ребенок в возрасте 16 лет с жалобами на асимметрию лица, которая стала особенно заметной в последние 2 года. Появление асимметрии ни с чем не связывает.

Объективно: лицо асимметрично за счет смещения подбородка влево. Причем, асимметрия сохраняется как в покое, так и при движениях нижней челюсти. Размеры нижнечелюстного угла: слева - 128°, справа- 139°. Средняя линия нижнего зубного ряда смещена влево на 5 мм. Соотношение жевательных зубов по I классу Энгля, справа по III классу Энгля. Кроме того, щечные бугры верхних жевательных зубов полностью перекрываются нижними, поэтому контакт сохраняется только щечными поверхностями верхних зубов и язычными - нижних. Оклюзионная кривая верхнего зубного ряда деформирована за счет инфраокклюзии 24,25,26,27 зубов вследствие чрезмерных нагрузок.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Выскажите предположения о причинах аномалии.
3. Перечислите аномалии, с которыми необходимо дифференцировать данную аномалию.
4. Укажите методы исследования, которые необходимо применить для постановки окончательного диагноза.
5. Сформулируйте основные задачи лечения и определите тактику ортодонта.

З А Д А Ч А № 23

При проведении профилактического осмотра детей у мальчика М. в возрасте 5 лет выявлена асимметрия лица за счет смещения нижней челюсти вправо. Объективные данные: внешний вид ребенка нарушен за счет смещения нижней челюсти вправо. Носовое дыхание нарушено, в носовых ходах обильное отделяемое. Средняя линия нижнего зубного ряда смещена вправо на 3 мм.

Зубная формула: $\overline{p \quad ppp}$

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

$\overline{p \quad ppp}$

53,63,73,83 зубы имеют выраженные бугорки, при смыкании зубных рядов в центральной окклюзии контакт только на клыках, при смыкании в привычной окклюзии нижняя челюсть смещается вправо, при этом 55,54,53,51 зубы перекрываются нижними зубами, верхний зубной ряд сужен справа.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Выделите основные симптомы, подтверждающие Ваш диагноз.
3. Укажите возможные этиологические факторы.
4. перечислите функциональные пробы, с помощью которых можно подтвердить диагноз.
5. Определите тактику врача.

З А Д А Ч А № 24

Родители обратились к врачу-ортодонту с ребенком 8 лет по поводу нарушения внешнего вида. При обследовании ребенка врач обнаружил: выраженную асимметрию лица за счет смещения нижней челюсти вправо, смещение средней линии нижнего зубного ряда на 5 мм, обратное соотношение жевательных зубов справа, нестершиеся бугорки временных клыков, тремы в области фронтальных зубов нижней челюсти, деформация окклюзионной поверхности зубных рядов за счет внедрения (инфраокклюзии) 64,65,26,74,75,36 зубов. Сошлифовывание отдельных зубов не привело к улучшению прикуса.

Задание:

1. Поставьте диагноз и укажите клиническую форму аномалии.
2. Объясните причину деформации окклюзионной поверхности зубных рядов.
3. Объясните причину отсутствия эффекта после сошлифовки временных клыков.
4. Перечислите способы нормализации положения нижней челюсти.
5. Укажите конструкции аппаратов для нормализации положения нижней челюсти.

З А Д А Ч А №25

Родители ребенка Б. в возрасте 4 лет обратились к Вам в связи с нарушением его внешнего вида, которое появилось несколько месяцев назад. При выяснении анамнеза установлено, что ребенок родился преждевременно с низкой массой тела (2600 г), часто болеет ОРВИ, полгода назад перенес острый гнойный отит справа, в возрасте 2 лет получил травму передних зубов (частичный вывих 82,81,71,72 зубов) и подбородка при падении.

Объективно: ребенок физически развит ниже среднего, заметна асимметрия лица в покое за счет кажущегося уплощения лица слева. При открывании рта подбородок смещается вправо на 4 мм, при открывании рта смещение проявляется более отчетливо. Щечные бугры жевательных зубов верхней челюсти справа находятся в обратном соотношении с антагонистами, 74,75 зубы удалены по поводу кариеса.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите возможные причины заболевания.
3. Объясните механизм смещения нижней челюсти вправо при открывании рта.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите лечебную тактику.

З А Д А Ч А № 26

Пациент в возрасте 14 лет впервые обратился к ортодонт. Объективные данные: высота нижнего отдела лица снижена, подбородок смещен дистально, выражена губно-подбородочная борозда, центральные верхние резцы наклонены орально, боковые смещены вестибулярно с дефицитом места, сагиттальная щель отсутствует, зубо-альвеолярное увеличение в переднем отделе нижней челюсти; соотношение первых постоянных моляров по II классу Энгля. Функциональную пробу Эшлера-Биттнера не удалось. Анализ телерентгенограммы показал, что имеется увеличение расстояния между центром турецкого седла и суставной головкой. Изучение моделей по методу Пона-Линдера-Харта выявило сужение верхнего зубного ряда на 4,0 и уменьшение длины переднего отрезка зубной дуги на 5 мм.



Задание

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Опишите особенности профиля лица пациентки.
3. Составьте план исправления аномалии согласно Вашего диагноза.
4. Для какой аномалии характерны клинические симптомы?.
5. Определите лечебную тактику.

З А Д А Ч А № 27

К Вам направили пациентку 12 лет для решения вопроса об ортодонтическом лечении. Объективно: лицо симметричное, пропорциональное, в профиль - выступание средней части лица, дистальное положение подбородка, соотношение резцов нарушено в трех плоскостях: сагиттальная щель 7 мм; перекрытие нижних резцов верхними составляет 2/3, средняя межрезцовая линия нижней челюсти смещена влево, выражена протрузия 12, 11, 21, 22 зубов с наличием трем и диастемы, скученность резцов на нижней челюсти. Первые постоянные моляры расположены по II классу Энгля. Сумма ширины верхних резцов составляет 31,0 мм. При выполнении пробы Эшлера-Биттнера - профиль лица сначала улучшился, затем изменился в худшую сторону. На томограмме ВНЧС - суставная щель в переднем и заднем отделе одинаковой величины, суставная головка расположена правильно.

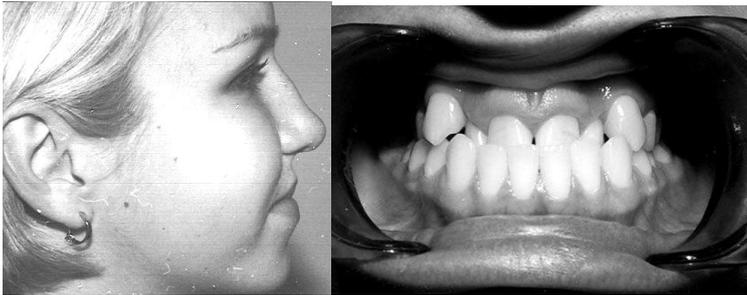


Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Опишите особенности профиля лица пациентки.
3. Составьте план исправления аномалии согласно Вашего диагноза.
4. Для какой аномалии характерны клинические симптомы?
5. Определите лечебную тактику.

ЗАДАЧА №28

При обследовании ребенка 11 лет выявлено: нарушение внешнего вида за счет уплощения средней зоны лица, нарушение смыкания губ, обратное взаимоотношение резцов с сагиттальной щелью 2 мм, верхний зубной ряд сужен, 12 и 22 зубы расположены небно, 31 и 23 зубы прорезываются вестибулярно, соотношение первых постоянных моляров по III классу Энгля. Результаты биометрического метода исследования: ширина апикального базиса верхней челюсти от суммы ширины 12 зубов составила 42 %, длина - 36 %, верхняя зубная дуга сужена на 4 мм, имеется укорочение длины переднего отрезка зубной дуги на 5 мм. На анализе ТРГ выявлено уменьшение размеров лицевого угла и длины основания тела верхней челюсти, уменьшение расстояния между турецким седлом и дистальным отделом челюсти.



1. Поставьте предварительный диагноз? О наличии какой зубочелюстной аномалии свидетельствуют описанные клинические данные?
2. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы данной аномалии.
3. Чем обусловлено возникновение III класса по Энгля?
4. О каких изменениях верхнего зубного ряда свидетельствуют параметры апикального базиса?
5. Что является причиной скученности зубов в переднем отделе верхней челюсти?

ЗАДАЧА № 29

При обследовании пациента в возрасте 11 лет выявлено увеличение высоты нижнего отдела лица, носогубные борозды сглажены, во время смыкания губ возникает «симптом наперстка», уздечка верхней губы III типа в сочетании с диастемой, протрузия резцов обеих челюстей, вертикальная щель 3,0 мм, сагиттальная щель - 2,0 мм, небо узкое, высокое. Соотношение первых постоянных моляров по I классу Энгля. Данные биометрического изучения моделей по методу Пона-Линдера-Харта: верхняя зубная дуга сужена на 5,0 мм, нижняя - на 3,0 мм. Анализ ТРГ в боковой проекции определил увеличение длины апикального базиса верхней челюсти; высота альвеолярного отростка в переднем отделе в пределах нормы, высота альвеолярного отростка в боковом отделе верхней челюсти увеличена, размер нижнечелюстного угла - 145° .



Задание 1. Назовите наиболее вероятные аномалии?

2. Что является причиной данной аномалии?
3. Сформулируйте диагноз

4. Определите основные задачи лечения пациента.

5. Определите лечебную тактику

ЗАДАЧА № 30

Ребенок 7 лет направлен на консультацию из детского комбината. Выявлено следующее: выступание подбородка, губы смыкаются с напряжением, дыхание нарушено, соотношение резцов обратное в сочетании с глубоким перекрытием, на верхней челюсти зубы расположены плотно, отсутствуют 75,74,84 и 85зубы. При смыкании зубных рядов первоначально контакт возникает на временных клыках, а при дальнейшем закрывании рта нижние резцы “соскальзывают” с верхних и оказываются в обратном соотношении, первые постоянные моляры расположены по III классу Энгля. Для постановки диагноза выполнена ТРГ и электромиография.



Задание:

1. Для какой аномалии прикуса характерны данные клинические симптомы?
2. О чем свидетельствует отсутствие трем и диастемы на верхней челюсти?
3. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы представленной аномалии.
4. Какие дополнительные методы обследования показаны для постановки окончательного диагноза?
5. На каком расстоянии при выполнении ТРГ должен находиться пациент от источника излучения?

ЗАДАЧА № 31

Родители обратились к Вам на прием с ребенком в возрасте 12 лет по поводу неправильного прорезывания клыков. Из анамнеза выяснено, что ребенок родился в срок, доношенным, однако до 4 лет часто болел ОРВИ, находится под наблюдением ЛОР-врача по поводу двустороннего гайморита, хронического тонзиллита. В возрасте 6 лет были удалены аденоиды. В возрасте 7 лет удалены 55, 65 зубы по поводу хронического периодонтита.

Объективно: лицо узкое, носовое дыхание нарушено, губы сухие, шелушащиеся, открывание рта свободное. Средние линии зубных рядов не совпадают. Уздечки губ и языка без особенностей. Прорезались все постоянные зубы. 12, 22 зубы смещены небно, 13,23 зубы - расположены вестибулярно с недостатком места. Соотношение жевательных зубов по сагиттали - II кл. Энгля, сохраняется режуще-бугорковый контакт в области центральных резцов. Сумма ширины коронок резцов верхней челюсти составляет 31.9 мм.



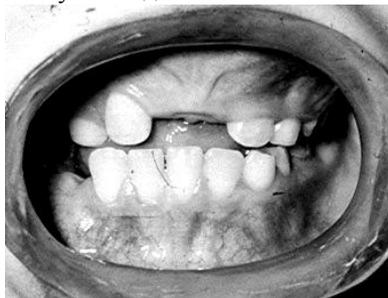
Задание:

1. К какой группе зубочелюстных аномалий относится вестибулярное положение 13 – 23 зубов?
2. Назовите причины указанной аномалии

3. Чем может быть обусловлено соотношение первых постоянных моляров по II кл. Энгля.
4. Что явилось причиной смещения средней линии зубных рядов?
5. Обоснуйте применение дополнительных методов обследования для постановки диагноза.

ЗАДАЧА № 32

К Вам обратился ребенок 9 лет в связи с отсутствием постоянных центральных резцов на верхней челюсти. Ранее к ортодонту не обращался. При объективном обследовании выявлено следующее: внешний вид лица без особенностей, основные функции зубочелюстной системы протекают нормально, на нижней челюсти прорезались все резцы и первые моляры, на верхней - боковые резцы, первые моляры и первые премоляры. Остальные зубы временные (в том числе центральные резцы). Места для 11 и 21 зубов недостаточно в связи с мезиальным смещением 12 и 22 зубов.



Задание:

1. Какие аномалии Вы можете предположить на основании осмотра полости рта пациента?
2. Обоснуйте проведение дополнительных методов обследования.
3. Отсутствие, каких зубов чаще отмечается при частичной врожденной адентии на верхней челюсти?
4. Определите тактику врача в случае выявления, не прорезавшегося сверхкомплектного зуба в области 11 и 21 зубов.
5. Как располагаются сверхкомплектные зубы по отношению к комплектным?

ЗАДАЧА № 33

При проведении профилактического осмотра детей у мальчика М. в возрасте 7 лет выявлена асимметрия лица за счет смещения нижней челюсти влево. Объективные данные: внешний вид ребенка нарушен за счет смещения нижней челюсти влево. Носовое дыхание нарушено, в носовых ходах обильное отделяемое. Средняя линия нижнего зубного ряда смещена влево на 3 мм.

Зубная формула: 55 - 51, 61 - 65, 71 - 75, 81 - 85, 53, 63, 73, 83 зубы имеют выраженные бугорки, при смыкании зубных рядов в центральной окклюзии контакт только на клыках, при смыкании в привычной окклюзии нижняя челюсть смещается вправо, при этом 63 - 65 зубы перекрываются нижними зубами, верхний зубной ряд сужен слева.



Задание:

1. Каким методом обследования можно выявить причину асимметрии лица?
2. Укажите основные симптомы смещения нижней челюсти.
3. Назовите причины асимметрии лица.
4. Чем может быть обусловлено смещение нижней челюсти?
5. Обоснуйте проведение дополнительных методов обследования.

ЗАДАЧА № 34

К Вам обратился пациент в возрасте 15 лет с жалобами на асимметрию лица, которая стала особенно заметной в последние 2 года. Появление асимметрии ни с чем не связывает. В анамнезе: частые простудные заболевания, левосторонний острый гнойный отит. До 4 лет сосал большой палец.

Объективно: лицо асимметрично за счет смещения подбородка влево. Асимметрия сохраняется как в покое, так и при движениях нижней челюсти. Открывание рта ограничено до 20 мм. Размеры нижнечелюстного угла: слева - 128°, справа- 139°. Средняя линия нижнего зубного ряда смещена влево на 5 мм. При открывании рта смещение усиливается. Соотношение жевательных зубов слева по II классу Энгля, справа по I классу. Отмечается незначительная скученность нижних фронтальных зубов. Биометрические исследования показали сужение нижнего зубного ряда и укорочение апикального базиса нижней челюсти. Имеется аномалия уздечки языка III типа.



Задание:

1. Какие аномалии Вы можете предположить на основании осмотра полости рта пациента? Сформулируйте диагноз.
2. Каким методом обследования можно выявить причину асимметрии лица?
3. Назовите причины асимметрии лица.
4. Обоснуйте проведение дополнительных методов обследования.
5. Какие рентгенологические методы обследования можно провести в данной ситуации?

ЗАДАЧА № 35

Родители ребёнка 6 лет обратились в клинику детской стоматологии с жалобами на изменение цвета эмали временных клыков. Объективно: на вестибулярных поверхностях 5.2, 5.1, 6.1, 6.2, 7.3, 8.3. имеются неглубокие кариозные полости, зондирование слабо болезненно.

Задание:



1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Предложите метод лечения.
4. К каким смежным специалистам порекомендуете обратиться и почему?
5. Дайте рекомендации маме по гигиене полости рта ребёнка.

ЗАДАЧА № 36

Пациент Н. 27 лет, обратился с жалобами на эстетический недостаток: не выраженность подбородка. Из вредных привычек отмечал сосание губы. В возрасте 10-12 лет проводилось ортодонтическое лечение, но оно было безуспешным. При внешнем осмотре резко выражена подбородочная складка. Подбородок находится в дистальном положении. Высота нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя 76 мм, в положении ЦО 74 мм, среднего отдела 74 мм. При осмотре полости рта: слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. Зубные ряды верхней и нижней челюстей интактны. Сагиттальная щель 4,5 мм. Соотношение первых

моляров верхней и нижней челюстей по II классу Энгля. Зубы устойчивы. Имеется скученность фронтальных зубов нижней челюсти.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Предложите метод лечения.
4. Какими ортодонтическими аппаратами, возможно, проводить лечение?
5. Определите прогноз ортодонтического лечения.

ЗАДАЧА № 37

Пациент П. 25 лет, обратился по поводу неправильного соотношения челюстей (нижняя челюсть больше верхней, нижние зубы перекрывают верхние). Объективно: нарушена конфигурация лица, нижняя губа выступает вперед. Угол нижней челюсти развернут интраорально. Зубной ряд нижней челюсти смещен вперед по сравнению с зубным рядом верхней челюсти, а нижние передние зубы перекрывают верхние.

Задание:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Предложите метод лечения.
4. Какие рентгенологические методы обследования можно провести в данной ситуации?
5. Укажите возможные причины заболевания.

ЗАДАЧА № 38

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 бугром первого моляра сагиттальная щель 5,5 мм.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какими ортодонтическими аппаратами возможно проводить лечение?
3. Укажите возможные причины заболевания.
4. Какие рентгенологические методы обследования можно провести в данной ситуации?
5. Назовите причины указанной аномалии

ЗАДАЧА № 39

Пациентка 48 лет, обратилась в клинику с жалобами на веерообразное расхождение верхних фронтальных зубов. Объективно: зубы 13, 12, 11, 21, 22, 23 имеют первую степень подвижности, выдвинуты вперед. Имеются тремы, диастемы. Зубная формула: на верхней челюсти сохранены только зубы P 13,12,11,21,22,23. Нижний зубной ряд интактный.

Задание:

1. Поставить диагноз и обосновать план лечения.
2. Какими ортодонтическими аппаратами возможно проводить лечение?
3. Укажите возможные причины заболевания.
4. Какие рентгенологические методы обследования можно провести в данной ситуации?
5. Назовите причины указанной аномалии

ЗАДАЧА № 40

Пациент 25 лет. Жалобы на эстетический недостаток. Внешний осмотр без особенностей. Объективно: в полости рта слизистая оболочка обычной окраски. Зубные ряды верхней и нижней челюстей интактны. Зубы устойчивы. Зубы 12, 22 находятся в небном положении (место для них отсутствует менее чем на половину ширины коронки). Коронки зубов 11, 21 широкие. Соотношение первых моляров по I классу Энгля.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какие рентгенологические методы обследования можно провести в данной ситуации?
4. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы представленной аномалии.
5. Определите лечебную тактику.

ЗАДАЧА № 41

У ребенка 2 лет выявлено несращение твердого неба, сообщение с носовой полостью, затруднение приема пищи, глотания, речи. Определите этапы изготовления ортопедического аппарата.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Дайте рекомендации маме по гигиене полости рта ребёнка.
4. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы представленной аномалии.
5. Определите лечебную тактику.

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 О 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. Составьте план диагностических мероприятий. Поставьте предварительный диагноз.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какие рентгенологические методы обследования можно провести в данной ситуации?
4. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы представленной аномалии.
5. Определите лечебную тактику.

ЗАДАЧА № 43

Пациент 27 лет. Жалобы на эстетический недостаток, травму слизистой оболочки в области зубов 12; 11; 21; 22, боли в ВНЧС. Носогубные и подбородочная складки резко выражены, верхние зубы лежат на нижней губе. Высота нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя О 66 мм, в положении ЦО О 60, величина угла нижней челюсти слева и справа 125°. При осмотре полости рта установлено: верхний зубной ряд интактный, на нижней челюсти отсутствуют зубы 36, 35, 46. Глубина резцового перекрытия на 2/3 длины нижних резцов. Слизистая оболочка в области зубов 21; 12 гиперемирована, отечна, при дотрагивании кровоточит. Соотношение первых моляров по II классу Энгля.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какие рентгенологические методы обследования можно провести в данной ситуации?
4. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы представленной аномалии.
5. Определите лечебную тактику.

ЗАДАЧА № 44

Пациент К. 18 лет, наличие сильно выраженной нижней челюсти. Объективно: нижние зубы перекрывают верхние на 2/3 длины коронок зуба. Нижняя челюсть выдвинута вперед, между зубами верхней и нижней челюстей имеется расстояние в 2 мм.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какие рентгенологические методы обследования можно провести в данной ситуации?
4. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы представленной аномалии.
5. Определите лечебную тактику.

ЗАДАЧА № 45

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 О 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.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какие рентгенологические методы обследования можно провести в данной ситуации?
4. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы представленной аномалии.

5. Определите лечебную тактику.

ЗАДАЧА № 46

Пациент П. 25 лет, обратился по поводу неправильного соотношения челюстей (нижняя челюсть больше верхней, нижние зубы перекрывают верхние). Объективно: нарушена конфигурация лица, нижняя губа выступает вперед. Угол нижней челюсти развернут интраорально. Зубной ряд нижней челюсти смещен вперед по сравнению с зубным рядом верхней челюсти, а нижние передние зубы перекрывают верхние. Поставьте диагноз и обоснуйте его. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какие рентгенологические методы обследования можно провести в данной ситуации?
4. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы представленной аномалии.
5. Определите лечебную тактику.

ЗАДАЧА № 47

У больного 7 лет при внешнем осмотре отмечается незначительное выступание подбородка вперед. Нижние резцы выступают кпереди по отношению к верхним. Бугры 73, 83 хорошо выражены. Соотношение зубов в боковых участках нейтральное.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите причину имеющейся аномалии прикуса.
3. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий.
4. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении
5. Какие рентгенологические методы обследования можно провести в данной ситуации

ЗАДАЧА № 48

Ребёнок в возрасте 6 лет направлен к врачу-ортодонту на консультацию после удаления 54, 55, 64, 65 зубов. При внешнем осмотре отклонений от нормы не наблюдается. Со стороны полости рта шестые нижние зубы в стадии прорезывания. Зубы верхней челюсти перекрывают зубы нижней челюсти во фронтальном участке более чем на 1/3.

Задание:

1. Причины ранней потери зубов у детей и их последствия.
2. Составьте и обоснуйте план профилактических мероприятий для данного пациента.
3. Особенности лечения детей и требования, предъявляемые к лечебным аппаратам.
4. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении
5. Дайте рекомендации маме по гигиене полости рта ребёнка.

ЗАДАЧА № 49

У ребёнка 4 лет при внешнем осмотре отмечается выступание подбородка. Язык расположен между губами и выступает из полости рта. Носогубные складки сглажены. При осмотре полости рта между зубами верхней и нижней челюсти имеются диастемы и тремы. Фронтальные зубы верхней и нижней челюсти протрусованы, причём на нижней челюсти гораздо значительнее, чем на верхней. На боковых поверхностях языка отпечатки зубов. Попытки убрать язык в полость рта не увенчались успехом.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования и лечения больного.
3. Ваш прогноз заболевания.
4. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении
5. Дайте рекомендации маме по гигиене полости рта ребёнка.

ЗАДАЧА № 50

Больному 13 лет. Обратился с жалобами на эстетический дефект, затруднённое откусывание и пережёвывание пищи. При обследовании был поставлен диагноз: «дистальный прикус, сочетанный с глубоким».

Задание:

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для выбора метода лечения
2. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении.
3. Наметьте план обследования и лечения больного.
4. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы представленной аномалии.
5. Обоснуйте проведение дополнительных методов обследования.

Перечень вопросов.

- 1.Динамика развития челюстно-лицевой области в период эмбрионального развития.
- 2.Характеристика беззубого рта новорожденного.
- 3.Характеристика челюстно-лицевой области в период формирования временного прикуса.
- 4.Характеристика челюстно-лицевой области в период сформированного временного прикуса.
- 5.Характеристика челюстно-лицевой области в период изнашивания временного прикуса.
- 6.Характеристика челюстно-лицевой области в период раннего сменного прикуса.
- 7.Характеристика челюстно-лицевой области в период позднего сменного прикуса.
- 8.Классификация Энгля. Положительные и отрицательные стороны классификации.
- 9.Классификация Калвелиса. Положительные и отрицательные стороны классификации.
- 10.Классификация ВОЗ. Положительные и отрицательные стороны классификации.
- 11.Классификация Персина. Положительные и отрицательные стороны классификации.
- 12.Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период эмбрионального развития.
- 13.Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период формирования временного прикуса.
- 14.Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период сформированного временного прикуса.
- 15.Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период изнашивания временного прикуса.
- 16.Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период раннего сменного прикуса.
- 17.Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период позднего сменного прикуса.
- 18.Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период постоянного прикуса.
- 19.Биомеханика ортодонтического перемещения зубов.
- 20.Понятие о силах, используемых для ортодонтического перемещения.
- 21.Элементы ортодонтических аппаратов. Основы лабораторной техники.
- 22.Принципы конструирования ортодонтических аппаратов.
- 23.Классификации ортодонтических аппаратов.
- 24.Понятие об опоре в ортодонтии.

25. Характеристика функционально-действующих аппаратов. Примеры.
 26. Характеристика механически-действующих аппаратов. Примеры.
 27. Характеристика аппаратов сочетанного действия. Примеры.
 28. Регуляторы функции Френкля, классификация, конструктивные особенности регулятора функции I типа, показания.
 29. Регуляторы функции Френкля, классификация, конструктивные особенности регулятора функции II типа, показания.
 30. Регуляторы функции Френкля, классификация, конструктивные особенности регулятора функции III типа, показания.
 31. Апараты для лечения мезиальной окклюзии.
 32. Апараты, применяемые при лечении дистального прикуса.
 33. Апараты, применяемые при лечении открытого прикуса.
 34. Апараты, применяемые при лечении глубокого прикуса.
 35. Апараты, применяемые при лечении перекрестного прикуса.
-
1. Этиология и патогенез аномалий положения отдельных зубов.
 2. Этиология, клиника и лечение вестибулярного положения зубов.
 3. Этиология, клиника и лечение небного положения зубов.
 4. Этиология, клиника и лечение тортоаномалии зубов.
 5. Этиология, клиника и лечение диастемы.
 6. Виды аномалий зубного ряда.
 7. Клиническая и антропометрическая диагностика аномалий зубного ряда.
 8. Виды деформаций формы зубных рядов.
 9. Особенности клинического обследования ортодонтического пациента.
 10. Биометрические методы исследования : измерения в трансверзальной плоскости.
 11. Биометрические методы исследования : измерения в сагитальной плоскости .
 12. Рентгенологические методы исследования в ортодонтии.
 13. Ортопантомография челюстей. Показания к применению.
 14. Телерентгенография . Оценка углов SNA и SNB.
 15. Функциональные методы исследования в ортодонтии .

- 16.Этиология, клиника дистальной окклюзии
- 17.Диагностика дистальной окклюзии
- 18.Формы дистальной окклюзии . Проба Эшлера-Битнера.
- 19.Лечение дистальной окклюзии в период прикуса молочных зубов и начальном периоде сменного прикуса.
- 20.Лечение дистальной окклюзии в позднем сменном и постоянном прикусе.
- 21.Этиология и клиника мезиальной окклюзии
- 22.Формы мезиальной окклюзии , их характеристика . Степени выраженности мезиальной окклюзии.
- 23.Лечение мезиальной окклюзии в период молочного и сменного прикуса.
- 24.Лечение мезиальной окклюзии в период сменного и постоянного прикуса .
- 25.Вертикальная резцовая дизокклюзия. Этиология, клиника.
- 26.Клиника, морфологические разновидности вертикальной резцовой дизокклюзии.
- 27.Лечение вертикальной резцовой дизокклюзии в период молочного и сменного прикуса.
- 28.Лечение вертикальной резцовой дизокклюзии в период постоянного прикуса.
- 29.Этиология, клиника глубокой резцовой окклюзии и глубокой резцовой дизокклюзии.
30. Диагностика глубокой резцовой окклюзии и глубокой резцовой дизокклюзии, их клинические формы.
- 31.Лечение глубокой резцовой окклюзии и глубокой резцовой дизокклюзии.
32. Классификация вредных привычек по П.П. Окушко
33. Миогимнастика. Показания к применению. Упражнения для мышц, выдвигающих нижнюю челюсть.
- 34 Миогимнастика. Упражнения для мышц языка после пластики уздечки языка.
- 35.Виды перекрестной окклюзии по классификации Персина , их характеристика
- 36.Этиология, клиника перекрестной окклюзии
- 37.Мезиальная окклюзия. Клиника, диагностика, лечение .
- 38.Ретенционные аппараты
- 39.Требования к съемным протезам , используемых в детской практике .
- 40.Функционально-направляющие и функционально-действующие ортодонтические аппараты.
- 41.Специальные методы исследования в ортодонтии.

42. Бреккет-система: составные элементы, принцип работы .
43. Последствия ранней потери молочных моляров.
44. Метод Пона. Метод Коркгауза.
45. Несъемные протезы, используемые в детской практике. Показания к применению
46. Современные несъемные ортодонтические аппараты.
47. Требования, предъявляемые к детским зубным протезам.
48. Виды лечебных ортодонтических аппаратов.
49. Аномалии отдельных зубов. Клиника, диагностика, лечение.
50. Аппараты для лечения перекрестной окклюзии.
51. Вестибулярные пластинки Маппи. Показания к применению.
52. Съёмные ортодонтические аппараты комбинированного действия.
53. Палатиноокклюзия. Клиника. Диагностика. Лечение.
54. Лингвоокклюзия. Клиника. Диагностика. Лечение.
55. Аппараты для лечения дистальной окклюзии.
56. Аппараты для лечения мезиальной окклюзии.
57. Роль вредных привычек в формировании ЗЧА.
58. Особенности применения регулятора функции Френкеля при перекрестной окклюзии (палатиноокклюзии, лингвоокклюзии).
59. Профилактика и лечение перекрестной окклюзии в зависимости от периода формирования прикуса.
60. Классификация врожденных расщелин верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Этиология. Клинические и функциональные нарушения в различные возрастные периоды.
61. Ортодонтическое и ортопедическое лечение детей с односторонним несращением губы, альвеолярного отростка и неба.
62. Ортодонтическое и ортопедическое лечение детей с двусторонним несращением губы, альвеолярного отростка и неба.
63. Комплексный подход и особенности реабилитации детей с врожденными пороками развития лица.
64. Ретенция результатов ортодонтического лечения. Ее особенность у детей.
65. Шесть ключей окклюзии по Эндрюсу.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ (текущий контроль)

№	Наименования показателя	Отметка %
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки	0-30
3	Обоснованное привлечение медицинской терминологии (уместность и достоверность сведений)	0-30
4	Ключевые слова (стоматология): их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-15
5	Логичность и последовательность устного высказывания	0-10
	Всего баллов	Сумма баллов

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ
(рубежный, промежуточный контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
	Всего баллов	Среднее арифм. (Сумма баллов/4)

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

« менее 60%»

- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 25 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильный ответ – 4 балла
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка в (%).

«Отлично» - 85-100 % правильных ответов

«Хорошо» - 70-84 % правильных ответов

«Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов

«Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Соответствие теме по разделу дисциплины	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами по этиологии, патогенезу, клинике и лечению больного)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		25
1	Титульный лист с заголовком по разделу	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы, раскрывающие основные моменты этиологии, патогенеза, клиники и лечения.	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		15
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, выполнена задача заинтересовать читателя	85 - 100
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис	
4	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
5	Правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи	
6	Все требования, предъявляемые к заданию выполнены	
7	При защите реферата демонстрирует полное понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	

1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя	75 – 84
2	В основной части логично, связно, но не достаточно полно доказывается выдвинутый тезис	
3	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
4	Уместно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении тезис сформулирован не четко и не вполне соответствует теме реферата	60-74
2	В основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично (убедительно) и последовательно	
3	Заключенные выводы не полностью соответствуют содержанию основной части	
4	Недостаточно или, наоборот, избыточно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует не полное понимание проблемы и язык работы в целом не соответствует уровню соответствующего курса	
1	Во введении тезис отсутствует или не соответствует теме реферата	40 - 59
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части нет логичного последовательного раскрытия темы	
4	Выводы не вытекают из основной части	
5	Средства связи не обеспечивают связность изложения материала	
6	Отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение	
7	При защите реферата демонстрирует полное непонимание проблемы и язык работы можно оценить, как «примитивный»	
1	Работа написана не по теме менее 4	менее 40

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

(итоговый контроль по дисциплине)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Отметкой (16-20 баллов) оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся зубочелюстных аномалий;
- современную классификацию ЗЧА;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики и профилактики ЗЧА в детском возрасте;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению ортодонтических аппаратов;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;

- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития ЗЧА у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в ордонтии

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **(10-15 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся зубочелюстных аномалий;
- современную классификацию ЗЧА;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики и профилактики ЗЧА в детском возрасте;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению ортодонтических аппаратов;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития ЗЧА у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в ордонтии

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна две неточности в ответе.

Отметкой **(5-10 баллов)** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся зубочелюстных аномалий;
- современную классификацию ЗЧА;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики и профилактики ЗЧА в детском возрасте;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению ортодонтических аппаратов;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в ордонтии

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ (манипуляции) выполняются студентам самостоятельно.

Оценка (пятибалльная)	Требования к знаниям
Отлично	«Отлично» выставляется обучающемуся, проявившему способности к проведению клинических и специальных методов диагностики, интерпретации полученных данных, постановке предварительного и окончательного диагноза, планированию лечебных и профилактических мероприятий у пациентов с зубочелюстными аномалиями
Хорошо	«Хорошо» выставляется обучающемуся, показавшему хорошие способности в диагностике зубочелюстных аномалий, способному к постановке диагноза и выбору конструкции лечебного аппарата, но не достигшему способности планирования ортодонтического лечения в сложных клинических ситуациях
Удовлетворительно	«Удовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему слабые способности, но владеющему основными методами диагностики и лечения зубочелюстных аномалий в клинических ситуациях легкой степени выраженности

Неудовлетворительно	«Неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему поверхностные способности в диагностике и лечении зубочелюстных ситуаций, не позволяющих применять их в клинической ситуации
---------------------	---