

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра стоматологии №2

Оценочные материалы

по дисциплине **Ортодонтия**

Специальность **31.08.77 «Ортодонтия»**

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК-1 Способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы для диагностики и лечения стоматологических заболеваний	ПК-1.1 Применяет клинические рекомендации для диагностики стоматологических заболеваний ПК-1.2 Применяет стандарты и клинические протоколы при лечении стоматологических заболеваний
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	Умеет анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи.
ПК-5 Готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с МКБ-10 и проблем, связанных со здоровьем	ПК- 5.1 Умеет интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз. ПК-5.2 Умеет вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.
ПК-7 Готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся ортодонтической помощи	ПК-7.1 Может установить предварительный диагноз и провести дифференциальную диагностику; ПК-7.2 Знает клинику наиболее распространенных мультифакториальных болезней.
ПК-10 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторнокурортном лечении	ПК-10.1 Владеет методами реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии. ПК-10.2 Владеет медицинским и стоматологическим инструментарием; основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных стоматологических заболеваний и патологических процессов.

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК-1	Задания закрытого типа	Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

		<p>Наиболее целесообразным и точным способом определения нужды детей в ортодонтической помощи является</p> <ul style="list-style-type: none">а) обращаемость больных в поликлиникуб) осмотры детей в организованных коллективах ортодонтом методом гнездованияв) полицейской метод обследования детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтомг) выборочный осмотр детей в организованных коллективах врачом стоматологом- терапевтомд) полицейской метод обследования детей в организованных коллективах врачом ортодонтом <p><i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено</p> <ul style="list-style-type: none">а) 1 ставка среднего медицинского персоналаб) 0. 5 ставки среднего медицинского персоналав) 2 ставки среднего медицинского персоналаг) 0. 25 ставки среднего медицинского персоналад) 3 ставки среднего медицинского персонала <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено</p> <ul style="list-style-type: none">а) 0. 5 ставки зубного техникаб) 1 ставка зубного техникав) 0. 25 ставки зубного техникаг) 2 ставки зубного техникад) 3 ставки зубного техника <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ. По штатному нормативу на 1 ставку врача ортодонта положено</p> <ul style="list-style-type: none">а) 1 ставка младшего медицинского персоналаб) 2 ставки младшего медицинского персоналав) 0. 25 ставки младшего медицинского персоналаг) 0. 5 ставки младшего медицинского персоналад) 0. 33 ставки младшего медицинского персонала <p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации по ортодонтическим показаниям составляет</p> <ul style="list-style-type: none">а) 1 группуб) 2 группыв) 3 группыг) 4 группыд) 5 групп <p><i>Эталон ответа: г</i></p> <p>Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит</p> <ul style="list-style-type: none">а) в аппаратном ортодонтическом леченииб) в борьбе с вредными привычкамив) в нормализации нарушений функцийг) в протезировании
--	--	---

		<p>д) в санитарно-просветительной работе по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам</p> <p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Ко II диспансерной группе следует отнести детей</p> <ul style="list-style-type: none">а) с выраженными зубочелюстными аномалиямиб) с ранней потерей зубовв) с неправильным положением отдельных зубовг) с начальной стадией аномалии прикусад) с предпосылками к развитию отклонений в прикусе <p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать</p> <ul style="list-style-type: none">а) в детских стоматологических поликлиникахб) в детских садахв) в школахг) в детских соматических поликлиникахд) в специализированных ортодонтических центрах <p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Анализ работы врача ортодонта целесообразно проводить с учетом количества</p> <ul style="list-style-type: none">а) посещений больныхб) примененных ортодонтических аппаратовв) вылеченных детейг) трудовых единицд) детей, взятых на ортодонтическое лечение <p><i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ К III диспансерной группе следует отнести детей</p> <ul style="list-style-type: none">а) с выраженными аномалиями прикусаб) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусев) с незначительными отклонениями в прикусе или в положении отдельных зубовг) со значительно выраженными аномалиями положения отдельных зубовд) без морфологических функциональных и эстетических нарушений в зубочелюстной системе <p><i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ Критерием для перевода детей в I группу практически здоровых детей является</p> <ul style="list-style-type: none">а) нормализация функции глотанияб) нормализация функции дыханияв) получение положительных результатов: в исправлении положения зубов, зубных дугг) создание эстетического, морфологического и функционального оптимумад) уменьшение степени выраженности зубочелюстных аномалий <p><i>Эталон ответа: г</i></p> <p>Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ Врач ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения</p> <ul style="list-style-type: none">а) при получении положительных результатов: исправления положения зубов
--	--	---

		<p>б) при нормализации функции в) при закреплении результатов ортодонтического лечения г) при сформированном правильном постоянном прикусе д) при улучшении эстетики лица <i>Эталон ответа:г</i></p> <p>Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ Главными задачами диспансеризации детей ортодонтической службы являются а) выявление детей с выраженными зубочелюстными аномалиями б) выявление детей с предпосылками к развитию аномалий прикуса в) профилактика зубочелюстных аномалий г) аппаратурное ортодонтическое лечение детей с аномалиями прикуса д) все перечисленные задачи <i>Эталон ответа:д</i></p> <p>Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ В работу "комнаты здорового ребенка" в возрасте до 1 года в детских поликлиниках следует включить а) обучение родителей правильному способу вскармливания детей б) массаж в области альвеолярных отростков, зубов в) гигиенические навыки г) устранение вредных привычек д) все перечисленное <i>Эталон ответа:д</i></p> <p>Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ В работу воспитателей детских садов в связи с профилактикой аномалий прикуса следует включить а) борьбу с вредными привычками б) правильную осанку в) тренировку носового дыхания г) правильное положение головы во время сна д) все перечисленное <i>Эталон ответа:д</i></p> <p>Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ К IV диспансерной группе следует отнести детей а) с незначительными отклонениями в положении отдельных зубов б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе в) с выраженными аномалиями прикуса г) без морфологических, функциональных и эстетических отклонений д) с аномалиями прикуса в начальной стадии <i>Эталон ответа:в</i></p> <p>Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ У детей IV диспансерной группы целесообразно применять следующие виды ортодонтической помощи а) санитарно-просветительную работу б) применение ортодонтических аппаратов в) нормализацию нарушений функций зубочелюстной системы г) миотерапию д) массаж в области отдельных зубов <i>Эталон ответа:б</i></p>
--	--	---

		<p>Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ Наиболее квалифицированно и эффективно миотерапия в ортодонтии проводится</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в ортодонтическом кабинете врача ортодонта б) в стоматологической поликлинике - логопедом, прошедшим специализацию по ЛФК в) в детских садах - воспитателями г) в детских соматических поликлиниках - инструкторами по лечебной физкультуре д) в домашних условиях индивидуально под руководством врача ортодонта <p><i>Эталон ответа:б</i></p> <p>Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ Наиболее целесообразной формой ортодонтической службы с организационной точки зрения является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) укрупнение ортодонтических отделений б) организация ортодонтических диагностических центров в) организация службы комплексного лечения зубочелюстных аномалий г) укрупнение зуботехнических лабораторий д) диспансеризация детей по ортодонтическим показаниям <p><i>Эталон ответа:в</i></p> <p>Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ Наиболее эффективной организационной формой лечения детей с врожденной патологией в зубочелюстно-лицевой области является лечение</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в детских соматических поликлиниках б) в детских стоматологических поликлиниках в) в специализированных центрах по лечению врожденной патологии г) в хирургических отделениях общих больниц д) в ортодонтических центрах <p><i>Эталон ответа:в</i></p> <p>Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено</p> <ul style="list-style-type: none"> а) на правильное положение головы и осанки б) на тренировку носового дыхания в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи г) на понимание негативных последствий вредных привычек д) на все перечисленное <p><i>Эталон ответа:д</i></p> <p>Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ В занятие по логопедическому обучению в связи с профилактикой аномалии прикуса следует включить</p> <ul style="list-style-type: none"> а) нормализацию функции глотания б) тренировку круговой мышцы рта в) нормализацию осанки г) дыхательные упражнения д) все перечисленное <p><i>Эталон ответа:д</i></p> <p>Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ Ведущим фактором в формировании дистального прикуса в постнатальном периоде являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а) вредные привычки б) ротовое дыхание
--	--	---

		<p>в) наследственная отягощенность г) неправильное вскармливание д) все перечисленное <i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ Ведущим фактором выраженного открытого прикуса является</p> <p>а) неправильное положение языка в покое и во время функций сосания: языка, пальцев, различных предметов б) укороченная уздечка языка в) ротовое дыхание г) инфантильный способ глотания д) вредная привычка сосания соски <i>Эталон ответа: а</i></p> <p>Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Положение нижней челюсти у новорожденного в норме</p> <p>а) ортогнатическое б) ретрогнатическое в) прогнатическое г) вариабельное д) латерогнатическое <i>Эталон ответа: б</i></p>
<p>Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования</p>		<p>Задание 1</p> <p>Пациент С., 14 лет. Жалобы на неправильное положение верхних передних зубов. При осмотре полости рта: смыкание в боковых отделах дистальное, небное положение зубов 12 и 22; вестибуло- и супраположение зубов 13 и 23, места для них в зубном ряду – недостаточно.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести? 2. Какие аномалии привели к данной клинической картине? 3. Каковы этиологические факторы аномалии? 4. Какие методы лечения показаны? 5. От чего зависит выбор тактики лечения пациента? <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Рентгенологические, антропометрические. 2. Аномалии положения зубов, формы и размеров зубных рядов 3. Макродентия, ранняя потеря молочных зубов. 4. Несъемная ортодонтическая техника. 5. Выбор тактики лечения зависит от возраста пациента, размеров зубов, степени развития апикального базиса.</p> <p>Задание 2</p> <p>Пациент в возрасте 14 лет впервые обратился к ортодонту. Объективные федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации 49 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, зубоальвеолярное увеличение в переднем отделе нижней челюсти; соотношение первых постоянных моляров:</p>

		<p>передний щёчный бугор верхнего шестого зуба находится впереди поперечной фиссуры нижнего шестого зуба. 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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для какой аномалии характерны клинические симптомы? 2. Какие биометрические методы исследования необходимо провести в данном случае? 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в данном случае. 4. Какие ортодонтические аппараты показаны для лечения данной патологии. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. 2 класс по Энгля, 2 подкласс. 2. Измерение переднего отрезка зубного ряда по Коргхаусу. 3. ТРГ в боковой проекции. 4. Функционально-действующие аппараты. Несъёмные дуговые аппараты (брекет-системы).</p> <p style="text-align: center;">Задание 3</p> <p>На консультацию к ортодонту обратилась пациентка 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 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для какой аномалии характерны клинические симптомы? 2. Какие биометрические методы исследования показаны в данном случае? 3. Чем обусловлены изменения при проведении пробы Эшлера – Битнера? 4. Какие ортодонтические аппараты, показаны для лечения данной патологии. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. 2 класс по Энгля, 1 подкласс. Вертикальная резцовая окклюзия. Трансверзальная аномалия. 2. Измерение сегментов зубных дуг по Герлах, молярный, премолярный индексы, измерение трансверзальных размеров зубных дуг по Снагиной, ширина апикального базиса, длина зубного ряда по Нансе. 3. ЗЧА обусловлена изменениями как на верхней, так и на нижней челюстях. 4. Функционально-действующие аппараты.</p> <p style="text-align: center;">Задание 4</p> <p>Пациент 15 лет, планируется операция по поводу короткой уздечки языка. Внешне боязни операции не проявляет, ощущается лишь некоторая скованность. После введения 0,5% раствора лидокаина в количестве 1,5 мл</p>
--	--	--

		<p>появилось двигательное беспокойство, позывы на рвоту, боль в животе.</p> <p>Объективно: сознание сохранено, кожа лица, шеи гиперемирована, дыхание учащенное, затрудненное, пульс частый, полный.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз. 2. Укажите последовательность мероприятий по оказанию неотложной помощи ребенку. 3. Какие лекарственные препараты и в какой последовательности необходимо ввести. 4. Действия врача стоматолога в отношении данного больного. 5. В чем заключается профилактика аллергических реакций при лечении стоматологических заболеваний. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Аллергическая реакция на анестетик. Короткая уздечка языка.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Прекратить введение медикаментозных средств. Очистить полость рта от слюны. Повернуть голову ребенка набок и придать ей разгибательное положение. Освободить шею, грудь от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Искусственное дыхание при необходимости. 3. Внутривенно вводят преднизолон внутривенно, внутримышечно либо подкожно 0,1 мл. 0,1% раствора адреналина. Внутривенно 1,0 мл. 1% раствора димедрола. 4. Вызов реанимационной бригады скорой помощи, госпитализация в реанимационное либо терапевтическое отделение стационара. В амбулаторной карте делается соответствующая запись проявлений аллергической реакции, указывается аллерген, записываются все неотложные мероприятия, которые проводились с указанием последовательности введения и дозировки лекарственных препаратов. На первой странице амбулаторной карты делается запись об аллергологическом анамнезе. 5. Тщательное выявление аллергологического анамнеза. Проведение операции под наркозом при отягощенном аллергологическом анамнезе. <p>Задание 5</p> <p>Пациентка 11 лет. Жалобы на косметический дефект, нарушение речи, полуоткрытый рот. При осмотре больной отмечается сагиттальная щель размером в 6 мм. Верхние зубы полностью перекрывают нижние. Дыхание ротовое. Ребенок прикусывает нижнюю губу.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. По описанной клинической картине можно поставить предварительный диагноз: 1) сагиттальная и глубокая резцовая дизокклюзия 2) дистальная окклюзия и глубокая резцовая дизокклюзия 3) вертикальная резцовая дизокклюзия 4) дистальная окклюзия и сагиттальная дизокклюзия.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Возможной причиной сагиттальной щели является: 1) ротовое дыхание 2) прикусывание нижней губы 3) нарушение речи 4) полуоткрытый рот. 3. Поставить окончательный диагноз возможно с помощью методов: 1) антропометрический 2) рентгенологический 3) функциональный 4) всех перечисленных.
--	--	--

		<p>4. Для устойчивого результата ортодонтического лечения необходимо: 1) восстановить носовое дыхание 2) провести лечение с гиперкоррекцией аномалии 3) восстановить эстетику 4) лечение несъемной ортодонтической техникой. Эталон ответа к задаче 1: 1-1; 2-2; 3-4; 4-1.</p> <p>Задание 6</p> <p>Пациент П., 10 лет, родители обратились к ортодонту с жалобами на некрасиво растущие зубы. Из анамнеза: после поступления в школу появилась привычка держать во рту ручку. Объективно: лицо симметрично, пропорционально. Профиль выпуклый, носогубная складка сглажена, подбородочная умеренно выражена. Губы смыкаются с напряжением. Верхние центральные резцы очень крупные, наклонены вестибулярно, верхние латеральные резцы так же в протрузии, места для постоянных верхних клыков недостаточно. Смыкание жевательных зубов по трансверзали и сагиттали соответствует норме, во фронтальном отделе сагиттальная щель 4 мм. Открывание рта 39 мм, движения в суставе симметричные. Дыхание и глотание соматическое, артикуляция и дикция не нарушены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Вредная привычка сосания посторонних предметов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Макродентия 11, 21 зубов, протрузия верхних фронтальных зубов. 3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента. 4. Косметическое контурирование 11,21 зубов, съемный пластиночный аппарат для верхнего зубного ряда с вестибулярной дугой от клыка до клыка, затем съемный аппарат капового типа. 5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода. <p>Задание 7</p> <p>Пациент Л., 9 лет. Обратился к логопеду для коррекции дикции, направлен к ортодонту. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, верхняя, средняя и нижняя трети лица пропорциональны, носогубные, поднососовая, подбородочная складки умеренно выражены, профиль прямой. Отмечается скупченность нижних фронтальных</p>
--	--	---

		<p>зубов. Форма нижнего зубного ряда трапециевидная, форма верхнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена влево на 2 мм. Глубина резцового перекрытия 1/3, сагиттальная щель 3 мм. Движения языка ограничены: не может облизать верхнюю губу, «поцокать» языком. Нарушение произношения звука «л». Уздечка языка массивная, прикрепляется в области кончика языка. Слизистая оболочка с оральной стороны в области нижних фронтальных зубов гиперемирована, отечна. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание и дыхание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений и дикции.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Укороченная уздечка языка. 2. Скученность нижних фронтальных зубов, трапециевидный нижний зубной ряд. 3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента. 4. Пластика уздечки языка, ношение трейнера или ЛМ-активатора. 5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.</p> <p>Задание 8</p> <p>Пациент А., 10 лет. По результатам профилактического осмотра направлен к врачу стоматологу-ортодонт. Из анамнеза: привычка спать на левом боку подложив кулак под щеку. Объективно: правая и левая половины лица не симметричны, верхняя, средняя и нижняя трети лица пропорциональны, носогубные, подносочная, подбородочная складки умеренно выражены, профиль прямой. Отмечается скученность верхних фронтальных зубов. Форма нижнего зубного ряда парабола, верхний зубной ряд асимметричен. Смыкание жевательных зубов по трансверзали: слева -</p>
--	--	--

		<p>щечные бугорки нижних жевательных зубов перекрывают щечные бугорки верхних, справа – щечные бугорки нижних жевательных зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена на 2 мм вправо. Глубина резцового перекрытия 1/3. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Функции дыхания, глотания, речи не нарушены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Вредная привычка: сон на одном боку с подложенным под щеку кулаком.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Скученность верхних фронтальных зубов. Асимметрия верхнечелюстного зубного ряда (сужение верхнего зубного ряда слева – не уточненное). Перекрестная окклюзия (левосторонняя палатиноокклюзия - не уточненная). 3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия, расчет в прямой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПТГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента. 4. Устранение вредной привычки, регулярный пальцевой массаж альвеолярного отростка верхней челюсти слева, аппаратное лечение: 1-й аппарат - небная пластинка с кламмерами Адамса в области 16 и 26 зубов, вестибулярной дугой, винтом и секторальным распилом слева; 2-й аппарат – ортодонтический трейнер для ношения в ночное время до момента завершения формирования постоянного прикуса. 5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода. <p>Задание 9</p> <p>Пациент Г., 8 лет. Родители обратились с жалобами на появившуюся у ребенка асимметрию лица. Объективно: лицо асимметрично, подбородок смещен вправо, верхняя, средняя и нижняя трети лица пропорциональны, носогубные, поднососовая, подбородочная складки умеренно выражены, профиль прямой. Тремы между временными зубами обеих челюстей, бугорки временных клыков не стерты. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании</p>
--	--	--

		<p>жевательных зубов по трансверзали: слева щечные бугорки нижних зубов контактируют с небными бугорками верхних зубов, справа щечные бугорки нижних зубов перекрывают щечные бугорки верхних зубов. По сагитта-ли: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена вправо на 4 мм. Глубина резцового перекрытия 1/3. При закрывании рта нижняя челюсть смещается вправо, при открывании возвращается в правильное положение. Величина открывания рта 39 мм, при открывании и закрывании рта определяется дефлексия. Функции дыхания, глотания, речи не нарушены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении. <p><i>Эталон ответа:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вынужденная окклюзия из-за недостаточной стертости бугорков временных клыков. 2. Перекрестная окклюзия (привычное смещение нижней челюсти вправо). 3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента. 4. Процедура избирательного пришлифовывания бугорков временных клыков для обеспечения возможности смыкания зубных рядов в нормоокклюзии. Регулярные миогимнастические упражнения: смещение нижней челюсти до положения правильного смыкания, фиксация смыкания в правильном положении в течение 10-15 секунд, не менее 10 повторов до появления чувства легкой усталости. Аппаратное лечение: ношение преортодонтического трейнера для ускорения функциональной перестройки мышц, сдвигающих нижнюю челюсть. 5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода. <p>Задание 10</p> <p>Пациент Е., 15 лет. Обратилась к ортодонту с жалобами на неправильное смыкание зубов и некрасивый профиль. Из анамнеза жизни: у отца и деда массивная нижняя челюсть. Объективно: правая и левая половины лица симметричны,</p>
--	--	---

		<p>верхняя, средняя и нижняя трети пропорциональны, подбородочная складка сглажена, профиль вогнутый, подбородок выступает вперед. Между зубами нижней челюсти диастема и тремы. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева щечные бугорки нижних зубов перекрывают щечные бугорки верхних зубов. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего моляра располагается между 6 и 7 нижними зубами. Срединная линия между центральными зубами верхнего и нижнего зубного ряда совпадает. Нижние фронтальные зубы перекрывают верхние на 1/3, обратная сагиттальная щель 3 мм. Величина открывания рта 39 мм, движения в суставе не изменены. Функции дыхания, глотания, речи не нарушены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Отягощенная наследственность – «семейный профиль».</p> <p>2. Нижнечелюстная макрогнатия - неуточненная. Мезиальная окклюзия (гнатическая форма - неуточненная). Сагиттальная резцовая дизокклюзия, обратное резцовое перекрытие. Перекрестная окклюзия (вестибулоокклюзия, гнатическая форма - неуточненная).</p> <p>3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния корневой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Установка брекет-системы для закрытия диастемы и трем на нижней челюсти, хирургическое перемещение нижней челюсти. Диспансерное наблюдение за пациентом со стороны стоматолога-хирурга и ортодонта.</p> <p>5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой щетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.</p> <p>Задание 11</p> <p>Больная А., 55 лет, обратилась с жалобами на расхождение зубов в переднем отделе верхней челюсти, эстетический дефект, кровоточивость при чистке зубов, неприятный запах изо рта. Быстрое образование мягкого налета, зубного камня. Считает себя здоровой. Объективно:</p>
--	--	---

		<p>Десна верхней и нижней челюсти гиперемирована, отечна, при пальпации кровоточит. Обильное количество над- и поддесневого зубного камня в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. При зондировании определяются пародонтальные карманы глубиной 5 мм. Подвижность зубов 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. II степени На рентгенограмме: убыль высоты межзубных перегородок на 2/3 длины корня, расширение периодонтальной щели на всю длину корня, очаги резорбции в теле челюсти, признаки вертикального типа резорбции, костные карманы в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Наметьте план санации полости рта. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Хронический генерализованный пародонтит средней степени.</p> <p>2. Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, при котором глубина пародонтальных карманов достигает 3,5 мм; б) с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени, при котором глубина пародонтального кармана будет более 5 мм; в) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты. Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют. г) с хроническим катаральным гингивитом, при котором отсутствует подвижность зубов и не определяются пародонтальные карманы.</p> <p>3. Профессиональная гигиена полости рта, лечение кариеса 25 и 32 зубов, консультация с хирургом по поводу удаления корня 15 зуба, рациональное протезирование зубных рядов. Повторный прием через 6 месяцев.</p> <p>Задание 12</p> <p>При лицензировании медицинской организации по виду деятельности «Ортопедическая стоматология» установлено, что врач-стоматолог, имея большой стаж практической работы врачом стоматологом-ортопедом, имеет профессиональную переподготовку и сертификат специалиста лишь по специальности «Терапевтическая стоматология». Лицензирующий орган в лицензировании данного вида деятельности медицинской организации отказал. Главный врач не согласен с решением, мотивируя свое несогласие тем, что врач длительно и качественно выполняет обязанности стоматолога-ортопеда (жалоб и претензий со стороны пациентов за период его работы нет). Вопросы (задание): 1. Правомерны ли требования лицензирующего органа? 2. Какими законодательными актами определены права и обязанности администрации по подготовке и переподготовке кадров? 3. Что необходимо сделать администрации медицинской организации?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Действия лицензирующего органа являются правомерными (в соответствии с ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" и постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291"О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой</p>
--	--	--

		<p>медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")). 2. Права и обязанности администрации медицинской организации по подготовке и переподготовке кадров определены ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ст. 72) и трудовым законодательством РФ. 3. Администрация медицинской организации в соответствии с приказом МЗ РФ от 08.10.2015 г. № 707н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" должна направить врача на профессиональную переподготовку по специальности "Стоматология ортопедическая". После прохождения обучения и получения сертификата администрации медицинской организации необходимо при лицензировании медицинской деятельности заявить вид деятельности «Ортопедическая стоматология» в лицензирующий орган.</p> <p>Задание 13</p> <p>Порядками оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, утвержденными приказом МЗ РФ от 13.11.2012 г. № 910н, предусмотрено проведение лечения множественного осложнения кариеса у детей до 3 лет, а также иных стоматологических заболеваний по медицинским показаниям у детей независимо от возраста под общей анестезией. По многолетним наблюдениям в городе Н. ежегодно в анестезиологическом пособии нуждаются 190-200 детей при проведении стоматологических вмешательств по поводу осложненных форм кариеса. Вопросы (задание): 1. Подготовьте проект приказа главного врача медицинской организации по реализации данной задачи.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Приказом по учреждению создана рабочая группа для решения задачи. Руководитель группы – главный врач. Пример распорядительной части управленческого решения (приказа): 1. Заместителю главного врача по медицинской части: - изучить опыт передовых медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь детям в условиях общей анестезии с выездом в Московский медико-стоматологический университет и в ООО "Детская стоматология"; - организовать последипломное обучение специалистов поликлиники по программе "Организация деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров"; - подготовить перечень помещений, необходимых для работы группы анестезиологии-реанимации и по согласованию с главным детским анестезиологом подготовить перечень медицинского оборудования (оснащения) группы анестезиологии-реанимации в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 909н; 2. Начальнику хозяйственного отдела подготовить дефектные ведомости и проектно-сметную документацию на реконструкцию помещений, устройство приточно-вытяжной вентиляции, системы снабжения медицинскими газами и охранной сигнализации в помещении для хранения наркотических</p>
--	--	--

		<p>средств и психотропных веществ. 3. Руководителю закупочной комиссии провести обзор рынка и представить ценовые предложения на поставку наркоточно-дыхательной аппаратуры и аппаратов функциональной диагностики. 4. Специалисту по кадрам заключить трудовые договоры со специалистами для работы в должности врача анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста. Оформить допуски к работе, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. 5. Главной медицинской сестре: - подготовить перечень учетно-отчетной документации для представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ; - совместно с анестезиологом-реаниматологом подготовить перечень расходных материалов и лекарственных средств для медицинской деятельности по специальности "анестезиология и реанимация" из расчета месячной потребности.</p> <p>Задание 14</p> <p>В стоматологическую поликлинику обратилась страховая компания ЗАО «МАК-М» с просьбой о предоставлении информации о правах застрахованных. Вопросы (задание): 1. Где застрахованный может узнать о своих правах на получение медицинской помощи в данном медицинском учреждении? 2. Какова длительность времени ожидания пациентом первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме? 3. Каким образом предоставляется информация о состоянии здоровья застрахованного?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. На специально оформленном стенде у регистратуры поликлиники указано полное название стоматологической поликлиники, копия лицензии на право осуществления медицинской деятельности с указанием перечня разрешенных работ и услуг, права пациента, предусмотренные ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». На стенде указаны часы работы служб медицинской организации и специалистов; перечень оказываемых бесплатно видов медицинской помощи; правила пребывания пациента в медицинском учреждении; местонахождение и служебные телефоны вышестоящего органа управления медицинским учреждением; наименование, местонахождение и телефоны страховых медицинских организаций, обеспечивающих обязательное медицинское страхование населения. Информация о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи размещена на официальном сайте поликлиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». 2. Оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме осуществляется в течение 2 часов с момента обращения, наличие очередности (в соответствии с листом ожидания). Информация размещена на информационном стенде для пациента. 3. Информация о состоянии здоровья застрахованного предоставляется лично лечащим врачом в устной или письменной форме о причинах заболевания, его течении и прогнозе, выборе лиц,</p>
--	--	--

		<p>которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья. В отношении лиц до 15 лет (страдающих наркоманиями – 16 лет) и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.</p> <p>Задание 15</p> <p>Пациентка Н. обратилась в стоматологическую клинику, где ей проводилось лечение зубов и ортодонтическое, для получения копии медицинской карты. Вопросы (задание): 1. Какие нормативные документы определяют право пациента на получение копии медицинской карты? 2. Как правильно подать запрос на получение копии медицинской карты?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Право на получение копии медицинской карты амбулаторного пациента и других документов закреплено в ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно ст. 4 "Основные принципы охраны здоровья"; ст. 13 "Соблюдение врачебной тайны" медицинская карта стоматологического больного относится к документам, содержащим врачебную тайну, поэтому как выписка из медицинской карты, так и ее копия, могут быть предоставлены только самому пациенту, либо его законному представителю. Согласно ст. 22 "Информация о состоянии здоровья" каждый гражданин имеет право получить в доступной форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии здоровья, в т.ч. сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. 2. Согласно письму МЗСР РФ от 04.04.2005 г. № 734/МЗ-14 «О порядке хранения амбулаторной карты» выдача оригинала медицинской карты на руки пациенту осуществляется только по разрешению главного врача медицинского учреждения. По требованию гражданина предоставляются копии медицинских документов, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны. На основании выше изложенного пациентке необходимо написать письменное заявление на имя главного врача стоматологической поликлиники, где указать, какие сведения необходимо получить и срок предоставления документа.</p> <p>Задание 16</p> <p>Пациент А. обратился в частную стоматологическую клинику для удаления ретинированного 8 зуба справа сверху. В ходе операции врачом стоматологом-хирургом</p>
--	--	--

		<p>была отломана часть коронки рядом стоящего 7 зуба. После удаления был наложен ватно-марлевый тампон и приложен местно холод на 20 мин. Придя домой, пациент обнаружил отсутствие коронковой части 7 зуба, о чем его врач не поставил в известность. Пациент обратился к главному врачу клиники с претензией о компенсации причинённого вреда. Вопросы (задание): 1. Какой вид ответственности возник в данном случае? 2. Кто будет возмещать пациенту нанесенный ущерб?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Гражданско-правовая ответственность (деликтная). 2. Материальную компенсацию пациенту будет возмещать стоматологическая поликлиника, т.к. согласно ст. 1068 ГК РФ ответственность за вред, причинённый работником, несет юридическое лицо. Если по результатам внутреннего контроля качества руководство поликлиники признает претензию пациента обоснованной и выплатит ему компенсацию, то потом может привлечь виновного в причинении ущерба врача к возмещению понесенных поликлиникой затрат.</p> <p>Задание 17</p> <p>Пациент 20 лет обратился с жалобами на высыпания в полости рта, сопровождающиеся резкой болезненностью при приеме пищи, разговоре, обильное слюноотделение, боль в поднижнечелюстной области. Заболевание сопровождается повышением температуры тела до 38°C, недомоганием, головной болью. Считает себя больным 5 дней. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее заболеваний слизистой оболочки полости рта не отмечает. При осмотре: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Красная кайма губ сухая, покрыта единичными чешуйками. Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована и отечна. На спинке языка, прикрепленной десне, твердом небе определяются точечные эрозии, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные при пальпации. Десна гиперемирована, отечна. Кариозные полости в зубах 17 16 37 36. Гигиена полости рта неудовлетворительная. Лабораторное исследование препаратов показало наличие полиморфно-ядерных нейтрофилов в стадии некробиоза и гигантские многоядерные клетки. Вопрос: 1. Поставьте правильный диагноз? 2. Что является возбудителем?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит 2. Возбудителем заболевания является вирус простого герпеса</p> <p>Задание 18</p> <p>Пациент Ж., 8 лет. Родители обратились к ЛОР-врачу с жалобами на ротовое дыхание ребенка, направлены к стоматологу-ортодонт. Из анамнеза: привычка держать рот приоткрытым, хронической ЛОР – патологии не диагностировано. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, высота нижней трети лица увеличена, носогубные и подбородочные складки сглажены, профиль вогнутый, подбородок выступающий. Отмечаются тремы между временными зубами на верхней челюсти, диастема и тремы между всеми зубами на нижней челюсти. Верхние фронтальные зубы наклонены вестибулярно. Форма</p>
--	--	---

		<p>верхнего зубного ряда полуэллипс, фронтальный отдел удлиннен, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные и оральные бугорки верхних и нижних зубов контактируют друг с другом. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра распола-гается на дистальном бугорке первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия меж-ду центральными зубами совпадает. Вертикальная щель между резцами 2 мм. Крупный язык, в полости рта помещается с трудом, при смыкании зубов кончик языка прокладывает между резцами. Величина открывания рта 39 мм, движения в суставе не изменены. Функции дыха-ния, глотания, речи не нарушены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении <p><i>Эталон ответа:</i> 1.Макроглоссия 2. Макроглоссия. Протрузия верхних фронтальных зубов. Мезиальная окклюзия (нижнечелюстная макрогнатия - неуточненная) Перекрестная окклюзия (вестибулоокклюзия - неуточненная) Вертикальная резцовая дизокклюзия. 3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента. 4. Хирургическое лечение макроглоссии. Сдерживание роста нижней челюсти при помощи подбородочной пращи. Ношение преортодонтического а затем ортодонтического трейнеров до момента завершения формирования постоянного прикуса для устранения протрузии и вертикальной дизокклюзии во фронтальном отделе, устранения привычки прокладывания языка между зкбами и привычного ротового дыхания. Миогимнастические упражнения для тренировки носового дыхания. 5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.</p> <p>Задание 19</p> <p>Пациент О., 13 лет. Обратился к ортодонту с жалобами на «кривые» передние зубы. Из анамнеза: искусственное вскармливание с 2 мес., сосание пустышки до 3 лет. Объектив-но: правая и левая половины лица симметричны,</p>
--	--	---

		<p>высота нижней трети лица снижена, носо-губные и подносовая складки сглажены, подбородочная складка выражена, тип профиля выпуклый, подбородок скошенный. Верхние фронтальные зубы наклонены вестибулярно, отмечается скученность нижних фронтальных зубов, оральный наклон. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, фронтальный отдел удлиннен, форма нижнего зубного ряда трапеция, фронтальный отдел укорочен. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: бугорковое смыкание первых постоянных моляров справа и слева. Срединная линия между центральными зубами совпадает. Глубина федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации 65 резцового перекрытия 2/3. Сагит-тальная щель 6 мм. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиа-ция. Функции дыхания, речи не нарушены, при глотании язык прокладывает между зубами.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Неправильное искусственное вскармливание, длительное сосание пустышки, инфантильное глотание. 2. Протрузия верхних фронтальных зубов, ретрузия, скученность нижних фронтальных зубов. Трапециевидный нижний зубной ряд. Дистальная окклюзия (2 класс 1 подкласс по Энгля). Сагиттальная резцовая дизокклюзия. Глубокое резцовое перекрытие 2 степени. Инфантильное глотание. 3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента. 4. Аппаратурное лечение при помощи брекет-системы, при выявлении выраженного недостатка места показано удаление первых премоляров. Сочетание брекет-системы с применением ортодонтического трейнера для брекетов для устранения глубокого резцового перекрытия и выработки физиологичного навыка глотания. Регулярные миогимнастические упражнения для мышц языка для устранения инфантильного глотания. 5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой щетиной для очищения</p>
--	--	--

		<p>других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.</p> <p>Задание 20</p> <p>Пациент К., 9 лет. По результатам профилактического осмотра направлен к ЛОР-врачу и стоматологу-ортодонт. Из анамнеза: хронический синусит. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, лицо узкое, вытянутое, складки сглажены, подбородок скошен, губы смыкаются с напряжением. Между временными зубами плотные контакты. Скученность верхних фронтальных зубов, центральные резцы верхней челюсти в протрузии, узкое сводчатое небо, верхнечелюстной зубной ряд V-образной формы, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: слева и справа медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается между V и 6 нижними зубами. Срединная линия между центральными зубами совпадает. Глубина резцового перекрытия 1/3, сагиттальная щель 7 мм. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений. Привычное ротовое дыхание.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Хроническое нарушение носового дыхания. 2. Скученность, протрузия верхних фронтальных зубов. Сужение (Vобразное) верхнечелюстного зубного ряда. Дистальная окклюзия (2 класс 1 подкласс по Энгля). Сагиттальная резцовая дизокклюзия. 3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента. 4. Для обеспечения эффективности ортодонтического лечения необходимо устранение ЛОР-патологии и восстановление адекватного носового дыхания. Регулярный пальцевой массаж, употребление жестких овощей и фруктов для стимуляции роста альвеолярных отростков челюстных костей, миогимнастические упражнения для устранения дистальной окклюзии, миогимнастические упражнения для тренировки носового дыхания. Аппаратурное лечение: 1-й аппарат – небная пластинка с кламмерами Адамса в области 6-х зубов, вестибулярной дугой, расширяющим винтом и распилом по сагиттали. После достаточного расширения верхнего</p>
--	--	--

		<p>зубного ряда применение ортодонтического трейнера для 12-ти часового ношения до момента завершения формирования постоянного прикуса. 5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств.</p> <p>Задание 21</p> <p>На прием к врачу-стоматологу пришел пациент 28 лет с жалобами на боли в области сустава слева. Пациент отмечает шум в суставе при широком открывании рта. При обследовании выявлена девиация нижней челюсти вправо при открывании рта, щелчок в конце и в начале движения слева. Прикус дистальный, ретрузия верхних фронтальных зубов, скученность фронтального отдела верхнего и нижнего зубного ряда, тортоаномалия зубов 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 31, 32, 41, 42. При осмотре твердых тканей зубов обнаружено наличие клиновидных дефектов на зубах 14, 15, 24, 25, 34, 44.</p> <p>Вопросы 1. Назовите возможные причины возникновения данной симптоматики.</p> <p>2. К какому классу по классификации Энгля относится данная аномалия окклюзии?</p> <p>3. Опишите возможные дополнительные методы обследования при заболеваниях ВНЧС.</p> <p>4. Перечислите методы первичной профилактики при заболеваниях ВНЧС.</p> <p>5. Перечислите методы вторичной профилактики при заболеваниях ВНЧС.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Пациент 28 лет имеет дисфункцию ВНЧС со смещением нижней челюсти (девиация нижней челюсти вправо при открывании рта, щелчок в конце и в начале движения слева) на фоне аномалии окклюзии зубных рядов (прикус дистальный, ретрузия верхних фронтальных зубов, скученность фронтального отдела верхнего и нижнего зубного ряда, тортоаномалия зубов 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 31, 41, 42), осложненной клиновидными дефектами в области премоляров.</p> <p>2. Прикус дистальный соответствует II классу классификации Энгля.</p> <p>3. Показаны МЯР ВНЧС в привычной окклюзии и при открывании рта, а также электронная аксиография ВНЧС с ТРГ головы и окклюзионный скрининг, проведение ЭМГ мышц челюстно-лицевой области.</p> <p>4. Первичная профилактика: разгрузка ВНЧС, пришлифовывание преждевременных контактов и разобщение зубных рядов суставной каппой</p> <p>5. Вторичная профилактика: коррекция прикуса с нормализацией положения зубов</p> <p>Задание 22</p> <p>Родители ребенка, 10 лет, обратились с жалобами на неправильное положение зубов. Из анамнеза выявлено, что</p>
--	--	--

		<p>ребенок ранее за ортодонтической помощью не обращался. Ребенок практически здоров. I диспансерная педиатрическая группа. После клинического обследования был поставлен диагноз: глубокая резцовая окклюзия, укорочение переднего отрезка нижней зубной дуги, зубоальвеолярное укорочение боковых отделов верхней и нижней челюстей, аномалия положения 1.2 зуба.</p> <p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите лицевые признаки глубокой резцовой окклюзии. 2. Перечислите необходимые антропометрические методы исследования диагностических моделей челюстей. 3. Назовите возможные причины данной патологии. К какому специалисту необходимо направить данного ребенка на консультацию? 4. Составьте план лечения. 5. Какие осложнения вызывает глубокая резцовая окклюзия? 6. Укажите диспансерную группу. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Снижение высоты нижней $\frac{1}{3}$ лица, выраженная супраментальная складка, наличие заед в углах рта, профиль лица выпуклый.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Индексы Пона, Тонна, Коркхауза в модификации Долгополовой. 3. Инфантильный тип глотания, ротовое дыхание. Необходима консультация оториноларинголога. 4. План лечения: <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Миогимнастика 4.2. Устранение вредных привычек 4.3. Санация носоглотки. 4.4. Вестибулярная пластина с вестибулярной дугой и наклонной плоскостью. 5. Травматизация слизистой оболочки полости неба, патологическая стираемость твердых тканей зубов, дисфункция ВНЧС 6. IV группа. <p>Задание 23</p> <p>Ребенок, 9 лет, обратился с жалобами на выступание верхних зубов вперед. В анамнезе – вредная привычка сосания нижней губы. При осмотре лица выявлено выступание верхней губы вперед, зубы верхней челюсти укладываются на нижнюю губу. В полости рта в области фронтальных зубов имеется сагиттальная щель с выступанием вперед верхних зубов, соотношение по I классу Энгля, удлинение зубного ряда верхней челюсти, тремы верхней челюсти во фронтальном отделе. Нижний зубной ряд не изменен, форма и размер нижней челюсти визуально нормальные.</p> <p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите этиологические факторы данной аномалии прикуса. 2. Какие клинические проявления служат основанием для постановки диагноза. 3. Перечислите необходимые методы исследования. Консультация какого специалиста необходима? 4. Составьте план лечения 5. Укажите рекомендуемую аппаратуру для лечения ЗЧА. 6. Прогноз заболевания.
--	--	--

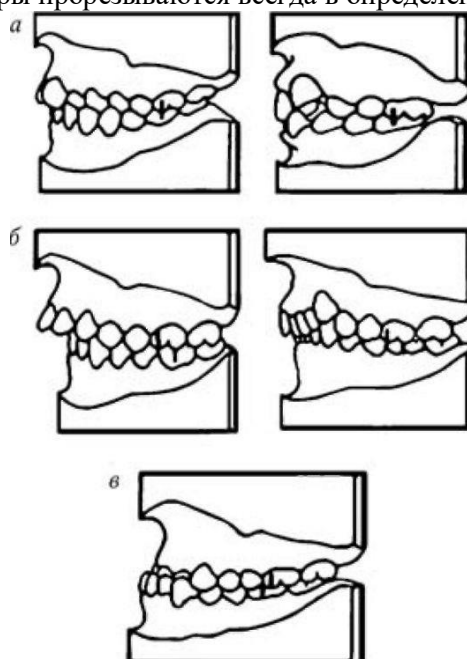
		<p><i>Эталон ответа:</i> 1. Ротовое дыхание, инфантильный тип глотания, сосание нижней губы.</p> <p>2. Сагиттальная щель с выступанием вперед верхних зубов, соотношение по 1 классу Энгля, удлинение зубного ряда верхней челюсти, тремы верхней челюсти во фронтальном отделе.</p> <p>3.1. Ортопантомография (ОПГ).</p> <p>3.2. ТРГ головы в боковой проекции (телерентгенография) в привычной окклюзии.</p> <p>3.3. Получение ДМЧ и их анализ.</p> <p>3.4. Невропатолог и оториноларинголог.</p> <p>4.1. Миогимнастика</p> <p>4.2. Устранение вредных привычек</p> <p>4.3. Санация носоглотки</p> <p>4.4. Аппаратурное лечение.</p> <p>5. Верхнечелюстной съемный пластиночный аппарат с вестибулярной дугой</p> <p>6. Благоприятный при устранении факторов риска.</p> <p>Задание 24</p> <p>В клинику обратился 12-летний ребенок с жалобами на наличие промежутков между зубами. Из анамнеза выявлено, что ребенок ранее за ортодонтической помощью не обращался. При внешнем осмотре определяется западение верхней губы, вогнутый профиль лица, угол нижней челюсти чрезмерно развернутый. При осмотре полости рта между резцами и клыками определяются диастемы и тремы. Зубной ряд верхней челюсти сужен. Во фронтальном отделе обратная рецовая окклюзия. Соотношение боковых зубов в сагитальном направлении по III классу Энгля.</p> <p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите возможные причины данной патологии. Каковы общесоматические причины развития данной патологии? 2. Поставьте предварительный диагноз 3. Наметьте план лечения с указанием рекомендуемой аппаратуры 4. Укажите диспансерную группу 5. Перечислите профилактические мероприятия по предотвращению данной патологии 6. Прогноз лечения <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Возможно это врожденная особенность строения костей лицевого отдела черепа, передающаяся по наследству; либо приобретенная вследствие родовой травмы, неправильного искусственного вскармливания, рахита, вредных привычек, макроглоссии, парафункций языка, короткая уздечка языка</p> <p>2. Мезиоокклюзия. Обратная рецовая окклюзия. Сужение верхнего зубного ряда. Диастема, тремы.</p> <p>3. План лечения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Пластика уздечки языка при необходимости. 3.2. Расширение и удлинение верхнего зубного ряда при помощи съемного пластичного аппарата с винтом или аппарата Брюкля. 3.3. Задержка роста нижней челюсти - подбородочная праща. 3.4. Обучение правильному положению языка правильному глотанию, упражнения для дистального перемещения нижней челюсти. 3.5. Избирательное пришлифовывание молочных зубов.
--	--	---

		<p>4. IV группа.</p> <p>5. Меры профилактики: борьба с вредными привычками и ротовым дыханием, жесткая пища, пришлифовывание нестершихся бугров молочных клыков, санация носоглотки.</p> <p>6. Возможны трудности лечения при скелетной форме аномалии. Необходим длительный ретенционный период. Иногда прибегают к хирургическому методу лечения.</p> <p>Задание 25</p> <p>В клинику стоматологии детского возраста обратился 10-летний пациент, предъявляющий жалобы на вестибулярное положение 13, 23. Из анамнеза выявлено, что ребенок ранее за ортодонтической помощью не обращался. При осмотре полости рта установлено: промежуток между 12 и 14, 22 и 24 равен 2 мм. Зубная формула соответствует возрасту, боковые нижние зубы справа контактируют с впереди стоящими верхними зубами.</p> <p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дообследуйте больного. К какому специалисту необходимо направить данного ребенка на консультацию? 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Наметьте план лечения. 4. Перечислите хирургические методы лечения ЗЧА. 5. Назовите показания к удалению зубов при ортодонтическом лечении. 6. Прогноз заболевания. <p><i>Эталон ответа:</i> 1.1. Ортопантомография (ОПГ). 1.2. ТРГ головы в боковой проекции (телерентгенография) в привычной окклюзии. 1.3. Получение ДМЧ и их анализ. 1.4. Оториноларинголог.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Дистоокклюзия. Вестибулярное положение 13, 23, дефицит места в зубном ряду. 3. План лечения: 3.1. Миогимнастика. 3.2. Устранение вредных привычек. 3.3. Санация носоглотки. 3.4. Аппаратурное лечение при помощи несъемной техники с возможным удалением отдельных зубов. 4. Удаление отдельных зубов, компактоosteотомия, фибротомия, ортогнатическая хирургия. 5. Дистопия зубов с крайне недостаточным местом в зубном ряду, индивидуальная макродентия. 6. Прогноз благоприятный с соблюдением ретенционного периода. <p>Задание 26. Вопрос для собеседования.</p> <p><i>Эталон ответа</i> Классификация Энгля (1899) является единственной общепринятой международной классификацией. Известный немецкий ортодонт А. М. Шварц в своей книге "Рентгеностатика" (1960) пишет: "Энгль, предложив свою классификацию, одним гениальным взмахом навел порядок в хаосе существовавших до него представлений".</p> <p>Американский ортодонт Э. Г. Энгль (1855-1930) известен не только как автор самой популярной классификации зубочелюстных аномалий, но и как автор универсального ортодонтического аппарата, организатор первого научного общества ортодонтов, первого научного журнала по ортодонтии, первого в мире института</p>
--	--	--

ортодонтии, который он возглавлял до 1927 г., т. е. почти до конца своей жизни.

В соответствии с классификацией Энгля, выделяются две группы аномалий: аномалии окклюзии (положения зубов) и аномалии смыкания. В первой группе автор выделил 7 разновидностей неправильного положения зубов: вестибулоокклюзию (вестибулярное положение), лингвоокклюзию (оральное положение), мезиоокклюзию (мезиальное положение), дистоокклюзию (дистальное положение), тортоокклюзию (поворот зуба), инфраокклюзию и супраокклюзию.

Взаимное расположение челюстей и зубных рядов Э. Г. Энгль предлагал оценивать по соотношению первых постоянных моляров, которым он придавал ведущее значение в формировании постоянного прикуса. Он полагал, что ввиду неподвижности верхней челюсти верхние первые моляры прорезываются всегда в определенном



Классификация Энгля

месте (он назвал их "ключом окклюзии"), а аномалии прикуса формируются в результате смещения нижних первых постоянных моляров, прорезывающихся на подвижной нижней челюсти. При правильном (нейтральном) соотношении первых постоянных моляров переднещечный бугорок верхнего первого моляра во время смыкания челюстей попадает в переднюю бороздку между щечными буграми нижнего первого моляра.

Все аномалии, при которых первые моляры находятся в нейтральном соотношении, отнесены Энглем к I классу. К этому классу могут быть отнесены: скученное положение передних зубов, зубоальвеолярная протрузия, зубоальвеолярная ретрузия, сужение зубных рядов и др. При втором классе аномалий нижние моляры смещены по отношению к верхним дистально. Сначала Энгль определял неправильное мезиодистальное соотношение челюстей и зубных дуг как соотношение со смещением на ширину одного премоляра, а позднее - до величины, превышающей $\frac{1}{2}$ ширины клыка.

В зависимости от положения фронтальных зубов аномалии II класса Энгль разделил на два подкласса (раздела): первый характеризуется протрузией верхних резцов с наличием трем, второй, наоборот, их ретрузией и тесным положением с налеганием друг на друга.

При третьем классе аномалий первые постоянные моляры нижней челюсти расположены мезиально по отношению к верхним. Поэтому мезиально-щечный бугорок верхнего моляра расположен дистально по отношению к передней бороздке между щечными буграми нижнего первого моляра. В зависимости от степени нарушения мезиодистального соотношения челюстей мезиально-щечный бугорок первого верхнего моляра может находиться на разных уровнях: над дистальным бугорком нижнего моляра, между первым и вторым моляром и т. д.

Э. Г. Энгль впервые обратил внимание на то, что каждый зуб на обеих челюстях имеет два антагониста. Он признавал (1928), что первый постоянный моляр верхней челюсти может изменять свое местоположение из-за неправильного положения других зубов, в связи с чем предлагал убеждаться в правильности его позиции по отношению к скулоальвеолярному гребню.

Основной недостаток классификации Энгля состоит в том, что аномалии смыкания зубных рядов он рассматривал только в сагиттальной плоскости.

Задание 27. Вопрос для собеседования.

Клинико-морфологическая классификация Калвелиса

Эталон ответа Д. А. Калвелис считает, что в основу классификации должны быть положены морфологические изменения, касающиеся зубов, зубных рядов и всего прикуса в целом, с учетом этиологии и значения их для функции и эстетики.

I. Аномалии отдельных зубов

1. Аномалии числа зубов:

1.1. Адентия - частичная и полная (гиподонтия).

1.2. Сверхкомплектные зубы (гипердонтия).

2. Аномалии величины и формы зубов:

2.1. Гигантские зубы (большие).

2.2. Шипообразные зубы.

2.3. Уродливые формы.

2.4. Зубы Гетчинсона, Фурнье, Турнера.

3. Аномалии структуры твердых тканей зубов:

Гипоплазия зубных коронок (причина - рахит, тетания, диспепсия, тяжелые детские инфекционные заболевания, сифилис).

4. Нарушение процесса прорезывания зубов:

4.1. Преждевременное прорезывание зубов.

4.2. Запоздалое прорезывание вследствие: болезни (рахит и другие тяжелые заболевания), преждевременного удаления молочных зубов, неправильного положения зачатка зуба (ретенция зубов и персистентные молочные зубы как наводящий симптом), наличия сверхкомплектных зубов, неправильного развития зуба (фолликулярные кисты).

II. Аномалии зубных рядов

1. Нарушение образования зубных рядов:

1.1. Аномалийное положение отдельных зубов:

		<p>а) губно-щечное прорезывание зубов; б) нёбно-язычное прорезывание зубов; в) мезиальное прорезывание зубов; г) дистальное прорезывание зубов; д) низкое положение (инфраокклюзия); е) высокое положение (супраокклюзия); ж) поворот зуба вокруг продольной оси (тортоаномалия);</p> <p>з) транспозиция зубов; и) дистопия верхних клыков.</p> <p>1.2. Тремы между зубами (диастема). 1.3. Скученное положение зубов.</p> <p>2. Аномалии формы зубных рядов: а) суженный зубной ряд; б) седлообразно сдавленный зубной ряд; в) V-образная форма зубного ряда; г) четырехугольный зубной ряд; д) асимметричный зубной ряд.</p> <p>III. Аномалии прикуса</p> <p>1. Сагиттальные аномалии прикуса: 1.1. Прогнатия. 1.2. Прогения: а) ложная прогения; б) истинная прогения.</p> <p>2. Трансверсальные аномалии прикуса: 2.1. Суженные зубные ряды. 2.2. Несоответствие ширины верхнего и нижнего зубных рядов: а) нарушение соотношений боковых зубов на обеих сторонах (двухсторонний перекрестный прикус); б) нарушение соотношений боковых зубов на одной стороне (косой или односторонний перекрестный прикус).</p> <p>3. Вертикальные аномалии прикуса: 3.1. Глубокий прикус: а) перекрывающий прикус; б) комбинированный прикус с прогнатией (крышеобразный).</p> <p>3.2. Открытый прикус: а) истинный прикус; б) травматический прикус (вследствие дурных привычек).</p> <p>Задание 28. Вопрос для собеседования. Классификация аномалий зубов и челюстей кафедры ортодонтии и детского протезирования Московского государственного медицинского стоматологического университета</p> <p><i>Эталон ответа</i> 1. Аномалии зубов: 1.1. Аномалии формы зуба. 1.2. Аномалии структуры твердых тканей зуба. 1.3. Аномалии цвета зуба. 1.4. Аномалии размера зуба (высоты, ширины, толщины): а) макроденция; б) микроденция. 1.5. Аномалии количества зубов: а) гиперодонтия (при наличии сверхкомплектных зубов); б) гиподонтия (адентия зубов - полная или частичная). 1.6. Аномалии прорезывания зубов:</p>
--	--	--

		<p>а) раннее прорезывание; б) задержка прорезывания (ретенция).</p> <p>1.7. Аномалии положения зубов (в одно, двух, трех направлениях): а) вестибулярное; б) оральное; в) мезиальное; г) дистальное; д) супраположение; е) инфраположение; ж) поворот по оси (тортоаномалия); з) транспозиция.</p> <p>2. Аномалии зубного ряда: 2.1. Нарушение формы. 2.2. Нарушение размера: а) в трансверсальном направлении (сужение, расширение); б) в сагиттальном направлении (удлинение, укорочение). 2.3. Нарушение последовательности расположения зубов. 2.4. Нарушение симметричности положения зубов. 2.5. Нарушение контактов между смежными зубами (скученное или редкое положение).</p> <p>3. Аномалии челюстей и их отдельных анатомических частей: 3.1 Нарушение формы. 3.2. Нарушение размера: а) в сагиттальном направлении (удлинение, укорочение); б) в трансверсальном направлении (сужение, расширение); в) в вертикальном направлении (увеличение, уменьшение высоты); г) сочетанные по двум и трем направлениям. 3.3. Нарушение взаиморасположения частей челюстей. 3.4. Нарушение положения челюстных костей.</p> <p>Задание 29. Вопрос для собеседования. Определение понятия «Тортоаномалия» <i>Эталон ответа</i> Тортоаномалия – поворот зуба вдоль своей оси, наиболее часто встречаемая аномалия отдельно стоящих зубов. Поворот зуба может быть разной степени: от нескольких градусов до 90° и даже до 180°, когда зуб повернут небной стороной, например в вестибулярном направлении.</p> <p>Задание 30. Вопрос для собеседования. Определение понятия «Лингвопозиция» <i>Эталон ответа</i> Лингвопозиция – это смещение зуба в сторону языка.</p> <p>Задание 31. Вопрос для собеседования. Определение понятия «Вестибулопозиция» <i>Эталон ответа</i> Вестибулопозиция — это смещение зуба в сторону преддверия рта по отношению к соседним зубам.</p> <p>Задание 32. Вопрос для собеседования. Определение понятия «Мезиальное смещение зуба» <i>Эталон ответа</i> Мезиальное смещение зуба — это смещение его вперед по зубному ряду.</p> <p>Задание 33. Вопрос для собеседования. Определение понятия «Дистальное смещение зубов» <i>Эталон ответа</i> Дистальное смещение зубов — это смещение зуба от оптимального назад по зубному ряду.</p> <p>Задание 34. Вопрос для собеседования. Определение понятия «Инфраположение»</p>
--	--	--

		<p><i>Эталон ответа</i> Инфраположение — смещение зуба в вертикальном направлении, когда зуб находится ниже окклюзионной кривой.</p> <p>Задание 35. Вопрос для собеседования. Определение понятия «Супраположение»</p> <p><i>Эталон ответа</i> Супраположение - это смещение зуба в вертикальном направлении, когда зуб находится выше окклюзионной кривой.</p> <p>Задание 36. Вопрос для собеседования. Определение понятия «Транспозиция»</p> <p><i>Эталон ответа</i> Транспозиция — взаимное изменение месторасположения зубов в зубном ряду, например клык на месте премоляра, а премоляр на месте клыка.</p> <p>Задание 37. Вопрос для собеседования. Сроки прорезывания молочных зубов</p> <p><i>Эталон ответа</i> Молочные зубы прорезываются на 6-7 месяце жизни ребенка. К моменту прорезывания того или иного зуба отмечается полное развитие его коронки. У здоровых детей зубы прорезываются, когда корень сформирован на ½ длины и более. Корень развивается окончательно и окончательно формируется после прорезывания коронки, при чём корни молочных зубов в течение 1.5-2 лет, постоянных- 3-4 лет. Молочные зубы прорезываются в определённые сроки и в строгой последовательности, преимущественно соответствующими парами, а именно: резцы центральные- в возрасте 6-8 мес., резцы боковые - в 6-12 мес., клыки - в 16-20 мес., первые моляры- в 14-16 мес., вторые моляры- в 20-30 мес.</p> <p>Задание 38. Вопрос для собеседования. Сроки прорезывания постоянных зубов</p> <p><i>Эталон ответа</i> Сроки и последовательность прорезывания постоянных зубов следующие: центральные резцы прорезываются в возрасте 7-8 лет, боковые резцы-8- 9 лет, клыки в 10-12 лет, первые премоляры в 9-10 лет, вторые премоляры в 11-12 лет, первые моляры 5-6 лет, вторые моляры 12-13 лет, третьи моляры 18-25 лет. Прорезывание зубов нижней челюсти как временного, так и постоянного прикуса несколько опережает прорезывание соответствующих зубов верхней челюсти.</p> <p>Задание 39. Вопрос для собеседования. Понятие прикус. Виды прикусов</p> <p><i>Эталон ответа</i> Прикусом называется вид смыкания зубных рядов в центральной окклюзии. На протяжении жизни у человека зубы проходят две генерации. К двум годам жизни формируется временный прикус. Количество зубов во временном прикусе составляет в норме 20. По групповой принадлежности они представлены резцами, клыками и молярами. Примерно в шестилетнем возрасте появляются первые постоянные зубы. Первые постоянные моляры прорезываются за вторыми временными молярами. С этого момента и до полной замены временных (молочных) зубов на постоянные прикус принято называть сменным. При отсутствии в полости рта молочных и наличии только постоянных зубов прикус называют постоянным. В норме число постоянных зубов у человека в постоянном прикусе 28 - 32.</p>
--	--	---

		<p>Во временном и постоянном прикусе принято выделять несколько видов: физиологический, патологический и аномальный</p> <p>Задание 40. Вопрос для собеседования. Характеристика физиологических видов прикуса <i>Эталон ответа</i> Физиологические виды прикуса характеризуются наличием контактов между всеми зубами, обеспечивающих полноценную функцию жевания. Общие признаки физиологических видов прикуса:</p> <ul style="list-style-type: none"> • средние линии между центральными резцами верхней и нижней челюстей лежат в одной плоскости; • каждый зуб имеет двух антагонистов, кроме 18, 28 и 31, 41 зубов; • режущие края центральных резцов верхней челюсти находятся на уровне нижнего края красной каймы верхней губы и выступают из-под нее на 1 - 2 мм; • зубы верхней челюсти контактируют с одноименным и позади стоящими зубами нижней челюсти; • зубы нижней челюсти контактируют с одноименным и впереди стоящими зубами верхней челюсти. <p>Задание 41. Вопрос для собеседования. Виды патологической окклюзии <i>Эталон ответа</i> Ортодонты рассматривают патологические прикусы в трех плоскостях: Саггитальной – зубы существенно отклоняются вперед или назад, наблюдаются аномалии в развитии челюстей. Вертикальной – заниженное или завышенное расположение единиц, чрезмерное удлинение альвеолярных отростков. Трансверзальной – нижняя и верхняя челюсти существенно отличаются размерами, происходит при недоразвитости или чрезмерном росте одной из них, отмечаются боковые сдвиги, отличия в ширине зубных рядов.</p> <p>Задание 42. Вопрос для собеседования. Определение понятия «Глубокий прикус» <i>Эталон ответа</i> Глубокий прикус – это аномалия окклюзии, при которой верхние резцы перекрывают нижние резцы более чем на 2/3 высоты коронки.</p> <p>Задание 43. Вопрос для собеседования. Определение понятия «Открытый прикус» <i>Эталон ответа</i> Открытый прикус – это аномалия окклюзии, при которой отсутствует смыкание передней группы зубов, имеется вертикальная щель между верхними и нижними резцами.</p> <p>Задание 44. Вопрос для собеседования. Определение понятия «Перекрестный прикус» <i>Эталон ответа</i> Перекрестный прикус – это аномалия окклюзии, при характеризующаяся несоответствием зубных рядов в трансверзальном направлении.</p> <p>Задание 45. Вопрос для собеседования. Формы перекрестного прикуса <i>Эталон ответа</i> Для обозначения конкретной нозологической формы перекрестного прикуса целесообразно пользоваться классификацией, предложенной И. И. Ужумецкене в 1967 году. Согласно (той классификации, выделяют три формы перекрестного прикуса: - буккальный перекрестный прикус; - лингвальный перекрестный прикус;</p>
--	--	---

		<p>сочетанный (буккально-лингвальный) перекрестный прикус. В свою очередь, буккальный перекрестный прикус может быть односторонним и двусторонним. При одностороннем буккальном перекрестном прикусе имеется одностороннее сужение верхнего зубного ряда или челюсти, расширение нижнего зубного ряда или челюсти, а также сочетание указанных признаков. При двустороннем перекрестном прикусе имеется двустороннее симметричное или асимметричное сужение верхнего зубного ряда или челюсти, или же сочетание указанных признаков.</p> <p>При лингвальном перекрестном прикусе может быть одностороннее расширение верхнего зубного ряда, одностороннее сужение нижнего зубного ряда или сочетание перечисленных признаков. В этом случае говорят об одностороннем лингвальном перекрестном прикусе. Если имеется широкий зубной ряд или широкая верхняя челюсть или же суженная нижняя челюсть, то говорят о двустороннем лингвальном перекрестном прикусе.</p> <p>И, наконец, при сочетании буккального и лингвального перекрестного прикуса говорят о сочетанном, буккально-лингвальном перекрестном прикусе.</p> <p>Задание 46. Вопрос для собеседования.</p> <p>Мезиальный прикус. Понятие и причины развития.</p> <p><i>Эталон ответа</i> Мезиальный прикус или прогения сопровождается аномальным выдвиганием нижней челюсти по отношению к верхней. При мезиальной дизокклюзии наблюдается искажение лицевых черт. Подбородок существенно выдвинут вперед, середина лица вогнутая, а верхняя губа – запавшая.</p> <p>Причины мезиального прикуса могут быть врожденными. К ним относятся особенности строения костей лицевого скелета, в частности нижней челюсти, передающиеся по наследству, болезни матери в периоде беременности, родовая травма, недоразвитие межчелюстной кости, частичная или множественная адентия на верхней челюсти, наличие сверхкомплектных зубов на нижней челюсти.</p> <p>Ряд причин может быть выявлен в периоде временного» сменного и постоянного прикуса. К ним относятся множественная ретенция зубов на верхней челюсти или их ранняя потеря запоздалая смена зубов, болезни детского возраста, сочетающиеся с нарушением кальциевого обмена в результате рахита и других болезней.</p> <p>Задание 47. Вопрос для собеседования.</p> <p>Дистальный прикус. Понятие и причины развития.</p> <p><i>Эталон ответа</i> Дистальный прикус зубов характеризуется выдвиганием верхней челюсти вперед, приоткрытым ртом, невозможностью сомкнуть губы, отсутствием контакта передних и неправильным смыканием задних зубов.</p> <p>Дистальный прикус зубов чаще всего формируют следующие причины:</p> <ul style="list-style-type: none"> Генетическая предрасположенность Хронические заболевания носа и горла в детском возрасте Серьезные нарушения носового дыхания Наличие у ребенка вредных привычек (сосание посторонних предметов) Нарушения в осанке у ребенка
--	--	--

		<p>Преждевременная потеря молочных зубов (существенно ранее их естественной замены на постоянные) Все вышеперечисленные причины тем или иным образом ведут к замедленному развитию нижней челюсти, чрезмерному развитию верхней и развитию дистального прикуса зубов.</p> <p>Задание 48. Вопрос для собеседования. Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий <i>Эталон ответа</i> Развитие жевательно-речевого аппарата неразрывно связано с развитием всего организма индивида. Начинается оно с 5-й недели эмбрионального периода, когда закладываются первые зачатки молочных зубов, и продолжается на протяжении многих лет послерождения, до полного образования постоянного прикуса уже в зрелом возрасте — 18—20 лет. С точки зрения этиологии и патогенеза развития зубочелюстных аномалий, весь этот срок целесообразно разделить на два периода: 1) внутриутробный — когда плод находится под защитой материнского организма и нарушения в развитии его, в основном, зависят от состояния матери, и в меньшей степени, от внешних факторов; 2) постнатальный — когда ребенок переходит в условия влияния внешней среды и, благодаря унаследованным и врожденным свойствам, приспосабливается к ее воздействиям.</p> <p>Задание 49. Вопрос для собеседования. Методы диагностики в ортодонтии <i>Эталон ответа</i> В ортодонтической практике используют следующие методы диагностики: 1. Клинический; 2. Биометрический; 3. Антропометрический; 4. Рентгенологический; 5. Функциональный.</p> <p>Задание 50. Вопрос для собеседования. Структура диагноза в ортодонтии. Составление плана лечения <i>Эталон ответа</i> Завершающим этапом диагностики зубочелюстных аномалий является постановка диагноза. Диагноз - это краткое врачебное заключение о сущности заболевания и состояния больного, выраженное в терминах современной медицинской науки. Различают два вида диагноза: предварительный и окончательный (заключительный). Предварительный диагноз ставится на основе данных, полученных при субъективном и объективном обследовании, т. е. у кресла больного. Окончательный диагноз формулируется после проведения дополнительных исследований. В клинике ортодонтии принято формулировать описательный диагноз, состоящий из основного и сопутствующего. В основном диагнозе должны найти отражение следующие моменты: - основная аномалия (основной считается аномалия прикуса; если у пациента имеется сочетание аномалий прикуса в нескольких плоскостях, основной является аномалия в сагиттальной плоскости - дистальная и мезиальная окклюзии) и патогенетически связанные с ней осложнения; - аномалии зубных рядов и отдельных зубов; - аномалии мягких тканей преддверия рта, уздечек губ, языка;</p>
--	--	--

	<p>- дефекты коронок зубов и зубных рядов; - функциональные нарушения; - эстетические нарушения; - стоматологические заболевания, не относящиеся к сфере деятельности врача-ортодонта (кариес, гингивит и т. д.). При формулировке диагноза необходимо применять термины в соответствии с классификацией, принятой в данной клинике или на кафедре. Сопутствующий диагноз включает заболевания, по поводу которых пациент должен наблюдаться у врачей других специальностей</p> <p>Задание 51. Вопрос для собеседования. Дайте определение понятия «окклюзия» <i>Эталон ответа:</i> Под окклюзией понимают смыкание зубных рядов или отдельных групп зубов-антагонистов в течение большего или меньшего отрезка времени.</p> <p>Задание 52. Вопрос для собеседования. Дайте определение понятия «артикуляция» <i>Эталон ответа:</i> Этот термин используется в широком и узком смысле этого слова. В широком смысле слова понимают под артикуляцией всевозможные положения и перемещения нижней челюсти по отношению к верхней, осуществляемые при помощи жевательных мышц. Окклюзия при этом рассматривается как частный случай артикуляции. Данное определение артикуляции включает не только жевательные движения нижней челюсти, но движения ее во время разговора, глотания, дыхания и т.д. В узком смысле слова артикуляцию можно определить как цепь сменяющих друг друга окклюзии. Это определение более конкретно, так как распространяется лишь на жевательные движения нижней челюсти.</p> <p>Задание 53. Вопрос для собеседования. Перечислите виды окклюзии <i>Эталон ответа:</i> Различают пять основных видов окклюзии: центральную, переднюю, боковые (правую и левую) и заднюю.</p> <p>Задание 54. Вопрос для собеседования. Центральная окклюзия. Определение <i>Эталон ответа:</i> Центральная окклюзия - вид смыкания зубных рядов при максимальном количестве контактов зубов-антагонистов.</p> <p>Задание 55. Вопрос для собеседования. Центральная окклюзия. Характеристика <i>Эталон ответа:</i> Центральная окклюзия - вид смыкания зубных рядов при максимальном количестве контактов зубов-антагонистов. Головка нижней челюсти при этом находится у основания ската суставного бугорка, а мышцы, приводящие нижний зубной ряд в соприкосновение с верхним (височная, собственно жевательная и медиальная крыловидная) одновременно и равномерно сокращены. Из этого положения еще возможны боковые сдвиги нижней челюсти. При центральной окклюзии нижняя челюсть занимает центральное положение (в отличие от эксцентрических ее положений при других окклюзиях). Таким образом, центральное положение нижней челюсти определяется</p>
--	--

		<p>сомкнутыми в центральной окклюзии зубами, а при их отсутствии нижнечелюстными головками, занимающими в суставных ямках заднее непринужденное положение, когда еще возможны боковые движения нижней челюсти. При этом средняя точка подбородка и резцовая линия находятся в сагиттальной плоскости, а высота нижней части лица имеет нормальные размеры. Соотношение верхней и нижней челюсти, когда последняя находится в центральном положении, также называется центральным.</p> <p>Задание 56. Вопрос для собеседования. Передняя окклюзия. Определение <i>Эталон ответа:</i> Передняя окклюзия характеризуется выдвижением нижней челюсти вперед.</p> <p>Задание 57. Вопрос для собеседования. Боковая окклюзия. Определение <i>Эталон ответа:</i> Боковая окклюзия возникает при перемещении нижней челюсти вправо (Правая боковая окклюзия) или влево (левая боковая окклюзия).</p> <p>Задание 58. Вопрос для собеседования. Задняя окклюзия. Определение <i>Эталон ответа:</i> Задняя окклюзия возникает при дорзальном смещении нижней челюсти из центрального положения.</p> <p>Задание 59. Вопрос для собеседования. Окклюзионные кривые (сагиттальная и трансверзальные) <i>Эталон ответа:</i> Сагиттальная окклюзионная кривая – линия, проходящая по окклюзионной поверхности боковых зубов в сагитально направлении. Описал Шпее. Трансверзальная окклюзионная кривая (кривая Уилсона) – линия, проходящая по жевательной поверхности премоляров и моляров в передней проекции. Линия, проходящая по вершинам бугорков зубов НЧ в поперечном направлении.</p> <p>Задание 60. Вопрос для собеседования. 3 основных периода развития прикуса у детей. <i>Эталон ответа:</i> В развитии прикуса у детей принято выделять: 1-й – временный: от появления первого молочного зуба до появления первого постоянного зуба; 2-й – сменный: период постепенной замены молочных зубов постоянными; 3-й — постоянный: период сформированного прикуса, когда все молочные зубы поменялись на постоянные. Зубочелюстная аномалия считается окончательно сформированной в период постоянного прикуса, а в период временного и сменного хорошо поддается коррекции.</p> <p>Задание 61. Вопрос для собеседования. Признаки и виды физиологического прикуса. <i>Эталон ответа:</i> К правильному прикусу относят такое физиологическое (естественное) соотношение зубных рядов, которое обеспечивает: долгосрочное полноценное функционирование зубочелюстной системы; отсутствие нарушений жевательной и речевой функций; эстетичность нижней части лица; оптимальность нагрузки на височно-нижнечелюстной сустав; защищенность и здоровое состояние пародонта.</p>
--	--	---

	<p>Канатомическим вариантам нормы относят ортогнатический, прямой, прогенический и биопрогенический прикус, каждый из которых обладает частными признаками, но в целом характеризуется физиологическим окклюзионным соотношением зубных рядов.</p> <p>Задание 62. Вопрос для собеседования. Классификации аномалий развития и деформаций челюстей и зубов . Классификация по Д.А. Калвелису <i>Эталон ответа:</i> I. Аномалии отдельных зубов II. Аномалии зубных рядов III. Аномалии прикуса</p> <p>Задание 63. Вопрос для собеседования. Классификации аномалий развития и деформаций челюстей и зубов . Классификация по В.Ю. Курляндскому. <i>Эталон ответа:</i> 1. Чрезмерное развитие обеих челюстей, верхней (прогнатия) и нижней (прогения) 2. Недоразвитие обеих челюстей, верхней (микрпрогнатия) и нижней (микрпрогения).</p> <p>Задание 64. Вопрос для собеседования. Классификации аномалий развития и деформаций челюстей и зубов . Клинико-морфологическая классификация аномалий развития и деформаций челюстей и зубов. <i>Эталон ответа:</i> I. Аномалии зубов. Аномалии формы, размера, числа, сроков прорезывания, положения в зубном ряду, структуры твердых тканей. II. Аномалии развития и деформации зубных рядов. Нарушение формы и размеров в сагиттальном, вертикальном и трансверзальном направлениях; симметрии расположения зубов правой и левой сторон; контактов между смежными зубами. III. Аномалии развития и деформации челюстей и их анатомических отделов. Нарушение формы и размера в сагиттальном, вертикальном и трансверзальном направлениях; взаимного расположения анатомических отделов челюсти относительно друг друга; положения челюстей по отношению к основанию черепа. IV. Аномалии прикуса. Нарушение прикуса в сагиттальном направлении (прогнатический, прогенический); в вертикальном направлении (открытый, глубокий); в трансверзальном направлении (латерогнатический, латерогенический). Сочетанная патология прикуса в двух-трех направлениях.</p> <p>Задание 65. Вопрос для собеседования. Морфологическая характеристика физиологического постоянного прикуса. <i>Эталон ответа:</i> 1) число зубов – 32; 2) все зубы верхней и нижней челюстей контактируют между собой так, что каждый зуб смыкается с двумя антагонистами (кроме верхнего третьего моляра и первого нижнего резца). Верхний зуб контактирует с одноименным и позадистоящим нижними зубами; каждый нижний – с одноименным и впередистоящим верхними зубами; 3) средняя линия лица проходит по линиям между центральными резцами верхней и нижней челюстей и находится с ними в одной сагиттальной плоскости;</p>
--	--

		<p>4) зубные ряды не имеют промежутков между зубами;</p> <p>5) зубные ряды имеют определенную форму: верхняя – полуэллипса, нижняя – параболы;</p> <p>6) верхняя зубная дуга больше нижней, при этом ее экстраальвеолярная часть больше интраальвеолярной за счет наклона зубов вестибулярно. Экстраальвеолярная часть нижней дуги меньше интраальвеолярной за счет наклона зубов в оральную сторону;</p> <p>7) щечные бугорки верхних боковых зубов расположены снаружи от одноименных бугорков нижних зубов. Благодаря этому небные бугорки верхних зубов размещаются в фиссурах нижних зубов;</p> <p>8) головка нижней челюсти находится на заднем скате суставного бугорка.</p> <p>Задание 66. Вопрос для собеседования. Морфологическая характеристика физиологического прикуса молочных зубов: <i>Эталон ответа:</i> 1) число зубов – 20;</p> <p>2) зубные дуги имеют форму полукруга, верхняя зубная дуга больше нижней;</p> <p>3) средняя линия лица проходит между верхними и нижними центральными резцами;</p> <p>4) зубы в зубном ряду располагаются плотно, без промежутков;</p> <p>5) верхний первый моляр смыкается с одноименным нижним моляром и позади стоящим, контакт зубов – фиссурно-бугорковый;</p> <p>6) верхние резцы перекрывают нижние не более чем на 1/3 коронки зуба.</p> <p>К 5-летнему возрасту развивается стирание жевательных поверхностей всех зубов (должно проходить равномерно на всех зубах), между молочными зубами появляются физиологические тремы, диастемы, свидетельствующие о продольном росте челюстных костей и подготовке зубных дуг к прорезыванию постоянных зубов. Прикус прямой.</p> <p>Задание 67. Вопрос для собеседования. Ортогнатический прикус. Понятие. <i>Эталон ответа:</i> Ортогнатический прикус – это прикус, при котором верхние фронтальные зубы на одну треть длины перекрывают коронки нижних зубов.</p> <p>Задание 68. Вопрос для собеседования. Ортогнатический прикус. Характеристика. <i>Эталон ответа:</i> Ортогнатический прикус характеризуется признаками смыкания, из которых одни относятся ко всем зубам, другие - только к передним, а третьи - только к жевательным зубам.</p> <p>Признаки смыкания, относящиеся ко всем зубам. Каждый зуб, как правило, смыкается с двумя антагонистами - главным и побочным. Исключение представляет зуб мудрости верхней челюсти и первый центральный нижний резец, имеющие по одному антагонисту. Каждый верхний зуб смыкается с одноименным нижним и позади стоящим, каждый нижний с одноименным верхним и впереди стоящим.</p> <p>Это особенность взаимоотношений нижних и верхних зубов объясняется тем, что центральные верхние резцы шире нижних одноименных. По этой причине верхние зубы</p>
--	--	---

		<p>смещены дистально в отношении зубов нижнего ряда. Верхний зуб мудрости уже нижнего, поэтому дистальное смещение верхнего зубного ряда выравнивается в области зубов мудрости и их задние поверхности лежат в одной плоскости.</p> <p>Признаки смыкания, относящиеся к передним зубам. Средние линии, проходящие между центральными резцами верхней и нижней челюстей, лежат в одной сагиттальной плоскости. Это обеспечивает эстетический оптимум. Нарушение симметрии делает улыбку некрасивой. Верхние передние зубы перекрывают нижние приблизительно на $\frac{1}{3}$ коронки. Нижние передние зубы своими режущими краями контактируют с зубным бугорком верхних зубов (режущегобугорковый контакт).</p> <p>Признак смыкания жевательных зубов в щечно-небном направлении (трансверзальная плоскость). Щечные бугорки верхних премоляров и моляров расположены снаружи от одноименных бугорков нижних премоляров и моляров. Благодаря этому небные бугорки верхних зубов попадают в продольные бороздки нижних, а нижние щечные - в продольные бороздки верхних зубов. Перекрытие передних нижних и боковых зубов верхними объясняется тем, что верхняя зубная дуга шире нижней. Благодаря этому увеличивается размах боковых движений нижней челюсти и окклюзионное поле расширяется.</p> <p>Признаки смыкания жевательных зубов в переднезаднем направлении (сагиттальная плоскость). Передний щечный бугорок первого верхнего моляра располагается на щечной стороне нижнего первого моляра в поперечной борозде между щечными бугорками. Задний щечный бугорок первого верхнего моляра расположен между заднещечным бугром одноименного нижнего моляра и переднещечным бугром второго нижнего моляра. Это положение бугорков коренных зубов верхней и нижней челюстей часто называют медиодистальным соотношением.</p> <p>Задание 69. Вопрос для собеседования. Прямой прикус. Краткая характеристика. <i>Эталон ответа:</i> В отличие от ортогнатического при прямом прикусе режущие края передних верхних зубов не перекрывают нижние одноименные, а смыкаются с ними встык. Смыкание боковых зубов ничем не отличается от смыкания их при ортогнатическом прикусе, только они имеют более низкие бугорки.</p> <p>Задание 70. Вопрос для собеседования. Альвеолярная бипрогнатия. Краткая характеристика. <i>Эталон ответа:</i> При альвеолярной бипрогнатии и верхние и нижние фронтальные зубы наклонены в сторону преддверия (вестибулярно). Однако, в отличие от аномалийного прикуса – прогнатии – при таком наклоне сохраняется либо режущегобугорковый контакт, либо зубы смыкаются режущими краями.</p> <p>Задание 71. Вопрос для собеседования. Опистогнатия. Краткая характеристика. <i>Эталон ответа:</i> При опистогнатии и верхние и нижние фронтальные зубы наклонены в сторону полости рта (орально). Однако контакт фронтальных зубов сохраняется.</p> <p>Задание 72. Вопрос для собеседования.</p>
--	--	--

		<p>Глубокая резцовая окклюзия. Понятие. <i>Эталон ответа:</i> Глубокая резцовая окклюзия – характеризуется увеличением перекрытия верхними фронтальными зубами нижних на $\frac{1}{3}$, с сохранением режуще-бугорковых контактов. Задание 73. Вопрос для собеседования. Глубокая резцовая дезокклюзия. Понятие. <i>Эталон ответа:</i> Глубокая резцовая дезокклюзия – характеризуется увеличением перекрытия верхними фронтальными зубами нижних более чем на $\frac{1}{3}$, с отсутствием режуще-бугоркового контакта. Задание 74. Вопрос для собеседования. Степени тяжести глубокой резцовой окклюзии <i>Эталон ответа:</i> Выделяют три степени тяжести: 1 степень тяжести – от $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$; 2 степень тяжести – от $\frac{2}{3}$ до 1; 3 степень тяжести более 1. Задание 75. Вопрос для собеседования. Клинико-морфологические формы глубокой резцовой окклюзии <i>Эталон ответа:</i> 1 – зубо-альвеолярное удлинение в области фронтальной группы зубов при нормальном соотношении в области жевательных зубов; 2 – зубоальвеолярное укорочение в области жевательной группы зубов на фоне нормы развития в области фронтальной группы зубов; 3 – сочетание зубо-альвеолярного удлинения во фронтальном отделе и зубо-альвеолярного укорочения в области жевательных зубов.</p>
ПК-2	Задания закрытого типа	<p>Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации по ортодонтическим показаниям составляет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 группу 2 группы 3 группы 4 группы 5 групп <p><i>Эталон ответа:</i>г</p> <p>Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит</p> <ol style="list-style-type: none"> в аппаратурном ортодонтическом лечении в борьбе с вредными привычками в нормализации нарушений функций в протезировании в санитарно-просветительной работе по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам <p><i>Эталон ответа:</i>д</p> <p>Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Ко II диспансерной группе следует отнести детей</p> <ol style="list-style-type: none"> с выраженными зубочелюстными аномалиями с ранней потерей зубов с неправильным положением отдельных зубов с начальной стадией аномалии прикуса с предпосылками к развитию отклонений в прикусе

		<p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в детских стоматологических поликлиниках б) в детских садах в) в школах г) в детских соматических поликлиниках д) в специализированных ортодонтических центрах <p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ. У детей IV диспансерной группы целесообразно применять следующие виды ортодонтической помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> а) санитарно-просветительную работу б) применение ортодонтических аппаратов в) нормализацию нарушений функций зубочелюстной системы г) миотерапию д) массаж в области отдельных зубов <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Наиболее квалифицированно и эффективно миотерапия в ортодонтии проводится</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в ортодонтическом кабинете врача ортодонта б) в стоматологической поликлинике - логопедом, прошедшим специализацию по ЛФК в) в детских садах - воспитателями г) в детских соматических поликлиниках - инструкторами по лечебной физкультуре д) в домашних условиях индивидуально под руководством врача ортодонта <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Наиболее целесообразной формой ортодонтической службы с организационной точки зрения является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) укрупнение ортодонтических отделений б) организация ортодонтических диагностических центров в) организация службы комплексного лечения зубочелюстных аномалий г) укрупнение зуботехнических лабораторий д) диспансеризация детей по ортодонтическим показаниям <p><i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Наиболее эффективной организационной формой лечения детей с врожденной патологией в зубочелюстно-лицевой области является лечение</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в детских соматических поликлиниках б) в детских стоматологических поликлиниках в) в специализированных центрах по лечению врожденной патологии г) в хирургических отделениях общих больниц д) в ортодонтических центрах <p><i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ. К III диспансерной группе следует отнести детей</p> <ul style="list-style-type: none"> а) с выраженными аномалиями прикуса
--	--	---

- б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
- в) с незначительными отклонениями в прикусе или в положении отдельных зубов
- г) со значительно выраженными аномалиями положения отдельных зубов
- д) без морфологических функциональных и эстетических нарушений в зубочелюстной системе

Эталон ответа: в

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ
Критерием для перевода детей в I группу практически здоровых детей является

- а) нормализация функции глотания
- б) нормализация функции дыхания
- в) получение положительных результатов: в исправлении положения зубов, зубных дуг
- г) создание эстетического, морфологического и функционального оптимума
- д) уменьшение степени выраженности зубочелюстных аномалий

Эталон ответа: г

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ
Врач ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения

- а) при получении положительных результатов: исправления положения зубов
- б) при нормализации функции
- в) при закреплении результатов ортодонтического лечения
- г) при сформированном правильном постоянном прикусе
- д) при улучшении эстетики лица

Эталон ответа: г

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ
Последствиями ранней потери временных зубов за 1 год до их смены являются

- а) сужение зубных рядов
- б) укорочение зубных рядов
- в) смещение отдельных зубов
- г) нарушение сроков прорезывания постоянных зубов
- д) все перечисленные последствия

Эталон ответа: д

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ
При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде

- а) сосания пальцев
- б) прикусывания губ
- в) сосания языка
- г) прокладывания мягких тканей языка, щек в область дефекта
- д) неправильного глотания

Эталон ответа: г

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ
Саморегуляция зубочелюстных аномалий наступает в результате

- а) коррекции неправильных окклюзионных контактов за счет физиологической стираемости эмали
- б) роста челюстей
- в) устранения вредных привычек
- г) нормализации функций зубочелюстной системы

		<p>д) всего перечисленного <i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено</p> <p>а) на правильное положение головы и осанки б) на тренировку носового дыхания в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи г) на понимание негативных последствий вредных привычек д) на все перечисленное <i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ В занятие по логопедическому обучению в связи с профилактикой аномалии прикуса следует включить</p> <p>а) нормализацию функции глотания б) тренировку круговой мышцы рта в) нормализацию осанки г) дыхательные упражнения д) все перечисленное <i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ Применение стандартных вестибулярных пластинок целесообразно</p> <p>а) при лечении дистального глубокого прикуса б) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания пальца, прикусывания губ в) для нормализации функции глотания г) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания языка д) при лечении глубокого прикуса <i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ При показании к удалению постоянных зубов при оценке измерения диагностических моделей челюстей ведущим является</p> <p>а) недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм б) макроденция в) мезиальное смещение боковых зубов г) уменьшение длины апикального базиса д) несоответствие величины апикального базиса и величины зубов <i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают</p> <p>а) устранение вредных привычек б) коррекцию мягких тканей в) удаление отдельных зубов г) шлифование бугров отдельных зубов д) создание оптимальных условий для развития зубочелюстной системы <i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ Применение соски у детей первого года жизни</p> <p>а) абсолютно противопоказано б) показано детям с вредной привычкой сосания пальцев в) показано детям с ротовым дыханием</p>
--	--	--

		<p>г) показано постоянное д) показано ограниченное <i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ Профилактикой вредных привычек у детей первого года является</p> <p>а) пластика уздечки языка б) правильный режим жизни ребенка в) применение рукавичек г) правильный способ вскармливания д) предупреждение и лечение общих заболеваний <i>Эталон ответа: г</i></p> <p>Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ Учить ребенка чистить зубы целесообразно в возрасте</p> <p>а) до 1 года б) 1 года в) 2 лет г) 3 лет д) 4-5 лет <i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ Понятие медицинской этики определяет</p> <p>а) понятие о долге врача б) правовые основы медицинского законодательства в) вопросы нравственности г) гражданская позиция д) понятие коллегиальности <i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ Медицинская деонтология - это</p> <p>а) понятие о долге врача б) взаимоотношение врача и больного в) вопросы нравственности г) понятие коллегиальности д) правовые основы медицинского законодательства <i>Эталон ответа: а</i></p> <p>Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ Ребенок начинает обращать внимание на лицевые признаки</p> <p>а) в 3 года б) в 6 лет в) в 9 лет г) в 12 лет д) в 15 лет <i>Эталон ответа: б</i></p>
	<p>Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования</p>	<p>Задание 1 В клинику стоматологии детского возраста обратилась девочка Оля С., 7 лет. Пришла на прием с мамой, со слов которой было выяснено, что у ребенка имеется вредная привычка закусывать верхнюю губу в состоянии покоя. При осмотре выявлено, что верхняя губа западает, а нижняя красная кайма губы широкая, при разговоре виден нижний фронтальный участок.</p> <p>1. Подсчитайте индексы кп + КПУ, кпп + КППУ. 2. Укажите возможные морфологические изменения в полости рта.</p>

		<p>3. Дайте совет маме, ребенку по ликвидации вредной привычки.</p> <p>4. Какие миофункциональные аппараты показаны в данном случае?</p> <p>5. Составьте план лечения.</p> <p>6. Назовите диспансерную группу.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. 0, 0.</p> <p>2. Ретрузия верхних, протрузия нижних, морфологические изменения: передние зубы нижней челюсти расположены впереди верхних (мезиоокклюзия).</p> <p>3. Отучить ребенка от вредной привычки, проводить миогимнастику для круговой мышцы рта, также мышц поднимающих и смещающих нижнюю челюсть латерально.</p> <p>4. Ортодонтические аппараты, задерживающие рост нижней челюсти, стимулирующий рост верхней челюсти, подбородочная праща, расширяющий и удлиняющий верхнечелюстной аппарат.</p> <p>5. Устранение вредных привычек, санация полости рта и носоглотки, миогимнастика, аппаратурное лечение, при необходимости хирургическое лечение, удаление молочных зубов, согласно срокам прорезывания постоянных зубов.</p> <p>6. 4 группа.</p> <p style="text-align: center;">Задание 2</p> <p>Пациент А., 10 лет. По результатам профилактического осмотра направлен к врачу стоматологу-ортодонт. Из анамнеза: привычка спать на левом боку подложив кулак под щеку. Объективно: правая и левая половины лица не симметричны, верхняя, средняя и нижняя трети лица пропорциональны, носогубные, подносовая, подбородочная складки умеренно выражены, профиль прямой. Отмечается скученность верхних фронтальных зубов. Форма нижнего зубного ряда парабола, верхний зубной ряд асимметричен. Смыкание жевательных зубов по трансверзали: слева - щечные бугорки нижних жевательных зубов перекрывают щечные бугорки верхних, справа – щечные бугорки нижних жевательных зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена на 2 мм вправо. Глубина резцового перекрытия 1/3. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Функции дыхания, глотания, речи не нарушены.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</p> <p>2. Поставьте предварительный диагноз.</p> <p>3. Составьте план дополнительного обследования.</p> <p>4. Составьте план ортодонтического лечения.</p> <p>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Вредная привычка: сон на одном боку с подложенным под щеку кулаком.</p> <p>2. Скученность верхних фронтальных зубов. Асимметрия верхнечелюстного зубного ряда (сужение верхнего зубного ряда слева – не уточненное). Перекрестная окклюзия (левосторонняя палатиноокклюзия - не уточненная).</p>
--	--	---

		<p>3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коркхауса, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Устранение вредной привычки, регулярный пальцевой массаж альвеолярного отростка верхней челюсти слева, аппаратное лечение: 1-й аппарат - небная пластинка с кламмерами Адамса в области 16 и 26 зубов, вестибулярной дугой, винтом и секторальным распилом слева; 2-й аппарат – ортодонтический трейнер для ношения в ночное время до момента завершения формирования постоянного прикуса.</p> <p>5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.</p> <p style="text-align: center;">Задание 3</p> <p>Родители ребенка, 10 лет, обратились с жалобами на неправильное положение зубов. Из анамнеза выявлено, что ребенок ранее за ортодонтической помощью не обращался. Ребенок практически здоров. I диспансерная педиатрическая группа. После клинического обследования был поставлен диагноз: глубокая резцовая окклюзия, укорочение переднего отрезка нижней зубной дуги, зубоальвеолярное укорочение боковых отделов верхней и нижней челюстей, аномалия положения 1.2 зуба.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите лицевые признаки глубокой резцовой окклюзии. 2. Перечислите необходимые антропометрические методы исследования диагностических моделей челюстей. 3. Назовите возможные причины данной патологии. К какому специалисту необходимо направить данного ребенка на консультацию? 4. Составьте план лечения. 5. Какие осложнения вызывает глубокая резцовая окклюзия? 6. Укажите диспансерную группу. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Снижение высоты нижней $\frac{1}{3}$ лица, выраженная супраментальная складка, наличие заед в углах рта, профиль лица выпуклый.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Индексы Пона, Тонна, Коркхауса в модификации Долгополовой. 3. Инфантильный тип глотания, ротовое дыхание. Необходима консультация оториноларинголога. 4. План лечения: 4.1. Миогимнастика 4.2. Устранение вредных привычек 4.3. Санация носоглотки. 4.4. Вестибулярная пластина с вестибулярной дугой и наклонной плоскостью.
--	--	---

		<p>5. Травматизация слизистой оболочки полости неба, патологическая стираемость твердых тканей зубов, дисфункция ВНЧС</p> <p>6. IV группа.</p> <p>Задание 4</p> <p>Пациент Г., 8 лет. Родители обратились с жалобами на появившуюся у ребенка асимметрию лица. Объективно: лицо асимметрично, подбородок смещен вправо, верхняя, средняя и нижняя трети лица пропорциональны, носогубные, подносовая, подбородочная складки умеренно выражены, профиль прямой. Тремы между временными зубами обеих челюстей, бугорки временных клыков не стерты. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: слева щечные бугорки нижних зубов контактируют с небными бугорками верхних зубов, справа щечные бугорки нижних зубов перекрывают щечные бугорки верхних зубов.</p> <p>По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена вправо на 4 мм. Глубина резцового перекрытия 1/3. При закрывании рта нижняя челюсть смещается вправо, при открывании возвращается в правильное положение. Величина открывания рта 39 мм, при открывании и закрывании рта определяется дефлексия. Функции дыхания, глотания, речи не нарушены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Вынужденная окклюзия из-за недостаточной стертости бугорков временных клыков.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Перекрестная окклюзия (привычное смещение нижней челюсти вправо). 3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Корнгауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента. 4. Процедура избирательного пришлифовывания бугорков временных клыков для обеспечения возможности смыкания зубных рядов в нормоокклюзии. Регулярные миогимнастические упражнения: смещение нижней челюсти до положения правильного смыкания, фиксация смыкания в правильном положении в течение 10-15 секунд, не менее 10 повторов до появления чувства легкой усталости. Аппаратурное лечение: ношение преортодонтического трейнера для ускорения функциональной перестройки мышц, сдвигающих нижнюю челюсть.
--	--	---

5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Задание 5

Пациент Е., 15 лет. Обратилась к ортодонту с жалобами на неправильное смыкание зубов и некрасивый профиль. Из анамнеза жизни: у отца и деда массивная нижняя челюсть. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, верхняя, средняя и нижняя трети пропорциональны, подбородочная складка сглажена, профиль вогнутый, подбородок выступает вперед.

Между зубами нижней челюсти диастема и тремы. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева щечные бугорки нижних зубов перекрывают щечные бугорки верхних зубов. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего моляра располагается между 6 и 7 нижними зубами. Срединная линия между центральными зубами верхнего и нижнего зубного ряда совпадает. Нижние фронтальные зубы перекрывают верхние на 1/3, обратная сагиттальная щель 3 мм. Величина открывания рта 39 мм, движения в суставе не изменены. Функции дыхания, глотания, речи не нарушены.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении

Эталон ответа: 1. Отягощенная наследственность – «семейный профиль».

2. Нижнечелюстная макрогнатия - неуточненная.

Мезиальная окклюзия (гнатическая форма - неуточненная). Сагиттальная резцовая дизокклюзия, обратное резцовое перекрытие. Перекрестная окклюзия (вестибулоокклюзия, гнатическая форма - неуточненная).

3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.

4. Установка брекет-системы для закрытия диастемы и трем на нижней челюсти, хирургическое перемещение нижней челюсти. Диспансерное наблюдение за пациентом со стороны стоматолога-хирурга и ортодонта.

		<p>5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с Vобразной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой щетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.</p> <p>Задание 6</p> <p>Пациент Ж., 8 лет. Родители обратились к ЛОР-врачу с жалобами на ротовое дыхание ребенка, направлены к стоматологу-ортодонт. Из анамнеза: привычка держать рот приоткрытым, хронической ЛОР – патологии не диагностировано. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, высота нижней трети лица увеличена, носогубные и подбородочные складки сглажены, профиль вогнутый, подбородок выступающий.</p> <p>Отмечаются тремы между временными зубами на верхней челюсти, диастема и тремы между всеми зубами на нижней челюсти. Верхние фронтальные зубы наклонены вестибулярно. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, фронтальный отдел удлинен, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные и оральные бугорки верхних и нижних зубов контактируют друг с другом. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается на дистальном бугорке первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между центральными зубами совпадает. Вертикальная щель между резцами 2 мм. Крупный язык, в полости рта помещается с трудом, при смыкании зубов кончик языка прокладывает между резцами. Величина открывания рта 39 мм, движения в суставе не изменены. Функции дыхания, глотания, речи не нарушены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Макроглоссия 2. Макроглоссия. Протрузия верхних фронтальных зубов. Мезиальная окклюзия (нижнечелюстная макрогнатия - неуточненная) Перекрестная окклюзия (вестибулоокклюзия - неуточненная) Вертикальная резцовая дизокклюзия. 3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p>
--	--	---

		<p>4. Хирургическое лечение макроглоссии. Сдерживание роста нижней челюсти при помощи подбородочной пращи. Ношение преортодонтического а затем ортодонтического трейнеров до момента завершения формирования постоянного прикуса для устранения протрузии и вертикальной дизокклюзии во фронтальном отделе, устранения привычки прокладывания языка между зкбами и привычного ротового дыхания. Миогимнастические упражнения для тренировки носового дыхания.</p> <p>5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.</p> <p>Задание 7</p> <p>В клинику обратился 12-летний ребенок с жалобами на наличие промежутков между зубами. Из анамнеза выявлено, что ребенок ранее за ортодонтической помощью не обращался. При внешнем осмотре определяется западение верхней губы, вогнутый профиль лица, угол нижней челюсти чрезмерно развернутый. При осмотре полости рта между резцами и клыками определяются диастемы и тремы. Зубной ряд верхней челюсти сужен. Во фронтальном отделе обратная реццовая окклюзия. Соотношение боковых зубов в сагитальном направлении по III классу Энгля.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите возможные причины данной патологии. Каковы общесоматические причины развития данной патологии? 2. Поставьте предварительный диагноз 3. Наметьте план лечения с указанием рекомендуемой аппаратуры 71 4. Укажите диспансерную группу <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Возможно это врожденная особенность строения костей лицевого отдела черепа, передающаяся по наследству; либо приобретенная вследствие родовой травмы, неправильного искусственного вскармливания, рахита, вредных привычек, макроглоссии, парафункций языка, короткая уздечка языка</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Мезиоокклюзия. Обратная реццовая окклюзия. Сужение верхнего зубного ряда. Диастема, тремы. 3. План лечения: 3.1. Пластика уздечки языка при необходимости. 3.2. Расширение и удлинение верхнего зубного ряда при помощи съемного пластичного аппарата с винтом или аппарата Брюкля. 3.3. Задержка роста нижней челюсти - подбородочная праща. 3.4. Обучение правильному положению языка правильному глотанию, упражнения для дистального перемещения нижней челюсти. 3.5. Избирательное пришлифовывание молочных зубов. <p>4. IV группа.</p> <p>Задание 8</p> <p>Пациент О., 13 лет. Обратился к ортодонту с жалобами на «кривые» передние зубы. Из анамнеза: искусственное вскармливание с 2 мес., сосание пустышки до 3 лет.</p>
--	--	---

		<p>Объективно: правая и левая половины лица симметричны, высота нижней трети лица снижена, носогубные и подносовая складки сглажены, подбородочная складка выражена, тип профиля выпуклый, подбородок скошенный. Верхние фронтальные зубы наклонены вестибулярно, 54 отмечается скученность нижних фронтальных зубов, оральный наклон. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, фронтальный отдел удлинён, форма нижнего зубного ряда трапеция, фронтальный отдел укорочен. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних.</p> <p>По сагиттали: бугорковое смыкание первых постоянных моляров справа и слева. Срединная линия между центральными зубами совпадает. Глубина резцового перекрытия 2/3. Сагиттальная щель 6 мм. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Функции дыхания, речи не нарушены, при глотании язык прокладывает между зубами.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Неправильное искусственное вскармливание, длительное сосание пустышки, инфантильное глотание.</p> <p>2. Протрузия верхних фронтальных зубов, ретрузия, скученность нижних фронтальных зубов. Трапезиевидный нижний зубной ряд. Дистальная окклюзия (2 класс 1 подкласс по Энгля). Сагиттальная резцовая дизокклюзия. Глубокое резцовое перекрытие 2 степени. Инфантильное глотание.</p> <p>3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Аппаратурное лечение при помощи брекет-системы, при выявлении выраженного недостатка места показано удаление первых премоляров. Сочетание брекет-системы с применением ортодонтического трейнера для брекетов для устранения глубокого резцового перекрытия и выработки физиологичного навыка глотания. Регулярные миогимнастические упражнения для мышц языка для устранения инфантильного глотания.</p> <p>5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с Vобразной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой щетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и</p>
--	--	---

		<p>супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.</p> <p>Задание 9</p> <p>Пациент К., 9 лет. По результатам профилактического осмотра направлен к ЛОР-врачу и стоматологу-ортодонт. Из анамнеза: хронический синусит. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, лицо узкое, вытянутое, складки сглажены, подбородок скошен, губы смыкаются с напряжением.</p> <p>Между временными зубами плотные контакты. Скученность верхних фронтальных зубов, центральные резцы верхней челюсти в протрузии, узкое сводчатое небо, верхнечелюстной зубной ряд V-образной формы, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: слева и справа медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается между V и 6 нижними зубами. Срединная линия между центральными зубами совпадает. Глубина резцового перекрытия 1/3, сагиттальная щель 7 мм. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений. Привычное ротовое дыхание.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Хроническое нарушение носового дыхания.</p> <p>2. Скученность, протрузия верхних фронтальных зубов. Сужение (Vобразное) верхнечелюстного зубного ряда. Дистальная окклюзия (2 класс 1 подкласс по Энгля). Сагиттальная резцовая дизокклюзия.</p> <p>3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Для обеспечения эффективности ортодонтического лечения необходимо устранение ЛОР-патологии и восстановление адекватного носового дыхания. Регулярный пальцевой массаж, употребление жестких овощей и фруктов для стимуляции роста альвеолярных отростков челюстных костей, миогимнастические упражнения для устранения дистальной окклюзии, миогимнастические упражнения для тренировки носового дыхания. Аппаратурное лечение: 1-й аппарат – небная пластинка с кламмерами Адамса в области</p>
--	--	--

		<p>6-х зубов, вестибулярной дугой, расширяющим винтом и распилом по сагиттали. После достаточного расширения верхнего зубного ряда применение ортодонтического трейнера для 12-ти часового ношения до момента завершения формирования постоянного прикуса.</p> <p>5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.</p> <p>Задание 10</p> <p>Пациент Л., 12 лет. Обратился к логопеду для коррекции дикции, и был направлен на консультацию к врачу-ортодонт. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, верхняя, средняя и нижняя трети лица. Отмечается скученность нижних фронтальных зубов. Форма нижнего зубного ряда трапециевидная, форма верхнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена влево на 2 мм. Глубина резцового перекрытия 1/3, сагиттальная щель 3 мм. Движения языка ограничены: не может облизать верхнюю губу, «поцокать» языком. Нарушение произношения звука «л». Уздечка языка массивная, прикрепляется в области кончика языка. Слизистая оболочка с оральной стороны в области нижних фронтальных зубов гиперемирована, отечна. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание и дыхание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений и дикции.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Короткая уздечка языка 2. Скученность нижних фронтальных зубов, трапециевидный нижний зубной ряд. Сагиттальная резцовая дизокклюзия. 3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей.</p>
--	--	--

		<p>Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Пластика уздечки языка. Нижнечелюстной пластиночный аппарат с удерживающими кламмерами в области 6-х зубов, вестибулярной дугой и секторальным распилом во фронтальном отделе, 2-мя ортодонтическими винтами. Миогимнастические упражнения для тренировки мышц языка, пальцевой массаж фронтального отдела нижнего зубного ряда.</p> <p>5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.</p> <p>Задание 11</p> <p>Пациент Г, 12 лет. Переехал из другого города, обратился для постановки на диспансерный учет к ортодонт. Из анамнеза: левосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и твердого неба, в возрасте 4 мес. проведена операция хейлопластика, в возрасте 6 лет операция уранопластика. 56 Объективно: Лицо симметричное, пропорциональное. В области верхней губы слева косметический шов. Вторичная деформация носа на стороне расщелины выражена не значительно. Складки умеренно выражены. Тип профиля вогнутый. Скученность верхних фронтальных зубов, в зубном ряду и на контрольной рентгенограмме 22 зуб отсутствует. Рубцовые изменения слизистой оболочки альвеолярного отростка. Фронтальный отдел верхнечелюстного зубного ряда укорочен, форма трапециевидная. Форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена влево на 2 мм. Обратное резцовое перекрытие, глубина перекрытия 1/3. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание и дыхание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Врожденная расщелина верхней губы и неба.</p>
--	--	---

		<p>2. Первичная адентия 22 зуба. Скученность верхних фронтальных зубов, трапециевидный верхний зубной ряд. Обратное резцовое перекрытие.</p> <p>3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Аппаратурное лечение при помощи брекет-системы. Косметическое контурирование 23 зуба для придания ему формы отсутствующего 22, между 25 и 26 оставляем промежуток, для установки мостовидного протеза с опорой на 25 и 26 зубы. (Альтернативный вариант: установка на место отсутствующего 22 имплантата и металлокерамической коронки – результат менее эстетичен).</p> <p>5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с Vобразной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой щетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.</p> <p>Задание 12</p> <p>Пациент В., 7 лет. Мама, обратилась к стоматологу-ортопеду с жалобами на прорезавшиеся «огромные» передние зубы у ребенка, направлены к ортодонту. Объективно: Лицо симметричное, пропорциональное, складки умеренно выражены. Тип профиля прямой Тремы между временными зубами, за исключением II и III верхних справа и слева, постоянные верхние центральные резцы очень крупные. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого 57 нижнего постоянного моляра. Глубина резцового перекрытия 1/3, центральная линия между резцами совпадает. Величина открывания рта 39 мм, движения в суставе не нарушены. Глотание, дыхание, речь не нарушены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Врожденная аномалия 2. Макродентия 11, 21 зубов</p>
--	--	---

		<p>3. ОПГ для определения количества и размеров зачатков постоянных зубов, состояния корневой системы и костной ткани челюстей.</p> <p>4. Диспансерное наблюдение до момента завершения формирования постоянного прикуса, профилактическое использование преортодонтического трейнера, при необходимости сепарация аппроксимальных поверхностей 11,21 для создания места в зубном ряду, допускается процедура последовательной экстракции временных зубов по Хотцу сочетающаяся с ношением профилактического аппарата. При недостатке места, после прорезывания первых премоляров возможно их удаление по ортодонтическим показаниям.</p> <p>5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в 1% дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.</p> <p>Задание 13</p> <p>Пациент Б., 13 лет. Обратился к ортодонту с жалобами на не смыкание передних зубов. Объективно: лицо симметричное, высота нижней трети лица увеличена, подбородочная и носогубные складки сглажены. Небное положение 14, 15, 24, 25 зубов. Форма верхнего зубного ряда седловидная, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: в области моляров справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних, в области премоляров вестибулярные бугорки нижних зубов расположены вестибулярно относительно одноименных бугорков верхних зубов По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Во фронтальном отделе: вертикальная щель 4 мм. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Дыхание носовое. Во время глотания язык прокладывает между зубами.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Инфантильное глотание, «Лень жевания».</p> <p>2. Зубоальвеолярное укорочение фронтального отдела верхнего и нижнего зубных рядов. Седловидно – суженный верхний зубной ряд. Вертикальная резцовая дизокклюзия.</p> <p>3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани</p>
--	--	---

		<p>челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Аппаратурное лечение с применением брекет-системы, в сочетании с ношением ортодонтического трейнера для брекетов, для нормализации функции глотания, миогимнастические упражнения для мышц языка и тренировки физиологичного глотания.</p> <p>5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с Vобразной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой щетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.</p> <p>Задание 14</p> <p>Пациент А., 14 лет. Обратился к ортодонту с жалобами на наличие щели между верхними центральными зубами.</p> <p>Объективно: Отмечается асимметрия половин лица, профиль прямой, высота нижней трети лица снижена, носогубные складки сглажены, подбородочная складка выражена. Красная кайма губ и слизистая оболочка 58 полости рта без особенностей. Уздечка верхней губы укорочена, слизистые тяжи вплетаются в небный шов. Между 11 и 21 зубами промежуток 3 мм. Отмечается скученность нижних фронтальных зубов. Форма верхнего зубного ряда парабола, нижний зубной ряд асимметричен, сужен справа. При смыкании зубов во фронтальном отделе срединная линия смещена влево на 4 мм. Верхние центральные резцы перекрывают нижние более чем на 1/2 высоты коронок. В области 13,12,11 зубов сагиттальная щель до 3 мм уменьшающаяся по направлению к центральным резцам. Смыкание зубов в боковых отделах: по сагиттали - медиальный щечный бугор 16 зуба располагается в межбугорковой фиссуре 46 зуба, отмечается бугорковое смыкание 26/36, 25/35, 24/34 зубов; по трансверзали – небный бугорок 15 зуба смыкается с вестибулярными буграми 46 и 45 зубов, 44 зуб располагаясь орально, с антагонистами не смыкается. Величина открывания рта 41 мм, движения в суставе не симметричные, при открывании рта отмечается девиация. Функции глотания, дыхания и речи не нарушены.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Короткая уздечка верхней губы. Сон на правом боку с подкладыванием руки, задержка роста альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Раннее удаление 84 зуба.</p> <p>2. Диастема верхнего зубного ряда 3 мм, дистопия – язычное прорезывание 44 зуба. Правостороннее сужение нижнего зубного ряда. Глубокая окклюзия 1 степени,</p>
--	--	--

		<p>правосторонняя лингваокклюзия, дистальная окклюзия. Смыкание жевательных зубов справа за счет мезиального смещения 46,45 зубов (деформация после раннего удаления 84 зуба). Дисфункция ВНЧС.</p> <p>3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Аппаратурное лечение с применением брекет-системы, в сочетании с ношением ортодонтического трейнера для брекетов для нормализации соотношения челюстей и устранения дисфункции нижнечелюстного сустава. 5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с Vобразной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой щетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.</p> <p>Задание 15</p> <p>Пациент И., 7 лет. После планового осмотра у стоматолога направлена на консультацию к ортодонт. Объективно: Лицо симметрично, пропорционально, носогубные и подбородочная складки умеренно выражены. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей.</p> <p>Физиологические тремы отсутствуют, верхние фронтальные зубы имеют оральный наклон, отмечается скученность. Зубо-альвеолярное удлинение в области 55, 54 зубов. Форма верхнего зубного ряда трапеция, форма нижнего зубного ряда парабола. По трансверзали имеющиеся жевательные зубы имеют правильное фиссурно-бугорковое смыкание, по сагиттали отмечается бугорковое смыкание 26 и 36 зубов, медиальный щечный бугор 16 зуба смыкается с дистальным бугорком 46 зуба. Глубина режцового перекрытия 1/3, срединная линия между центральными резцами 59 совпадает. Величина открывания рта 42 мм, движения в суставе не симметричные, при открывании рта отмечается девиация. Функции глотания, дыхания и речи не нарушены.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Задержка роста альвеолярных отростков, нарушение тонуса мышц челюстно-лицевой области. Раннее удаление временных жевательных зубов. 2. Протрузия верхних фронтальных зубов, скученность нижних фронтальных зубов, сужение зубных рядов, дистальная окклюзия с протрузией (2 класс 1 подкласс по Энглю). Деформация зубных рядов: зубо-альвеолярное</p>
--	--	--

		<p>удлинение в области 55,54 зубов, мезиальное смещение 46 зуба.</p> <p>3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Поастиночный съемный аппарат для дистализации 46 зуба. Затем лечение с помощью съемных аппаратов капового типа (ортодонтический трейнер, ЛМ-активатор, индивидуальный позиционер). Миогимнастические упражнения для тренировки мышц ЧЛЮ.</p> <p>5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.</p> <p>Задание 16</p> <p>Пациент А., 7 лет. Родители обратились к ортодонту с жалобами на криво стоящие зубы. Объективно: Лицо симметрично, пропорционально, носогубные и подбородочная складки умеренно выражены. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей.</p> <p>Физиологические тремы отсутствуют, 12 зуб не прорезался, место для него отсутствует, выраженная скученность нижних фронтальных зубов: вестибулярный наклон 43 зуба, язычное прорезывание 42 зуба, тортоположение 32 зуба. Форма зубных рядов полукруг. Смыкание зубов в боковых отделах: по сагиттали - медиальные щечные бугорки первых верхних постоянных моляров располагаются в межбугорковой фиссуре первых нижних постоянных моляров, по трансверзали справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. Глубина резцового перекрытия 1\3 коронки, срединная линия смещена вправо за счет перемещения 11,21 в сторону отсутствующего 12 зуба. Величина открывания рта 39 мм, движения в суставе не изменены. Функции дыхания, речи не нарушены, при глотании язык прокладывает между зубами.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Задержка роста альвеолярных отростков челюстей, недостаток твердой пищи и мышечной активности.</p> <p>2. Скученность нижних фронтальных зубов. Сужение зубных рядов. Инфантильное глотание.</p>
--	--	---

		<p>3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Корнгауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Лечение с помощью съемных аппаратов капового типа (ортодонтический трейнер, ЛМ-активатор, индивидуальный позиционер). Миогимнастические упражнения для нормализации акта глотания и тренировки мышц ЧЛЮ.</p> <p>5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.</p> <p>Задание 17</p> <p>Пациент Е, 14 лет. Обратилась к ортодонту с жалобами на неправильное смыкание зубов. Объективно: Лицо симметрично, пропорционально, носогубные и подбородочная складки умеренно выражены. Профиль вогнутый. Красная 60 кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей. Язык крупный, в полости рта помещается с трудом, на боковых поверхностях языка сохраняются отпечатки зубов.</p> <p>37 и 47 зубы с мезиальным наклоном. Между 44 и 45, 34 и 35 зубами тремы. Форма верхней зубной дуги полуэллипс, нижней – парабола. Верхние и нижние фронтальные зубы в состоянии ретрузии, нижние боковые зубы с оральным наклоном. При смыкании во фронтальном отделе обратное резцовое перекрытие, срединная линия совпадает. Смыкание жевательных зубов по сагиттали – справа и слева медиальные щечные бугорки верхних первых постоянных моляров располагаются между шестыми и седьмыми нижними зубами, по трансверзали вестибулярные бугры верхних жевательных зубов смыкаются с оральными буграми нижних. Функции глотания и дыхания не нарушены, отмечается нечеткость речи (шепилявость). Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе не симметричные, отмечается девиация.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Макроглоссия. Раннее удаление 36,46 зубов.</p> <p>2. Протрузия верхних фронтальных зубов, ретрузия нижних фронтальных зубов, вестибулярный наклон 37,47 зубов, мезиальная окклюзия, двусторонняя вестибулоокклюзия за</p>
--	--	--

		<p>счет нижнего зубного ряда. Деформация: дистализация 35,45 зубов.</p> <p>3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Хирургическая пластика языка, Лечение при помощи брекет-системы, миогимнастические упражнения для тренировки языка после оперативного вмешательства и нормализации дикции.</p> <p>5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с Vобразной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой щетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.</p> <p>Задание 18</p> <p>Пациент К., 15 лет Обратился к ортодонт с жалобами на криво стоящие зубы. Из анамнеза: 15 и 25 зубы удалены в возрасте 11 лет по ортодонтическим показаниям, в этот период проводилось ортодонтическое лечение при помощи съемного пластиночного аппарата с вестибулярной дугой от 13 до 23 зуба, не закончено. Объективно: Лицо симметрично, высота нижней трети лица уменьшена, подбородочная складка выражена. Отмечается значительная скученность нижних фронтальных зубов, поворот по оси 22 зуба. Верхний зубной ряд равномерно сужен в области премоляров и моляров, нижний зубной ряд сужен, асимметричен, сужение наиболее выражено в области премоляров справа. По сагиттали - 13 зуб смыкается с 44, 23 с 34, в области 14/45, 16/46, 24/35, 26/36 правильное фиссурно-бугорковое смыкание. По трансверзали отмечается правильное фиссурно-бугорковое смыкание за исключением области 13/44 зубов – обратное перекрытие, 14/45 61 – 45 зуб смещен орально. Глубина резцового перекрытия 2/3 коронки, центральная линия не совпадает. Функции глотания и дыхания, речи не нарушены. Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе не симметричные, отмечается девиация.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Задержка роста альвеолярных отростков, прерванное ортодонтическое лечение, раннее удаление 84,85 зубов.</p> <p>2. Скученность нижних фронтальных зубов, тортоположение 22, вестибулярное положение 44, оральное</p>
--	--	---

		<p>положение 45. Сужение зубных рядов. Глубокая окклюзия 2 степени.</p> <p>3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Корнгауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Удаление 44 или 45, и 34 зубов, лечение при помощи брекет-системы.</p> <p>5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой щетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.</p> <p>Задание 19</p> <p>В связи с уходом участковой врача-ортодонта в декретный отпуск, пациенты переданы ортодонт-заместителю. Пациент О., 15 лет. В течение 2 лет находилась на ортодонтическом лечении при помощи несъемной ортодонтической техники (брекет-система), период активного лечения прерван по требованию пациента, брекет-система снята. Объективно: Лицо пропорциональное, симметричное. Носогубные и подбородочные складки умеренно выражены, тип профиля прямой. Аномалий отдельных зубов нет, форма верхнего зубного ряда полуэллипс, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании зубных рядов глубина резцового перекрытия 1/3 высоты коронки, срединная линия совпадает, по трансверзали правильный фиссурно-бугорковый контакт, по сагиттали отмечается бугорковое смыкание в области моляров и премоляров. Функции глотания и дыхания, речи не нарушены. Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе не симметричные, отмечается девиация. На оральной поверхности верхних и нижних фронтальных зубов зафиксирован несъемный стекловолоконный ретейнер.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Не правильная тактика ортодонтического лечения, удаление только 14,24 зубов. Мезиальное смещение верхних премоляров и моляров. 2. Смыкание жевательных зубов по 2 классу Энгля. 3. Нет необходимости в дополнительной диагностике. 4. Удаление 34, 44 зубов, повторная установка брекет-системы. Либо применение аппаратов капового типа для коррекции суставных нарушений.</p>
--	--	---

		<p>5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.</p> <p>Задание 20</p> <p>Пациент 14 лет. Обратилась к врачу-ортодонту с жалобами на криво стоящие зубы. Объективно: Долихоцефалическая форма головы. Лицо симметричное пропорциональное, тип профиля прямой, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно.</p> <p>Отмечается скученность верхних и нижних фронтальных зубов, 12 и 22 зубы имеют шиповидную форму. Верхний зубной ряд равномерно сужен в области премоляров и моляров, форма нижнего зубного ряда парабола. Глубина резцового перекрытия 1/3 коронки, срединная линия не совпадает, при смыкании зубов по сагиттали выявляется правильный фиссурнобугорковый контакт, по трансверзали вестибулярные бугры нижних жевательных зубов располагаются кнаружи от соответствующих бугров верхних зубов. Функции глотания и дыхания, речи не нарушены. Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе не симметричные, отмечается девиация.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Задержка роста альвеолярных отростков из-за недостатка жевательной нагрузки и слабости мышц ЧЛЮ.</p> <p>2. Скученность верхних и нижних фронтальных зубов, аномальная форма 12,22 зубов, сужение верхнего зубного ряда, двусторонняя палатиноокклюзия.</p> <p>3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Экспансивный винт для раскрытия небного шва, брекет-система.</p> <p>5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с Vобразной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой щетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости</p>
--	--	---

		<p>рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.</p> <p>Задание 21</p> <p>Пациент З., 5 лет. В рамках проведения эпидемиологического ортодонтического обследования, осмотрены дети детских садов г. Красноярска. Объективно: Лицо симметричное, пропорционально, тип профиля прямой, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно. Между нижними фронтальными зубами отмечаются промежутки 1-2 мм, верхние центральные резцы имеют небольшой поворот по оси. Коронки временных зубов стерты на 1/3-1/2 высоты коронок. Форма зубных рядов полукруг.</p> <p>При смыкании зубных рядов по трансверзали вестибулярные бугры нижних жевательных зубов располагаются в продольной фиссуре верхних, по сагиттали дистальные поверхности последних моляров образуют мезиальную ступеньку. Функции глотания и дыхания, речи не нарушены. Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе симметричны.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Сосание соски после прорезывания 51,61 зубов.</p> <p>2. Торто- положение 51,61 зубов, физиологические диастемы и тремы.</p> <p>3. Нет необходимости в дополнительной диагностике.</p> <p>4. Комплекс миогимнастических упражнений для поддержания гармоничного развития зубо-челюстной системы.</p> <p>5. При проведении индивидуальной чистки зубов, проведение массажа десен, щек, языка, упражнения для мышц корня языка и щек выполняющиеся с водой.</p> <p>Задание 22</p> <p>Пациент Е., 16 лет. В связи с уходом участковой врача-ортодонта в декретный отпуск, пациенты переданы ортодонт-заместителю. Из анамнеза: ортодонтическое лечение при помощи брекет-системы начато менее месяца назад. Объективно: Лицо симметричное, высота нижней трети лица увеличена, губы смыкаются с напряжением, тип профиля прямой, носогубные и подбородочные складки сглажены. Отмечается скученное положение нижних и верхних фронтальных зубов, верхние резцы имеют наклон в вестибулярную сторону. Зубные ряды сужены, асимметричны. При смыкании зубных рядов вертикальная щель от премоляра до премоляра, достигает 5 мм в высоту. По сагиттали отмечается бугорковое смыкание вторых премоляров и моляров. По трансверзали правильное фиссурно-бугорковое смыкание. Дыхание привычное ротовое, при глотании язык прокладывается между зубами, артикуляция нарушена, речь не четкая. Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе не симметричны, отмечается девиация.</p>
--	--	---

		<p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Инфантильное глотание, привычное ротовое дыхание после устранения хронической ЛОР патологии.</p> <p>2. Скученность фронтальных зубов, сужение зубных рядов. Дистальная окклюзия с протрузией, вертикальная дизокклюзия 1 степени. Инфантильное глотание.</p> <p>3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Брекет-система совместно с трейнером для брекетов или аппаратом ФНТА.</p> <p>5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с 137 мягкой щетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.</p> <p>Задание 23</p> <p>Пациент Г., 7 лет. В рамках проведения эпидемиологического ортодонтического обследования, осмотрены начальных классов г. Красноярска. Объективно: Лицо симметрично, высота нижней трети лица уменьшена, тип профиля вогнутый, носогубные и подбородочные складки выражены. Стирание коронок временных зубов на ½ высоты, незначительное стирание бугров временных клыков, форма зубных рядов полукруг, прикус плавающий, привычка выдвигать нижнюю челюсть вперед при смыкании зубов. Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе не 64 симметричные, отмечается девиация. Дыхание носовое, при глотании язык прокладывается между зубами, артикуляция нарушена, речь не четкая.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Недостаточная стертость бугорков временных клыков, отсутствие значительного числа антагонистов в связи со сменой зубов.</p> <p>2. Привычное смещение нижней челюсти вперед - мезиальная окклюзия. Инфантильное глотание.</p>
--	--	---

		<p>3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Корнгауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Применение аппаратов капового типа, и комплекс миогимнастических упражнений для тренировки мышц ЧЛО.</p> <p>5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.</p> <p>Задание 24</p> <p>Больной К., 12 лет. Родители обратились к ортодонту с целью исправления «неправильно расположенных зубов». Из анамнеза. В возрасте 9 лет больному была проведена уранопластика. В течение двух лет ребенок находился на аппаратном лечении, имеется небная пластинка с секторальным распилом в области 12, 11, 21, 22 зубов и ортодонтическим винтом, кламмерами Адамса на 16 и 26 зубах. Результаты проводимого лечения пациента и родителей не удовлетворили. Объективно. Лицо симметричное, средняя треть лица уменьшена, западает. Тип профиля – вогнутый. Верхняя губа образует с нижней мезиальную ступеньку, на верхней губе слева послеоперационный рубец, имеется вторичная деформация крыла носа слева. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. Имеется послеоперационный рубец в области твердого неба и альвеолярного отростка слева. Прикрепление и длина уздечек губ и языка в норме. 22 зуб отсутствует, промежуток закрыт за счет смещения рядом стоящих зубов. Верхний зубной ряд уплощен, укорочен во фронтальном отделе, форма нижнего зубного ряда полуэллипс. Нижние фронтальные зубы перекрывают верхние на 1/3 высоты коронок, обратная сагиттальная щель 5 мм слева в области 23,33,32 зубов, 3 мм справа в области 12,43,42 зубов. Отмечается правильное фиссурно бугорковое смыкание жевательных зубов по сагиттали и трансверзали. Открывание рта 40 мм, движения в суставах симметричные. Дыхание носовое, глотание физиологичное, речь нечеткая, артикуляция нарушена.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Расщелина твердого неба, альвеолярного отростка и губы. Послеоперационные рубцы.</p>
--	--	--

		<p>2. Первичная адентия 22 зуба, трапецевидный верхний зубной ряд, обратное резцовое перекрытие, нарушение дикции и артикуляции.</p> <p>3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Брекет-система для верхнего зубного ряда брекетом с повышенным положительным торком, для нижнего зубного ряда с повышенным отрицательным торком. Косметическое контурирование 23 зуба с мезиализацией 23,24,25,26,27 зубов или создание промежутка для отсутствующего 22 с последующим протезированием мостовидным протезом или на имплантате.</p> <p>5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для 138 очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой щетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.</p> <p>Задание 25</p> <p>Больной М. 4,5 года. По результатам профилактического осмотра в детском саду направлен на консультацию к врачу-ортодонт. Из анамнеза: Ребенок находился на искусственном вскармливании с 1 месяца жизни, родители иглой расширяли отверстие соски, что бы ребенку было легче сосать. Объективно. Лицо симметричное, высота нижней трети лица уменьшена. Тип профиля выпуклый, подбородочная складка ярко выражена.</p> <p>Коронки временных жевательных зубов разрушены более чем на 2/3. Форма зубных рядов полукруг. По трансверзали – временные клыки верхней челюсти находятся кнаружи от клыков нижней челюсти, по сагиттали – нижние клыки контактируют с 54, 64 зубами, во фронтальном отделе сагиттальная щель – 7 мм. Глубина резцового перекрытия на всю высоту коронок. Дыхание носовое, глотание инфантильное, речь нечеткая, артикуляция нарушена. Открывание рта 37 мм, отмечается девиация.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Неправильное искусственное вскармливание, разрушение коронок временных зубов. 2. Дистальная окклюзия, глубокая окклюзия 3 степени, инфантильное глотание, нарушение дикции и артикуляции. 3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ</p>
--	--	---

		<p>для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Удаление разрушенных временных зубов с проследующим профилактическим протезированием съемным пластиночным аппаратом. Комплекс миогимнастических упражнений, с 5 лет ношение преортодонтического трейнера с ограничителями дефекта зубного ряда для предотвращения смещения 6-х зубов.</p> <p>5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.</p> <p>Задание 26. Вопрос для собеседования. Где должна осуществляться диспансеризация больных с аномалиями зубочелюстной системы? <i>Эталон ответа:</i> Диспансеризацию ортодонтических больных должны осуществлять республиканские, краевые, областные, городские, районные детские стоматологические поликлиники.</p> <p>Задание 27. Вопрос для собеседования. Организация диспансерного наблюдения за больными с аномалиями зубочелюстной системы <i>Эталон ответа:</i> Соответственно действующим нормативным документам на 10 000 детского населения выделяется 0,5 ставки ортодонта и определяется штатное соотношение врача - ортодонта к зубному технику - 1:1. Нагрузка врача составляет - 2 человека в час, первичные к повторным - 1:10 за рабочий день, при профосмотре - 9 человек в час. Для организации ортодонтической диспансеризации на должном уровне необходимо - 1,7 должности врача - ортодонта на 10 000 детского населения (по Р. М. Зволинской). Мероприятия по ортодонтической диспансеризации проводят в 5 этапов, а все пациенты, находящиеся на диспансерном наблюдении делятся на 4 диспансерные группы.</p> <p>Задание 28. Вопрос для собеседования. Этапы диспансеризации <i>Эталон ответа:</i> Первый этап- регистрация пациентов. Врач должен знать контингент больных с учетом их возраста, пола и общего состояния здоровья. Второй этап - специализированный осмотр каждого ребенка и санация полости рта. Полученная информация является основой для формирования диспансерных групп и последующего наблюдения за ними. Третий этап - группировка пациентов для ортодонтической диспансеризации и составление плана работы врача на участке. Четвертый этап - наблюдение за пациентами, санация полости рта, проведение уроков гигиены и других массовых</p>
--	--	--

		<p>профилактических мероприятий, контроль за лечением у специалистов.</p> <p>Пятый этап - изучение эффективности ортодонтической диспансеризации, определение форм и средств совершенствования этой работы.</p> <p>Задание 29. Вопрос для собеседования.</p> <p>Охарактеризуйте группы диспансерного наблюдения</p> <p><i>Эталон ответа: В I группу</i> диспансерного наблюдения включают детей с нормальным анатомическим и функциональным состоянием зубочелюстной системы на день осмотра.</p> <p><i>Во II группу</i> диспансерного наблюдения включают детей, у которых на день осмотра также нет анатомических нарушений, но выявлены так называемые "факторы риска", нарушение функций мышц зубочелюстной системы, вредные привычки, короткая уздечка губы.</p> <p><i>В III группу</i> диспансерного наблюдения включают детей с выявленными аномалиями положения зубов, групп зубов, легких форм аномалий зубных рядов, функциональные нарушения, которые явились причиной этих нарушений.</p> <p><i>В IV группу</i> диспансерного наблюдения включают детей с выраженными сформированными аномалиями зубных рядов и прикуса, нарушениями эстетических норм лица, функции откусывания и пережевывания пищи, глотания, дыхания, речи.</p> <p>Задание 30. Вопрос для собеседования.</p> <p>Характеристика I группы диспансерного наблюдения</p> <p><i>Эталон ответа: В I группу</i> диспансерного наблюдения включают детей с нормальным анатомическим и функциональным состоянием зубочелюстной системы на день осмотра. Некоторые незначительные отклонения соответственно возраста, рассматриваются как вариант нормы индивидуального развития ребенка. Например, отсутствие диастем и трем в 5 - 5,5 лет, хорошо выражены бугры зубов, расположение дистальных поверхностей вторых временных моляров в одной вертикальной плоскости, или воспитание у детей навыков ухода за зубами и полостью рта. Пациентов I-й диспансерной группы проводят осмотр 1 раз в год.</p> <p>Задание 31. Вопрос для собеседования.</p> <p>Характеристика II группы диспансерного наблюдения</p> <p><i>Эталон ответа: Во II группу</i> диспансерного наблюдения включают детей, у которых на день осмотра также нет анатомических нарушений, но выявлены так называемые "факторы риска", нарушение функций мышц зубочелюстной системы, вредные привычки, короткая уздечка губы. Такие нарушения могут явиться этиологическими факторами аномалий развития зубочелюстной системы, а, следовательно, требуют непосредственного вмешательства специалистов по их устранению, наблюдения родителей, воспитателей детских садов. Активное наблюдение продолжается в течение 3 месяцев, до момента устранения "фактора риска", последующий осмотр осуществляется через год.</p> <p>Задание 32. Вопрос для собеседования.</p> <p>Характеристика III группы диспансерного наблюдения</p>
--	--	---

		<p><i>Эталон ответа:</i> В III группу диспансерного наблюдения включают детей с выявленными аномалиями положения зубов, групп зубов, легких форм аномалий зубных рядов, функциональные нарушения, которые явились причиной этих нарушений. Для оказания помощи таким детям проводятся специализированные мероприятия врачом - ортодонтом в необходимом объеме в каждом конкретном случае. После устранения выявленных нарушений дальнейшее наблюдение осуществляют 1 раз в год.</p> <p>Задание 33. Вопрос для собеседования.</p> <p>Характеристика IV группы диспансерного наблюдения</p> <p><i>Эталон ответа:</i> В IV группу диспансерного наблюдения включают детей с выраженными сформированными аномалиями зубных рядов и прикуса, нарушениями эстетических норм лица, функции откусывания и пережевывания пищи, глотания, дыхания, речи. Такие дети нуждаются в комплексной организации лечебных мероприятий: 1) санации полости рта; 2) специализированном ортодонтическом лечении; 3) обучение комплексу миогимнастических упражнений; 4) занятия с логопедом; 5) при необходимости санация ЛОР органов.</p> <p>Периодичность назначений на осмотр детей 4-й диспансерной группы к каждому из специалистов осуществляется по показаниям в каждом конкретном случае, учитывая степень тяжести выявленных нарушений, и спланированный объем лечебных мероприятий, продолжительности лечения и закрепления достигнутых результатов.</p> <p>Задание 34. Вопрос для собеседования.</p> <p>Анализ эффективности ортодонтической диспансеризации</p> <p><i>Эталон ответа:</i> При анализе эффективности ортодонтической диспансеризации целесообразно отдельно оценивать результаты начального и последующих периодов работы. К показателям начального периода диспансеризации относятся: 1) выполнение плана стоматологических осмотров; 2) полнота охвата диспансерным учетом; 3) выявление детей с зубочелюстными аномалиями; 4) четкость ведения документации на каждого ребенка (история болезни, специальные формы учета и др.).</p> <p>Задание 35. Вопрос для собеседования.</p> <p>Показатели конечного периода диспансеризации</p> <p><i>Эталон ответа:</i> К показателям конечного периода диспансеризации относятся: 1. соблюдение сроков осмотров (плановость наблюдений); 2. активность патронажной работы врача - ортодонта на участке; 3) полнота проведения профилактических и лечебных мероприятий; 4) активность в оказании комплексной лечебной помощи, применение современных конструкций ортодонтических аппаратов, сокращение сроков лечения.</p> <p>Задание 36. Вопрос для собеседования.</p> <p>Расчет эффективности ортодонтической диспансеризации</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Расчет эффективности ортодонтической диспансеризации проводят на 100 детей среднегодового контингента, принимая во внимание количественный сдвиг в диспансерных группах за счет перевода детей в группу здоровых после проведения профилактических мероприятий</p>
--	--	---

		<p>или окончания активного аппаратурного лечения. В этой группе находятся все дети, у которых в течение последних 2 лет после проведенного полного объема планированных мероприятий не наблюдалось рецидива зубочелюстных аномалий и не было выявлено морфологических и функциональных отклонений в зубочелюстной системе от нормы.</p> <p>Задание 37. Вопрос для собеседования.</p> <p>Понятия о норме и патологии в ортодонтии. Первый этап развития ортодонтической диагностики (определение понятия “норма”)</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Стадия “живого созерцания” организма человека в целом и его зубочелюстной системы характеризовалась накоплением данных. Путем абстрактного мышления стремились обобщить накопленные знания и выдвинуть гипотезу о закономерностях строения зубочелюстной системы. Для этого требовалось принять стандарт, т.е. норму. Основным параметром для ее характеристики стал вид смыкания зубных рядов - прикус. За норму принят ортогнатический прикус, как наиболее встречающийся, при котором обеспечивается оптимальное функционирование зубочелюстной системы. Концепция о гармоничном соотношении между отдельными частями тела, заимствованная ортодонтами из анатомии, искусства и архитектуры, нашла свое выражение в гипотезе о пропорциональном строении и отдельных частей зубочелюстно-лицевой системы. Эта гипотеза стала фундаментом для разработки различных методов ортодонтической диагностики. Практика, с одной стороны, подтверждала правомерность выдвинутой теории, с другой стороны - отрицала ее.</p> <p>Задание 38. Вопрос для собеседования.</p> <p>Понятия о норме и патологии в ортодонтии. Второй этап развития ортодонтической диагностики (определение понятия “средняя норма”)</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Изучение головы в декартовой системе координат, начатое Van Loon (1916) и развитое P. Simon (1922), было логичным и правильным путем в создании теории о пропорциональности и взаимозависимости размеров частей лица. Разработка специальных методов исследования позволила поднять на должный уровень метрическое изучение частей лица, без которого невозможно использование математического анализа. Абстрактное мышление было направлено на разработку представления "средняя норма", т.е. эталона для сравнения с данными, полученными при зубочелюстно-лицевых аномалиях.</p> <p>Практическое применение среднестатистических данных позволило выявить различие строения зубочелюстной системы в норме и при патологии. Это было существенным шагом в разработке дифференциальной ортодонтической диагностики.</p> <p>Задание 39. Вопрос для собеседования.</p> <p>Понятия о норме и патологии в ортодонтии. Третий этап развития ортодонтической диагностики (определение понятия "средняя индивидуальная норма")</p>
--	--	---

		<p><i>Эталон ответа:</i> Этот этап развития ортодонтической диагностики был новым "витком" в спирали познания. Абстрактное мышление стремилось к доказательству реально существующей взаимозависимости, а не внешне наглядной взаимосвязи между изучаемыми пропорциями лицевого скелета и зубочелюстной системы, к разработке понятия "коррелятивная норма" (Rautmann) или, как ее называют в настоящее время, "средняя индивидуальная норма". Однако, при таком подходе сохраняются недостатки, свойственные среднестатистическим данным.</p> <p>Задание 40. Вопрос для собеседования.</p> <p>Понятия о норме и патологии в ортодонтии. Четвертый этап развития ортодонтической диагностики (определение понятия "целостная норма")</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Лицевой череп, так же как вся голова, должен рассматриваться как целое, как конструктивное единство с учетом расовой, семейной и индивидуальной вариабельности. Такую "целостную норму" Grote и Korkhajs противопоставляли "биометрической норме". Развивая понятия "целостной нормы", исследователи искали суть имеющихся зубочелюстных аномалий. А. Я. Катц в 1939 г. предложил понятие "функциональная норма зубных рядов". Под этим он понимал исправления патологической функции до перехода количественных изменений в качественные и образования взаимообусловленности между формой и функцией в зубочелюстной системе. При изучении место положения зубочелюстной системы в лицевом черепе следовало ответить на вопросы: приспосабливается ли эта система к функционально статистическим условиям, имеется ли при этом эстетическая гармония и могут ли существовать уравновешенные отклонения? Большая заслуга принадлежит Andresen, который отверг статистическое понятие о норме и выдвинул концепцию о нормальном расположении зубочелюстной системы в лицевом черепе как о "функциональном и эстетическом оптимуме". При этом норма является наивысшей величиной этого оптимума.</p> <p>Задание 41. Вопрос для собеседования.</p> <p>Понятия о норме и патологии в ортодонтии. Пятый этап развития ортодонтической диагностики (определение понятия "оптимальная индивидуальная норма")</p> <p><i>Эталон ответа:</i> накопление информации, совершенствование и унификация методов диагностического исследования привело к необходимости уточнения понятия морфологического, функционального и эстетического оптимума строения и функции зубочелюстной системы. При формулировке такого понятия пытаются найти компромиссное решение в представлении об индивидуальной норме.</p> <p>Понятие "норма" продолжает развиваться. В его основу положено представление об "оптимальной индивидуальной норме", т.е. о состоянии достаточно гарантированного во времени морфологического, функционального и эстетического равновесия в зубочелюстной системе и лицевом скелете в целом, к которому следует стремиться в процессе ортодонтического лечения</p> <p>Задание 42. Вопрос для собеседования.</p>
--	--	--

		<p>Определение понятия "болезнь" в ортодонтии</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Установление ортодонтического диагноза – сложный процесс, поскольку между здоровьем и болезнью нередко трудно провести границу. Дискутируется вопрос о зубочелюстных аномалиях - болезнь это или нет? Ответ на поставленный вопрос можно найти в трудах ведущих теоретиков медицины. Рассматривая зубочелюстные аномалии в свете современного понятия "болезнь", можно констатировать, что она: 1) возникает под воздействием чрезвычайных раздражителей внешней или внутренней среды; 2) характеризуется понижением приспособляемости зубочелюстной системы к внешней среде; 3) на определенных этапах развития представляет собой проявление мобилизации защитных сил организма; 4) является следствием нарушения равновесия организма с внешней средой.</p> <p>Таким образом, целостное представление о зубочелюстной аномалии соответствует современному понятию "болезнь". Под целостным представлением следует понимать не только морфологические признаки проявления зубочелюстной аномалии, но также функциональные и эстетические нарушения.</p> <p>Задание 43. Вопрос для собеседования.</p> <p>Организация работы в ортодонтическом кабинете или отделении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Ортодонтическое отделение или кабинет оснащают оборудованием, инструментарием и другими изделиями индивидуального пользования (из расчета на одну врачебную должность), а также оборудованием, инструментарием и другими изделиями для коллективного пользования. Рабочее место врача должно быть оборудовано с учетом эргономики, т. е. такой системы движения врача по кабинету, при которой затраты физических сил и времени наименьшие.</p> <p>Предусматривают место для хранения диагностических моделей челюстей больных, находящихся на лечении, и рентгеновских снимков (телерентгенограммы головы, ортопантомо-граммы челюстей и др.).</p> <p>Задание 44. Вопрос для собеседования.</p> <p>Комплекс мероприятий лечебной помощи больным с зубочелюстными аномалиями</p> <p><i>Эталон ответа:</i> В комплекс лечебной помощи больным с зубочелюстными аномалиями включаются следующие мероприятия:</p> <p>профилактика, аппаратное Ортодонтическое, хирургическое, терапевтическое и протетическое лечение, физиотерапия, миотерапия, логопедическое обучение, помощь оториноларингологов, психоневрологов и других специалистов.</p> <p>Задание 45. Вопрос для собеседования.</p> <p>Составлении плана работы ортодонтического отделения</p> <p><i>Эталон ответа:</i> При составлении плана работы ортодонтического отделения необходимо:</p> <ol style="list-style-type: none">1) уточнить потребности в ортодонтической помощи различных возрастных групп детского населения;2) определить объем всех видов специализированной помощи при лечении ортодонтического больного;
--	--	---

		<p>3) изыскать штатные и материальные резервы и эффективно использовать их;</p> <p>4) применять новые организационные формы работы, научной организации труда (НОТ), системы учета, анализа и планирования, определения затрат рабочего времени ортодонта и обслуживающего персонала. Осуществление этих мер обеспечивает плановую рациональную систему оказания ортодонтической помощи детскому и подростковому населению.</p> <p>Задание 46. Вопрос для собеседования. Назначение формы «Учет работы ортодонта» <i>Эталон ответа:</i> Форма «Учет работы ортодонта» позволяет вести учет больных, явившихся на прием для получения ортодонтической и зубопротезной помощи, рассчитать среднее число посещений за период лечения, сравнить число больных, принятых на лечение и окончивших его в течение месяца.</p> <p>Задание 47. Вопрос для собеседования. Оценку эффективности работы ортодонта <i>Эталон ответа:</i> Оценку эффективности работы ортодонта проводят по следующим количественным показателям:</p> <ol style="list-style-type: none">1) трудовые единицы;2) число больных, принятых в течение 1 ч, 1 рабочего дня, 1 мес, 1 года;3) число больных, у которых ортодонтическое лечение закончено;4) число детей, находящихся под наблюдением в каждой диспансерной группе, и их перемещение из одной группы в другую. <p>Затраты времени ортодонта на одного больного составляют в среднем $24 \pm 0,7$ мин, а средняя нагрузка на один рабочий день при шестидневной рабочей неделе 12,5 посещения, при пятидневной — 15 посещений. В течение рабочего дня ортодонт должен выполнить 15 трудовых единиц при шестидневной рабочей неделе или 18 при пятидневной. Для оценки качественных показателей работы ортодонта и ортодонтического отделения в целом учитывают число принятых больных с различными нозологическими формами зубочелюстных аномалий, длительность и эффективность их лечения.</p> <p>Задание 48. Вопрос для собеседования. Характеристика динамического наблюдения, проводимого ортодонтом <i>Эталон ответа:</i> Динамическое наблюдение — система работы лечебно-профилактических учреждений, обеспечивающая предупреждение болезней, раннее их выявление и лечение при систематическом наблюдении за больным.</p> <p>Организация и проведение плановой стоматологической санации детей, включающей также предупреждение развития зубочелюстных аномалий, являются основой диспансеризации детского и подросткового населения. Здоровые зубы, здоровые ткани пародонта и нормальный прикус — необходимые условия для правильного пищеварения и роста ребенка.</p> <p>Для предупреждения нарушений в зубочелюстно-лицевой области важно проводить следующие мероприятия:</p>
--	--	--

		<p>1) осуществлять медико-генетическое консультирование новобрачных;</p> <p>2) организовывать рациональный режим труда, отдыха, питания беременной женщины, охранять ее здоровье;</p> <p>3) организовывать гигиенический уход за ребенком, проводить гигиеническое воспитание, обучать регулярной чистке зубов и контролировать ее качество;</p> <p>4) выявлять семейное предрасположение к развитию зубочелюстных аномалий;</p> <p>5) предупреждать развитие зубочелюстных аномалий;</p> <p>6) устранять имеющиеся зубочелюстные аномалии путем применения ортодонтических аппаратов и комплексных методов лечения;</p> <p>7) предупреждать рецидивы зубочелюстных аномалий;</p> <p>8) стремиться к достижению морфологического, функционального и эстетического оптимума в зубочелюстно-лицевой области.</p> <p>Задание 49. Вопрос для собеседования.</p> <p>Диспансерное наблюдение, проводимое ортодонтом</p> <p><i>Эталон ответа:</i> На 1-м году жизни частота осмотра стоматологом один раз в месяц совместно с педиатром. Особое внимание следует обращать на подвижность языка, макроглоссию, наличие укороченной уздечки языка, форму альвеолярных отростков, их соотношение в переднем участке при приведении нижней челюсти к верхней, ошибки при искусственном вскармливании, наличие сверхкомплектных зубов, сроки прорезывания, качество и цвет временных зубов.</p> <p>На 2-м и 3-м году жизни частота осмотра стоматологом совместно с педиатром один раз в месяц. Особое внимание следует обращать на выявление врожденной патологии, исключая врожденную расщелину губы, альвеолярного отростка, неба, нарушение сроков прорезывания временных зубов, вредные привычки сосания пальцев, различных предметов, принужденную позу, нарушенную осанку, плоскостопие, выявление ранних стадий кариозного процесса, зубочелюстных аномалий.</p> <p>В возрасте 3—6 лет (период сформированного временного прикуса) частота осмотра стоматологом совместно с педиатром один раз в месяц, оториноларингологом — один раз в 6 мес, ортопедом — один раз в год, ортодонтом — один раз в год. Особое внимание следует обращать на выявление врожденной патологии и вредных привычек.</p> <p>В возрасте 6—9 лет частота осмотра стоматологом один раз в 6 мес, оториноларингологом — один раз в 6 мес, логопедом — один раз в год, ортопедом — один раз в год. Основное внимание следует обращать на то же, что в двух предыдущих периодах, а также задержку смены вторых временных моляров и временных клыков.</p> <p>В возрасте 12—15 лет (период постоянного прикуса). Частота осмотра стоматологом — один раз в год, ортодон- jq^{\wedge} — один раз в 6 мес, оториноларингологом — один раз в год. Основное внимание следует обращать на те же морфологические, функциональные и эстетические отклонения и нарушения, которые описаны у детей 6—9 и 9—12 лет, а кроме того, на функциональную перегрузку отдельных зубов и их групп.</p>
--	--	---

	<p>Задание 50. Вопрос для собеседования.</p> <p>Характеристика групп здоровья</p> <p><i>Эталон ответа:</i> I группа— дети дошкольного и школьного возраста, не имеющие хронических соматических заболеваний и поражений центральной нервной системы, безвыраженных стоматологических заболеваний (с интактными зубами, правильным их расположением, интактным пародонтом, физиологическим прикусом).</p> <p>У детей этой группы (практически здоровых) при двукратных плановых осмотрах в возрасте до 7 лет и однократных в возрасте от 7 до 15 лет следует обращать внимание на сроки прорезывания и смены временных зубов и прорезывания постоянных, а также своевременно выявлять сверхкомплектные зубы, врожденное отсутствие отдельных зубов, нарушение эмали постоянных зубов, начало кариозного процесса и его осложнений, снижение высоты прикуса в результате повышенной стираемости временных зубов или недостаточной стертости их бугров (особенно клыков), привычные смещения нижней челюсти, вредные привычки, нарушения артикуляции языка с окружающими органами и тканями (укорочение его уздечки), нарушения функций зубочелюстной системы, зрения, осанки.</p> <p>Перечисленные отклонения и нарушения нередко являются причиной развития зубочелюстных аномалий, которые следует своевременно обнаружить, после чего перевести ребенка из I во II группу диспансеризации.</p> <p>Г р у п п а — дети с хроническими соматическими заболеваниями. В эту группу включают недоношенных детей, неправильно искусственно вскормленных, перенесших рахит на 1-м году жизни, перенесших инфекционные заболевания и имеющих различные расстройства органов пищеварения. Кроме того, сюда причисляют детей с хроническими заболеваниями уха, горла, носа, длительным ротовым или смешанным дыханием и несмыканием губ, дети с нарушенной осанкой и патологией зрения, у которых обычно наблюдаются зубочелюстные аномалии, ранние симптомы кариозного нарушения зубов и заболеваний пародонта.</p> <p>При зубочелюстных аномалиях ортодонт определяет объем профилактических и лечебных ортодонтических мероприятий и оказывает помощь до устранения нарушений.</p> <p>Ш г р у п п а — дети со стоматологическими заболеваниями и показаниями к длительной диспансеризации. Их направляют к ортодонту. Ниже при описании последовательности диспансерного наблюдения за детьми указаны особенности профилактической и лечебной ортодонтической помощи с учетом нозологических форм нарушений.</p> <p>Задание 51. Вопрос для собеседования.</p> <p>Этиология зубочелюстных аномалий</p> <p><i>Эталон ответа:</i> I. Эндогенные факторы: а) неблагоприятные химические и физические воздействия на эмбрион и плод в различные периоды внутриутробного развития; б) генетические; в) эндокринные.</p> <p>II. Экзогенные факторы: а) общие; б) местные.</p>
--	---

		<p>Задание 52. Вопрос для собеседования. Этиология зубочелюстных аномалий. Наследственные факторы. <i>Эталон ответа:</i> Наследственные факторы: - наследование ребенком аномалии, имеющейся у одного из родителей; - передача наследственного образца роста челюстных костей или лицевого скелета в целом, реализация которого зависит от наличия других факторов; - наследование ребенком увеличенных или уменьшенных размеров зубов, которые не соответствуют размерам челюстей.</p> <p>Задание 53. Вопрос для собеседования. Этиология зубочелюстных аномалий. Внешнесредовые факторы. <i>Эталон ответа:</i> Внешнесредовые факторы: - неблагоприятное течение антенатального периода (пренаталь-ные факторы) - болезни матери, не связанные с беременностью (анемия, болезни обмена, вирусные инфекции, эндокринные заболевания, гнойно-септические процессы, тератогенные воздействия и др.), патология плода (задержка внутриутробного развития, гипоксия, внутриутробное инфицирование, патологические положения, многоплодие, гипотрофия и т. д.); - осложненное течение родов (интранатальные факторы) - асфиксия, обвитие пуповиной, родовая травма центральной нервной системы, длительный безводный период, синдром дыхательных расстройств и др.</p> <p>Задание 54. Вопрос для собеседования. Этиология зубочелюстных аномалий. Постнатальные факторы. <i>Эталон ответа:</i> Постнатальные факторы: - соматические заболевания в период созревания органов и систем - патология эндокринных желез, хронические заболевания дыхательной системы, патология ЛОР-органов, болезни обмена (рахит и др.), заболевания желудочно-кишечного тракта и т. д.; - нарушения питания; - врожденные и приобретенные нарушения опорно-двигательного аппарата - деформации и аномалии развития позвоночника, нарушения осанки, врожденная мышечная кривошея, мышечные дистонии, системные заболевания скелета (врожденная хондроди-строфия, хрящевая дисплазия, остеодисплазия и др.); - повреждения и заболевания зубочелюстной системы одонтоген-ной и неодонтогенной природы - множественный кариес, травма, преждевременная утрата зубов, травма мягких тканей и лицевых костей (в том числе операционная), остеомиелит, рубцовые деформации мягких тканей, опухоли и опухолеподобные образования и др.; - нарушение структуры тканей и органов зубочелюстной системы - врожденные расщелины верхней губы и нёба, аномалии уздечек губ и языка, мелкое преддверие рта, нарушение физиологической стираемости зубов, дефекты зубных рядов и др.;</p>
--	--	--

		<p>- нарушение основных функций - сосания, глотания, речи, дыхания.</p> <p>Задание 55. Вопрос для собеседования. Патогенез зубочелюстных аномалий. <i>Эталон ответа:</i> Патогенез ЗЧА сложен и трудно поддается изучению, так как патогенетические механизмы включаются и "срабатывают" на самых ранних стадиях развития организма человека. Ученые считают, что в основе формирования любой аномалии лицевого скелета лежат физиологические механизмы формообразования, т. е. роста и развития составляющих его компонентов - челюстей, зачатков зубов, альвеолярных отростков и т. д.</p> <p>В зависимости от того, какой из этих компонентов подвергся воздействию неблагоприятных факторов, формируется характерная клиническая форма аномалии. По форме челюсти и зубных дуг можно с большой вероятностью судить о том, какие зоны роста, зубные зачатки или очаги повышенной оппозиционной активности стали "жертвой", а затем причиной аномалийного развития.</p> <p>Задание 56. Вопрос для собеседования. Патогенетические механизмы развития зубочелюстных аномалий. <i>Эталон ответа:</i> Целесообразно выделить следующие основные патогенетические механизмы развития ЗЧА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Действие повреждающих факторов на хромосомы родителей до, в момент или после слияния клеток и обмена хромосом; в последующем степень повреждения может возрасти. 2. Повреждение растущих и развивающихся тканей и органов в пренатальном и постнатальном периодах до их созревания. 3. Приобретенные деформации, возникающие после завершения роста и формирования организма. <p>Задание 57. Вопрос для собеседования. Влияние нарушения функций опорно-двигательной системы на развитие зубочелюстных аномалий. <i>Эталон ответа:</i> От функционального состояния опорно-двигательной системы зависит осанка человека.</p> <p>Зафиксированные позотонические рефлексы, обусловленные вредными привычками, приводят к неправильной позе тела, что в свою очередь способствует развитию зубочелюстных аномалий. При пониженной минерализации костной ткани форма костей изменяется даже при незначительном, но длительном воздействии неправильно функционирующих мышц. В связи с этим привычное неправильное положение тела и особенно головы во время сна способствует несимметричному развитию челюстей, чаще одностороннему сужению зубных дуг, смещению нижней. Привычка спать на спине, запрокидывая голову назад, или со склоненной на грудь головой приводит к нарушению роста челюстей. Развитию аномалий прикуса способствует неправильная посадка за столом, партой, привычка поддерживать голову ладонями или опираться одновременно на локоть и подбородком на руки.</p> <p>Задание 58. Вопрос для собеседования. Влияние искусственного вскармливания на развитие зубочелюстных аномалий.</p>
--	--	---

		<p><i>Эталон ответа:</i> Данный вид вскармливания используется как средство выбора при отсутствии у матери молока, при этом не требуется значительных усилий мускулатуры и состояние младенческой ретрогении, т. е. наличие сагиттального несоответствия между верхней и нижней челюстями во фронтальном отделе сохраняется, создается тенденция к дистальной окклюзии.</p> <p>Неправильно проводимое искусственное вскармливание. т.е. использование жесткой и длинной соски, которая может вызвать травму слизистой полости рта или наоборот очень мягкой с одним большим отверстием на конце - данный вариант не требует от ребенка усилий при кормлении; помимо этого некоторые родители оставляют ребенка один на один с бутылочкой - при этом она горлышком оказывает давление на альвеолярный отросток, деформируя его.</p> <p>Задание 59. Вопрос для собеседования. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: нарушение функций дыхания.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Клинические наблюдения показывают, что некоторые аномалии прикуса могут возникнуть вследствие нарушенного носового дыхания. Челюсти не сомкнуты при ротовом дыхании. Язык не контактирует с небом, формируется пустующее пространство, пропускающее воздух через потовую полость. Так как ротовое дыхание ведет к разрозненности действия губных мышц, мышц щек, таким образом, язычные мышцы теряют свое необходимое давление на верхнюю челюсть, деформируя ее.</p> <p>Прогнатический прикус чаще всего встречается при различных степенях нарушения носового дыхания.</p> <p>Можно вывести прямую зависимость формы свода неба от степени нарушения носового дыхания. Так же проблемы с затруднением носового дыхания влекут за собой отрицательное влияние на развитие будущей формы верхней челюсти, а также имеет и значительное влияние на весь назомаксиллярный комплекс. Так как основной механизм этих аномалий зависит от принципа взаимообусловленности формы и функции. Хроническое состояние ротового дыхания в процессе развития ребенка негативно влияет на формирование нижнего носового хода (основного проводника вдыхаемого воздуха) и на развитие носовой полости.</p> <p>Задание 60. Вопрос для собеседования. Этапы формирования прикуса и функции челюстно-лицевой области.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> I – период новорожденности от рождения (до 6 мес.) II- период формирующегося временного прикуса (от 6 мес. до 3-х лет) III- период сформированного временного прикуса (от 3–х до 6-ти лет) IV-период смешанного прикуса (от 6 до 12 лет) V- период формирующегося постоянного прикуса (от 12 до 15 лет)</p> <p>Задание 61. Вопрос для собеседования. Принципы пренатальной профилактики зубо-челюстных аномалий и деформаций.</p>
--	--	---

		<p><i>Эталон ответа:</i></p> <p>Мероприятия по пренатальной профилактике проводятся в женской консультации путем оздоровления организма беременной женщины.</p> <p>Задачами профилактики ЗЧА в этот период являются устранение профессиональных вредностей, установление рационального режима дня и питания женщины, лечение инфекционных заболеваний, борьба с токсокозом, санация полости рта, стоматологическое просвещение. В этот период возможно выявление ряда наследственных факторов, однако методы влияния на процессы наследственности находятся на стадии исследований.</p> <p>Задание 62. Вопрос для собеседования.</p> <p>Принципы постнатальной профилактики зубочелюстных аномалий и деформаций</p> <p><i>Эталон ответа:</i></p> <p>Постнатальная профилактика осуществляется с момента рождения ребенка и ее содержание зависит от возраста.</p> <p><i>От рождения до прорезывания первых молочных зубов (0-6 мес.)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - выявление врожденной патологии в челюстно-лицевой области; - профилактика острых гнойных заболеваний у новорожденного; - рассечение укороченной уздечки языка; - правильное искусственное вскармливание ребенка; - выявление преждевременно прорезавшихся зубов и определение показаний к их удалению. <p><i>Период формирования молочного прикуса (6 мес. — 3 года)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - наблюдение за прорезыванием зубов; - пластика укороченной уздечки языка; - профилактика кариеса и его осложнений; - сбалансированное питание, использование при жевании жесткой пищи; - предупреждение соматических заболеваний; - санация дыхательных органов; - профилактика вредных привычек; - наблюдение за функцией языка при глотании. <p><i>Период сформированного молочного прикуса (3 года — 6 лет)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - пластика укороченной или неправильно прикрепленной уздечки языка; - профилактика кариеса зубов и его осложнений; - присутствие в рационе жесткой пищи; - выявление и удаление прорезавшихся сверхкомплектных зубов; - профилактика деформаций зубных рядов при дефектах зубного ряда путем протезирования; - наблюдение за ростом челюстных костей; - избирательное пришлифовывание нестершихся бугров молочных зубов; - наблюдение за соотношением зубных рядов, формой зубных дуг; - выявление нарушений характера речевой артикуляции; - комплексы миогимнастики - для нормализации смыкания губ, расположения нижней челюсти и языка в покое и во время функции.
--	--	--

		<p><i>Период смены зубов (6 - 12 лет)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - профилактика кариеса зубов и его осложнений; - наблюдение за резорбцией корней молочных зубов; - наблюдение за прорезыванием постоянных зубов; - удаление прорезавшихся сверхкомплектных зубов; - определение показаний для проведения хирургического лечения, связанного с низким прикреплением уздечки верхней губы, которая явилась причиной диастемы, короткой уздечки нижней губы, языка и мелкого преддверия полости рта; - восстановление разрушенных коронок первых постоянных моляров и/или резцов путем протезирования после их травмы, кариозного поражения или гипоплазии эмали; - замещение отсутствующих зубов, в том числе при адентии, путем протезирования; - устранение вредных привычек; - избирательное шлифование нерезавшихся бугров молочных клыков и моляров; - миогимнастика для нормализации смыкания губ, носового дыхания, осанки. <p><i>Период формирующегося постоянного прикуса (12- 18 лет)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - лечение челюстно-лицевых аномалий с целью снижения их степени тяжести; - профилактика кариеса зубов и его осложнений; - профилактика болезней пародонта; - удаление отдельных зубов по ортодонтическим показаниям; - удаление прорезавшихся или ретинированных сверхкомплектных зубов, одонтом, кист; - рациональное протезирование; - пластика укороченной или неправильно прикрепленной уздечки языка, губ, углубление мелкого преддверия полости рта. <p><i>Период сформированного постоянного прикуса (18 лет и старше)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - санация полости рта и соблюдение основ гигиены; - восстановление коронок разрушенных зубов; - замещение отсутствующих зубов путем протезирования; - устранение парафункций (бруксизм); - шинирование зубов при заболеваниях пародонта; - предупреждение перегрузки опорных зубов при протезировании; - сохранение тканей протезного ложа. <p>Задание 63. Вопрос для собеседования. Применение компактостеотомии перед функциональным ортодонтическим лечением</p> <p><i>Эталон ответа:</i> В случаях резко выраженных зубочелюстно-лицевых аномалий, особенно у подростков, для ускорения ортодонтического лечения и достижения устойчивых результатов перед применением регуляторов функций показана компактостеотомия.</p> <p>А. А. Лимберг (1960) дал принципиально новую оценку сущности компактостеотомии. Он указал, что главное—это не механическое ослабление костной ткани, а возникающая в ней в ответ на большую и малую травму биологическая реакция воспаления. В результате этого наблюдается деминерализация костной ткани. затем активируются</p>
--	--	---

		<p>репаративные процессы, что облегчает перестройку тканей под воздействием ортодонтических аппаратов.</p> <p>Задание 64. Вопрос для собеседования. Методика компактоosteотомии. <i>Эталон ответа:</i> М. С. Шварцман и Ф. Я. Хорошилкина (1962) рекомендуют щадящий способ компактоosteотомии путем тоннелирования. Операция проводится под местной анестезией в условиях поликлиники и состоит из четырех этапов:</p> <ul style="list-style-type: none"> — разрезы слизистой оболочки и надкостницы на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка вдоль межлуночковых перегородок перемещаемых зубов на уровне середины их корней, а с небной стороны — отступая на 3—4 мм от десневого края; — тоннелирование во все стороны от разреза под слизистой оболочкой и надкостницей глазничным распатором или узкой гладилкой; — введение бора в тоннель и нарушение компактного слоя кости в виде царапин и перфораций; — сближение краев слизистой оболочки и надкостницы без наложения швов, туалет раны. <p>После операции больному назначают в течение 3—5 дней болеутоляющие средства, щадящую диету. Для наблюдения больной является через 2—3 дня.</p> <p>Задание 65. Вопрос для собеседования. Определение понятия «ортогнатическая хирургия» <i>Эталон ответа:</i> Ортогнатическая хирургия - это хирургия, предназначенная для коррекции состояний челюсти и нижней части лица, связанных со структурой, ростом, проблемами дыхательных путей, включая апноэ во сне, нарушения ВНЧС, проблемы неправильного прикуса, в первую очередь возникающие из-за скелетных дисгармоний, других ортодонтических проблем прикуса, которые не могут быть легко обработаны.</p> <p>Задание 66. Вопрос для собеседования. Психологическая подготовка пациента к ортодонтическому лечению. <i>Эталон ответа:</i> Психологическая подготовка пациента должна включать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разъяснение причин возникновения зубочелюстных аномалий, их неблагоприятных последствий для здоровья, особенно функциональных, эстетических и социальных последствий (нарушения функции жевания, возможных отклонений со стороны желудочно-кишечного тракта, препятствий для поступления в некоторые виды высших учебных заведений, непривлекательного внешнего вида, трудностей социальной адаптации в коллективе); - разъяснение необходимости ортодонтического лечения для достижения оптимального психологического состояния и здоровья пациента; - разъяснение сущности предполагаемого лечения и роли самого пациента в достижении благоприятного конечного результата; - обучение приемам ухода за зубами, полостью рта и аппаратом в период ортодонтического лечения для
--	--	---

		<p>профилактики возможных осложнений - кариеса, заболеваний пародонта и др.;</p> <ul style="list-style-type: none"> - объяснение приемов, позволяющих быстрее и менее болезненно адаптироваться к начатому лечению; - разъяснение неблагоприятных последствий для больного, связанных с нарушением рекомендаций врача по режиму лечения, а также с самостоятельным его прекращением. <p>Задание 67. Вопрос для собеседования.</p> <p>Типы пациентов на ортодонтическом приеме.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Р. Негген [et al.] (1966) различают четыре типа пациентов на ортодонтическом приеме:</p> <p><i>Первый тип</i> - хорошо приспособляющийся и самостоятельный. Эти лица уверены в себе, уравновешены, с хорошей интуицией и четкой мотивацией действий, их поведение независимое, честолюбие здоровое.</p> <p><i>Второй тип</i> - плохо приспособляющийся и несамостоятельный. Эти дети зависимы по натуре, не проявляют активной враждебности по отношению к окружающим, забывчивы, рассеянны, безответственны.</p> <p><i>Третий тип</i> - хорошо приспособляющийся и несамостоятельный. Эти дети беззаботны, забывчивы, слабовольны, понятливы, очень послушны, находятся под влиянием авторитета родителей, учителей, товарищей.</p> <p><i>Четвертый тип</i> - плохо приспособляющийся и самостоятельный. Такие дети открыто не повинуются, упрямы, непокорны, активно враждебны к требованиям окружающих, злобны, умышленно саботируют лечение, самостоятельны в своих действиях, настроены критически, честолюбивы, нередко властолюбивы.</p> <p>Задание 68. Вопрос для собеседования.</p> <p>Мезиальная окклюзия. Диагностика и лечение.</p> <p><i>Эталон ответа:</i></p> <p>Мезиальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в сагиттальном направлении и характеризуется смыканием моляров по III классу Энгля. При смыкании жевательных зубов образуется мезиальная ступенька. Клык верхней челюсти образует мезиальную ступеньку с контактной точкой клыка и первого премоляра. В переднем отделе нижние резцы обычно перекрывают верхние (обратное резцовое перекрытие) или образуют прямую окклюзию.</p> <p>Диагностика. Степень выраженности мезиальной окклюзии можно установить с помощью телерентгенографического исследования. На ТРГ головы в боковой проекции следует определить длину тела верхней и нижней челюстей, их положение по отношению к переднему отделу основания черепа, взаиморасположение апикальных базисов челюстей, основное направление роста челюстных костей. Для этого используют методы Шварца, Бьёрка, Ди Паоло и др.</p> <p>При зубоальвеолярной протрузии на уровне апикальных базисов (прогнатический тип профиля лица) при незначительном увеличении размера тел челюстей и выступающих губ по отношению к эстетической плоскости, как правило, требуется удаление отдельных зубов для коррекции окклюзии.</p> <p>Лечение. При выступании апикального базиса нижней челюсти без увеличения ее тела возможно удаление отдельных зубов на нижней челюсти. При нижней</p>
--	--	--

		<p>прогнати, а также при увеличении размера апикального базиса и тела нижней челюсти часто требуется хирургическая коррекция либо удаление отдельных зубов на нижней челюсти. Для лечения мезиальной окклюзии у пациентов в период смены зубов и после него рекомендуется применять съемные механически действующие ортодонтические аппараты. При наличии обратного резцового перекрытия требуется разобщение зубных рядов, которое в переднем участке должно быть минимальным, не более 0,5 мм, так как при большем разобщении зубных рядов язык, проникая в щель, провоцирует возникновение дизокклюзии. По мере устранения обратного перекрытия окклюзионные накладки уменьшают — до достижения фиссурно-бугорковых контактов между зубами-антагонистами.</p> <p>В случаях привычного смещения нижней челюсти вперед рекомендуется устранить его причину. Для этого применяют профилактические аппараты (двучелюстные), смещающие нижнюю челюсть назад. Для усиления действия этих аппаратов и удержания нижней челюсти в заднем положении применяется ортодонтическая головная шапочка с пращевидной подбородочной повязкой и внеротовой резиновой тягой.</p> <p>В период формирования прикуса молочных зубов рекомендуются массаж области альвеолярного отростка верхней челюсти при его недоразвитии (направление движений наружу) и нижней челюсти при его чрезмерном развитии (направление движений внутрь), а также использование специальных пустышек и сосок при искусственном вскармливании. В этом периоде, как правило, применяют механически действующие аппараты: пластинки с протрагирующими пружинами под передние зубы верхней челюсти; пластинки с секторальным распилом и винтом для удлинения верхнего зубного ряда и др.</p> <p>В период смены боковых зубов рекомендуется использовать активаторы таких конструкций, как моноблок Андресена—Гойпля, аппарат Вундерера, открытый активатор Кламмта, бюгельный активатор Френкеля, аппарат Персина.</p> <p>В периоде прикуса постоянных зубов для устранения мезиальной окклюзии рекомендуется применять несъемную ортодонтическую технику. Лечение следует направлять на удлинение, а при необходимости на расширение верхнего зубного ряда и сокращение нижнего, достижение правильного резцового перекрытия и множественных фиссурно-бугорковых контактов. Возможно применение как стандартной эджуайз-техники, так и техники прямой дуги, что наиболее предпочтительно.</p> <p>При лечении пациентов техникой прямой дуги необходимо соблюдать все основные правила и этапы лечения (приклеивание брекетов, установка и фиксация колец на опорные зубы, последовательная смена дуг и др.).</p> <p>Задание 69. Вопрос для собеседования.</p> <p>Дистальная окклюзия. Диагностика и лечение.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Термин «дистальная окклюзия» предложен в 1926 году в работах Lischer. E.H. Angle (1899г.) предлагает нарушение, при котором мезиальный щечный бугор верхнего первого постоянного моляра контактирует с любой</p>
--	--	--

		<p>точкой нижнего зубного ряда, расположенной мезиальнее межбугровой фиссуры нижнего первого постоянного моляра относить ко второму классу своей классификации зубочелюстных аномалий.</p> <p>Диагностика. При осмотре пациента с дистальной окклюзией (II класса I подкласс по E.H. Angle) определяются выпуклый профиль лица, сглаженность носогубных и углубление супраментальной складки. Губы не сомкнуты, либо сомкнуты с напряжением. Снижена функциональная активность круговой мышцы рта, мышц, выдвигающих нижнюю челюсть. Ротовой тип дыхания. Мезиально-щечный бугор верхнего первого постоянного моляра контактирует с антагонистами впереди межбугорковой фиссуры нижнего первого постоянного моляра. Сужение и удлинение верхней, укорочение переднего отрезка нижней зубных дуг. Вестибулярное отклонение продольных осей резцов верхней челюсти с наличием трем или без них, но с наличием сагиттальной щели между верхними и нижними резцами. Контакт режущих краев верхних резцов с красной каймой нижней губы.</p> <p>У пациентов с дистальной окклюзией (II класс 2 подкласс по H. Angle) определяется выпуклый профиль лица, величина угла нижней челюсти как правило меньше нормы, выражена супраментальная складка, губы сомкнуты, отмечается утолщение нижней губы. Снижена функциональная активность мышц, выдвигающих нижнюю челюсть. Мезиально-щечный бугор верхнего первого постоянного моляра контактирует с антагонистами впереди межбугорковой фиссуры нижнего первого постоянного моляра. Сужение верхней, укорочение переднего отрезка верхней и нижней зубных дуг. Ретрузия верхних и нижних резцов. При этом верхние медиальные резцы чаще наклонены нёбно, а латеральные – вестибулярно и повернуты вокруг продольной оси (торсия, тортоаномалия). Режущие края нижних резцов часто травмируют слизистую оболочку твёрдого нёба.</p> <p>После клинического обследования пациента для дифференциальной диагностики форм дистальной окклюзии применяют лабораторные методы диагностики, среди которых ведущее место принадлежит изучению диагностических моделей челюстей, дентальных близкофокусных прицельных рентгенограмм, ортопантограмм челюстей, боковых телерентгенограмм головы.</p> <p>Выбор метода лечения дистальной окклюзии зависит от результатов обследования больного, а также от формы (зубоальвеолярная или гнатическая) и разновидности (1 подкласс или 2 подкласс II класса по H. Angle) аномалии. После уточнения биологического возраста пациента и степени оксификации скелета и лицевого отдела черепа в том числе, составляют комплексный план лечения, конструируют ортодонтический аппарат. Лечение дистальной окклюзии, как правило, начинают с санации носоглотки и полости рта, устранения вредных привычек. Лечебная гимнастика, применяемая в раннем возрасте, способствует достижению правильного смыкания губ,</p>
--	--	--

		<p>тренирует мышцы, способствует нормализации всех функций зубочелюстной системы. При необходимости восстанавливают анатомическую форму коронок зубов, замещают дефекты зубных дуг. По показаниям проводят пластику уздечек губ и языка, а также рекомендуют обучение у логопеда. Лечебные мероприятия включают в комплексный план с учетом периода формирования прикуса и возраста ребенка.</p> <p>В период временного прикуса для устранения дистальной окклюзии (2 класс 1 подкласс по Н. Angle) показан метод щитовой терапии, в частности – вестибулярная пластинка, пропульсор Мюлемана. Кроме указанных аппаратов можно применить активатор Андресена-Хойпля. Хорошие результаты дает применение верхнечелюстных пластинок с наклонной плоскостью во фронтальном отделе. При сужении верхней зубо-альвеолярной дуги эффективно применение небных пластинок с расширяющим винтом. Пациенту рекомендуется комплекс гимнастики для круговой мышцы рта, мышц, выдвигающих нижнюю челюсть.</p> <p>В период сменного прикуса (II класс 1 подкласс по Н. Angle) показано применение открытого активатора Кламмта, бионаторов Бальтерса, Хорошилкиной, Токаревича, регулятор функции Френкеля 1-го типа. Для усиления действия функциональных аппаратов на передние зубы показано использование лицевой дуги с резиновой тягой, фиксируемой на головной шапочке или шейной повязке.</p> <p>В начальном периоде постоянного прикуса при дистальной окклюзии (II класс, 1 подкласс Н. Angle) показано применение аппаратов, используемых для устранения дистальной окклюзии (II класс, 1 подкласс по Н. Angle) в период сменного прикуса.</p> <p>В сформированном постоянном прикусе стремление изменить строение зубочелюстной области за счет перестройки миодинамического равновесия малоэффективно, поэтому показано применение съемных, либо несъемных ортодонтических аппаратов механического действия. Из несъемных конструкций эффективно лечение аппаратом Н. Angle с межчелюстной тягой и скользящей дугой на верхней челюсти, эджуайз-техникой.</p> <p>При лечении дистальной окклюзии (II класс, 2 подкласс по Н. Angle) в период временного прикуса для вестибулярного перемещения верхних резцов показано применение съемных аппаратов механического действия. Введение в конструкцию аппарата наклонно-накусочной площадки для резцов нижней челюсти способствует устранению дистальной окклюзии.</p> <p>При дистальной окклюзии (II класс, 2 подкласс по Н. Angle) в период смешанного прикуса применяют описанную верхнечелюстную пластинку, а также иные конструкции аппаратов с элементами, способствующими протракции передних зубов верхней челюсти и перемещению нижней челюсти мезиально. Эффективно использование открытого активатора Кламмта, регулятора функции Френкеля 2-го типа.</p>
--	--	---

		<p>В период постоянного прикуса для лечения дистальной окклюзии (2-й класс, 2-й подкласс по Н. Angle) применяют съемные и несъемные аппараты механического действия. После завершения формирования корней постоянных зубов возможно применение аппарата Н. Angle. На первом этапе с помощью стационарной дуги отклоняют вестибулярно продольные оси верхних передних зубов, затем по показаниям – нижних, после чего с помощью эластичной межчелюстной тяги перемещают нижнюю челюсть мезиально. Для предупреждения возможного мезиального смещения опорных моляров при применении аппарата Н. Angle, эджуайс- и лайт-вайер-техники показано применение внеротовых активных систем (шапочка, лицевая дуга, резиновая тяга).</p> <p>Задание 70. Вопрос для собеседования.</p> <p>Вертикальная окклюзия (открытый прикус). Диагностика и лечение</p> <p><i>Эталон ответа:</i></p> <p>Открытый прикус характеризуется наличием вертикальной щели между зубными рядами.</p> <p>Диагностика. При изучении диагностических моделей челюстей можно выявить нарушения поперечных и продольных размеров зубных дуг и их апикальных базисов. Так, применив метод Пона, диагностируют сужение верхней челюсти чаще в области премоляров. С помощью метода Корхауза можно установить, что длина переднего отрезка верхней зубной дуги может быть уменьшена. Для исключения мезиального смещения боковой группы зубов на верхней челюсти применяют метод Шмута. На основании данных изучения диагностических моделей челюстей установлено, что при открытой окклюзии имеется деформация зубных рядов на верхней и нижней челюсти при недостаточном развитии их апикальных базисов. Значительно информативным является цефалометрический метод исследования.</p> <p>Лечение. Выбор метода лечения и конструкции аппарата зависит от формы, разновидности открытой окклюзии, а также от степени выраженности морфологических и функциональных нарушений и от степени оссификации скелета в целом и лицевого отдела черепа в частности. <i>В период временного прикуса</i> целью ортодонтического лечения должно являться устранение вредных привычек, достижение смыкания губ, нормализация носового дыхания, устранение инфантильного типа глотания. При необходимости рекомендуют занятия у логопеда. В подготовительном периоде по показаниям выполняют пластику уздечки языка. Для устранения вредных привычек сосания языка, губ, пальцев и других предметов применяют вестибулярные пластинки как функционально действующие ортодонтические аппараты (конструкции Крауса или Шонхера). В этот период важно следить за правильным положением головы во время сна, тренировкой круговой мышцы рта с помощью миогимнастических упражнений, упражнений с вестибулярной пластинкой или активатором Дасса. Показано применение активаторов конструкций Андресена - Хойпля, Кламмта и др., с учетом сочетания открытого прикуса с сагиттальными аномалиями прикуса.</p>
--	--	---

Для нормализации роста челюстей применяют регулятор функции Френкеля, особенно в возрасте 5,5 - 9 лет. *В период смешанного прикуса* показано применение тех же аппаратов, что и в период временного прикуса. Однако, если имеется зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов, целесообразно применить вертикальную внеротовую тягу с опорой на теменную часть головы и подбородочную область. С этой целью используют головную шапочку с подбородочной пращей и резиновой тягой (внеротовая активная ортопедическая система) с одновременным повышением прикуса на боковых зубах с помощью окклюзионных накладок. *В период постоянного прикуса* целесообразно применение механически действующих ортодонтических аппаратов, в основном несъемных. В этом периоде используют аппарат Энгля в виде 2-х стационарных дуг, фиксированных к зубам с помощью лигатур и резиновых эластических колец, накладываемых вертикально между перемещаемыми зубами.

Задание 71. Вопрос для собеседования.

Глубокая резцовая окклюзия. Диагностика и лечение.

Эталон ответа:

В норме верхние передние зубы перекрывают нижние на $\frac{1}{3}$ высоты коронки, определяется их режуще-бугорковое смыкание. При увеличении глубины перекрытия в области передних резцов более чем на $\frac{1}{3}$ высоты коронки, а также нарушении их правильного смыкания формируется вертикальная аномалия окклюзии. При этом увеличивается глубина резцового перекрытия, однако перекрытие может сочетаться с сохранением режуще-бугоркового контакта резцов верхней и нижней челюстей или его отсутствием. В первом случае формируется глубокая резцовая окклюзия, во втором — глубокая резцовая дизокклюзия (глубокий прикус).

Диагностика. Лицевые признаки глубокой окклюзии: передняя общая высота лица уменьшена за счет уменьшения передней нижней высоты лица, что способствует нарушению пропорциональности строения лица.

Отмечается углубление надподбородочной складки. Нижняя губа как правило утолщена. Необходимо отметить, что лицевые признаки глубокой окклюзии и нарушение формы зубных дуг зависят от сочетания указанной аномалии о сагиттальными и трансверсальными аномалиями прикуса.

Диагноз глубокой окклюзии ставят на основании результатов клинического и лабораторного исследования: изучение диагностических моделей челюстей, рентгенологического метода исследования, фотометрического и метода функциональной диагностики.

При изучении диагностических моделей челюстей целесообразно применять методы НАНСЕ, ГЕРЛАХА, ШМУТА, так как при указанной аномалии имеется увеличение овала верхней зубной дуги, углубление резцового перекрытия и тесное положение фронтальных зубов. При узком лице и сумме ширины коронок верхних резцов более 33 мм показано удаление отдельных зубов по ортодонтическим показаниям. Для диагностики сужения зубных дуг применяют метод ПОНА. Глубокая окклюзия

		<p>может быть результатом вестибулярного отклонения продольных осей верхних передних зубов. В этом случае целесообразно применение метода КОРКХАУЗА для определения длины переднего отрезка зубной дуги, величина которой при указанной аномалии, как правило, увеличена.</p> <p>С целью правильной диагностики, лечения и прогнозирования результатов показано изучение боковых телерентгенограмм головы.</p> <p>Целью ортодонтического лечения глубокой окклюзии является достижение нормального соотношения зубных рядов в вертикальной плоскости. Для достижения этого необходимо устранять причины, которые препятствуют зубоальвеолярному удлинению в области боковых зубов, с одновременным созданием нагрузки на передние зубы для достижения зубоальвеолярного укорочения в передних отделах зубных дуг. При наличии сужения зубных дуг в планировании лечения имеют в виду и эту аномалию.</p> <p>В период временного прикуса предпочтение отдают миогимнастическим упражнениям, употребление твердой пищи, восстановление разрушенных кариесом коронок боковых зубов применяют пластиночные профилактические аппараты с искусственными зубами для фиксации высоты прикуса. Из лечебных аппаратов показано применение пластинки на верхнюю челюсть с накусочной площадкой для резцов нижней челюсти, которой можно пользоваться во время сна.</p> <p>В период смешанного прикуса необходимо стремиться к правильному вертикальному соотношению боковых отделов зубных дуг при прорезывании постоянных моляров. Для этого можно применить пластинку на верхнюю челюсть с накусочной площадкой для резцов нижней челюсти, которая повысит высоту прикуса в боковых отделах и будет способствовать установлению правильного резцового перекрытия, т.к. постоянным молярам при прорезывании необходимо прндрезана – Хойпля, бионатор 1-го типа.</p> <p>В период постоянного прикуса применение функциональных ортодонтических аппаратов не показано. В этом периоде целесообразнее применять механически действующие несъемные ортодонтиеекие аппараты. Аппарат Энгля состоит из двух стационарных дуг на верхнюю и нижнюю челюсти. После фиксации дуг во фронтальном отделе производят разобщение прикуса и с помощью эластиков, накладываемых вертикально в боковых отделах, достигают зубоальвеолярное удлинение. Разобщение прикуса достигается с помощью известной уже пластинки на верхнюю челюсть с накусочной площадкой для резцов нижней челюсти.</p> <p>Задание 72. Вопрос для собеседования.</p> <p>Перекрестная окклюзия. Диагностика и лечение</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Перекрестная окклюзия — это аномалия смыкания зубных рядов в трансверсальном направлении, при которой верхний или нижний зубной ряд располагается вестибулярно или орально относительно противоположного зубного ряда, имеющего правильную форму и нормальный размер</p>
--	--	---

		<p>Диагностика перекрестной окклюзии основывается на данных клинического обследования (жалобы на прикусывание слизистой оболочки щек, боли в области ВНЧС, несоответствие размеров зубных рядов и суперконтакты, скученное положение резцов, несоответствие расположения уздечек верхней и нижней губ, выраженная асимметрия лица), анамнеза (выяснение наследственности, наличия вредных привычек, положения головы во время сна, врожденных заболеваний, наличия травм ЧЛЮ, осложнений кариеса боковых зубов и воспалительных процессов в альвеолярном отростке), общего осмотра, осмотра лица и полости рта, пальпации ВНЧС при опускании и поднимании нижней челюсти и дополнительных методов исследования, измерения размера зубов, ширины зубных рядов и апикальных базисов (по методам Пона, Линдер-Харт, Н.Г. Снагиной, Шопфа), изучения ортопантомограмм и ТРГ головы в прямой проекции. Лечение перекрестной окклюзии, как и профилактика, зависит от ее разновидности, причин развития, возраста пациента и заключается в нормализации ширины зубных рядов, положения боковых зубов, установлении нижней челюсти в правильную позицию.</p> <p>У детей с молочными зубами и в период их смены необходимо вести борьбу с вредными привычками и ротовым дыханием, давать жесткую пищу, назначать лечебную гимнастику, проводить шлифование нестершихся бугров молочных клыков, затрудняющих трансверсальные (боковые) движения нижней челюсти. Блокирующее положение челюстей устраняют с помощью пластинки с накусочной площадкой, расширяющих пластинок, подбородочной пращи с более сильной резиновой тягой на стороне, противоположной смещению нижней челюсти; применяют также пластинки со щечными и внутриротовыми пелотами и заслонкой для языка или наклонной плоскостью, регулятор функции Френкеля.</p> <p>У детей с постоянными зубами возможны удаление отдельных зубов (чаще первого премоляра) и их пришлифовка. При проведении аппаратного лечения используют механически действующие аппараты, сочетая их с косой межчелюстной тягой. Расширение зубного ряда проводят пластинками с винтами и распилом параллельно небному шву либо секторальным распилом и винтом, протрагирующими пружинами и обязательным разобщением зубных рядов. Хорошие результаты дает применение несъемного расширяющего аппарата бюгельной конструкции, а также дуги Энгля с межчелюстной резиновой тягой. Используют кольца с крючками для орально-вестибулярной тяги, пластинки с фиксацией по Нападову, пелотами и крючками, позиционеры, брекет-систему.</p> <p>Лечение перекрестной окклюзии постоянных зубов чаще проводят с помощью эджуайз-техники. При этом используют раскрывающие пружины либо пружины сжатия, а также перекрестные межчелюстные эластичные тяги.</p> <p>Задание 73. Вопрос для собеседования. Предназначение ортодонтической службы <i>Эталон ответа:</i></p>
--	--	---

		<p>Ортодонтическая служба предназначена для оказания квалифицированной помощи населению профилактики и лечению зубочелюстных аномалий у детей и взрослых.</p> <p>Задание 74. Вопрос для собеседования.</p> <p>Квалификационные требования к специалистам, оказывающим ортодонтическую помощь.</p> <p><i>Эталон ответа:</i></p> <p>Специальность - «Ортодонтия»</p> <p>Уровень профессионального образования - высшее профессиональное образование по специальности «060105 Стоматология»</p> <p>Послевузовское профессиональное образование - ординатура по специальности «Ортодонтия»</p> <p>Дополнительное профессиональное образование - повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности</p> <p>Должности - врач-ортодонт; руководитель структурного подразделения - врач-ортодонт</p> <p>Задание 75. Вопрос для собеседования.</p> <p>Должностные обязанности врача-ортодонта</p> <p><i>Эталон ответа:</i> - Выполняет перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Выполняет перечень работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи. - Осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности. - Ведет медицинскую документацию в установленном порядке. - Планирует и анализирует результаты своей работы. - Соблюдает принципы врачебной этики. - Руководит работой среднего и младшего медицинского персонала. - Проводит санитарно-просветительскую работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.
ПК-5	Задания закрытого типа	<p>Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.</p> <p>В основе построения симптоматического ортодонтического диагноза лежит</p> <ul style="list-style-type: none"> а) характер смыкания зубных рядов б) этиология зубочелюстных аномалий в) морфологические отклонения в строении лицевого отдела черепа г) функциональные нарушения д) эстетические нарушения <p><i>Эталон ответа: а</i></p> <p>Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.</p> <p>Симптоматический диагноз - это</p> <ul style="list-style-type: none"> а) установление вида прикуса б) определение функциональных нарушений в) характеристика строения челюстей и их взаимоотношения г) эстетические нарушения д) сопутствующие стоматологические нарушения <p><i>Эталон ответа: а</i></p>

		<p>Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Топико-морфометрическая диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий базируется</p> <ul style="list-style-type: none">а) на изучении соотношения зубных дугб) на изучении размера и положения частей лицевого отдела черепав) на выявлении нарушений функций зубочелюстной системыг) на определении сопутствующих стоматологических и общесоматических заболеванийд) на уточнении характера эстетических нарушений <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Симптоматический диагноз отличается от дифференциального</p> <ul style="list-style-type: none">а) выявлением характера смыкания сегментов зубных дугб) определением вида прикусав) локализацией зон морфологических отклонений в строении зубочелюстной системыг) определением функциональных и эстетических нарушенийд) характеристикой строения лицевого отдела черепа <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Определение степени тяжести заболевания</p> <ul style="list-style-type: none">а) достаточно по характеристике диагнозаб) требует дополнительного изучения по специальным методикамв) не требует дополнительного изучения по специальным методикамг) возможно на основании рентгенологических исследованийд) возможно на основании биометрических исследований <p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Окончательный диагноз устанавливается</p> <ul style="list-style-type: none">а) на основании клинических данныхб) после анализа данных клинических и лабораторных исследованийв) на основании симптоматического диагноза с дополнительной характеристикой функциональных и эстетических нарушенийг) на основании симптоматического, топографического, морфологического диагнозовд) на основании симптоматического, топико-морфометрического, этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных и эстетических нарушений <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Диагностику зубоальвеолярных и гнатических форм глубокого прикуса проводят на основании</p> <ul style="list-style-type: none">а) клинического обследования пациентовб) клинического обследования пациентов, их ближайших родственников и данных рентгенологического обследованияв) изучения боковых ТРГ головы
--	--	---

г) изучения диагностических моделей челюстей

д) изучения фотографии лица

Эталон ответа: в

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Дифференциальная диагностика глубины фронтального перекрытия, обусловленного нарушением в области боковых зубов

а) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не влияет на высоту нижней части лица

б) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица

в) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица

г) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица

д) высота нижней части лица не имеет дифференциально диагностического значения при определении зоны нарушения

Эталон ответа: в

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Дифференциальную диагностику физиологической и патологической асимметрии зубных дуг можно провести по методике

а) Нансе

б) Герлаха

в) Шварца

г) Фуса

д) Хорошилкиной

Эталон ответа: д

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Площадь неба изучают по методике

а) Коргзаузе

б) Снагиной

в) Хауса

г) Герлаха

д) Шмута

Эталон ответа: а

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Величину молочных и постоянных зубов сопоставляют

а) по методике Мичиганского университета

б) по Миргазизову

в) по Долгополовой

г) по Герлаху

д) по Шварцу

Эталон ответа: а

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Недостаток места для неправильного расположения зубов выявляют

а) по размеру зуба и места для него в зубной дуге

б) по Нансе

в) по Миргазизову

г) по методике Мичиганского университета

д) по данным рентгенографии

Эталон ответа: а

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ

		<p>Рентгенографию кистей рук делают</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для уточнения сроков окостенения б) для прогноза роста челюстей в) для сопоставления костного и зубного возраста г) для изучения динамики роста организма д) для выяснения аномалий развития скелета <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить</p> <ul style="list-style-type: none"> а) возможности роста челюстей б) форму и размер суставных головок в) характер движения суставов г) размеры суставной щели д) форму и размер суставного диска <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ Ортопантограммы челюстей делают</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для определения количества и расположения зубов б) для изучения строения лицевого отдела черепа в) для прогноза роста челюстей г) для изучения динамики роста челюстей д) для определения показаний к удалению зубов <p><i>Эталон ответа: а</i></p> <p>Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ Методом исследования боковых ТРГ головы является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) метод Парма б) метод Шварца в) метод Шулера г) метод Паатера д) метод Колоткова <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ Сопоставление боковых ТРГ головы проводят</p> <ul style="list-style-type: none"> а) для уточнения показаний к удалению зубов б) для выявления характера морфологической перестройки в) для лицевого отдела черепа г) для выяснения искажений при ТРГ исследовании д) для уточнения костного и зубного возраста <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ При глубоком прикусе воспаление тканей краевого пародонта чаще наблюдается в области</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 17, 16, 26, 27 зубов б) 12, 11, 21, 22 зубов в) 42, 41, 31, 32 зубов г) всех зубов верхней и нижней челюсти д) воспаление не наблюдается <p><i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ Формированию глубокого прикуса способствуют</p> <ul style="list-style-type: none"> а) нарушение функции дыхания б) нарушение функции глотания в) нарушение функции смыкания губ г) парафункции жевательных и мимических мышц д) все перечисленные функциональные нарушения <p><i>Эталон ответа: д</i></p>
--	--	--

		<p>Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ Семейные особенности развития в формировании глубокого прикуса</p> <ul style="list-style-type: none"> а) имеют значение б) не имеют значения в) имеют ограниченное значение г) имеют значение при наличии аналогичной патологии у родителей д) имеют значение при наличии у родителей <p><i>Эталон ответа: г</i></p> <p>Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ Диагностику зубоальвеолярных и гнатических форм глубокого прикуса проводят на основании</p> <ul style="list-style-type: none"> а) клинического обследования пациентов б) клинического обследования пациентов, их ближайших родственников и данных рентгенологического обследования в) изучения боковых ТРГ головы г) изучения диагностических моделей челюстей д) изучения фотографии лица <p><i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ При нейтральном и дистальном соотношении зубных рядов на развитие глубокого прикуса влияют</p> <ul style="list-style-type: none"> а) абсолютная макродентия б) нормальные размеры верхних и нижних резцов при нормальной ширине лица в) нормальные размеры верхних и нижних резцов у пациентов с узким лицом г) микродентия верхних и особенно нижних резцов с тремами между ними д) все перечисленные нарушения размеров зубов <p><i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ На формирование глубокого прикуса влияет</p> <ul style="list-style-type: none"> а) несоответствие размеров сегментов в пределах одного зубного ряда б) несоответствие размеров передних сегментов верхнего и нижнего зубных рядов в) несоответствие размеров боковых сегментов зубных рядов г) несоответствие передних и боковых сегментов зубных рядов д) ничего из перечисленного <p><i>Эталон ответа: г</i></p> <p>Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ На формирование глубокого прикуса при нейтральном соотношении зубных рядов</p> <ul style="list-style-type: none"> а) уменьшение количества зубов не влияет б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюсти в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти <p><i>Эталон ответа: в</i></p>
--	--	---

		<p>Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ</p> <p>На формирование глубокого прикуса при дистальном соотношении зубных рядов</p> <p>а) уменьшение количества зубов не влияет</p> <p>б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюстях</p> <p>в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти</p> <p>г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти</p> <p>д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти</p> <p><i>Эталон ответа: г</i></p>
	<p>Задания открытого типа:</p> <p>Ситуационные задачи</p> <p>Вопросы для собеседования</p>	<p>Задание 1</p> <p>У ребенка 3,5 лет на профилактическом осмотре выявлена вредная привычка: сосание пальца. В полости рта протрузия резцов верхней челюсти, сагиттальная щель 3 мм. К какой диспансерной группе относится данный пациент. Составьте план лечебно-профилактических мероприятий.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Данный пациент относится к III диспансерной группе. План лечебнопрофилактических мероприятий: 1. Рекомендации родителям по устранению вредной привычки - сосание пальца. 2. Пальцевой массаж для формирования фронтального отдела зубного ряда верхней челюсти. 3. Контрольный осмотр 1 раз в 3 месяца.</p> <p>Задание 2</p> <p>Задача №2 Пациент впервые обратился в регистратуру поликлиники, чтобы его записали на прием к врачу. Какой документ необходимо завести регистратору на этого пациента?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Медицинскую карту</p> <p>Задание 3</p> <p>У ребенка 11 лет жалобы на аномалию прикуса. Из анамнеза установлено, что девочка в раннем детском возрасте сосала большой палец. Внешний осмотр: бледные покровы лица. Сглаженность носогубных складок. Нижняя треть лица западает.</p> <p>Осмотр полости рта: удлинение зубного ряда верхней челюсти. Зубной ряд нижней челюсти имеет форму трапеции. При смыкании зубов в центральной окклюзии жевательные зубы имеют по одноименному антагонисту. Сагиттальная щель размером в 10 мм. 1. Что следует провести для уточнения диагноза?</p> <p>2. Назавите возможные аномалии зубных рядов.</p> <p>3. Какое лечение необходимо провести?</p> <p>1) нормализацию носового дыхания</p> <p>2) лечебную гимнастику</p> <p>3) расширение и удлинение нижнего зубного ряда</p> <p>4) расширение и укорочение верхнего зубного ряда.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Клинический антропометрический анализ</p> <p>2. Сужение и удлинение верхнего зубного ряда, сужение и укорочение нижнего зубного ряда.</p> <p>3. Расширение и удлинение нижнего зубного ряда, расширение и укорочение верхнего зубного ряда.</p> <p>Задание 4</p>

Больной 12 лет. Жалоб не предъявляет. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту, определена левосторонняя перекрестная окклюзия. При обследовании больной установлено, что нарушение окклюзии произошло за счет деформации зубной дуги нижней челюсти, а именно, вследствие орального наклона 34, 35, 36, 37.

1. Какой метод измерения гипсовых моделей челюстей необходимо провести для уточнения диагноза?
2. Учитывая возраст пациента какой следует использовать ортодонтический аппарат по способу фиксации?
3. Изменение положения каких зубов необходимо проводить?

Эталон ответа: По Хауса

1. Несъемный
2. Боковых нижних слева

Задание 5

Ребенок 12 лет обратился с жалобами на неправильное положение резцов верхней челюсти. Из анамнеза удалось установить, что он длительное время прикусывал верхнюю губу.

1. К чему приводит вредная привычка прикусывания верхней губы?
2. Какие антропометрические исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. Чем проводить лечение неправильного положения резцов верхней челюсти данного пациента?

Эталон ответа: 1. ретрузии резцов верхней челюсти

2. По методу Коркхауза
3. Несъемной аппаратурой.

Задание 6

Больная 11 лет. Жалобы на косметический дефект, нарушение речи, полуоткрытый рот. При осмотре больной отмечается сагиттальная щель размером в 6 мм. Верхние зубы полностью перекрывают нижние. Дыхание ротовое. Ребенок прикусывает нижнюю губу.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Что является возможно причиной сагиттальной щели?
3. С помощью каких методов возможно поставить окончательный диагноз?

Эталон ответа: 1. Сагиттальная и глубокая резцовая дизокклюзия

2. Прикусывание нижней губы
3. Антропометрический, рентгенологический, функциональный

Задание 7

Родители пациента К. 8 лет обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения необходимости 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 3 мм и они при смыкании с резцами нижней челюсти полностью их перекрывают с вестибулярной стороны.

Назовите аномалию окклюзии во фронтальном отделе.

Назовите аномалию верхнего зубного ряда в области

		<p>передних зубов. Какие методы дополнительной диагностики необходимо провести?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Глубокая резцовая окклюзия. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1 Короткая уздечка языка, вредные привычки. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1 может встречаться как самостоятельная аномалия и как следствие наличия сверхкомплектного зуба. Антропометрические методы диагностики и методы лучевой диагностики.</p> <p>Задание 8</p> <p>При осмотре лица пациента Р., 9 лет, определяется выпуклый профиль, скошенный подбородок, выраженная надподбородочная складка и смыкание резцов верхней челюсти с нижней губой.</p> <p>Какой аномалии характерны лицевые признаки данного пациента? Какие методы объективной диагностики необходимо провести для определения обусловленности аномалии.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Дистальная окклюзия. Антропометрические методы (метод Пона, Коркхауза, индекс Тонна) , лучевые методы диагностики (телерентгенография головы в боковой проекции) .Функциональные методы лечения в сочетании с лечебной гимнастикой.</p> <p>Задание 9</p> <p>При осмотре лица пациента Р., 9 лет, определяется выпуклый профиль, скошенный подбородок, выраженная надподбородочная складка и смыкание резцов верхней челюсти с нижней губой.</p> <p>Какой аномалии характерны лицевые признаки данного пациента? Какие методы объективной диагностики необходимо провести для определения обусловленности аномалии. Какие принципы планирования лечения таких пациентов?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Дистальная окклюзия. Антропометрические методы (метод Пона, Коркхауза, индекс Тонна) , лучевые методы диагностики (телерентгенография головы в боковой проекции) .Функциональные методы лечения в сочетании с лечебной гимнастикой.</p> <p>Задание 10</p> <p>Пациентка С. 13 лет обратилась с жалобами на неправильное положение зубов в переднем отделе верхней челюсти и эстетические нарушения. При осмотре полости рта выявлено смыкание первых постоянных моляров, соответствующее I классу по Энгля. Резцы смыкаются режущими краями. Клыки верхней челюсти находятся в вестибулярном и супраположении. На нижнем зубном ряду видимых нарушений не обнаруживается.</p> <p>Как называется аномалия окклюзии в переднем отделе? Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести такому пациенту и зачем?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Прямая резцовая окклюзия. Антропометрические методы (метод Коркхауза), методы лучевой диагностики (ортопантомография челюстей и телерентгенография головы в боковой проекции).Винт.2 раза в неделю.</p> <p>Задание 11</p>
--	--	--

		<p>Родители пациента К. 8 лет обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости в лечении. При осмотре полости рта определяется скученное положение резцов нижней челюсти, центральные резцы повернуты по оси, боковые – находятся в язычном положении. Между центральными резцами верхней челюсти имеется промежуток 3 мм и они при смыкании с резцами нижней челюсти полностью их перекрывают с вестибулярной стороны.</p> <p>Назовите аномалию окклюзии во фронтальном отделе. Назовите аномалию верхнего зубного ряда в области передних зубов. Каковы этиологические факторы нарушения положения резцов нижней челюсти? С чем необходимо дифференцировать данные аномалии? Какие методы дополнительной диагностики необходимо провести?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Глубокая резцовая окклюзия. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1 Короткая уздечка языка, вредные привычки. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1 может встречаться как самостоятельная аномалия и как следствие наличия сверхкомплектного зуба. Антропометрические методы диагностики и методы лучевой диагностики.</p> <p>Задание 12</p> <p>При осмотре лица пациента Р., 9 лет, определяется выпуклый профиль, скошенный подбородок, выраженная надподбородочная складка и смыкание резцов верхней челюсти с нижней губой. Какой аномалии характерны лицевые признаки данного пациента? Какие методы объективной диагностики необходимо провести для определения обусловленности аномалии?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Дистальная окклюзия. Антропометрические методы (метод Пона, Коркхауза, индекс Тонна), лучевые методы диагностики (телерентгенография головы в боковой проекции).</p> <p>Задание 13</p> <p>Пациентка С 13 лет обратилась с жалобами на неправильное положение зубов в переднем отделе верхней челюсти и эстетические нарушения. При осмотре полости рта выявлено смыкание первых постоянных моляров, соответствующее I классу по Энгля. Резцы смыкаются режущими краями. Клыки верхней челюсти находятся в вестибулярном и супраположении. На нижнем зубном ряду видимых нарушений не обнаруживается.</p> <p>Вопросы: 1. Опишите признаки смыкания первых постоянных моляров по I классу Энгля. 2. Как называется аномалия окклюзии в переднем отделе? 3. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести такому пациенту и зачем?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Смыкание первых постоянных моляров по I классу Энгля характеризуется расположением переднего щечного бугорка верхнего первого моляра в поперечной межбугорковой фиссуре нижнего первого моляра. 2. Прямая резцовая окклюзия. 3. Антропометрические методы (метод Коркхауза), методы лучевой диагностики (ортопантомография челюстей и телерентгенография головы в боковой проекции).</p> <p>Задание 14</p>
--	--	--

		<p>При осмотре лица пациента Р., 9 лет, определяется выпуклый профиль, скошенный подбородок, выраженная подбородочная складка и смыкание резцов верхней челюсти с нижней губой.</p> <p>Вопросы: 1. Какой аномалии характерны лицевые признаки данного пациента? 2. Какие методы объективной диагностики необходимо провести для определения обусловленности аномалии. 3. Какие принципы планирования лечения таких пациентов?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Дистальная окклюзия. 2. Антропометрические методы (метод Пона, Коргхауза, индекс Тонна), лучевые методы диагностики (телерентгенография головы в боковой проекции). 3. Функциональные методы лечения в сочетании с лечебной гимнастикой.</p> <p>Задание 15</p> <p>Пациент П., 10 лет, родители обратились к ортодонту с жалобами на некрасиво растущие зубы. Из анамнеза: после поступления в школу появилась привычка держать во рту ручку. Объективно: лицо симметрично, пропорционально. Профиль выпуклый, носогубная складка сглажена, подбородочная умеренно выражена. Губы смыкаются с напряжением. Верхние центральные резцы очень крупные, наклонены вестибулярно, верхние латеральные резцы так же в протрузии, места для постоянных верхних клыков недостаточно. Смыкание жевательных зубов по трансверзали и сагиттали соответствует норме, во фронтальном отделе сагиттальная щель 4 мм. Открывание рта 39 мм, движения в суставе симметричные. Дыхание и глотание соматическое, артикуляция и дикция не нарушены.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Вредная привычка сосания посторонних предметов. 2. Макродентия 11, 21 зубов, протрузия верхних фронтальных зубов. 3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауза, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПТГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>Задание 16</p> <p>При осмотре лица пациента Р., 9 лет, определяется выпуклый профиль, скошенный подбородок, выраженная надподбородочная складка и смыкание резцов верхней челюсти с нижней губой.</p> <p>Какой аномалии характерны лицевые признаки данного пациента? Какие методы объективной диагностики необходимо провести для определения обусловленности аномалии. Какие принципы планирования лечения таких пациентов?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Дистальная окклюзия. Антропометрические методы (метод Пона, Коргхауза, индекс Тонна), лучевые методы диагностики (телерентгенография головы в боковой проекции). Функциональные методы лечения в сочетании с лечебной гимнастикой</p>
--	--	---

Задание 17

Пациенту 13 лет. Жалобы на косметический недостаток. Объективно: лицо симметричное, дыхание смешанное, прикрепление уздечек верхней губы и языка в пределах нормы. Зубная формула соответствует возрасту. Аномалия положения зубов 13 - зуб вне дуги смещен вестибулярно. Недостаток места в зубном ряду на V3 величины коронки: 1. Каков предварительный диагноз? 2. Приведите план дополнительного обследования? 3. Составьте план лечения.

Эталон ответа: 1. Сужение верхней челюсти 2. ОПТГ, ТРГ, биометрия к.д.м. 3. При недостатке места в зубном ряду за счет сужения зубного ряда и достаточности альвеолярного отростка - провести расширение верхнего зубного ряда и нормализовать позицию зубов, сопоставив их в фиссурнобугорковое положение с нижнечелюстным зубным рядом.

Задание 18

Пациентка В. 19 лет, жалобы на неправильное положение верхних зубов. Внешний осмотр: лицевые признаки - выступает вперед верхняя губа, снижен назолабиальный угол, при смыкании напряжение верхней и нижней губы. В покое нижняя губа находится практически под верхними зубами. Осмотр полости рта: фронтальные зубы верхней челюсти веерообразно выступают вперед, имеются диастема, тремы. Нижние зубы при смыкании упираются в слизистую оболочку неба. Сагиттальная щель 6 мм. Перекрытие верхними зубами нижних более чем на 3/4. Тремы между фронтальными зубами верхней челюсти 1- 3 мм, зубной ряд нижней челюсти имеет правильную величину и форму. Сагиттальная щель 6 мм. На ТРГ SNA 86 град, SNB 80 град, ANB 6 град., WITS 5мм, угол бета 22 град.

Вопросы. 1. Какие диагностические мероприятия необходимы для постановки предварительного диагноза? 2. Какие скелетные нарушения отмечаются у данной пациентки?

Эталон ответа: 1. Необходимо обследование в виде ОПТГ, ТРГ, К ДМ с биометрическими измерениями баланса места, размера апикального базиса, измерения межклыкового расстояния, соотношения размеров зубов по Болтон и Тонн. 2. У пациентки отмечается скелетный класс II подкласс 1.

Задание 19

Пациент И., 7 лет. После планового осмотра у стоматолога направлена на консультацию к ортодонт. Объективно: Лицо симметрично, пропорционально, носогубные и подбородочная складки умеренно выражены. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей. Физиологические тремы отсутствуют, верхние фронтальные зубы имеют оральный наклон, отмечается скученность. Форма верхнего зубного ряда трапеция, форма нижнего зубного ряда парабола. По трансверзали имеющиеся жевательные зубы имеют правильное фиссурнобугорковое смыкание, по сагиттали отмечается бугорковое смыкание первых постоянных 76 моляров. Глубина резцового перекрытия 1/3, срединная линия между центральными резцами совпадает. Величина открывания рта 42 мм, движения в суставе не

		<p>симметричные, при открывании рта отмечается девиация. Функции глотания, дыхания и речи не нарушены.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Задержка роста альвеолярных отростков, нарушение тонуса жевательной мускулатуры. 2. Скученность верхних и нижних фронтальных зубов, сужение зубных рядов, дистальная окклюзия с ретрузией. 3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коркхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПТ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>Задание 20</p> <p>При осмотре лица пациента Р., 9 лет, определяется выпуклый профиль, скошенный подбородок, выраженная надподбородочная складка и смыкание резцов верхней челюсти с нижней губой. Какой аномалии характерны лицевые признаки данного пациента? Какие методы объективной диагностики необходимо провести для определения обусловленности аномалии. Какие принципы планирования лечения таких пациентов?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Дистальная окклюзия. Антропометрические методы (метод Пона, Коркхауса, индекс Тонна), лучевые методы диагностики (телерентгенография головы в боковой проекции). Функциональные методы лечения в сочетании с лечебной гимнастикой.</p> <p>Задание 21</p> <p>Пациент К., 9 лет. По результатам профилактического осмотра направлен к ЛОР-врачу и стоматологу-ортодонт. Из анамнеза: хронический синусит. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, лицо узкое, вытянутое, складки сглажены, подбородок скошен, губы смыкаются с напряжением. Между временными зубами плотные контакты. Скученность верхних фронтальных зубов, центральные резцы верхней челюсти в протрузии, узкое сводчатое небо, верхнечелюстной зубной ряд V-образной формы, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: слева и справа медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается между V и 6 нижними зубами. Срединная линия между центральными зубами совпадает. Глубина резцового перекрытия 1/3, сагиттальная щель 7 мм. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений. Привычное ротовое дыхание.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения.</p>
--	--	---

Эталон ответа: 1. Хроническое нарушение носового дыхания. 2. Скученность, протрузия верхних фронтальных зубов. Сужение (V-образное) верхнечелюстного зубного ряда. Дистальная окклюзия (2 класс 1 подкласс по Энгло). Сагиттальная резцовая дизокклюзия. 3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольнодиагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. 75 ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента. 4. Для обеспечения эффективности ортодонтического лечения необходимо устранение ЛОР-патологии и восстановление адекватного носового дыхания. Регулярный пальцевой массаж, употребление жестких овощей и фруктов для стимуляции роста альвеолярных отростков челюстных костей, миогимнастические упражнения для устранения дистальной окклюзии, миогимнастические упражнения для тренировки носового дыхания. Аппаратурное лечение: 1-й аппарат – небная пластинка с кламмерами Адамса в области 6-х зубов, вестибулярной дугой, расширяющим винтом и распилом по сагиттали. После достаточного расширения верхнего зубного ряда применение ортодонтического трейнера для 12-ти часового ношения до момента завершения формирования постоянного прикуса.

Задание 22

Ребенку 13 лет. Зубная формула на верхней челюсти : 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26. На нижней челюсти: 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35, 36. II класс по ЭнглоЮ несоответствие 2,5 мм. Скученность зубов в переднем отделе верхней челюсти (дефицит места 4 мм). Торто положение 12,11,21,22 зубов. Суправестибулярное положение клыков на верхней челюсти. Глубокий прикус. Укажите план комплексного обследования и план лечения.

Эталон ответа: 1. ОПТГ 2. Изучение диагностических моделей. 3. Аппарат на верхнюю челюсть для дистализации 16,15,14, 24,25,26. 4. Брекет – система на обе челюсти.

Задание 23

Ребенку 11 лет. Зубная формула на верхней челюсти : 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26. На нижней челюсти: 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35, 36. III класс по Энгло несоответствие 1,5 мм. Мезиальный прикус, щель по сагиттали 2 мм. Глубокое обратное перекрытие за счет небной окклюзии резцов верхней челюсти. Двойной прикус, ребенок может ставить зубки на зубки. Функциональная проба показала, что ребенок может ставить зубы на зубы и такое положение не приводит к функциональным нарушениям. Укажите план комплексного обследования и план лечения.

Эталон ответа: 1. ОПТГ 2. Изучение диагностических моделей. 3. Аппарат на верхнюю челюсть с окклюзионными накладками с формированием нормального соотношения челюстей, змеевидными толкателями на верхние резцы. После исправления их положения брекет – система на обе челюсти.

		<p style="text-align: center;">Задание 24</p> <p>Ребенку 14 лет. Зубная формула на верхней челюсти : 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27. На нижней челюсти: 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37. I класс по Энгло. Суправестибулярное положение клыков на верхней челюсти (дефицит места до 1/3). Скученное положение зубов в переднем отделе обеих челюстей (дефицит 5 мм на каждой челюсти). Сужение верхнего и нижнего зубного ряда. 76 Укажите план комплексного обследования.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Изучение ОПТГ 2. Изучение диагностических моделей. 3. После данных видов обследования решения вопроса о плане комплексного лечения.</p> <p style="text-align: center;">Задание 25</p> <p>При осмотре лица пациента Р., 9 лет, определяется выпуклый профиль, скошенный подбородок, выраженная надподбородочная складка и смыкание резцов верхней челюсти с нижней губой. Какой аномалии характерны лицевые признаки данного пациента? Какие методы объективной диагностики необходимо провести для определения обусловленности аномалии. Какие принципы планирования лечения таких пациентов? Какие авторские ортодонтические аппараты используются для лечения данной аномалии? Каковы профилактические мероприятия по предотвращению возникновения или развития данной аномалии необходимо проводить?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Дистальная окклюзия. Антропометрические методы (метод Пона, Коркхауза, индекс Тонна), лучевые методы диагностики (телерентгенография головы в боковой проекции). Функциональные методы лечения в сочетании с лечебной гимнастикой. Аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии, аппарат Андрейзена-Гойпля. Естественное вскармливание, профилактика вредных привычек.</p> <p style="text-align: center;">Задание 26. Вопрос для собеседования.</p> <p>Международная статистическая классификация болезней (МКБ). Основа классификации</p> <p><i>Эталон ответа:</i> В основу этой классификации положены не только анатомические нарушения зубочелюстной системы, но и связанные с этим функциональные нарушения, а так же этиологические факторы, которые привели к их формированию.</p> <p style="text-align: center;">Задание 27. Вопрос для собеседования.</p> <p>Перечислите коды аномалий челюстно-лицевой области по МКБ-10</p> <p><i>Эталон ответа:</i> K07.0 Основные аномалии размеров челюстей;</p> <p>K07.1 Аномалии челюстно-черепных соотношений;</p> <p>K07.2 Аномалии соотношения зубных дуг;</p> <p>K07.5 Челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения;</p> <p>K07.8 Другие челюстно-лицевые аномалии;</p> <p>Q67.0 Врожденная асимметрия лица;</p> <p>Q67.4 Другие врожденные деформации черепа, лица и челюсти;</p> <p>Q75.8 Другие уточненные пороки развития костей черепа и</p>
--	--	--

		<p>лица;</p> <p>Q87.0 Синдромы врожденных аномалий, влияющие преимущественно на внешний вид лица.</p> <p>Задание 28. Вопрос для собеседования.</p> <p>Классификация нарушений развития и прорезывания зубов согласно МКБ-10</p> <p><i>Эталон ответа:</i> K00 — нарушения развития и прорезывания зубов</p> <p>K00.0 — адентия</p> <p>K00.00 — частичная адентия (гиподентия) (олигодентия);</p> <p>K00.01 — полная адентия;</p> <p>K00.09 — адентия неуточнённая;</p> <p>K00.1 — сверхкомплектные зубы</p> <p>K00.10 — областей резца и клыка мезиодентия (срединный зуб);</p> <p>K00.11 — области премоляров;</p> <p>K00.12 — области моляров дистомолярный зуб, четвёртый моляр, парамолярный зуб;</p> <p>K00.19 — сверхкомплектные зубы неуточнённые;</p> <p>K00.2 — аномалии размеров и формы зубов</p> <p>K00.20 — макродентия;</p> <p>K00.21 — микродентия;</p> <p>K00.22 — сращение;</p> <p>K00.23 — слияние (синодентия) и раздвоение (шизодентия);</p> <p>K00.24 — выпячивание зубов (добавочные окклюзионные бугорки);</p> <p>K00.25 — инвагинированный зуб (зуб в зубе) (дилатированная одонтома);</p> <p>K00.26 — премоляризация;</p> <p>K00.27 — аномальные бугорки и эмалевые жемчужины (адамантома);</p> <p>K00.28 — бычий зуб (тауродонтизм);</p> <p>K00.29 — другие и неуточнённые аномалии размеров и формы зубов;</p> <p>K00.3 — крапчатые зубы</p> <p>K00.30 — эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали (флюороз зубов);</p> <p>K00.31 — неэндемическая крапчатость эмали (нефлюорозное потемнение эмали);</p> <p>K00.39 — крапчатые зубы неуточнённые;</p> <p>K00.4 — нарушение формирования зубов</p> <p>K00.40 — гипоплазия эмали;</p> <p>K00.41 — перинатальная гипоплазия эмали;</p> <p>K00.42 — неонатальная гипоплазия эмали;</p> <p>K00.43 — аплазия и гипоплазия цемента;</p> <p>K00.44 — дилацеразия (трещины эмали);</p> <p>K00.45 — одонтодисплазия (региональная одонтодисплазия);</p> <p>K00.46 — зуб Тернера;</p> <p>K00.48 — другие уточнённые нарушения формирования зубов;</p> <p>K00.49 — нарушения формирования зубов неуточнённые;</p>
--	--	--

		<p> K00.5 — наследственные нарушения структуры зуба, не классифицированные в других рубриках K00.50 — незавершённый амелогенез; K00.51 — незавершённый дентиногенез; K00.52 — незавершённый одонтогенез; K00.58 — другие наследственные нарушения структуры зуба (дисплазия дентина, раковидные зубы); K00.59 — наследственные нарушения структуры зуба неуточнённые; </p> <p> K00.6 — нарушения прорезывания зубов K00.60 — нательные (прорезавшие к моменту рождения) зубы; K00.61 — неонатальные (у новорождённого, прорезавшиеся преждевременно) зубы; K00.62 — преждевременное прорезывание (раннее прорезывание); K00.63 — задержка (персистентн;ая) смены первичных (временных) зубов; K00.64 — позднее прорезывание; K00.65 — преждевременное выпадение первичных (временных) зубов; K00.68 — другие уточнённые нарушения прорезывания зубов; K00.69 — нарушение прорезывания зубов неуточнённые; </p> <p> K00.7 — синдром прорезывания зубов K00.8 — другие нарушения развития зубов K00.80 — изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие несовместимости групп крови; K00.81 — изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие врождённого порока билиарной системы; K00.82 — изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие порфирии; K00.83 — изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие применения тетрациклина; K00.88 — другие уточнённые нарушения развития зубов; </p> <p> K00.9 — нарушение развития зубов неуточнённые </p> <p> Задание 29. Вопрос для собеседования. Перечислите медицинские документы, оформляемые пациенту на стоматологическом приеме <i>Эталон ответа:</i> 1. Медицинская карта. 2. Согласие на обработку персональных данных. 3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012г. №1177н9 . 4. Анкета здоровья пациента. 5. Анкета эпидемиологического анамнеза (COVID-19). 6. Информация о возможности получения услуги в рамках программы государственных гарантий. 7. Договор на оказание платных медицинских услуг. 8. План лечения. 9. Информированное добровольное согласие пациента на различные виды медицинских вмешательств. 10. Отказ пациента от медицинского вмешательства. </p>
--	--	--

		<p>11. Памятка о товарах, работах, услугах. 12. Акт об оказанных услугах. Задание 3. Вопрос для собеседования. Определение понятия «Медицинская карта» <i>Эталон ответа:</i> Медицинская карта — это документ, который служит документальным доказательством проведённого лечебно-диагностического и реабилитационного процесса. Задание 31. Вопрос для собеседования. Варианты оформления медицинской карты <i>Эталон ответа:</i> Медицинская карта может быть оформлена следующим образом: - на бумажном носителе; - на электронном носителе (с электронно-цифровой подписью врача и пациента); - на бумажном и электронном носителе Задание 32. Вопрос для собеседования. Сроки хранения медицинских карт. <i>Эталон ответа:</i> Срок хранения медицинских карт стоматологических пациентов составляет 25 лет. Медицинская карта является собственностью медицинской организации и хранится в специально выделенном помещении. Задание 33. Вопрос для собеседования. Структура плана лечения <i>Эталон ответа:</i> 1. Перечень оказываемых медицинских услуг. 2. Этапы оказания медицинских услуг. 3. Стоимость оказываемых медицинских услуг. 4. Сроки оказания медицинских услуг. 5. Дополнительная информация об услугах. 6. Возможность оказания дополнительных медицинских услуг. 7. Альтернативный план лечения. 8. Отказ от альтернативного плана лечения. 9. Возможность изменения перечня медицинских услуг. 10. Возможность изменения стоимости медицинских услуг. Задание 34. Вопрос для собеседования. Адентия. Классификация, этиология, клиника, методы диагностики. <i>Эталон ответа:</i> Адентия – отсутствие зуба или группы зубов. Существует 3 вида адентии, согласно количеству недостающих зубов: до 5 единиц – частичная; от 5 до 15 – множественная; 0 – полная. Причины адентии не установлены. Уменьшенное число зубов расценивают как реакцию зубочелюстной системы у современного человека и ее приспособление к новым функциональным потребностям. Полагают, что уменьшение по сравнению с нормой количества зубов связано с нарушениями закладки зачатков или с их гибелью в периоде эмбрионального развития, чему могут способствовать болезни, перенесенные матерью во время беременности. В постэмбриональном периоде могут иметь значение инфекционные болезни, перенесенные ребенком, нарушения обмена веществ, в основном солевого при дисфункции желез внутренней секреции, авитаминозе.</p>
--	--	--

	<p>Диагностика адентии включает в себя сбор анамнеза, клинический осмотр, сопоставление хронологического возраста с зубным, пальпаторное обследование. При наличии локального дефекта по истечении сроков прорезывания зуба для уточнения диагноза обычно используется прицельная внутриротовая рентгенография. В случае множественной или полной адентии проводится панорамная рентгенография или ортопантомография, при необходимости рентгенография или КТ височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>Задание 35. Вопрос для собеседования. Сверхкомплектные зубы. Клиника, диагностика. <i>Эталон ответа:</i> Сверхкомплектные зубы (гипердонтия) – одна из разновидностей аномалии числа зубов, характеризующаяся увеличением их количества. Сверхкомплектные зубы, как правило, имеют неправильную долотообразную, коническую или шишковидную форму. Размеры их коронок и корней уменьшены. При залегании зачатков сверхкомплектных зубов между резцами коронки и корни последних отклоняются от центральной продольной оси. При медиальном смещении корней и латеральном наклоне коронок возникает промежуток между резцами – диастема. При латеральном смещении корней наблюдается нарушение развития и прорезывания боковых резцов, клыков. Если сверхкомплектные зубы находятся перед резцами, последние прорезываются в небном направлении. И наоборот, залегание зачатков дополнительных зубов за зачатками комплектных приводит к вестибулярному смещению резцов. Если сверхкомплектный зуб блокирует прорезывание комплектного, отмечается ретенция. Диагностика гипердонтии включает анализ данных клинического осмотра и результатов рентгенографии.</p> <p>Задание 36. Вопрос для собеседования. Макродентия, микродентия. Определение, диагностика <i>Эталон ответа:</i> Макродентия – увеличение размеров зубов в сравнении со среднестатистической нормой. Могут быть нарушены размеры резцов, преимущественно верхних. Увеличение размеров зубов обнаруживается визуально, степень увеличения определяют сравнением результатов измерения с параметрами в соответствующих таблицах. <i>Микродентия</i> – уменьшение размеров зубов по сравнению со среднестатистическими показателями. Могут быть уменьшены размеры всех зубов, но, как правило, отдельных. Наиболее часто встречается аномалия вторых верхних резцов. Резко выраженная микродентия диагностируется визуально, степень уменьшения определяют сравнением результатов измерения с параметрами в соответствующих таблицах.</p> <p>Задание 37. Вопрос для собеседования. Аномалии положения зубов. Классификация. <i>Эталон ответа:</i> Положение зуба, не соответствующее оптимальному местоположению его в зубном ряду, диагностируется как аномалия положения. Аномалии положения зубов: вестибулярное (наружное положение зуба); оральное (внутреннее положение зуба, язычное или небное);</p>
--	--

		<p>мезиальное (смещение зуба вперёд от средней линии); дистальное (смещение зуба назад от средней линии); супраположение (положение зуба ближе к десне по сравнению с остальными зубами в зубном ряду); инфраположение (зуб выдвинут); тортоаномалия (зуб повернут по продольной оси); транспозиция (зубы меняются местами).</p> <p>Задание 38. Вопрос для собеседования. Скученность зубов. Клиническая характеристика, диагностика</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Скученность зубов – патология зубных рядов, характеризующаяся тесным расположением зубов в результате имеющегося дефицита места. Вследствие сужения дуг зубы могут смещаться вестибулярно или орально, наклоняться, разворачиваться вокруг своей оси, налегать на коронки соседних зубов. Диагностика скученности зубов включает клинический осмотр, рентгенографию, биометрические измерения.</p> <p>Чаще скученность зубов выявляют во фронтальном отделе. При этом некоторые зубы (в большинстве случаев резцы) выталкиваются из зубного ряда, занимая щечное или оральное положение. Другие зубы наклоняются, разворачиваются вокруг своей оси, налегают на коронки соседних зубов. Форма зубной дуги в переднем отделе уплощается. Также у пациентов со скученностью зубов часто диагностируют воспалительные заболевания маргинальной десны и пародонта. Сужение зубных рядов становится причиной появления множественных кариозных дефектов.</p> <p>Задание 39. Вопрос для собеседования. Классификация скученности зубов</p> <p><i>Эталон ответа:</i> В стоматологии различают 4 степени скученности зубов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Легкая степень. Характеризуется равномерно тесным расположением зубов. Форма зубных дуг при легкой скученности зубов не нарушена. Дефицит места составляет меньше 3 мм. 2. Средняя степень. Клинически скученность зубов проявляется в изменении положения одного зуба (чаще резца). При этом может наблюдаться его щечное или оральное смещение, наклон, поворот вокруг своей оси. Расположение остальных зубов не нарушено. Дефицит места 3 мм. 3. Тяжелая степень. Характеризуется сочетанными изменениями формы зубной дуги, альвеолярного отростка. Фронтальный отдел при 3 степени скученности зубов уплощается. С зубного ряда выталкиваются 2 зуба. Дефицит места до 5 мм. 4. Очень тяжелая степень. Сужение зубных рядов сопряжено с недостатком апикального базиса. Формы зубных дуг уплощенные. С зубного ряда вытесняются 2 зуба, при этом все остальные зубы имеют неправильное положение. Дефицит места превышает 5 мм. <p>Задание 40. Вопрос для собеседования. Диастемы. Этиология, клиника, классификация</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Диастемой называют промежутки (величиной от 1 до 6 мм) между центральными резцами,</p>
--	--	--

		<p>наблюдающийся чаще на в/ч. Часто диастема сопровождается сильно развитой уздечкой верхней губы, прикрепляющейся к гребню альвеолярного отростка, где она соединяется с резцовым сосочком. Корни верхних центральных резцов бывают покрыты достаточной толщины костью или четко очерчиваются (как бы отделены друг от друга), при этом между ними образуется бороздка, в которую вплетается уздечка верхней губы. На рентгенограмме в области центральных резцов обычно выявляется широкий плотный небный шов. Иногда в переднем участке небный шов расщеплен и туда проникают волокна соединительной ткани уздечки верхней губы. Это истинная диастема. Она чаще всего наблюдается в интактном зубном ряду, имеет генетическую обусловленность.</p> <p>Под ложной диастемой понимают промежуток между центральными резцами, образовавшийся вследствие частичной адентии (чаще всего боковых резцов), аномалии формы и величины зубов, ретенции зубов и их расположения между корнями центральных резцов.</p> <p>Первый вид диастемы — латеральное отклонение короток центральных резцов при правильном расположении верхушек их корней. Причина — сверхкомплектные зубы. Второй вид диастемы — корпусное латеральное смещение резцов, то есть коронок и корней. Причина — адентия одного или двух боковых резцов, уплотнение костной ткани по срединному шву, низкое прикрепление уздечки верхней губы, наличие сверхкомплектных зубов. Третий вид диастемы — мезиальный наклон коронок центральных резцов и латеральное отклонение их корней.</p> <p>Задание 41. Вопрос для собеседования.</p> <p>Короткая уздечка верхней губы. Клиника, типы коротких уздечек верхней губы, лечение.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Уздечка верхней губы - это складка слизистой оболочки, разделяющая свод преддверия полости рта по средней линии. При короткой уздечке верхней губы основная причина обращения больных к врачу - эстетический недостаток: наличие диастемы между центральными резцами на верхней челюсти. Гораздо реже дети обращаются с жалобами на наличие воспалительно-дистрофических явлений в пародонте центральных резцов. Клинически в детском возрасте целесообразно выделять два типа коротких уздечек верхней губы.</p> <p>Первый тип - уздечка верхней губы толстая, мощная, треугольной формы и короткая. Нижний полюс ее вплетается в резцовый сосочек на небе или в межзубной сосочек между центральными резцами. При оттягивании верхней губы сосочек бледнеет или даже смещается, обнажая шейки зубов. В толще уздечки определяется плотный соединительно-тканной тяж, фиксированный к кости по средней линии. Подвижность верхней губы при этом несколько ограничена. Диастема при таком типе уздечки, как правило, широкая, свыше 3 мм. Иногда наблюдаются признаки воспаления десны и краевого пародонта вследствие постоянной травматизации десневого сосочка во время приема пищи.</p>
--	--	---

		<p>Второй тип - уздечка верхней губы короткая, тонкая, иногда прозрачная, в виде дубликатуры слизистой, которая прикрепляется к гребню альвеолярного отростка между центральными резцами. В этом случае нередко можно говорить не столько о короткой уздечке верхней губы, сколько о низком ее прикреплении с возникновением диастемы, а иногда и воспалительно-дистрофических заболеваний в пародонте. Диастемы при таком типе уздечки, как правило, неширокие - 2-3 мм.</p> <p>Существует несколько способов пластики короткой уздечки языка, которые зависят от ее вида. Поперечное рассечение уздечки языка в средней трети или отсечение уздечки языка от его нижней поверхности до полного освобождения кончика языка производят, если уздечка короткая, тонкая в виде дубликатуры слизистой. Затем, с помощью лигатуры язык максимально выдвигают вперед и кпереди, горизонтальную рану переводят в вертикальную и ушивают наглухо в передне-заднем направлении.</p> <p>Если уздечка языка короткая, толстая, мощная, а кончик языка фиксирован к тканям дна полости рта и малоподвижен, то в таком случае показана операция пластики короткой уздечки языка встречными треугольными лоскутами по Лимбергу (Z-пластика).</p> <p>Задание 42. Вопрос для собеседования. Классификация уздечек языка по Хорошилкиной. <i>Эталон ответа:</i> Классификация по Ф.Я.Хорошилкиной:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тонкие прозрачные, нормально прикрепленные к языку, но малой протяженности 2. Тонкие полупрозрачные, прикрепленные близко к кончику языка и малой протяженности. 3. Плотный короткий тяж, прикрепленный близко к кончику языка 4. Тяж уздечки выделяется, но сращен с мышцами языка 5. Тяж уздечки малозаметен, переплетается с мышцами языка. <p>Задание 43. Вопрос для собеседования. Особенности клиники и лечения мелкого преддверия полости рта. <i>Эталон ответа:</i> Преддверие полости рта считается мелким, если расстояние от основания десневых сосочков фронтальных зубов до переходной складки составляет менее 5 мм. Клинически, при аномально высоком прикреплении мягких тканей к альвеолярному отростку нижней челюсти во фронтальном отделе, определяется выраженное натяжение десны в области фронтальных зубов, что вследствие хронической травмы может привести к воспалению десневых сосочков, обнажению шеек или корней фронтальных зубов, на нижней челюсти, глубоким зубодесневым карманам.</p> <p>Перед оперативным вмешательством детям с аномалиями положения зубов и прикуса необходимо проконсультироваться с врачом-ортодонтом. При нормальном состоянии тканей периодонта и отсутствии патологии со стороны положения зубов и прикуса вестибулопластика не проводится, так как глубина</p>
--	--	--

		<p>преддверия у детей и прикрепленной десны с возрастом увеличиваются за счет роста альвеолярного отростка нижней челюсти в высоту.</p> <p>Существует множество методик проведения вестибулопластики и их модификаций «открытого» и «закрытого» типа, недостатком которых в большинстве случаев является высокая вероятность рецидива заболевания, вследствие грубого рубцевания мягких тканей.</p> <p>В детском возрасте чаще применяются методики вестибулопластики «закрытого» типа, при которых раны после углубления преддверия полости рта закрываются местными тканями: вестибулопластика с использованием встречных треугольных лоскутов по Лимбергу, V-пластика преддверия, вестибулопластика по Кручинскому-Артюшкевичу</p> <p>Задание 44. Вопрос для собеседования.</p> <p>Лечение ортодонтическими аппаратами. Несъемные аппараты.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Ортодонтические аппараты, корректирующие положение зубов по способу фиксации бывают двух видов: съемные и несъемные. Во время еды, чистки зубов, иногда на ночь съемный аппарат можно снимать, а несъемная аппаратура фиксируется на зубах на весь период лечения.</p> <p>С исторической точки зрения несъемные назубные ортодонтические аппараты и их системы можно подразделить на следующие:</p> <p>I. Коронковые (направляющая коронка Катца, аппарат Поздняковой, аппараты для лечения диастемы – Коркгауза и т.п.).</p> <p>II. Дуговые:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вестибулярные аппараты Энгля: <ol style="list-style-type: none"> а) стационарная дуга, б) расширяющая или экспансивная дуга, в) скользящая дуга, г) выскальзывающая дуга, д) дуга Энгля для межчелюстного вытяжения. 2. Вестибуло-оральные аппараты: <ol style="list-style-type: none"> а) балочный дуговой аппарат Симона. б) аппарат Айнсворта. в) аппарат Айзенберга-Гербста. 3. Эджуайз-техника: <ul style="list-style-type: none"> - стандартная, - страйт-уайер система по Эндрюсу и Александеру, - биопрогрессивная техника Риккетса, 4. Аппарат Джонсона (твин-арч-техника). 5. Аппарат Бегга (лайт-уайер-техника). 6. Небные (дуга Гожгариана или бюгель Сэтглина). <p>III. Мультибанд-техника.</p> <p>IV. Губной бампер.</p> <p>V. Бюгельные ортодонтические аппараты.</p> <p>Задание 45. Вопрос для собеседования.</p> <p>Лечение ортодонтическим аппаратами. Съемные аппараты.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Съёмные ортодонтические пластинки – пластинки из пластмассы с расширяющим винтом или</p>
--	--	--

пружиной, фиксирующими приспособлениями и дополнительными активными элементами. Пластинки фиксируют при помощи круглых или перекидных кламмеров (Шварца, Адамса и др.), аппараты активируют за счёт раскручивания винта, или растягивания пружины.

Виды:

1. Пластика Калвелиса для в/ч с пружиной Коффина и рукообразными пружинами, для дистального перемещения клыков.
2. Пластика Шварца с сагиттальным распилом, расширяющим винтом и стреловидными кламмерами. При раскручивании винта происходит равномерное расхождение обеих половин пластинки и её бока прилегающие к зубам оказывают на них давление, что способствует расширению зубного ряда.
3. Пластика с расширяющим винтом и протракционными пружинами для вестибулярного перемещения отдельных зубов.
4. Пластика Брюкля с двумя вестибулярными дугами, петли которых расположены около верхних центральных резцов и клыков. Предназначена для устранения диастем и трем.
5. Пластика с вестибулярной дугой и кламмерами применяется для устранения протрузии верхних фронтальных зубов и трем.
6. Пластика Шварца с секторальным распилом во фронтальном отделе или в боковых участках и расширяющим винтом. Предназначена для мезиодистального перемещения фронтальных или боковых зубов.

Задание 46. Вопрос для собеседования.

Ортодонтические аппараты (классификация).

Эталон ответа: По принципу действия:

1. Механически действующие
2. Функционально направляющие
3. Функционально действующие
4. Комбинированного действия

По способу и месту действия:

1. Одночелюстные
2. Одночелюстные, межчелюстного действия
3. Двучелюстные
4. Внеротовые
5. Сочетанные

По виду опоры:

1. Взаимодействующие (реципрокные)
2. Стационарные

По месту расположения:

1. Внутриворотные – опорные: Язычные, Небные
2. Вестибулярные
3. Внеротовые – головные: Лобно-затылочные, Теменно-затылочные
4. Сочетанные
5. Шейно – челюстные:
 - Верхненагубные
 - Нижненагубные
 - Подбородочные

		<ul style="list-style-type: none"> • Подчелюстные • Угловые <p>По виду конструкции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дуговые 2. Блочные 3. Каркасные 4. Каповые. <p>По принципу действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Механически действующие. 2. Функционально направляющие. 3. Функционально действующие. 4. Сочетанного действия. <p>По способу и месту действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Одночелюстные. 2. Одночелюстные межчелюстного типа действия 3. Двучелюстные. 4. Внеротовые. 5. Сочетанные. <p>По виду опоры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Взаимодействующие. 2. Стационарные. <p>По месту расположения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внутриротовые (оральные: небные, язычные). 2. Вестибулярные. 3. Внеротовые (головные: лобно-затылочные, теменно-затылочные). 4. Шейные: 5. Челюстные (верхне- и нижненагубные, подбородочные, подчелюстные, угловые). 6. Сочетанные. <p>По способу фиксации:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Несъемные. 2. Съемные. 3. Сочетанные. <p>По виду конструкций:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дуговые. 2. Пластиночные. 3. Блочные. 4. Каркасные <p>Задание 47. Вопрос для собеседования. Биомеханика перемещения зубов <i>Эталон ответа:</i> Основываясь на третьем законе Ньютона, при конструировании ортодонтического аппарата следует определять направление и величину его действующей силы, обозначаемой как активная сила F, а также направление и величину противодействующей силы, обозначаемой как реактивная сила R Направление активной (F) и реактивной (R) сил и их влияние на поступательное или вращательное перемещение тела. Известно, что любое сложное движение тела по плоскости представляет собой сумму двух простых движений: поступательного, возникающего при совпадении линий действия активной и реактивной сил, и вращательного, возникающего при несовпадении линий действия этих сил. Следует учитывать, что сила характеризуется тремя</p>
--	--	---

		<p>параметрами — величиной, линией действия и его направлением.</p> <p>Один из главных принципов биомеханики, использующийся в ортодонтии, — концепция центра сопротивления. Каждое свободное тело имеет точку, называемую центром масс. Если равнодействующая всех сил, приложенных к свободному телу, имеет линию действия, проходящую через центр масс, то тело перемещается вдоль этой линии поступательно без вращения. Однако зубы представляют дополнительную сложность, так как они не являются свободными телами, а закреплены неравномерно окружающим их периодонтом.</p> <p>В случае тела, перемещения которого ограничены, стоматологи используют точку, аналогичную центру масс, — центр сопротивления.</p> <p>Локализация центра сопротивления зуба зависит от длины и морфологии его корня, количества корней и количества поддерживающей костной ткани. И хотя точную локализацию центра сопротивления зуба определить довольно сложно, тем не менее, аналитические исследования показали, что центр сопротивления однокорневого зуба находится на $1/4$—$1/3$ расстояния от цементно-эмалевой границы до верхушки корня.</p> <p>Так же, как и для отдельного зуба, используются понятия “центр сопротивления группы зубов, зубных дуг и челюсти”.</p> <p>В ортодонтии основным определяющим моментом является сила, так как именно благодаря ей происходит перемещение зубов.</p> <p>Единицами измерения силы являются ньютоны (Н) или г (мм/с).</p> <p>Ортодонтическое лечение заключается в приложении сил к зубу.</p> <p>В зависимости от направления действующей силы перемещение зубов может быть:</p> <ul style="list-style-type: none">наклонно-вращательным;корпусным;ротационным. <p>Каждый тип перемещений является результатом действия различных по величине, направлению или точке приложения сил. Взаимосвязь между прилагаемой системой сил и типом перемещения описывает соотношение момент/сила.</p> <p>Соотношение момент/сила определяет тип перемещения или центр вращения.</p> <p>Кроме соотношения момент/сила, тип перемещения зуба определяется состоянием периодонтального прикрепления, так, уменьшение высоты альвеолярной кости приведет к изменению типа перемещения.</p> <p>Задание 48. Вопрос для собеседования.</p> <p>Ортодонтическая терапия. Миогимнастика и массаж как самостоятельное лечение и как вспомогательный метод при лечении ортодонтическими аппаратами.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Миогимнастика - целенаправленное воздействие на определенные группы мышц для изменения тонуса и функции, которое применяется как самостоятельный метод лечения (для детей с нарушениями</p>
--	--	---

		<p>основных функций, но безморфологических отклонений) или в сочетании с аппаратным методом (для детей со сформированными аномалиями).</p> <p>Урок лечебной миогимнастики состоит из трех частей (общей продолжительностью около 20 мин):</p> <ul style="list-style-type: none"> - вводной, состоящей из нескольких общегигиенических дыхательных упражнений; - основной, включающей специальные миотерапевтические упражнения; - заключительной, снижающей общую нагрузку и нормализующей состояние дыхательной и сердечно-сосудистой систем. <p>Основные принципы выполнения упражнений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - специальные упражнения должны выполняться перед зеркалом; - упражнения выполняются в медленном темпе, под контролем счета; - каждое упражнение выполняется не менее 10-12 раз; - упражнения должны выполняться ежедневно (2-3 раза - в зависимости от продолжительности комплекса); - после завершения урока ребенок должен испытывать легкое утомление; - гимнастика должна проводиться на протяжении не менее 3 мес. <p>Выбор и назначение того или иного комплекса упражнений осуществляет врач-ортодонт с учетом особенностей клиники аномалии. Одному пациенту одновременно могут быть назначены несколько комплексов, например для тренировки мышц, выдвигающих нижнюю челюсть и окружающих ротовое отверстие.</p> <p>Задание 49. Вопрос для собеседования.</p> <p>Осложнения при ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Осложнения в зависимости от вызвавшей их причины мы подразделяем на следующие группы:</p> <p>1. Осложнения, связанные с профессиональной лечебно-диагностической деятельностью врача и обусловленные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ошибками диагностики (неполное обследование, ошибочная постановка диагноза, неправильная трактовка результатов исследований и т. д.); - ошибками планирования лечения (отсутствие санации полости рта, неправильное определение показаний к удалению зубов, включение в план лечения нереальных или трудно выполнимых задач, неправильный выбор конструкции аппарата, отсутствие комплексности и т. д.); - ошибками реализации плана лечения (неправильная установка брекетов, форсированное перемещение зубов путем приложения больших сил, чрезмерное повышение высоты прикуса, несоблюдение последовательности этапов лечения, нарушение правил и сроков активации, необоснованное удаление зубов и т. д.); - неправильным ведением ретенционного периода (ошибочный выбор конструкции ретенционного аппарата, несоблюдение сроков продолжительности ретенционного периода, отсутствие мероприятий по достижению множественных фиссурно-бугорковых контактов,
--	--	--

		<p>отсутствие рентгенологического контроля результатов лечения и т. д.);</p> <ul style="list-style-type: none"> - ошибками технического характера (дефекты изготовления аппаратуры, использование некачественных и несертифицированных материалов и др.). <p>2. Осложнения, обусловленные неадекватным отношением пациента к лечению:</p> <ul style="list-style-type: none"> - несоблюдением правил гигиены полости рта и ухода за аппаратом; - несоблюдением режима пользования аппаратом и небрежным обращением с ним; - нарушением сроков явки на прием и несоблюдением рекомендаций врача; - необоснованным прекращением лечения без ведома врача. <p>3. Осложнения, обусловленные индивидуальными особенностями организма:</p> <ul style="list-style-type: none"> - невозможностью полной адаптации к аппарату в связи с несовершенством адаптационных механизмов; - плохой приспособляемостью пациента; - склонностью к аллергическим реакциям на пластмассу и другие материалы. <p>Особого внимания заслуживают ошибки, не имеющие непосредственного отношения к возникновению осложнений, но несущие опасность утраты доверия к врачу и возникновения конфликтных ситуаций. Эти ошибки касаются ведения документации, в частности медицинской карты стоматологического больного. Наиболее частыми ошибками подобного характера являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - отсутствие записи о направлении пациента на рентгенологическое или другое исследование; - отсутствие описания результатов рентгенологического и других исследований; - отсутствие записи об отказе пациента в проведении дополнительного обследования; - сокращения специальных терминов, слов и фраз; - отсутствие диагноза; - незаполненная зубная формула; - наличие исправлений и записей, сделанных задним числом. <p>Задание 50. Вопрос для собеседования. Перечислите на 3 основных вида ортодонтические аппараты</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Профилактические – предназначены для предотвращения формирования деформаций зубных рядов и нормализации функций зубочелюстной системы.</p> <p>2. Лечебные – для устранения сформированных зубочелюстных аномалий.</p> <p>3. Ретенционные – для закрепления достигнутых результатов и предупреждения развития рецидивов.</p> <p>Задание 51. Вопрос для собеседования. Характеристика аппаратов механического действия.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Характеризуются тем, что сила их действия заложена в конструкции самого аппарата и источником силы является активная часть аппарата: упругость вестибулярной дуги, пружины, эластичность резиновой тяги и лигатур, сила, развиваемая винтом и т.п.</p>
--	--	---

		<p>Задание 52. Вопрос для собеседования. Характеристика аппаратов функционального действия. <i>Эталон ответа:</i> Особенностью этой группы аппаратов является отсутствие в их конструкции активно действующих элементов. Лечебное действие этих аппаратов заключается в нормализации функции мышц челюстно-лицевой области, устранении вредных привычек и т. д.</p> <p>Задание 53. Вопрос для собеседования. Характеристика аппаратов функционально – направляющего действия. <i>Эталон ответа:</i> Основная особенность этой группы аппаратов состоит в том, что они не содержат источника внешней силы, а их действие осуществляется за счет целенаправленной передачи силы сокращения жевательных мышц на определенный участок зубного ряда. При этом другие участки, наоборот, разгружаются. Аппараты этой группы действуют прерывисто, т. е. только в момент смыкания зубных рядов. Обязательным элементом этих аппаратов является наклонная плоскость или накусочные площадки, с помощью которых создается повышенная нагрузка на определенную группу зубов. Сила сокращения жевательных мышц регулируется рецепторами пародон-та. При чрезмерной нагрузке зубов возникают болевые ощущения в периодонте, поэтому сокращение мышц рефлекторно ослабляется или прекращается. В процессе пользования аппаратами этой группы зубы, испытывающие повышенные нагрузки, "внедряются" (если применяются площадки) или одновременно отклоняются в горизонтальной плоскости и "внедряются" (если применяется наклонная плоскость). Разобщенные зубы (не испытывающие нагрузок) постепенно выдвигаются навстречу друг другу. Действие аппарата прекращается тогда, когда возникают множественные контакты на зубах.</p> <p>Задание 54. Вопрос для собеседования. Характеристика аппаратов комбинированного действия. <i>Эталон ответа:</i> Конструктивной особенностью аппаратов этой группы является сочетание в них принципа действия функционально направляющей аппаратуры с элементами механического действия.</p> <p>Задание 55. Вопрос для собеседования. Фиксирующие элементы ортодонтических аппаратов <i>Эталон ответа:</i> Одним из наиболее распространенных способов фиксации съемных ортодонтических аппаратов и зубных протезов является использование фиксирующих приспособлений, к которым относят:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Кламмеры. 2.Коронки или кольца. 3.Каппы. 4. Комбинированную фиксацию по М.А.Нападову (дентоальвеолярную или зубодесневую). <p>Задание 56. Вопрос для собеседования. Функционально-направляющие элементы ортодонтических аппаратов. <i>Эталон ответа:</i> К функционально-направляющим элементам относятся: -наклонная плоскость;</p>
--	--	--

		<p>-накусочная площадка; -окклюзионные накладки; -наклонно – накусочная площадка, -направляющие петли.</p> <p>Задание 57. Вопрос для собеседования. Наклонная плоскость (определение). <i>Эталон ответа:</i> Наклонная плоскость – это функционально-направляющий элемент изменяющий положение нижней челюсти относительно верхней.</p> <p>Задание 58. Вопрос для собеседования. Накусочная площадка (определение). <i>Эталон ответа:</i> Накусочная площадка – это функционально-направляющий элемент предназначенный для усиления давления на зубы и альвеолярный отросток во фронтальном участке и разобщения прикуса в боковых участках, то есть для коррекции прикуса по высоте.</p> <p>Задание 59. Вопрос для собеседования. Окклюзионные накладки (определение). <i>Эталон ответа:</i> Окклюзионные накладки– это функционально-направляющий элемент применяемый для усиления давления на зубы и альвеолярный отросток в боковых участках и разобщения прикуса во фронтальном участке, корректируя таким образом высоту прикуса.</p> <p>Задание 60. Вопрос для собеседования. Функционально-действующие элементы ортодонтических аппаратов. <i>Эталон ответа:</i> К функционально-действующим элементам относятся: губные пелоты, щечные щиты.</p> <p>Задание 61. Вопрос для собеседования. Ортодонтические винты: определение, виды. <i>Эталон ответа:</i> Ортодонтический винт – это фабрично изготовленный механически действующий элемент, который является составной частью ортодонтического аппарата.</p> <p>В зависимости от цели применения и конструктивных особенностей ортодонтические винты подразделяют на 3 группы:</p> <p>1 группа – винты для перемещения отдельных или групп зубов.</p> <p>2 группа – винты для нормализации формы зубного ряда: а) для симметричного двустороннего расширения или сужения, б) равномерного симметричного удлинения, в) неравномерного расширения – радиального действия (расширение фронтального участка симметричное и несимметричное), г) одновременного расширения и удлинения (равномерного и неравномерного; симметричного и асимметричного).</p> <p>3 группа – для нормализации прикуса.</p> <p>По размерам различают винты: стандартные, средние, универсальные, микровинты и супермикровинты.</p> <p>Задание 62. Вопрос для собеседования. Вестибулярные дуги, виды. <i>Эталон ответа:</i> Вестибулярные дуги применяют как для исправления положения отдельных или групп зубов, так и в качестве фиксирующих элементов.</p>
--	--	---

	<p>Обычная вестибулярная дуга– может служить фиксирующим элементом, применяется для изменения наклона фронтальных зубов (перемещает их в оральном направлении) и для задержки роста фронтального участка челюсти.</p> <p>Существует несколько разновидностей вестибулярных дуг.</p> <p>Многосвязная вестибулярная дуга– применяется для более корпусного перемещения фронтальных зубов в оральном направлении.</p> <p>Вестибулярная дуга с давящей петлей (горизонтальной или вертикальной на один из зубов)– применяется при вестибулярном расположении одного из фронтальных зубов</p> <p>Вестибулярная дуга с М-образными изгибами в области клыков применяется для исправления вестибулярного расположенного клыка при условии наличия места в зубной дуге.</p> <p>Вестибулярная дуга с М-образными изгибами посередине применяется для лечения диастемы.</p> <p>Вестибулярная дуга с одним полукруглым изгибом – применяется для латерального перемещения резцов, устранения асимметричной диастемы (которая обусловлена неправильным расположением одного из резцов), перемещения латерального резца на место удаленного центрального, для дистального перемещения клыков или премоляров. Свободный конец дуги заканчивается крючком, который охватывает зуб, подлежащий перемещению.</p> <p>Задание 63. Вопрос для собеседования.</p> <p>Оральные дуги, назначение, виды</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Изготавливают оральные дуги, которые еще называют лингвальными (на нижней челюсти) и небными (на верхней челюсти). Их применяют как для вестибулярного перемещения фронтальных зубов, так и для фиксации ортодонтических аппаратов, и с целью ретенции результатов, достигнутых во время активного ортодонтического лечения.</p> <p>Оральную дугу применяют для фиксации ортодонтических аппаратов в области нижних фронтальных зубов и как составную часть регуляторов функций Френкеля I и II типов.</p> <p>Оральная дуга с одним полукруглым изгибом– также как и вестибулярная дуга с одним полукруглым изгибом и свободным концом, применяется для латерального перемещения резцов. Преимущество ее состоит в неприметности для окружающих.</p> <p>Оральная дуга с тремя полукруглыми изгибамиприменяется для устранения диастемы и трем между резцами.</p> <p>Задание 64. Вопрос для собеседования.</p> <p>Пружины для перемещения зубов, виды пружин.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Перемещение отдельных или групп зубов в вестибулярном и мезио-дистальном направлениях осуществляется с помощью пружин. Пружины для вестибулярного перемещения зубов еще называют толкателями.</p> <p>Существует несколько видов пружин для перемещения зубов: пальцевидные, змеевидные, рукообразные пружины Калвелеса, пружины с завитком, Т- и П-видные рычаги и др.</p>
--	---

		<p>Сила, которую развивает пружина, зависит от ее длины, диаметра ортодонтической проволоки, количества изгибов и их ширины, а также упругих свойств ортодонтической проволоки. С увеличением диаметра проволоки и уменьшением длины действующего плеча, радиуса ли изгиба сила пружины увеличивается. Чаще всего применяют пружины с двумя полукруглыми изгибами.</p> <p>Задание 65. Вопрос для собеседования. Брекет-система, определение. <i>Эталон ответа:</i> Брекет-система (брекеты) – это сложные ортодонтические несъёмные конструкции (аппараты), для коррекции положения зубов человека при нарушениях прикуса, неровности зубного ряда.</p> <p>Задание 66. Вопрос для собеседования. Виды брекет-систем <i>Эталон ответа:</i> По материалам: 1. Металлические брекеты 2. Керамические брекеты 3. Сапфировые конструкции По месту фиксации брекет-системы 1. Вестибулярные (устанавливается на губную и щёчную поверхность зубов) 2. Лингвальные (устанавливается на язычную поверхность зубов) технику.</p> <p>По методике связывания дуги с брекетами: 1. Самолигирующие (безлигатурные) 2. Классические (лигатурные)</p> <p>Задание 67. Вопрос для собеседования. Перечислите брекет системы, получившие наибольшее распространение. <i>Эталон ответа:</i> В настоящее время наибольшее применение получили следующие системы: стандартная, Александера, Эндрюса, Хозунда, Риккетса, Рота, Гвида, Деймона которые отличаются конструктивными особенностями брекетов и их расположением в зависимости от угла наклона.</p> <p>Задание 68. Вопрос для собеседования. Виды ортодонтических дуг по форме сечения и материалу изготовления. <i>Эталон ответа:</i> По форме сечения: круглые, прямоугольные, квадратные. По материалу изготовления: Ni-Ti, CuNi-Ti, TMA, изделий из нержавеющей стали -SS.</p> <p>Задание 69. Вопрос для собеседования. Дайте определение понятия «элайнер» <i>Эталон ответа:</i> Элайнер — съёмный ортодонтический аппарат, представляющий собой специальные каппы на зубы из поликарбоната, используемые для коррекции неправильного расположения зубов в зубной дуге.</p> <p>Задание 70. Вопрос для собеседования. Перечислите этапы ортодонтического лечения <i>Эталон ответа:</i> 1. Нивелирование 2. Основной механики 3. Детализации 4. Ретенции</p> <p>Задание 71. Вопрос для собеседования.</p>
--	--	--

		<p>Ретенционный период ортодонтического лечения. Определение. <i>Эталон ответа:</i> Ретенционный период - завершающий этап ортодонтического лечения, при котором с помощью специальной аппаратуры (ретенционные каппы, пластины, позиционеры) происходит удержание зубов в достигнутом «идеальном» положении.</p> <p>Задание 72. Вопрос для собеседования. Цель использования ретенционных аппаратов. <i>Эталон ответа:</i> Ретенционные (удерживающие) ортодонтические аппараты предназначаются для удержания достигнутого лечебного эффекта до момента полной морфологической и функциональной перестройки, что является профилактикой рецидивов. Необходимость их применения связана с тем, что гистологические процессы восстановления инфинитивной костной ткани протекают гораздо медленнее, чем морфологическая и функциональная перестройка, которая достигнута в процессе активного периода ортодонтического лечения.</p> <p>Задание 73. Вопрос для собеседования. Виды ретенционных аппаратов. <i>Эталон ответа:</i> Ретенционные аппараты бывают съемными и несъемными. Съемными ретенционными аппаратами являются съемные пластиночные аппараты на верхнюю или нижнюю челюсть с пластмассовым базисом с кламмерами или без них. При необходимости в конструкции ретенционного аппарата добавляют вестибулярные дуги. Хорошие результаты так же дают назубные каппы из биопласта.</p> <p>Несъемные ретенционные аппараты представляют собой спаянные кольца, коронки или кольца с припаянными касательными балками. В некоторых случаях применяют промышленно изготовленные ретейнеры.</p> <p>Задание 74. Вопрос для собеседования. Ретенционные аппарат. <i>Эталон ответа:</i> В качестве ретенционных аппаратов могут использоваться лечебные пластиночные аппараты в неактивном состоянии. Так, М.А. Нападов (1968 г.) рекомендует оставить в полости рта ортодонтические аппараты в качестве ретенционных без дальнейшей активации после завершения активного периода ортодонтического лечения.</p> <p>В качестве ретенционных аппаратов используют эластомерные каппы, литые шинирующие бюгели, ретейнеры, адгезионные литые конструкции, брекет – системы с финишными дугами, композитные армированные ретенционные аппараты, ретенционные каппы.</p> <p>Задание 75. Вопрос для собеседования. Сроки ретенционного периода. <i>Эталон ответа:</i> Ретенционные аппараты устанавливаются на период от 2–х до 4 –х лет (не менее срока основного лечения).</p>
ПК-7	Задания закрытого типа	Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

		<p>Дифференциальную диагностику физиологической и патологической асимметрии зубных дуг можно провести по методике</p> <ul style="list-style-type: none">а) Нансеб) Герлахав) Шварцаг) Фусад) Хорошилкиной <p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Площадь неба изучают по методике</p> <ul style="list-style-type: none">а) Коркзаузеб) Снагинойв) Хаусаг) Герлахад) Шмута <p><i>Эталон ответа: а</i></p> <p>Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Величину молочных и постоянных зубов сопоставляют</p> <ul style="list-style-type: none">а) по методике Мичиганского университетаб) по Миргазизовув) по Долгополовойг) по Герлахуд) по Шварцу <p><i>Эталон ответа: а</i></p> <p>Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Недостаток места для неправильного расположения зубов выявляют</p> <ul style="list-style-type: none">а) по размеру зуба и места для него в зубной дугеб) по Нансев) по Миргазизовуг) по методике Мичиганского университетад) по данным рентгенографии <p><i>Эталон ответа: а</i></p> <p>Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Рентгенографию кистей рук делают</p> <ul style="list-style-type: none">а) для уточнения сроков окостененияб) для прогноза роста челюстейв) для сопоставления костного и зубного возрастаг) для изучения динамики роста организмад) для выяснения аномалий развития скелета <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить</p> <ul style="list-style-type: none">а) возможности роста челюстейб) форму и размер суставных головокв) характер движения суставовг) размеры суставной щелид) форму и размер суставного диска <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Ортопантограммы челюстей делают</p> <ul style="list-style-type: none">а) для определения количества и расположения зубовб) для изучения строения лицевого отдела черепав) для прогноза роста челюстейг) для изучения динамики роста челюстей
--	--	---

		<p>д) для определения показаний к удалению зубов <i>Эталон ответа: а</i></p> <p>Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ. В основе построения симптоматического ортодонтического диагноза лежит</p> <p>а) характер смыкания зубных рядов б) этиология зубочелюстных аномалий в) морфологические отклонения в строении лицевого отдела черепа г) функциональные нарушения д) эстетические нарушения <i>Эталон ответа: а</i></p> <p>Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Симптоматический диагноз - это</p> <p>а) установление вида прикуса б) определение функциональных нарушений в) характеристика строения челюстей и их взаимоотношения г) эстетические нарушения д) сопутствующие стоматологические нарушения <i>Эталон ответа: а</i></p> <p>Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ Топико-морфометрическая диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий базируется</p> <p>а) на изучении соотношения зубных дуг б) на изучении размера и положения частей лицевого отдела черепа в) на выявлении нарушений функций зубочелюстной системы г) на определении сопутствующих стоматологических и общесоматических заболеваний д) на уточнении характера эстетических нарушений <i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ Симптоматический диагноз отличается от</p> <p>а) дифференциального б) выявлением характера смыкания сегментов зубных дуг в) определением вида прикуса г) локализацией зон морфологических отклонений в строении зубочелюстной системы д) определением функциональных и эстетических нарушений е) характеристикой строения лицевого отдела черепа <i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ Определение степени тяжести заболевания</p> <p>а) достаточно по характеристике диагноза б) требует дополнительного изучения по специальным методикам в) не требует дополнительного изучения по специальным методикам г) возможно на основании рентгенологических исследований д) возможно на основании биометрических исследований <i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ Окончательный диагноз устанавливается</p>
--	--	--

		<p>а) на основании клинических данных б) после анализа данных клинических и лабораторных исследований в) на основании симптоматического диагноза с дополнительной характеристикой функциональных и эстетических нарушений г) на основании симптоматического, топографического, морфологического диагнозов д) на основании симптоматического, топографического, этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных и эстетических нарушений</p> <p><i>Эталон ответа:б</i></p> <p>Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу в области боковых зубов верхней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги</p> <p>а) припаивают на вестибулярной поверхности б) припаивают на небной поверхности в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности г) место припаивания не имеет значения д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)</p> <p><i>Эталон ответа:б</i></p> <p>Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу в области боковых зубов нижней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги</p> <p>а) припаивают на вестибулярной поверхности б) припаивают на небной поверхности в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности г) место припаивания не имеет значения д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)</p> <p><i>Эталон ответа:а</i></p> <p>Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ Для устранения смещения нижней челюсти в сторону шапочку с подбородочной пращей и внеротовой резиновой тягой</p> <p>а) можно применять с вертикальной тягой б) можно применять с горизонтальной тягой в) можно применять с косой тягой г) можно применять с любой тягой д) применять не рекомендуется</p> <p><i>Эталон ответа:д</i></p> <p>Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ Асимметрия лица у больных с гнатической формой перекрестного прикуса усиливается в возрасте</p> <p>а) 3-6 лет б) 6-7 лет в) 10-11 лет г) 15-16 лет д) после 20 лет</p> <p><i>Эталон ответа:б</i></p> <p>Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ При ношении бионатора величина разобщения в переднем участке</p> <p>а) без разобщения б) составляет 2-3 мм</p>
--	--	---

		<p>в) составляет до 5 мм г) составляет более 5 мм д) не имеет значения <i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ Применение бионатора показано а) во временном прикусе б) в раннем смешанном прикусе в) в позднем смешанном прикусе г) в постоянном прикусе д) в любом периоде формирования прикуса <i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ Применение регулятора функции I типа показано а) при дистальном блокирующем прикусе б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти в) при мезиальном прикусе г) при перекрестном прикусе д) при прямом прикусе <i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ Применение регулятора функции II типа показано а) при дистальном блокирующем прикусе б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти в) при мезиальном прикусе г) при перекрестном прикусе <i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ Применение регулятора функции III типа показано а) при дистальном блокирующем прикусе б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти в) при мезиальном прикусе г) при перекрестном прикусе д) при открытом прикусе <i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ Место припаивания опорных трубок для дуг Энгля а) находится на расстоянии 2 мм от жевательной поверхности б) находится на уровне экватора зуба в) находится на расстоянии 2 мм от десневого края г) не имеет значения д) зависит от вида прикуса <i>Эталон ответа: г</i></p> <p>Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ Место припаивания штанги для дистального перемещения клыков а) находится ближе к мезиальной поверхности коронки б) находится ближе к дистальной поверхности коронки в) находится посередине коронки г) не имеет значения д) зависит от вида прикуса <i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ</p>
--	--	--

		<p>Нижняя граница штанги для дистального перемещения клыков</p> <p>а) находится ниже режущего бугра б) находится на уровне режущего бугра в) находится выше уровня режущего бугра г) не имеет значения д) зависит от вида прикуса</p> <p><i>Эталон ответа: в</i></p>
	<p>Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования</p>	<p>Задание 1</p> <p>В клинику стоматологии детского возраста обратилась девочка Оля С., 7 лет. Пришла на прием с мамой, со слов которой было выяснено, что у ребенка имеется вредная привычка закусывать верхнюю губу в состоянии покоя. При осмотре выявлено, что верхняя губа западает, а нижняя красная кайма губы широкая, при разговоре виден нижний фронтальный участок.</p> <p>1. Дайте совет маме, ребенку по ликвидации вредной привычки. 2. Какие миофункциональные аппараты показаны в данном случае? 3. Составьте план лечения. 4. Назовите диспансерную группу.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Отучить ребенка от вредной привычки, проводить миогимнастику для круговой мышцы рта, также мышц поднимающих и смещающих нижнюю челюсть латерально.</p> <p>2. Ортодонтические аппараты, задерживающие рост нижней челюсти, стимулирующий рост верхней челюсти, подбородочная праща, расширяющий и удлиняющий верхнечелюстной аппарат.</p> <p>3. Устранение вредных привычек, санация полости рта и носоглотки, миогимнастика, аппаратное лечение, при необходимости хирургическое лечение, удаление молочных зубов, согласно срокам прорезывания постоянных зубов.</p> <p>4. 4 группа.</p> <p>Задание 2</p> <p>С жалобами на косметический дефект на прием к стоматологу обратился ребенок 7 лет. Из анамнеза выявлено, что имеет привычку обкусывать ногти. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица, выступающий подбородок. Со стороны полости рта несовпадение центральной линии по уздечкам и обратное перекрытие зубов верхней челюсти зубами нижней челюсти.</p> <p>1. Назовите причину заболевания. Укажите возможные нарушения прикуса. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план лечения. 4. Какие профилактические мероприятия необходимо проводить? 5. Назовите диспансерную группу.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Вредная привычка откусывать ногти. Вертикальная резцовая дизокклюзия, передняя перекрестная окклюзия, обратная резцовая окклюзия.</p> <p>2. Обратная резцовая окклюзия 21,31,32, одностороннее сужение верхнего зубного ряда, передняя перекрестная окклюзия.</p> <p>3. Устранение вредной привычки, аппаратное лечение, при необходимости хирургическое лечение, удаление молочных зубов.</p>

4. Миогимнастика, своевременное устранение вредных привычек, избирательное шлифование молочных зубов.

5. 4 группа.

Задание 3

Пациентка С. 13 лет обратилась с жалобами на неправильное положение зубов в переднем отделе верхней челюсти и эстетические нарушения. При осмотре полости рта выявлено смыкание первых постоянных моляров, соответствующее I классу по Энгля. Резцы смыкаются режущими краями. Клыки верхней челюсти находятся в вестибулярном и супраположении. На нижнем зубном ряду видимых нарушений не обнаруживается. Опишите признаки смыкания первых постоянных моляров по I классу Энгля. Как называется аномалия окклюзии в переднем отделе? Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести такому пациенту и зачем? Какие элементы должен иметь в своей конструкции съемный ортодонтический аппарат для лечения данной аномалии? Какой режим активации механически-действующих элементов этого аппарата?

Эталон ответа: Смыкание первых постоянных моляров по I классу Энгля характеризуется расположением переднего щечного бугорка верхнего первого моляра в поперечной межбугорковой фиссуре нижнего первого моляра. Прямая резцовая окклюзия. Антропометрические методы (метод Корхауза), методы лучевой диагностики (ортопантомография челюстей и телерентгенография головы в боковой проекции). Винт. 2 раза в неделю.

Задание 4

Родители пациента К. 8 лет обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости в лечении. При осмотре полости рта определяется скученное положение резцов нижней челюсти, центральные резцы повернуты по оси, боковые – находятся в язычном положении. Между центральными резцами верхней челюсти имеется промежуток 3 мм и они при смыкании с резцами нижней челюсти полностью их перекрывают с вестибулярной стороны. Назовите аномалию окклюзии во фронтальном отделе. Назовите аномалию верхнего зубного ряда в области передних зубов. Каковы этиологические факторы нарушения положения резцов нижней челюсти? С чем необходимо дифференцировать данные аномалии? Какие методы дополнительной диагностики необходимо провести?

Эталон ответа: Глубокая резцовая окклюзия. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1. Короткая уздечка языка, вредные привычки. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1 может встречаться как самостоятельная аномалия и как следствие наличия сверхкомплектного зуба. Антропометрические методы диагностики и методы лучевой диагностики.

Задание 5

При осмотре лица пациента Р., 9 лет, определяется выпуклый профиль, скошенный подбородок, выраженная надподбородочная складка и смыкание резцов верхней челюсти с нижней губой. Какой аномалии характерны лицевые признаки данного пациента? Какие методы

объективной диагностики необходимо провести для определения обусловленности аномалии. Какие принципы планирования лечения таких пациентов? Какие авторские ортодонтические аппараты используются для лечения данной аномалии? Каковы профилактические мероприятия по предотвращению возникновения или развития данной аномалии необходимо проводить?

Эталон ответа:

Дистальная окклюзия. Антропометрические методы (метод Пона, Коркхауза, индекс Тонна), лучевые методы диагностики (телерентгенография головы в боковой проекции). Функциональные методы лечения в сочетании с лечебной гимнастикой. Аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии, аппарат Андрейзена-Гойпля. Естественное вскармливание, профилактика вредных привычек.

Задание 6

Пациентка А., 8 лет. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту. Между 11 и 21 зубами диастема = 4 мм; на рентгенограмме между корнями 11 и 21 зубов — зачаток сверхкомплектного зуба.

1. Дополнительно необходимо рентгенологическое исследование?
2. Последовательность лечения.
3. Рекомендуемая конструкция ортодонтического аппарата?

Эталон ответа: 1. Нет

2. Удаление сверхкомплектного зуба, ортодонтическое
3. Верхнечелюстная пластинка

Задание 7

Пациент 8 лет. Жалобы на неправильно расположенные зубы, эстетические нарушения. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту; тесное положение резцов на верхней челюсти; поворот по оси 11, 21; 12, 22 расположены небно. Индекс Тона = 1,33. Зубные ряды сужены.

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести в данном клиническом случае?
3. Какой метод необходимо применить для определения пропорциональности размеров резцов верхней челюсти и нижней челюсти?

Эталон ответа: 1. ОПТГ

2. Тона

Задание 8

Пациентка Р., 14 лет. Обратилась к врачу-ортодонту с жалобами на криво стоящие зубы. Анамнез: ОРВИ до 10 раз в год, частые отиты, аденоидные вегетации удалены в возрасте 9 лет, 36 зуб лечен по поводу осложненного кариеса в возрасте 11 лет. Объективно: долихоцефалическая форма головы, лицо симметричное пропорциональное, тип профиля прямой, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно. Величина открывания рта 28 мм, движения в височно-нижнечелюстных суставах не симметричные, отмечается девиация. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей, при глотании прокладывает язык между зубами. При смыкании зубов по сагиттали выявляется правильный фиссурно-бугорковый контакт, по

		<p>трансверзали вестибулярные бугры нижних жевательных зубов располагаются кнаружи от соответствующих бугров верхних зубов. Глубина резцового перекрытия 1/3 коронки, срединная линия не совпадает, сагиттальная щель до 4 мм. Верхний зубной ряд равномерно сужен в области премоляров и моляров, форма нижнего зубного ряда парабола. Отмечается скученность и протрузия верхних фронтальных зубов, 12 и 22 зубы различаются по форме и размеру. 2/3 жевательной поверхности 36 зуба покрыты пломбой, краевое прилегание нарушено, перкуссия болезненна. На прицельной рентгенограмме 36 зуба: дистальный канал заплом- 56 бирован на всем протяжении, мезиальные каналы не запломбированы, в области верхушки медиального корня разряжение костной ткани без четких границ в виде «язычков пламени» диаметром до 5 мм.</p> <p>1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз. 2. Перечислите современные методы придания правильной анатомической формы и размера зубу. 3. Составьте план ортодонтического лечения. 4. Назовите особенности гигиены полости рта ортодонтического пациента в ретенционном периоде при использовании несъемного ретейнера.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Перекрестная окклюзия, Сужение зубных рядов, протрузия верхних фронтальных зубов. Микроденития 22 зуба. Инфантильное глотание. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 36 зуба.</p> <p>2. Прямая адгезивная реставрация, виниры прямое и не прямое изготовление, металлокерамические и цельнокерамические коронки.</p> <p>3. Лечение при помощи несъемной ортодонтической техники, например Damon 3, без удаления зубов. Ретенционный период при помощи несъемного стекловолоконного ретейнера и съемного ретейнера – LM-активатор.</p> <p>4. При использовании несъемного ретейнера ухудшается самоочищение полости рта, обязательна чистка зубов после каждого приема пищи, с применением дополнительной монопучковой щетки или ершика, средства гигиены с противокариозными свойствами, обязательно применение ополаскивателя, использование ирригатора для очищения межзубных промежутков в связи с невозможностью процедуры флоссинга, профессиональная гигиена раз в 3 месяца.</p> <p>Задание 9</p> <p>Больная 38 лет, обратилась с жалобами на нарушение фонетики и чувство тошноты при ношении съемного протеза на верхнюю челюсть. Из анамнеза: 2 года носит съемный протез. Хронические соматические заболевания отрицает. Объективно: лицо обычной конфигурации О О Прикус - ортогнатический. 11 изменен в цвете, на небной поверхности глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта, зондирование, перкуссия безболезненны. На внутриротовой рентгенограмме 11 бб отмечается наличие округлого дефекта коронки, полость зуба и корневой канал свободны, очаг деструкции округлой формы с четкими контурами размерами до 3 мм. Альвеолярный отросток во фронтальном отделе верхней челюсти средней высоты и</p>
--	--	--

		<p>ширины. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, увлажнена.</p> <p>1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз. 2. Перечислите показания и противопоказания к применению имплантатов в данном случае. Какой вид имплантатов показан в данном случае? 3. Проведите необходимые дополнительные исследования. 4. Опишите последовательность действий при лечении 11. Перечислите возможные ошибки и осложнения. 5. Выберите материал для изготовления эстетичных коронок на имплантатах. Перечислите особенности изготовления таких коронок. Нужно ли связывать коронки между собой и соседними зубами?</p> <p><i>Эталон ответа:</i></p> <p>1. Вторичная частичная адентия верхней челюсти 4 класс по Кеннеди. Хронический гранулематозный периодонтит 11.</p> <p>2. Отсутствие зубов: отсутствие одного зуба во фронтальном отделе наличие ограниченных включенных дефектов зубных рядов, наличие концевых двусторонних или односторонних дефектов зубного ряда в отсутствие 3 зубов и более, полного отсутствия зубов, особенно при значительной атрофии альвеолярных отростков, непереносимость съемных протезов, недостаточная высота альвеолярного отростка, отсутствие индивидуальной непереносимости материала имплантата.</p> <p>3. Общий анализ крови, кровь на сахар, общий анализ мочи, кровь на свертываемость и др. Абсолютные противопоказания: хронические заболевания организма (туберкулез, ревматическая болезнь, сахарный диабет в стадии декомпенсации, стоматиты и др.), болезнь кроветворных органов, заболевание центральной и периферической нервной системы, злокачественные опухоли. Относительные противопоказания: генерализованный пародонтит, предраковые заболевания, заболевание височно-нижнечелюстного сустава, бруксизм, патологический прикус. Показаны цилиндрические имплантаты.</p> <p>4. При лечении 11 необходимо провести препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, медико-инструментальную обработку корневого канала, расширение с созданием апикального уступа, высушивание, пломбирование до верхушечного отверстия (допустимо выведение в периапикальные ткани биосовместимых препаратов), восстановление анатомической формы пломбировочным материалом. Ошибки: отлом инструмента в канале, перфорация стенки корня, обострение хронического периодонтита вследствие выталкивания гнилых масс заапикально. Послепломбировочные боли.</p> <p>5. Желательно изготовить коронки из фарфора, металлокерамики или металлокомпозита, связывать между собой и с соседними зубами не следует, т.к. при достаточно выраженном альвеолярном отростке достаточно опоры на имплантат.</p> <p>Задание 10</p> <p>У участкового стоматолога на диспансерном учете состоит ребенок с врожденной полной односторонней расщелиной</p>
--	--	---

		<p>верхней губы, твердого и мягкого неба. Из анамнеза матери: на восьмой недели беременности болела гриппом, последние 5 лет работала на заводе биомедпрепаратов, жилищные условия удовлетворительные, вредные привычки отсутствуют, хронические заболевания не выявлены.</p> <p>1. Какие негативные факторы могли стать причиной уродства ребенка. 2. По какому типу может передаваться наследование данного заболевания. 3. Укажите объем и сроки хирургического вмешательства при данной патологии. 4. Послеоперационные осложнения, характерные для данной патологии. 5. Составьте план ортодонтического лечения.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Эндогенные, экзогенные. 2. Доминантному, рецессивному. 3. Проведение пластики верхней губы в возрасте 4 - 6 месяцев с использованием методов линейных, треугольных, четырехугольных кожных лоскутов. Ранняя пластика неба (по показаниям в 3 - 4 года) при одновременном ортодонтическом лечении. Оптимальный возраст для хирургического лечения расщелин неба 6 - 7 лет, так как ранние операции на твердом небе способствуют задержке роста верхней челюсти. Полную коррекцию кожно-хрящевого отдела носа следует осуществлять в 14-16 лет. 4. Рубцы губы оказывают избыточное давление на альвеолярный отросток, вызывая уплощение переднего отдела альвеолярной части верхней челюсти. Частыми послеоперационными осложнениями при уранопластике, является расхождение краев раны на границе твердого и мягкого неба. Короткое малоподвижное небо, грубые послеоперационные рубцы следует рассматривать как осложнение. 5. Лечение комплексное в специализированном центре с участием врача челюстнолицевого хирурга, врача-ортодонта, логопеда. Диспансерное наблюдение.</p> <p>Задание 11</p> <p>Пациент О., 13 лет. Обратился к ортодонту с жалобами на «кривые» передние зубы. Из анамнеза: искусственное вскармливание с 2 мес., сосание пустышки до 3 лет.</p> <p>Объективно: правая и левая половины лица симметричны, высота нижней трети лица снижена, носогубные и подносовая складки сглажены, подбородочная складка выражена, тип профиля выпуклый, подбородок скошенный. Верхние фронтальные зубы наклонены вестибулярно, отмечается скученность нижних фронтальных зубов, оральный наклон. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, фронтальный отдел удлинен, форма нижнего зубного ряда трапеция, фронтальный отдел укорочен. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: бугорковое смыкание первых постоянных моляров справа и слева. Срединная линия между центральными зубами совпадает. Глубина резцового перекрытия 2/3. Сагиттальная щель 6 мм. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Функции дыхания, речи не нарушены, при глотании язык прокладывает между зубами.</p>
--	--	--

		<p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Неправильное искусственное вскармливание, длительное сосание пустышки, инфантильное глотание.</p> <p>2. Протрузия верхних фронтальных зубов, ретрузия, скученность нижних фронтальных зубов. Трапециевидный нижний зубной ряд. Дистальная окклюзия (2 класс 1 подкласс по Энгляю). Сагиттальная резцовая дизокклюзия. Глубокое резцовое перекрытие 2 степени. Инфантильное глотание.</p> <p>3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольнодиагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Аппаратурное лечение при помощи брекет-системы, при выявлении выраженного недостатка места показано удаление первых премоляров. Сочетание брекет-системы с применением ортодонтического трейнера для брекетов для устранения глубокого резцового перекрытия и выработки физиологичного навыка глотания. Регулярные миогимнастические упражнения для мышц языка для устранения инфантильного глотания.</p> <p>5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой щетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.</p> <p>Задание 12</p> <p>Пациент К., 9 лет. По результатам профилактического осмотра направлен к ЛОР-врачу и стоматологу-ортодонт. Из анамнеза: хронический синусит. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, лицо узкое, вытянутое, складки сглажены, подбородок скошен, губы смыкаются с напряжением. Между временными зубами плотные контакты. Скученность верхних фронтальных зубов, центральные резцы верхней челюсти в протрузии, узкое сводчатое небо, верхнечелюстной зубной ряд V-образной формы, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: слева и справа медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается между V и 6 нижними</p>
--	--	--

		<p>зубами. Срединная линия между центральными зубами совпадает. Глубина резцового перекрытия 1/3, сагиттальная щель 7 мм. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений. Привычное ротовое дыхание.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Хроническое нарушение носового дыхания.</p> <p>2. Скученность, протрузия верхних фронтальных зубов. Сужение (V-образное) верхнечелюстного зубного ряда. Дистальная окклюзия (2 класс 1 подкласс по Энгля). Сагиттальная резцовая дизокклюзия.</p> <p>3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольнодиагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. 75 ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Для обеспечения эффективности ортодонтического лечения необходимо устранение ЛОР-патологии и восстановление адекватного носового дыхания. Регулярный пальцевой массаж, употребление жестких овощей и фруктов для стимуляции роста альвеолярных отростков челюстных костей, миогимнастические упражнения для устранения дистальной окклюзии, миогимнастические упражнения для тренировки носового дыхания. Аппаратурное лечение: 1-й аппарат – небная пластинка с кламмерами Адамса в области 6-х зубов, вестибулярной дугой, расширяющим винтом и распилом по сагиттали. После достаточного расширения верхнего зубного ряда применение ортодонтического трейнера для 12-ти часового ношения до момента завершения формирования постоянного прикуса.</p> <p>5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств.</p> <p>Задание 13</p> <p>Ребенку 13 лет. Зубная формула на верхней челюсти : 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26. На нижней челюсти: 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35, ,36. II класс по ЭнгляЮ несоответствие 2,5 мм. Скученность зубов в переднем отделе верхней челюсти (дефицит места 4 мм). Торто</p>
--	--	--

		<p>положение 12,11,21,22 зубов. Суправестибулярное положение клыков на верхней челюсти. Глубокий прикус. Укажите план комплексного обследования и план лечения. <i>Эталон ответа:</i> 1. ОПТГ 2. Изучение диагностических моделей. 3. Аппарат на верхнюю челюсть для дистализации 16,15,14, 24,25,26. 4. Брекеты – система на обе челюсти.</p> <p>Задание 14 Ребенку 11 лет. Зубная формула на верхней челюсти : 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26. На нижней челюсти: 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35, 36. III класс по Энгля несоответствие 1,5 мм. Мезиальный прикус, щель по сагиттали 2 мм. Глубокое обратное перекрытие за счет небной окклюзии резцов верхней челюсти. Двойной прикус, ребенок может ставить зубки на зубки. Функциональная проба показала, что ребенок может ставить зубы на зубы и такое положение не приводит к функциональным нарушениям. Укажите план комплексного обследования и план лечения. <i>Эталон ответа:</i> 1. ОПТГ 2. Изучение диагностических моделей. 3. Аппарат на верхнюю челюсть с окклюзионными накладками с формированием нормального соотношения челюстей, змеевидными толкателями на верхние резцы. После исправления их положения брекет – система на обе челюсти.</p> <p>Задание 15 Ребенку 14 лет. Зубная формула на верхней челюсти : 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27. На нижней челюсти: 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37. I класс по Энгля. Суправестибулярное положение клыков на верхней челюсти (дефицит места до 1/3). Скученное положение зубов в переднем отделе обеих челюстей (дефицит 5 мм на каждой челюсти). Сужение верхнего и нижнего зубного ряда. Укажите план комплексного обследования. <i>Эталон ответа:</i> 1. Изучение ОПТГ 2. Изучение диагностических моделей. 3. После данных видов обследования решения вопроса о плане комплексного лечения.</p> <p>Задание 16 Пациентка А., 8 лет. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту. Между 11 и 21 зубами диастема = 4 мм; на рентгенограмме между корнями 11 и 21 зубов — зачаток сверхкомплектного зуба. 1. Последовательность лечения. 3. Какая конструкция ортодонтического аппарата рекомендуется для лечения данного пациента? 3. Какая пружина необходима в конструкции съемного ортодонтического аппарата? <i>Эталон ответа:</i> 1. Удаление сверхкомплектного зуба, ортодонтическое 2. Верхнечелюстная пластинка 3. Рукообразная</p> <p>Задание 17 Пациент Р., 6 лет. При осмотре полости рта — период прикуса молочных зубов, при глотании и речи язык располагается между резцами. Вертикальная щель - 5 мм. 1. Поставьте диагноз.</p>
--	--	--

2. Какие методы необходимы для полной диагностики нарушений системы?
3. Что необходимо использовать для устранения данной аномалии в конструкции аппарата?
4. С помощью чего можно регулировать функцию языка?

Эталон ответа: 1.Вертикальной резцовой дизокклюзии

2. Антропометрические, рентгенологические, функциональные

3. Заслонку для языка

4.С помощью заслонки

Задание 18

Пациент С., 10 лет. Жалобы на ассиметричное положение подбородка. При осмотре полости рта определена перекрестная окклюзия, смещение косметического центра.

1. С помощью какогоантропометрического метод можно определить симметричность зубных рядов?

2. С помощью чего можно выявить гнатическую форму перекрестной окклюзии?

3. С помощью чего можно выявить суставную форму перекрестной окклюзии?

Эталон ответа: 1.Хаулея-Гербера-Гербста

2. Телерентгенографии головы в прямой проекции

3. Аксиографии

Задание 19

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

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

Эталон ответа: Дистальная окклюзия.

Антропометрические методы (метод Пона, Коркхауза, индекс Тонна), лучевые методы диагностики (телерентгенография головы в боковой проекции).

Функциональные методы лечения в сочетании с лечебной гимнастикой. Аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии, аппарат Андрейзена-Гойпля. Естественное вскармливание, профилактика вредных привычек.

Задание 20

Пациентка С. 13 лет обратилась с жалобами на неправильное положение зубов в переднем отделе верхней челюсти и эстетические нарушения. При осмотре полости рта выявлено смыкание первых постоянных моляров, соответствующее I классу по Энгля. Резцы смыкаются режущими краями. Клыки верхней челюсти находятся в вестибулярном и супраположении. На нижнем зубном ряду видимых нарушений не обнаруживается. Опишите признаки смыкания первых постоянных моляров по I классу Энгля.

Как называется аномалия окклюзии в переднем отделе?

Какие дополнительные методы диагностики необходимо

		<p>провести такому пациенту и зачем? Какие элементы должен иметь в своей конструкции съемный ортодонтический аппарат для лечения данной аномалии? Какой режим активации механически-действующих элементов этого аппарата ?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Смыкание первых постоянных моляров по I классу Энгля характеризуется расположением переднего щечного бугорка верхнего первого моляра в поперечной межбугорковой фиссуре нижнего первого моляра. Прямая резцовая окклюзия. Антропометрические методы (метод Корхауза), методы лучевой диагностики (ортопантомография челюстей и телерентгенография головы в боковой проекции). Винт.2 раза в неделю.</p> <p>Задание 21</p> <p>Родители пациента К. 8 лет обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости в лечении. При осмотре полости рта определяется скученное положение резцов нижней челюсти, центральные резцы повернуты по оси, боковые – находятся в язычном положении. Между центральными резцами верхней челюсти имеется промежуток 3 мм и они при смыкании с резцами нижней челюсти полностью их перекрывают с вестибулярной стороны. Назовите аномалию окклюзии во фронтальном отделе. Назовите аномалию верхнего зубного ряда в области передних зубов. Каковы этиологические факторы нарушения положения резцов нижней челюсти? С чем необходимо дифференцировать данные аномалии? Какие методы дополнительной диагностики необходимо провести?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Глубокая резцовая окклюзия. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1 Короткая уздечка языка, вредные привычки. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1 может встречаться как самостоятельная аномалия и как следствие наличия сверхкомплектного зуба. Антропометрические методы диагностики и методы лучевой диагностики.</p> <p>Задание 22</p> <p>При осмотре лица пациента Р., 9 лет, определяется выпуклый профиль, скошенный подбородок, выраженная надподбородочная складка и смыкание резцов верхней челюсти с нижней губой. Какой аномалии характерны лицевые признаки данного пациента? Какие методы объективной диагностики необходимо провести для определения обусловленности аномалии. Какие принципы планирования лечения таких пациентов? Какие авторские ортодонтические аппараты используются для лечения данной аномалии? Каковы профилактические мероприятия по предотвращению возникновения или развития данной аномалии необходимо проводить?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Дистальная окклюзия. Антропометрические методы (метод Пона, Коркхауза, индекс Тонна), лучевые методы диагностики (телерентгенография головы в боковой проекции). Функциональные методы лечения в сочетании с лечебной гимнастикой. Аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии, аппарат Андрейзена-Гойпля. Естественное вскармливание, профилактика вредных привычек.</p> <p>Задание 23</p>
--	--	---

		<p>При профилактическом осмотре ребенка 12 лет установлено напряжение приротовой мускулатуры. Состояние среднего отдела лица, укорочение верхней губы, носогубные складки сглажены, подбородочная резко выражена. Осмотр полости рта: верхняя зубная дуга шире нижней, взаимоотношение первых постоянных моляров по II классу Энгеля, между верхними и нижними резцами имеется сагиттальная щель.</p> <p>Вопросы: 1. Какой у ребенка прикус (для этого возраста)? 2. Какая аномалия определяется у ребенка? 3. Причины ее образования? 4. Каковы лицевые признаки, характерные для этой аномалии? 5. Какие внутриротовые признаки?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Постоянный</p> <p>2. Истинная прогнатия (скелетная)</p> <p>3. Наследственная особенность строения лицевого скелета, затрудненное носовое дыхание, неправильный способ искусственного вскармливания ребенка, вредные привычки, рахит.</p> <p>4. Укороченная верхняя губа, полуоткрытый рот, видны нижние резцы, касающиеся нижней губы, высота нижней трети лица уменьшена, носогубные складки сглажены, подбородочная резко выражена, подбородок смещен назад.</p> <p>Задание 24</p> <p>При осмотре лица пациента Р., 9 лет, определяется выпуклый профиль, скошенный подбородок, выраженная подбородочная складка и смыкание резцов верхней челюсти с нижней губой.</p> <p>Вопросы: 1. Какой аномалии характерны лицевые признаки данного пациента? 2. Какие методы объективной диагностики необходимо провести для определения обусловленности аномалии. 3. Какие принципы планирования лечения таких пациентов? 4. Какие авторские ортодонтические аппараты используются для лечения данной аномалии? 5. Каковы профилактические мероприятия по предотвращению возникновения или развития данной аномалии необходимо проводить?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Дистальная окклюзия.</p> <p>2. Антропометрические методы (метод Пона, Коркхауза, индекс Тонна), лучевые методы диагностики (телерентгенография головы в боковой проекции).</p> <p>3. Функциональные методы лечения в сочетании с лечебной гимнастикой.</p> <p>4. Аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии, аппарат Андрейзена-Гойпля.</p> <p>5. Естественное вскармливание, профилактика вредных привычек.</p> <p>Задание 25</p> <p>Ситуационная задача 4 Пациент П., 10 лет, родители обратились к ортодонту с жалобами на некрасиво растущие зубы. Из анамнеза: после поступления в школу появилась привычка держать во рту ручку. Объективно: лицо симметрично, пропорционально. Профиль выпуклый, носогубная складка сглажена, подбородочная умеренно выражена. Губы смыкаются с напряжением. Верхние центральные резцы очень крупные, наклонены вестибулярно, верхние латеральные резцы так же в протрузии, места для постоянных верхних клыков недостаточно. Смыкание жевательных зубов по</p>
--	--	---

		<p>трансверзали и сагиттали соответствует норме, во фронтальном отделе сагиттальная щель 4 мм. Открывание рта 39 мм, движения в суставе симметричные. Дыхание и глотание соматическое, артикуляция и дикция не нарушены.</p> <p>1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Составьте план ортодонтического лечения. 5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Вредная привычка сосания посторонних предметов.</p> <p>2. Макродентия 11, 21 зубов, протрузия верхних фронтальных зубов.</p> <p>3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление 28 ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.</p> <p>4. Косметическое контурирование 11,21 зубов, съемный пластиночный аппарат для верхнего зубного ряда с вестибулярной дугой от клыка до клыка, затем съемный аппарат капового типа.</p> <p>5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.</p> <p>Задание 26. Вопрос для собеседования.</p> <p>Методы диагностики в ортодонтии.</p> <p><i>Эталон ответа</i> I. Клиническая диагностика (статическая и динамическая):</p> <p>а) оформление и заполнение паспортной части истории болезни;</p> <p>б) определение анамнеза жизни и заболевания;</p> <p>в) общий осмотр пациента;</p> <p>г) обследование полости рта и носоглотки;</p> <p>д) определение нарушений функции глотания, дыхания, речи, ВНЧС, парафункции мышц околоушных, внутриротовых, функциональные пробы.</p> <p>II. Лабораторная диагностика:</p> <p>а) метод изучения диагностических моделей челюстей;</p> <p>б) рентгенологический метод;</p> <p>в) фотометрический метод;</p> <p>г) метод функциональной диагностики.</p> <p>Задание 27. Вопрос для собеседования.</p> <p>Основные (клинические) методы обследования ортодонтических пациентов.</p> <p><i>Эталон ответа</i> В ортодонтической клинике для постановки диагноза применяют основные (клинические) и дополнительные (инструментальные, лабораторные) методы</p>
--	--	--

		<p>диагностики. Клиническое исследование состоит из статического и динамического.</p> <p>Статическое исследование включает в себя: оформление паспортной части истории болезни, жалобы, сбор анамнезов жизни и заболевания, осмотр ортодонтического больного. Осмотр ортодонтического больного состоит из: общего осмотра, изучения строения лица, обследования полости рта, зубов, зубных рядов и челюстей, выявление функциональных нарушений.</p> <p>Динамическое исследование включает последовательное применение тестов и клинических функциональных проб. Состоит из нескольких этапов: исследование функции зубочелюстной системы, исследование взаимосвязи местных и общих нарушений организма при зубочелюстно-лицевых аномалиях.</p> <p>Исследование функций зубочелюстной системы включает исследование функций: дыхания, глотания, речи, жевания.</p> <p>Задание 28. Вопрос для собеседования.</p> <p>Клиническая диагностика по Эшлеру и Битнеру <i>Эталон ответа</i> Клиническая диагностика по Эшлеру и Битнеру служит для дифференциальной диагностики разновидности дистальной окклюзии прикуса. Во время осмотра пациента проводят сравнительное изучение эстетики лица при привычной окклюзии и при выдвижении нижней челюсти вперед до нейтрального соотношения $6 \mid 6$ зубов.</p> <p>Если эстетика лица улучшилась, то проба считается положительной, и дистальная окклюзия считается следствием недоразвития нижней челюсти.</p> <p>Если эстетика лица ухудшается, то считается, что проба отрицательная, и дистальная окклюзия обусловлена аномалией положения или развития верхней челюсти или может быть обусловлена патологией ВНЧС (с необходимостью ортопедического лечения).</p> <p>Если при выдвижении нижней челюсти эстетика лица улучшается, а потом ухудшается, то дистальная окклюзия обусловлена аномалией положения или развития обеих челюстей.</p> <p>Задание 29. Вопрос для собеседования.</p> <p>Исследование взаимосвязи местных и общих нарушений организма при зубочелюстно-лицевых аномалиях.</p> <p><i>Эталон ответа</i> Нарушение опорно-двигательного аппарата. Для человека характерно расположение на одной вертикальной линии центров тяжести головы, лопаточно-плечевой артикуляции, бедер, голеней и стоп. При зубочелюстно-лицевых аномалиях центр тяжести головы часто располагается впереди этой вертикальной линии, что приводит к изменению осанки: наклон головы вперед, западение грудной клетки, выступание лопаток, выпячивание живота, искривление голеней и плоскостопие. Нарушение дыхательной и сердечно-сосудистой систем. При сагиттальных аномалиях прикуса имеется деформация верхней челюсти. Это способствует уменьшению объема полости носа, нарушению пневматизации воздухоносных полостей черепа, недостаточное увлажнение обогрев и дезинфекцию воздуха, поступающего в организм. Поэтому у</p>
--	--	--

		<p>ортодонтических больных часто в анамнезе хронические заболевания легких.</p> <p>А нарушение развития грудной клетки и функции легких при нарушениях осанки часто сочетаются с недостаточностью сердечно-сосудистой системы.</p> <p>Нарушение системы пищеварения. Морфологические нарушения в полости рта способствуют нарушению приема пищи. Это проявляется в неправильном откусывании, пережевывании пищи, удлинении времени жевательного цикла, что отрицательно сказывается на органах и тканях желудочно-кишечного тракта, это может привести к хроническим заболеваниям.</p> <p>Задание 30. Вопрос для собеседования.</p> <p>Антропометрические исследования лица и головы пациента</p> <p><i>Эталон ответа</i> Антропометрическое исследование основано на закономерностях строения лицевого и мозгового черепа, пропорциональности соотношения разных отделов головы и отношений их к определенным плоскостям. Измерению подвергаются диагностические модели челюстей, лицо пациента, фотографии лица и телерентгенограммы головы.</p> <p>Для характеристики головы ребенка определяют следующие параметры:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ширину головы — между точками eu-eu (eu - латерально выступающая точка на боковой стенке головы — слева и справа); - морфологическую ширину лица - между точками зу-зу (зу - наиболее выступающая кнаружи точка скуловой дуги — слева и справа); - ширину лица - между точками го-го (го - наиболее нижняя и кзади расположенная точка угла нижней челюсти - слева и справа); - длину головы между точками глабелла и опистокранион gl-or (gl ~ наиболее выступающая точка на нижней части лба по срединно-сагиттальной плоскости выше корня носа и между бровями, ор — наиболее выступающая кзади точка затылка на срединно-сагиттальной плоскости - высоту головы, которую определяют от точки, расположенной на козелке уха (t), по перпендикуляру к линии ор-gl до наиболее выступающей точки на окружности головы (v). <p>Задание 31. Вопрос для собеседования.</p> <p>Исследование профиля лица по R. Ricketts.</p> <p><i>Эталон ответа</i> Оценка профиля лица имеет значение при планировании ортодонтического лечения пациентов. Производится оценка положения губ по отношению к эстетической плоскости Риккетса. На основании этого различают вогнутый или выпуклый, а также прямой профиль лица. Для изучения профиля лица по R. Ricketts проводят касательную на ТРГ головы или профильных фотографиях лица к кожным точкам EN и DT.</p> <p>Изучают положение губ относительно этой плоскости. Губы в норме не должны касаться ее.</p> <p>Выступление нижней губы вперед от эстетической плоскости на 1-2 мм соответствует выпуклому профилю лица.</p>
--	--	---

		<p>Вогнутый профиль лица определяется при смещении нижней губы кзади от эстетической плоскости более чем на 2 мм.</p> <p>Задание 32. Вопрос для собеседования. Измерение диагностических моделей челюстей. <i>Эталон ответа</i> Изучение моделей проводят в трех взаимно перпендикулярных плоскостях: сагиттальной, окклюзионной, туберальной (фронтальной) и соответствующих им сагиттальном, трансверсальном, вертикальном направлениях.</p> <p>Для измерения размеров зубов, зубных рядов, апикальных базисов челюстей необходимо использовать специальный штангенциркуль, гибкую линейку.</p> <p>Измеряют ширину, высоту и толщину зуба. Ширина измеряется в самой широкой части зуба. По величине мезиодистальных размеров коронок боковых зубов судят о ширине зубов. Высота измеряется по продольной оси зуба: резцов - от десневого края до режущей поверхности или до вершины бугра, моляров - до переднего щечного бугра.</p> <p>Задание 33. Вопрос для собеседования. Метод Тонн. <i>Эталон ответа</i> Метод изучения соотношения ширины верхних и нижних резцов. При постоянном ортогнатическом прикусе сумма ширины коронок постоянных верхних резцов относится к сумме ширины коронок постоянных нижних резцов как $4/3 = 1,35$ (это индекс Тонна) или $SI/si = 1,35$.</p> <p>Последующими исследованиями установлено, что этот индекс взаимосвязан с глубиной резцового перекрытия. Для прямого прикуса индекс Gerlach = 1,22, для глубокого – Ю.М. Малыгина = 1,42, а для временного – З.И. Долгополовой = 1,3.</p> <p>Задание 34. Вопрос для собеседования. Метод Pont. <i>Эталон ответа</i> Метод позволяет определить индивидуальную норму ширины зубных дуг. Pont установил зависимость между суммой ширины коронок верхних четырех резцов и шириной зубных дуг в области премоляров и моляров.</p> <p>Референтные точки: На верхних 4 4 – середина межбугровой фиссуры. На верхних 6 6 – переднее углубление межбугровой фиссуры. На нижних 4 4 - контактная точка между 5 4 4 5 На нижних 6 6 - вершина дистального щечного бугра для четырех бугровых моляров и вершина средне-щечного бугра для пяти бугровых моляров.</p> <p>Для расчета применяют формулы: Премолярный индекс = $(SI \times 100) / \text{расстояние между } 4 4 = 80$ Молярный индекс = $(SI \times 100) / \text{расстояние между } 6 6 = 64$</p> <p>Задание 35. Вопрос для собеседования. Метод Korkhaus. <i>Эталон ответа</i> Метод дополняет метод Pont и устанавливает зависимость длины переднего отрезка верхней зубной дуги от суммы ширины коронок верхних резцов.</p>
--	--	--

		<p>Длина переднего отрезка верхней зубной дуги – это расстояние по срединной линии верхней челюсти от средней точки между медиальными резцами с вестибулярной поверхности их коронок до точки пересечения с линией, соединяющей точки Pont на 4/4. Для определения длины переднего отрезка нижней зубной дуги из полученной величины вычитают 2,0 мм (толщина режущего края резцов).</p> <p>Определив на моделях SI, по таблицам находят среднестатистические данные и определяют, на какую величину увеличена или уменьшена длина переднего отрезка верхней зубной дуги.</p> <p>Среднестатистические данные нормы легли в основу позже сконструированных ортометров.</p> <p>Задание 36. Вопрос для собеседования. Рентгенологические методы исследования. Ортопантомография (определение). <i>Эталон ответа</i> Ортопантомография (ОПТГ) – метод рентгенологического исследования, позволяющий получить плоское изображение объемных органов и поверхностей со сложным анатомическим рельефом, для чего используют вращающиеся относительно большого рентгеновские трубки. На ортопантомограмме хорошо видны зубные полости, периодонтальные щели. Можно различить слой эмали, покрывающий коронки зубов, кариозные, травматические и другие дефекты тканей зубов, отображаются обе челюсти, венечный и мышцелковый отростки нижней челюсти, височно-нижнечелюстной сустав (правый и левый), придаточные пазухи и часть полости носа.</p> <p>Задание 37. Вопрос для собеседования. Рентгенологические методы исследования. Ортопантомография (показания) <i>Эталон ответа</i> В ортодонтической практике ортопантомография является незаменимым методом исследования, который позволяет изучить:</p> <ul style="list-style-type: none"> — степень минерализации коронок и корней зубов, степень их сформированности; — степень резорбции корней временных зубов и ее тип (физиологический, патологический); — аномалии структуры твердых тканей зубов (гипоплазия, аплазия); — наличие зачатков непрорезавшихся зубов, их положение в челюсти и перспективу прорезывания; — аномалии формы и величины непрорезавшихся и прорезавшихся зубов и их корней; — наклоны прорезавшихся зубов и ретенированных зубов по отношению к соседним; — асимметрию правой и левой половин средней и нижней частей лицевого скелета; — степень искривления носовой перегородки и величину носовых раковин; — величину носовой полости и верхнечелюстных пазух; — форму и расположение врожденной расщелины альвеолярного отростка и нёба;
--	--	--

		<p>— расположение суставных головок в суставных ямках, изменения структуры элементов височно-нижнечелюстных суставов;</p> <p>— расположение подъязычной кости.</p> <p>Задание 38. Вопрос для собеседования. Рентгенологические методы исследования. Боковая телерентгенография голов (определение). <i>Эталон ответа</i> Телерентгенография - это метод рентгенологического исследования, применяемый для изучения строения лицевого скелета, его роста, уточнения диагноза и прогноза ортодонтического лечения, а также для выявления изменений, происходящих в процессе лечения. Телерентгенографию проводят в боковой и прямой проекциях с расстояния 1,5 м. Голову обследуемого фиксируют с помощью цефалостата различных конструкций, применение которых обеспечивает получение идентичных снимков</p> <p>Задание 39. Вопрос для собеседования. Рентгенологические методы исследования. Телерентгенологическое изучение кистей рук. <i>Эталон ответа</i> Телерентгенологическое изучение кистей рук применяют для уточнения степени оссификации в целом и лицевого отдела черепа в частности, определения биологического возраста пациента и окончания периодов активного роста костей в постнатальном периоде развития. Bjork предложил исследовать степень оссификации фаланг пальцев кистей пястья и запястья, эпифизов лучевой и локтевой костей.</p> <p>Особое внимание обращают на степень минерализации сесамовидной кости, которая располагается в области межфалангового сочленения I-го пальца в толще сухожилий мышц.</p> <p>Минерализация сесамовидной кости наступает у девочек в 11,5 лет, у мальчиков – в 12 лет, также в этот период можно установить достаточное развитие фаланг пальцев и всех перечисленных костей. В раннем периоде сесамовидная кость отсутствует, концевые отделы костей имеют нечеткие контуры.</p> <p>В случае слабой минерализации сесамовидной кости рост и оссификация костей лицевого скелета продолжают, а значит, показано применение функционально-действующих ортодонтических аппаратов.</p> <p>В случае минерализации сесамовидной кости активный рост костей завершен и показано применение ортодонтических аппаратов механического действия.</p> <p>Задание 40. Вопрос для собеседования. Оценка нижнечелюстного роста по зрелости шейных позвонков. <i>Эталон ответа</i> На телерентгенограмме принимаются во внимание II—VI шейные позвонки. Существуют 6 стадий формирования шейных позвонков с максимальным уровнем в 3—4 стадии.</p> <p>1 стадия</p> <ul style="list-style-type: none"> • иницирование • потенциал роста 80-100%; юношеский рост только начинается;
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • нижняя граница тел позвонков С2, С3, С4 плоские, ровные; • размеры позвонка сужаются кзади от переднего; • хронологический возраст – 9 лет 8 месяцев. <p>2 стадия</p> <ul style="list-style-type: none"> • ускорение • потенциал роста от 65% до 85%; • вогнутость развивается в нижних границах тел позвонков С2 и С3; • нижняя граница тела позвонка С4 является плоской; • тела позвонков С3 и С4 более прямоугольной формы; • хронологический возраст – 10 лет Это означает, что до начала пика активного роста нижней челюсти остается менее года. <p>3 стадия • переходная</p> <ul style="list-style-type: none"> • потенциал роста от 25% до 65%; • отчетливые вогнутости в нижней границе С2 и С3; • начинает выгибаться нижняя граница тела позвонка С4; • тела позвонков С3 и С4 имеют прямоугольную форму; • хронологический возраст – 12 лет 9 месяцев. Показателем активного роста в этом же году. <p>4-я стадия</p> <ul style="list-style-type: none"> • замедление • потенциал роста от 10% до 25%; • отчетливые вогнутости видны на нижних границах С2, С3 и С4 • тела С3 и С4 и почти квадратные; • хронологический возраст – 12 лет 11 месяцев. <p>Потенциал роста чуть ниже, чем в предыдущей стадии, причем у девочек она совпадает с началом месячных циклов.</p> <p>5-й стадия: II—V позвонки имеют вдавления и более квадратную форму — рост практически завершен.</p> <p>6-й стадия: II—VI позвонки имеют квадратную форму с вогнутыми верхней и нижней границами — рост окончательно завершен.</p> <p>Задание 41. Вопрос для собеседования. Степени увеличения носоглоточной миндалины по ТРГ. <i>Эталон ответа</i> 1-я степень — незначительная гиперплазия: миндалина увеличена в размерах и перекрывает до $\frac{1}{3}$ диаметра ВДП; 2-я степень — значительная гиперплазия: миндалина перекрывает до $\frac{1}{2}$ диаметра ВДП; 3-я степень — выраженная гиперплазия: просвет сужен более чем на $\frac{1}{2}$</p> <p>Задание 42. Вопрос для собеседования. Применение КЛКТ в стоматологической практике <i>Эталон ответа</i> КЛКТ позволяет получать высококачественное цифровое рентгеновское изображение челюстно-лицевой области, в частности зубочелюстной системы, в трех взаимно перпендикулярных плоскостях (фронтальной, сагиттальной и аксиальной).</p> <p>Задание 43. Вопрос для собеседования. Методика изучения рентгенологических данных. <i>Эталон ответа</i> 1.Определение метода исследования, проекции.</p>
--	--	--

		<p>2. Распознавание объекта исследования и объема отображаемой зоны.</p> <p>3. Анализ изображения — положение, форма, размеры, контуры, интенсивность, структура всех отображенных анатомических объектов: костей, зубов и т.д.</p> <p>4. Идентификация отклонений от нормы как патологических симптомов и синдромов, их анализ и сопоставление.</p> <p>5. Оформление протокола исследования, клинико-рентгенологическое заключение.</p> <p>Задание 44. Вопрос для собеседования.</p> <p>Показания к конусно-лучевой компьютерной томографии</p> <p><i>Эталон ответа</i> В детской стоматологии и ортодонтии: диагностика осложнений хронических пульпитов и периодонтитов временных и постоянных зубов; – аномалий развития, формирования и положения зубов и челюстей.</p> <p>В ортодонтии и ортопедии:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оценка сложности проведения эндодонтического лечения перед протезированием (сохранение или удаление зуба); – планирование имплантации и дальнейшего ортопедического лечения; – планирование и возможность проведения резекции верхушки корня для сохранения зуба перед протезированием; – определение наличия ретенированного зуба, прогнозирование возможности исправления его положения; – динамическое наблюдение сложных пациентов для своевременного выявления осложнений и их профилактики в отдаленные сроки протезирования; – диагностика в гнатологии; – диагностика аномалий развития, формирования и положения зубов и челюстей; – определение необходимости удаления интактных зубов для ортодонтического лечения; – измерение плотности костной ткани для планирования сроков и результатов лечения; - определение безопасных участков для установки ортодонтических мини-имплантатов. <p>Задание 45. Вопрос для собеседования.</p> <p>Функциональные методы исследования. Электромиография.</p> <p><i>Эталон ответа</i> Наиболее информативным методом определения функционального состояния мышц является электромиография, которая заключается в регистрации биоэлектрических потенциалов, возникающих в мышцах в момент возбуждения. С помощью электромиографии изучают функциональное состояние поверхностно расположенных мышц лица (мимических мышц, височных, жевательной мышцы и надподъязычных мышц).</p> <p>Электромиографию проводят с помощью специальных приборов – электромиографов, которые бывают различных конструкций. Результаты исследований регистрируются в виде электромиограмм.</p> <p>Задание 46. Вопрос для собеседования.</p> <p>Функциональные методы исследования. Миотонометрия.</p> <p><i>Эталон ответа</i> Метод основан на определении функционального напряжения мышц по измерению плотности специальным прибором электромиотонометром.</p>
--	--	---

		<p>Шкала прибора показывает, какую силу нужно приложить, чтобы погрузить щуп миотонометра на определенную глубину. Мышечный тонус выражается в условных единицах (миотонах).</p> <p>Наиболее доступна для исследования жевательная мышца. Щуп прибора прикладывают к моторной зоне исследуемой мышцы перпендикулярно поверхности кожи.</p> <p>Методом миотонометрии можно определить показатели тонуса жевательной мускулатуры в состоянии физиологического покоя и при максимальном сжатии зубных рядов. По результатам исследования можно судить о способности нервно-мышечной системы развивать напряжение мышц при сокращении.</p> <p>Задание 47. Вопрос для собеседования.</p> <p>Функциональные методы исследования. Артрофонография <i>Эталон ответа</i> Артрофонография – метод изучения состояния височнонижнечелюстных суставов, определяющий состояние сустава по шумам, возникающим при его функционировании.</p> <p>Для ВНЧС важным диагностическим признаком его дисфункции является наличие шумовых явлений, таких как щелчки, крепитация и др. Шумовые явления в области ВНЧС возникают при движениях нижней челюсти, её опускании и поднимании. Механизм образования щелчка связан с взаимодействием головки нижней челюсти и диска. В случаях редукции диска возникают щелчки, а в случаях нарушения конфигурации суставных поверхностей ВНЧС и деструкции диска возникают такие шумовые явления, как крепитация, шум трущихся поверхностей и др.</p> <p>Задание 48. Вопрос для собеседования.</p> <p>Функциональные методы исследования. Аксиография. <i>Эталон ответа</i> Метод, позволяющий осуществить графическую запись траектории смещения суставной головки и диска при различных движениях нижней челюсти с помощью аксиографа.</p> <p>Задание 49. Вопрос для собеседования.</p> <p>Принципы формулирования ортодонтического диагноза <i>Эталон ответа</i> Завершающим этапом диагностики зубочелюстных аномалий является постановка диагноза. Диагноз - это краткое врачебное заключение о сущности заболевания и состоянии больного, выраженное в терминах современной медицинской науки. Различают два вида диагноза: предварительный и окончательный (заключительный).</p> <p>Предварительный диагноз ставится на основе данных, полученных при субъективном и объективном обследовании, т. е. у кресла больного. Окончательный диагноз формулируется после проведения дополнительных исследований.</p> <p>В клинике ортодонтии принято формулировать диагноз, состоящий из основного и сопутствующего.</p> <p>Задание 50. Вопрос для собеседования.</p> <p>Составляющие основного и сопутствующего диагнозов. <i>Эталон ответа</i> В основном диагнозе должны найти отражение следующие моменты:</p> <ul style="list-style-type: none">- основная аномалия (основной считается аномалия прикуса; если у пациента имеется сочетание аномалий прикуса в
--	--	---

		<p>нескольких плоскостях, основной является аномалия в сагиттальной плоскости) и патогенетически связанные с ней осложнения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - аномалии зубных рядов и отдельных зубов; - аномалии мягких тканей преддверия рта, уздечек губ, языка; - дефекты коронок зубов и зубных рядов; - функциональные нарушения; - эстетические нарушения; - стоматологические заболевания, не относящиеся к сфере деятельности врача-ортодонта (кариес, гингивит и т. д.). <p>Сопутствующий диагноз включает заболевания, по поводу которых пациент должен наблюдаться у врачей других специальностей (например, хронический тонзиллит, аденоиды, сколиоз и др.). После того как поставлен окончательный диагноз, можно приступить к составлению плана лечения. Все данные исследований пациента, диагноз и план лечения вносятся в медицинскую карту ортодонтического больного (043- 1/у)</p> <p>Задание 51. Вопрос для собеседования.</p> <p>Основные критерии правильной окклюзии (А.Motsch).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Эталон ответа:</i> Жевательные поверхности должны быть сформированы так, чтобы пища под минимальным воздействием жевательных сил максимально размельчалась (многоточечные контакты) 2. Противоположные зубы должны смыкаться таким образом, чтобы жевательные силы действовали вдоль их большей оси; 3. Смыкание контактирующих между собой зубов или групп зубов должно происходить равномерно и одновременно; 4. Несущие бугорки должны опираться на бороздки или на кромки краев бугорков зубов-антагонистов; 5. При откусывании пищи передними зубами боковые зубы не должны соприкасаться; 6. Боковые зубы должны размельчать пищу без участия передних зубов; 7. Все элементы, принимающие участие в окклюзии, должны быть функционально связаны между собой. <p>Задание 52. Вопрос для собеседования.</p> <p>6 ключей окклюзии по Эндрюсу</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1 ключ. Соотношение моляров. Дистальная плоскость дистального края первого постоянного моляра верхней челюсти контактирует с мезиальной плоскостью мезиальною края второго моляра нижней челюсти.</p> <p>2 ключ. Мезиодистальный наклон коронок зубов, ангуляция.</p> <p>3 ключ. Вестибулярный наклон коронок зубов, инклинация. Угол образуется между перпендикуляром к окклюзионной плоскости и касательной на середине вестибулярной поверхности клинической коронки зуба в точке FA.</p> <p>4 ключ. Ротация. Зубы в зубном ряду не должны иметь поворота вокруг своей оси.</p> <p>5 ключ. Плотный контакт. Зубы стоят в зубном ряду плотно, без промежутков.</p> <p>6 ключ. Окклюзионная плоскость выровнена, между наиболее выступающим бугорком второго моляра нижней</p>
--	--	--

		<p>челюсти и режущим краем нижнего центрального резца не должно быть расстояния более 1,5 мм.</p> <p>Задание 53. Вопрос для собеседования. Определение понятия «торк» <i>Эталон ответа:</i> Торк – это вестибулооральный наклон коронок и корней зубов. Это угол, образованный между перпендикуляром к окклюзионной плоскости и касательной на середине лабиальной или буккальной поверхности клинической коронки зуба.</p> <p>Задание 54. Вопрос для собеседования. Определение понятия «ангуляция». <i>Эталон ответа:</i> Ангуляция – это отклонение зуба в мезио-дистальном направлении.</p> <p>Задание 55. Вопрос для собеседования. Определение понятия «ротация» <i>Эталон ответа:</i> Ротация – это вращение зуба вокруг своей оси без эффекта смещения в других плоскостях.</p> <p>Задание 56. Вопрос для собеседования. Артикуляторы, виды, определение <i>Эталон ответа:</i> Артикулятор - механический инструмент, используемый для воспроизведения движений нижней челюсти пациента в зуботехнической лаборатории и предназначенный для изготовления пациентам изделий стоматологического назначения. Различают несколько видов артикуляторов в зависимости от выполняемых действий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • простые шарнирные – используются только в качестве наглядного пособия для студентов; • средние анатомические, или линейно-плоскостные – хорошо подходят для изготовления полных съемных протезов или одиночных искусственных коронок; • полурегулируемые – более усовершенствованные по сравнению со средними анатомическими, так как позволяют воспроизводить движения суставов; • полностью регулируемые, или универсальные – являются самым лучшим из всех видов артикуляторов за счет того, что могут настраиваться по индивидуальным положениям челюстей, данные о которых переносятся из лицевой дуги. <p>Задание 57. Вопрос для собеседования. Дайте определение понятию «ортодонтия» <i>Эталон ответа:</i> Ортодонтия (от греческих слов orthos – прямой, правильный и odus, odontos – зуб) – развивающийся раздел стоматологии, занимающийся изучением этиологии и патогенеза зубочелюстных аномалий, созданием методов их диагностики, разработкой способов профилактики и лечения аномалий положения зубов, формы зубных дуг, прикуса, управлением роста челюстей, нормализацией функций зубочелюстной системы, устранением эстетических нарушений, влиянием на развитие смежных органов и всего организма в целом</p> <p>Задание 58. Вопрос для собеседования. Классификации дефектов зубных рядов у детей. <i>Эталон ответа:</i> Демнер Л. М. и Лепехин В. П. (1985) предложили классификацию дефектов зубных рядов, обусловленных ранним удалением зубов во временном,</p>
--	--	---

		<p>сменном и постоянном прикусе, в которой выделены три группы с учетом топографии, протяженности дефекта и функциональных нарушений. Каждая группа имеет два подкласса.</p> <p><i>Первая группа</i> - включенные дефекты зубного ряда, образовавшиеся вследствие преждевременного удаления одного временного зуба:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На одной стороне челюсти (односторонний). 2. На обеих сторонах челюсти (двусторонний). <p><i>Вторая группа</i> – включенные дефекты зубного ряда, при котором отсутствуют два рядом расположенных временных зуба:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На одной стороне челюсти (односторонний). 2. На обеих сторонах челюсти (двусторонний). <p><i>Третья группа</i> – дефекты зубного ряда, когда отсутствуют два или более, рядом стоящих зуба:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На одной стороне челюсти (односторонний). 2. На обеих сторонах челюсти (двусторонний). <p>Задание 59. Вопрос для собеседования. Конструкции детских зубных протезов.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Конструкции зубных протезов, применяемые в клинике протезирования детей, имеют особенности, обусловленные особенностями детского организма и их назначением. Основное показание к их применению - нормализация функции жевания, глотания, речи, дыхания, профилактика морфологических и функциональных нарушений в зубочелюстно-лицевой области, воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта и др. Конструкции протезов должны быть простыми, чтобы не осложнять процесс их изготовления, быть доступными для всех детей, нуждающихся в протезировании. В практике зубного протезирования детей применяются следующие конструкции зубных протезов: вкладки, коронки, штифтовые зубы, съемные пластиночные протезы, мостовидные протезы и распорки, а также протезы - аппараты.</p> <p>Задание 60. Вопрос для собеседования. Классификация детских зубных протезов.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> По назначению они делятся на лечебные, профилактические и фиксирующие. Лечебные восстанавливают морфологические и функциональные нарушения. Профилактические предупреждают формирование аномалий и деформаций при развитии и формировании зубочелюстной системы. Фиксирующие - для фиксации других конструкций зубных протезов, ортодонтических аппаратов, лечебных и прокладочных материалов.</p> <p>По способу фиксации они делятся на несъемные и съемные. По времени применения (использования) - временные и постоянные, хотя понятие постоянные в детском возрасте относительное, т.к. с ростом, развитием и формированием зубочелюстной системы все конструкции зубных протезов необходимо периодически заменять.</p> <p>Задание 61. Вопрос для собеседования. Протезирование детей в период временного прикуса.</p>
--	--	---

		<p><i>Эталон ответа:</i> На сегодняшний день существует общепринятое положение, что с 3 - 4 лет, когда от ребенка можно ожидать адекватно - осознанной реакции в плане необходимости проводимых мероприятий, всем детям с дефектами зубов и зубных рядов должны изготавливаться зубные протезы с учетом особенности растущего организма. Уже в этот период дефекты зубных рядов могут быть различной протяженности: от малых - потеря одного зуба, до обширных - потеря большинства зубов, а в отдельных случаях всех временных зубов. Причина дефектов зубов и зубных рядов в период временного прикуса чаще всего является кариес и его осложнения не поддающиеся консервативному лечению.</p> <p>Замещение частичного дефекта коронки зуба с целью восстановления его анатомической формы и функции в период временного прикуса осуществляется с помощью тонкостенной (0,14 - 0,15 мм) металлической коронки. Применение таких коронок не требует механической обработки твердых тканей зубов, а ребенок избавляется от болевых ощущений и не испытывает страха перед проведением необходимых манипуляций, что очень важно в детской практике.</p> <p>Дефекты зубных рядов возмещаются преимущественно съемными пластиночными протезами. При включенных дефектах базис протеза всегда должен захватывать последний зуб. Дистальная граница базиса на верхней челюсти всегда должна проходить по линии «А». Края базиса не истончаются, а сохраняется равномерная толщина, что предохраняет от поломки. Базис протеза не должен глубоко перекрывать альвеолярный отросток с вестибулярной поверхности, а искусственные зубы ставятся на приточке, чтобы не задерживался рост челюстной кости. По этой же причине, как правило, все съемные протезы без кламмеров, если возникает необходимость изготавливать кламмера, то базис протеза должен быть раздвижным, т.е. распилен по средней линии и иметь свободный разъем. Такой протез самопроизвольно раздвигается во время роста челюстной кости. При протезировании дефекта верхнего зубного ряда во фронтальном участке необходимо обязательно соблюдать перекрытие искусственными зубами нижних зубов для предупреждения формирования прогенического (медиального) прикуса. Фиксация съемных протезов осуществляется за счет анатомической ретенции, адгезии и когезии.</p> <p>Все съемные протезы в период временного прикуса должны меняться через 6 - 8 месяцев (Л.В.Ильина-Маркосян). Объективным критерием замены протеза является плохая его фиксация во время функции. Большинство детей в этом возрасте быстро привыкают к протезам. Через 3 - 4 дня после наложения протеза рекомендуется его снимать на ночь, т.е. пользоваться по общим правилам.</p> <p>Задание 62. Вопрос для собеседования.</p> <p>Протезирование детей в период сменного прикуса.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> В этом периоде появляются постоянные зубы, поэтому выбор различных конструкций протезов увеличивается. Могут применяться вкладки, металлические,</p>
--	--	--

		<p>пластмассовые и комбинированные коронки, штифтовые зубы, временные мостовидные протезы и съемные протезы. Частичный дефект коронки постоянного зуба во фронтальном отделе может быть замещен вкладкой, тонкостенно металлической, комбинированной или пластмассовой коронкой. Все перечисленные конструкции зубных протезов изготавливаются по общепринятым правилам.</p> <p>Необходимость раннего замещения частичных дефектов коронок зубов является бесспорной, поскольку установлено, что при дефекте коронки зуб выключается из функции, снижается нагрузка на его опорный аппарат, замедляется рост корня, возникает зубо - альвеолярное удлинение, нарушение плавных скольжений нижней челюсти во время функции жевания, а в последующем возможны нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>С целью восстановления формы коронок депульпированных фронтальных зубов при значительных дефектах применяются различные конструкции штифтовых зубов. Абсолютным противопоказанием к изготовлению штифтовых зубов являются временные зубы и зубы с незаконченным формированием корня. Относительными противопоказаниями являются низкое расположение культи коронки зуба (в поддесневой области) и наличие патологического процесса в периодонте.</p> <p>Наибольшее распространение в детской практике нашла конструкция штифтового зуба по Ильиной - Маркосян Л.В., Цитрину Д.Н., штифтовый зуб с ромбовидной вкладкой, разработанный на кафедре.</p> <p>В связи с активным ростом челюстных костей в периоде сменного прикуса дефекты зубного ряда необходимо своевременно замещать съемными протезами. Поскольку период сменного прикуса характерен наличием в полости рта временных и постоянных зубов с различной степенью устойчивости и разной стадией развития рассасывания или развития корней, при конструировании съемных протезов необходимо учитывать ряд особенностей, указанных ранее.</p> <p>Задание 63. Вопрос для собеседования.</p> <p>Протезирование зубов и зубных рядов в период постоянного прикуса.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> В соответствие со средними сроками прорезывания постоянных зубов, к четырнадцати годам формируется постоянный прикус. По данным большинства авторов и собственным наблюдениям необходимо отметить, что после прорезывания второго постоянного моляра и формирования его корней, рост челюстных костей практически прекращается. В этот период еще происходит незначительное увеличение размеров челюстных костей за счет оппозиционного роста, что не приводит к существенному изменению общих размеров челюстных костей и соотношения зубных рядов в прикусе. Поэтому с 14 - 15 лет возможно осуществлять протезирование зубов и зубных рядов по общепринятым правилам.</p> <p>Для более точного определения степени формирования и зрелости зубочелюстной системы, а следовательно, определения возможных изменений размеров челюстных</p>
--	--	--

		<p>костей вследствие их роста, необходимо проводить рентгенологическое исследование костей кисти и запястья, и, анализируя степень их оссификации, решать вопрос о правильности и рациональности выбора конструкции зубного протеза в каждом конкретном случае.</p> <p>Задание 64. Вопрос для собеседования.</p> <p>Клинико - биологические основы зубного протезирования в детском возрасте.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Одной из основных особенностей, отличающих ребенка от взрослого, является быстрый рост, т. е. увеличение размеров и веса тела. Для того, чтобы организм нормально развивался необходимо не только достаточное и полноценное питание, но и полное усвоение питательных веществ, витаминов, минеральных веществ и микроэлементов. Не менее важной особенностью детского организма является несовершенная ферментативная активность желудочно - кишечного тракта. Следовательно, полноценное усвоение питательных веществ возможно при условии качественного пережевывании пищи, что зависит от состояния зубочелюстной системы ребенка.</p> <p>Образование дефектов зубных рядов, т. е. анатомические нарушения, ведут к нарушениям функций, а функциональные нарушения усугубляют морфологические нарушения в зубочелюстной системе. Сформировавшийся порочный круг приводит к целому ряду нарушений в развитии всего организма в целом. Это, главным образом, и послужило основой клинико-биологического обоснования необходимости протезирования зубов и зубных рядов у детей.</p> <p>Задание 65. Вопрос для собеседования.</p> <p>Этиопатогенез расщелин губы и неба.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Этиологические факторы могут быть представлены следующей схемой (по С.И. Криштаб).</p> <p>Экзогенные причины:</p> <p>Химические факторы: гипоксия, неполноценное питание, гормональные дискорреляции, тератогенные яды.</p> <p>Физические факторы: механические, термические, радиационные.</p> <p>Биологические факторы: вирусы, бактерии и их токсины, простейшие.</p> <p>Психические факторы: лабильность нервной системы, семейные неблагополучия и др.</p> <p>Эндогенные причины. Наследственность, биологическая неполноценность половых клеток, влияние возраста родителей.</p> <p>Задание 66. Вопрос для собеседования.</p> <p>Дайте определение понятия «Френулоэктомия».</p> <p><i>Эталон ответа:</i></p> <p>Френулоэктомия – иссечение уздечки с ее перемещением.</p> <p>Задание 67. Вопрос для собеседования.</p> <p>Дайте определение понятия «Френулотомия».</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Френулотомия — это рассечение уздечки от верхушки прикрепления до основания вплоть до альвеолярного отростка.</p> <p>Задание 68. Вопрос для собеседования.</p>
--	--	---

		<p>Анкилоз молочных зубов. Этиология, клиника, диагностика. Методы лечения.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> АНКИЛОЗ ЗУБОВ — аномалия развития, связанная с нарушением эмбриогенеза (5—7-я неделя внутриутробного развития), характеризующаяся сращением зубов с костью. Причины анкилоза зубов — различные неблагоприятные факторы, оказывающие тератогенное действие: инфекционные заболевания (коревая краснуха, грипп), различные медикаменты, алкоголь и т. д. Это состояние связано с гиподентией, и его наблюдают в тех случаях, когда молочный моляр не выпадает (обычно из-за отсутствия постоянного зуба). Анкилоз обусловлен утратой периодонтальной связки и слиянием корневого цемента с костью.</p> <p>Наиболее часто наблюдают анкилоз второго молочного моляра; второй постоянный премоляр обычно не растёт и не прорезывается. Анкилозированный зуб обычно имеет меньшую высоту по сравнению с соседними зубами, которые бывают наклонены в его сторону. Возможно выталкивание зуба-антагониста на верхней челюсти. Звук при перкуссии анкилозированного зуба бывает приглушён. Анкилозированные зубы часто остаются в альвеолярной дуге многие годы, но могут выпасть, оставляя беззубое пространство. Выпадению зуба обычно предшествует его расшатывание и образование кармана. Патологические симптомы обусловлены нарушением функций, которые выполняют зубы: по переработке пищи, произнесению некоторых звуков и формированию овала лица (косметическая функция).</p> <p>Зубной анкилоз в большинстве случаев связан с врожденным неполным комплектом зубов или в тех случаях, когда молочный зуб не выпадает по причине отсутствия зачатка постоянного зуба. В этих случаях наблюдается сращивание костной ткани, покрывающей корень зуба (цемента), с костью челюсти.</p> <p>Анкилозированный зуб имеет меньшую высоту, поэтому его коррекция и восстановление прикуса производится изготовлением искусственной коронки.</p> <p>Задание 69. Вопрос для собеседования.</p> <p>Хирургические методы лечения при лечении зубочелюстных аномалий</p> <p><i>Эталон ответа:</i> К хирургическим методам лечения зубочелюстных деформаций и аномалий прикуса относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> - удаление зубов и зачатков зубов; - обнажение коронок ретинированных зубов; - пластика коротких уздечек губ и языка; - вестибулопластика; - компактостеотомия и декортикация челюсти; - реконструктивные операции на костях лицевого скелета (остеотомия, костная пластика, пластика височно-нижнечелюстного сустава и др.) <p>Задание 70. Вопрос для собеседования.</p> <p>Понятие об опоре в ортодонтии.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Опора — это сопротивление силам, сгенерированным в ответ на работу активных элементов ортодонтического аппарата. Опора требуется для предупреждения нежелательных перемещений зуба. Когда</p>
--	--	--

		<p>бы ни предпринималась попытка перемещения зуба, всегда будет возникать равная по силе и противоположная по направлению ответная реакция на усилие(ия), оказанное(ые) активными элементами аппарата.</p> <p>Задание 70. Вопрос для собеседования.</p> <p>Силы, применяемые при ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Для перемещения зубов в активном периоде ортодонтического лечения к аномалийно расположенным зубам (группам зубов) необходимо приложить определенную силу, чтобы вызвать реактивные изменения в тканях периодонта.</p> <p>Ортодонтические силы принято классифицировать по следующим основным принципам:</p> <ol style="list-style-type: none">1. величине воздействия: слабые, умеренные, большие и очень большие2. времени воздействия: непрерывные и прерывистые3. характеру (принципу) воздействия: механические и функциональные4. по направлению: активные (действующие на перемещаемый участок) и реактивные (действующие на точку опоры) <p>Впервые ортодонтические силы по величине воздействия систематизировал А.М. Шварц на основе проведенных клинико-экспериментальных исследований. В основе расчетов лежит величина внутрикапиллярного давления - 26 г/см².</p> <p>Так, к первой группе А.М. Шварц отнес малые силы - 3-5 г/см² — эти силы малы и не вызывают реакции пародонта. Ко второй группе сил относят силы меньшие или равные внутрикапиллярному давлению - 15 — 20 г/см². При применении таких сил подавляется микроциркуляторное кровообращение в области зоны давления, что сопровождается обратимыми изменениями в стенке альвеолы и корня перемещаемого зуба.</p> <p>К третьей группе - относятся силы 30-40 г/см². Они подавляют кровообращение, что сопровождается гипоксией тканей и выраженными обратимыми реактивными изменениями.</p> <p>К четвертой группе - относятся большие силы - более 60 г/см²; они разрушают мягкие ткани путем раздавливания, то есть такие явления необратимы после прекращения действия силы.</p> <p>Задание 72. Вопрос для собеседования.</p> <p>Удаление отдельных зубов по ортодонтическим показаниям.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Применяется как самостоятельный способ лечения зубочелюстных деформаций и аномалий, а также в сочетании с другими методами.</p> <p>Правильный выбор зубов, подлежащих удалению, позволяет достигнуть множественных устойчивых контактов между зубными рядами и нормализовать функции зубочелюстной системы.</p> <p>Удалять отдельные зубы по ортодонтическим показаниям целесообразно в период сменного прикуса и в начальный период постоянного, т. е. в возрасте от 7 до 13 лет. После удаления зубов в старшем возрасте для закрытия дефекта</p>
--	--	--

		<p>зубной дуги показано применение несъемных ортодонтических аппаратов.</p> <p>При решении вопроса о зубах, подлежащих удалению, имеют значение величина и форма их коронок. У детей и подростков в переднем участке верхней зубной дуги иногда имеются гигантские зубы, чаще верхние центральные резцы, сросшиеся со сверхкомплектными.</p> <p>Бывают уродливые зубы с чрезмерно большими коронками или мелкие, щиповидные, рудиментарной формы. Вряд ли случаи они подлежат удалению. Важно оценить состояние коронок зубов, степень их разрушения, возможность восстановления, состояние тканей пародонта — воспалительные изменения слизистой оболочки полости рта, обусловленные тесным расположением зубов, нарушением функций зубочелюстной системы и другими причинами.</p> <p>Выбор зубов, подлежащих удалению, может быть сделан после оценки зубных рядов и их смыкания в трех взаимно перпендикулярных направлениях.</p> <p>Задание 73. Вопрос для собеседования.</p> <p>Последовательное удаление отдельных зубов Хотцу.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Метод последовательного серийного удаления отдельных, зубов или групп включает следующие мероприятия: 1) удаление латеральных резцов при неправильном прорезывании центральных резцов, 2) удаление временных клыков при неправильном прорезывании боковых резцов. При этом происходит регуляция положения боковых резцов в результате применения массажа их положение и аномалию прикуса исправляют с помощью ортодонтических аппаратов; 3) удаление первых временных моляров при приближении зачатков первых премоляров к поверхности альвеолярного отростка, что ускоряет их прорезывание; 4) удаление преждевременно прорезавшихся первых премоляров, что способствует изменению расположения зачатков постоянных клыков и их правильному установлению в зубном ряду; 5) наблюдение за прорезыванием клыков и вторых премоляров и их установлению в зубных рядах.</p> <p>Задание 74. Вопрос для собеседования.</p> <p>Рецидив в ортодонтии, определение.</p> <p><i>Эталон ответа</i></p> <p>Рецидив - это явление, когда зубы, перемещенные в кости механическими аппаратами, обнаруживают тенденцию возвращаться в свое прежнее положение.</p> <p>Задание 75. Вопрос для собеседования.</p> <p>Факторы рецидива в ортодонтии.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Вероятность рецидива вызывается тремя факторами: 1. недостаточность времени для завершения реорганизации десневых и периодонтальных тканей; 2. действие постоянного давления со стороны мягких тканей; 3. влияние изменений, связанных с развитием пациента, например, с ростом челюстных костей.</p>
ПК-10	Задания закрытого типа	Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Среди врожденных пороков в челюстно-лицевой области наиболее часто встречается

		<p>а) изолированное несращение губы, губы и альвеолярного отростка, неба б) сквозное одностороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба в) сквозное двустороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба г) расщелина лица косая, срединная д) синдром I и II жаберных дуг</p> <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При оказании ортодонтической и ортопедической помощи младенцам с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба наиболее эффективным является способ</p> <p>а) Шаровой б) Рубежовой в) Мак Нила г) Ильиной - Маркосян д) Кеза</p> <p><i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ . Применение способа Мак Нила является наиболее эффективным в возрасте</p> <p>а) от рождения до 2 мес б) от 2 до 4 мес в) от 4 до 6 мес г) от 6 до 8 мес д) от 8 мес до 1 года</p> <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для детей, не имеющих возможность получить хирургическую помощь, наиболее эффективными являются obturatory</p> <p>а) Ильиной - Маркосян с подвижной небной занавеской б) типа Кеза в) РИС-1 г) РИС-2 д) РИС-3</p> <p><i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ. После оказания хирургической помощи детям по поводу воспалительных, травматических и неопластических заболеваний применяют ортопедические аппараты и приспособления</p> <p>а) репонирующие б) фиксирующие в) замещающие г) формирующие д) любые по показаниям</p> <p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Прямым показанием к пластике уздечки языка в грудном возрасте служит</p> <p>а) затрудненное сосание б) наличие короткой уздечки языка в) короткая уздечка в сочетании с ретрогенией</p>
--	--	---

		<p>г) неправильное соотношение челюстей д) макроглоссия <i>Эталон ответа: а</i></p> <p>Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Показанием к пластике уздечки языка является</p> <p>а) нарушение глотания б) нарушение звукопроизношения в) укороченная уздечка языка, ограничивающая его подвижность г) вредная привычка прокладывать язык между зубами д) ротовое дыхание <i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Показанием к пластике укороченной уздечки верхней губы является</p> <p>а) несмыкание губ б) укороченная уздечка верхней губы в) диастема более 8 мм г) нарушение звукопроизношения д) низкое прикрепление уздечки верхней губы с вплетением волокон в срединный небный шов <i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Наиболее эффективной организационной формой лечения детей с врожденной патологией в зубочелюстно-лицевой области является лечение</p> <p>а) в детских соматических поликлиниках б) в детских стоматологических поликлиниках в) в специализированных центрах по лечению врожденной патологии г) в хирургических отделениях общих больниц д) в ортодонтических центрах <i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ Медико-генетическое консультирование рекомендуется</p> <p>твенникам больного и больному с диагнозом:</p> <p>а) вторичный деформирующий остеоартроз височно-челюстного сустава б) неполная расщелина мягкого неба в) остеома верхней челюсти 4 г) ретенционная киста подъязычной слюнной железы <i>Эталон ответа: б</i></p> <p>Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ Формирование врожденной расщелины верхней губы</p> <p>огенные факторы могут вызвать в период формирования плода</p> <p>а) первые шесть недель б) 6-12 недели в) 24—28 недели г) 29-30 недели д) 30-31 недели <i>Эталон ответа: а</i></p> <p>Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ При врожденной расщелине верхней губы корригирующие</p> <p>ации на крыльях носа, кончике носа, носовой перегородке</p> <p>мендуется проводить в возрасте:</p> <p>а) 2-3 лет б) 5-6 лет</p>
--	--	---

		<p>в) 15-16 лет г) старше 16 лет <i>Эталон ответа: в</i> Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ У детей в возрасте 9-10 лет наиболее частым показанием операции на уздечке языка является: а) затрудненный прием пищи б) недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти в) нарушение речи г) нарушение функции дыхания <i>Эталон ответа: б</i> Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ Медико-генетическое консультирование рекомендуется гвенникам больного и больному с диагнозом: а) юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного ва б) ретенционная киста слизистой нижней губы в) скрытая расщелина мягкого неба г) одонтогенная воспалительная киста д) киста прорезывания <i>Эталон ответа: в</i> Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ Деформация кожно-хрящевого отдела носа всегда имеет о при врожденной расщелине верхней губы: а) полной односторонней б) неполной односторонней в) скрытой односторонней г) неполной двухсторонней <i>Эталон ответа: а</i> Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ Из вторичного неба развивается: а) верхняя губа б) альвеолярный отросток в) мягкое и твердое небо г) альвеолярный отросток и твердое небо <i>Эталон ответа: в</i> Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ При изолированной врожденной расщелине мягкого неба мальный срок хирургического лечения ребенка в возрасте: а) 2-3 месяцев б) 4-6 месяцев в) до 1 года г) 1-2 лет д) 5-6 лет <i>Эталон ответа: г</i> Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ Из первичного неба формируется: а) верхняя губа б) верхняя губа и альвеолярный отросток верхней челюсти в) средний отдел верхней губы и резцовая кость г) твердое небо <i>Эталон ответа: в</i> Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ Анатомическим нарушением, имеющим место при любом врожденной расщелины неба, является: а) укорочение мягкого неба б) удлинение мягкого неба</p>
--	--	---

		<p>в) расширение среднего отдела глотки г) сужение среднего отдела глотки д) гипертрофия небных миндалин <i>Эталон ответа: а</i> Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ Хирургическое лечение детям с изолированной расщелиной неба показано в возрасте: а) 1-2 лет б) 4-5 лет в) 5-6 лет г) 7 лет <i>Эталон ответа: а</i> Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ Первичная частичная адентия является одним из симптомов а) врожденной расщелины верхней губы б) эктодермальной дисплазии в) гемифациальной микросомии г) синдрома Пьера-Робена д) синдрома Ван-дер-Вуда <i>Эталон ответа: б</i> Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ К какой группе диспансерного наблюдения относятся дети с выраженными деформациями кранио-фациальной системы: а) 1 группа б) 2 группа в) 3 группа <i>Эталон ответа: в</i> Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ Независимо от вида врожденной расщелины мягкого и твёрдого неба обязательным является нарушение функции: а) приема пищи б) речи в) сосания г) мочеиспускания <i>Эталон ответа: б</i> Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ При врожденных расщелинах неба занятия с логопедом рекомендуется начинать: а) до операции б) по окончании хирургического лечения в) в возрасте 1 года г) в 5 лет <i>Эталон ответа: а</i> Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ Хирургическое лечение детям с односторонней расщелиной носовой перегородки, твердого и мягкого неба рекомендуется: а) в 1-2 года б) в 3-4 года в) в 5-6 лет г) трехэтапное: в 2-3 года, 3-5 лет, 8-10 лет д) радикальное в 7-8 лет <i>Эталон ответа: г</i></p>
	<p>Задания открытого типа: Ситуационные задачи</p>	<p><u>Задания на дополнения.</u> Задание 1. Инструкция. Вместо прочерка впишите только одно слово: Ортодонтическое лечение детям с</p>

<p>Вопросы для собеседования Задания на дополнения</p>	<p>врожденной расщелиной мягкого и твердого неба рекомендуется начинать до _____ <i>Эталон ответа:</i> операции</p> <p>Задание 2. Инструкция. Вместо прочерка впишите о одно слово: Тератогенным действием, приводящим к формированию у а врожденной расщелины _____, обладают лекарственные параты, принимаемые во время беременности. <i>Эталон ответа:</i> неба</p> <p>Задание 3. Инструкция. Вместо прочерка впишите о одно слово: Деформация кожно-хрящевого отдела носа _____ имеет о при врожденной расщелине верхней губы полной сторонней <i>Эталон ответа:</i> всегда</p> <p>Задание 4. Инструкция. Вместо прочерка впишите о одно слово: Эмбрион человека имеет расщелину верхней губы как ологическую норму до 6 _____ <i>Эталон ответа:</i> недель</p> <p>Задание 5. Инструкция. Вместо прочерка впишите о одно слово: При полной односторонней расщелине верхней губы т место первичное нарушение функции _____ <i>Эталон ответа:</i> сосания</p> <p>Задание 6. Инструкция. Вместо прочерка впишите о одно слово: Основная задача _____ медицинской помощи ранним юстно-лицевую область временная остановка кровотечения. <i>Эталон ответа:</i> доврачебной</p> <p>Задание 7. Инструкция. Вместо прочерка впишите о одно слово: Нарушение _____ у детей с зубочелюстной аномалией является методами ортопедического лечения, лечебной астики. <i>Эталон ответа:</i> осанки</p> <p>Задание 8. Инструкция. Вместо прочерка впишите о одно слово: К моменту рождения в норме нижняя челюсть _____ верхней <i>Эталон ответа:</i> меньше</p> <p>Задание 9. Инструкция. Вместо прочерка впишите о одно слово: _____ воздействие является одним из мощнейших оров возникновения врожденных пороков развития при твии его в критические периоды эмбриогенеза. <i>Эталон ответа:</i> Радиационное</p> <p>Задание 10. Инструкция. Вместо прочерка впишите только слово: Установлено, что чем старше возраст родителей, тем _____ вероятность рождения ребенка с пороком развития. <i>Эталон ответа:</i> выше</p> <p>Задание 11. Имеет ли пациент с врожденными патологиями краниофациальной области право на выдачу листа нетрудоспособности? <i>Эталон ответа:</i> Не имеет</p> <p>Задание 12</p>
--	--

Ребёнок В., 6 лет. Со слов мамы ребёнок родился в срок. Вес при рождении 3300 г. На фотографии представлен верхний отдел собственно полости рта.



1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребёнка.

Эталон ответа: 1. Врождённая неполная расщелина твёрдого и мягкого нёба.

2. Уранопластика в 4 - 6 лет, с 3х-летнего возраста занятия с логопедом и ортодонтическое лечение в до - и послеоперационном периоде.

Задание 13

Ребенок К., 1 год. Со слов мамы, ребенок родился в срок. Вес при рождении 3300 г. На фотографии представлен верхний отдел собственно полости рта.



1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребёнка.

Эталон ответа: 1. Врожденная полная левосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба.

Хирургическое лечение: А) хейлопластика слева в 6—12 месяцев; Б) велопластика в 1,5—2 года, уранопластика в 3,5—4,5 года (или радикальная уранопластика в 4—6 лет); В) костная аутопластика расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти слева в 7— 9 лет; Г) реконструктивная ринохейлопластика в 12—14 лет. Ортодонтическое лечение с 3-летнего возраста до 12—14 лет. Логотерапия.

Консультация психолога, по показаниям — психокоррекция.

Задание 14

Больная М., 21 год обратилась в клинику с жалобами на отсутствие смыкания фронтальных зубов, невозможность откусывания пищи, выступание нижней челюсти вперед, наличие кариозных полостей. Из анамнеза: деформацию нижнего отдела лица отмечает с 13 лет, которая с возрастом увеличилась. У ортодонта не лечилась. При объективном обследовании определяется резкое выступание подбородка и нижней губы вперед, угол нижней челюсти развернут, тупой до 140°. Смыкание первых моляров по 3 классу Энгля, щечные бугры нижних жевательных зубов перекрывают щечные бугры верхних. При осмотре профиля лица определяется увеличение тела нижней челюсти, верхняя челюсть нормально развита. 16 и 26 определяются кариозные полости в пределах 67 средних слоев дентина. Зондирование дна и стенок кариозных полостей болезненное, реакция на температурные раздражители кратковременная.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Какие мероприятия необходимы в дооперационном периоде?
3. Выберите метод хирургической коррекции размера нижней челюсти.
4. Подберите аппараты для сохранения прикуса в послеоперационный период.

Эталон ответа: 1. Нижняя макрогнатия. Открытый прикус. Средний кариес 16 и 26. 2. В дооперационном периоде проводится лечение 16 и 26 по поводу среднего кариеса. 3. Плоскостная остеотомия нижней челюсти с удалением премоляра (моляра – по показаниям) и коррекцией размера нижней челюсти. 4. После снятия шин необходимо изготовление удерживающего аппарата для постоянного ношения в течение 6 – 12 мес.

Задание 15

У участкового стоматолога на диспансерном учете состоит ребенок с врожденной полной односторонней расщелиной верхней губы, твердого и мягкого неба. Из анамнеза матери: на восьмой недели беременности болела гриппом, последние 5 лет работала на заводе биомедпрепаратов, жилищные условия удовлетворительные, вредные привычки отсутствуют, хронические заболевания не выявлены

1. Укажите объем и сроки хирургического вмешательства при данной патологии. 2. Послеоперационные осложнения, характерные для данной патологии. 3. Составьте план ортодонтического лечения.

Эталон ответа: 1. Проведение пластики верхней губы в возрасте 4 - 6 месяцев с использованием методов линейных, треугольных, четырехугольных кожных лоскутов. Ранняя пластика неба (по показаниям в 3 - 4 года) при одновременном ортодонтическом лечении. Оптимальный возраст для хирургического лечения расщелин неба 6 - 7 лет, так как ранние операции на твердом небе способствуют задержке роста верхней челюсти. Полную коррекцию кожно-хрящевого отдела носа следует осуществлять в 14-16 лет. 2. Рубцы губы оказывают избыточное давление на альвеолярный отросток, вызывая уплощение переднего отдела альвеолярной части верхней челюсти. Частыми

		<p>послеоперационными осложнениями при уранопластике, является расхождение краев раны на границе твердого и мягкого неба. Короткое малоподвижное небо, грубые послеоперационные рубцы следует рассматривать как осложнение. 3. Лечение комплексное в специализированном центре с участием врача челюстнолицевого хирурга, врача-ортодонта, логопеда. Диспансерное наблюдение.</p> <p>Задание 16</p> <p>В центр по врождённым патологиям челюстно-лицевой области обратилась мать двухнедельного ребёнка с жалобами на наличие у ребёнка «волчьей пасти и заячьей губы»</p> <p><i>Из анамнеза:</i> возраст матери 36 лет. Работает дояркой на ферме, работа связана с физическими нагрузками. Беременность четвёртая, вторые роды. Первая беременность закончилась абортom, от второй беременности родился ребёнок без физических изъянов, третья беременность – выкидыш. Во время четвёртой беременности в первом триместре перенесла на «ногах» респираторно-вирусную инфекцию, за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно. Так же выяснилось, что у мужа был брат с подобной патологией, который умер в пятимесячном возрасте.</p> <p><i>При объективном обследовании ребёнка:</i> имеется полная двусторонняя расщелина верхней губы с деформацией носа. Далее расщелина с двух сторон распространяется на альвеолярный отросток в области вторых резцов, альвеолярный отросток верхней челюсти расщеплён на 3 части. Центральная часть его (резцовая кость) определяется как самостоятельное анатомическое образование, задние отделы которого переходят в сошник. Основание сошника с двух сторон не срастается с небными отростками верхней челюсти и свободно выступает в расщелину. Резцовая кость резко выступает вперёд и вверх (протрузия межчелюстной кости) и повернута вокруг оси. Впереди ее расположена срединная часть расщепленной верхней губы, которая фиксирована также и к перегородке носа. Боковые фрагменты альвеолярного отростка верхней челюсти смещаются к средней линии и кзади, т.е. верхняя челюсть сужается. При осмотре полости рта, помимо костных изменений, имеется недоразвитие мышц мягкого неба (нёбо короткое) и среднего отдела глотки (глотка широкая). При сокращении мышц нёба поперечные размеры расщелины увеличиваются.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Составьте план лечебных мероприятий. 2. Назовите специалистов участвующих в проведении медицинской реабилитации детей с врождённой патологией челюстно-лицевой области. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. В первые дни после рождения: изготовление индивидуальной преформированной пластинки с целью разобщить полость рта от полости носа. Проведение пластики верхней губы в возрасте 4 - 6 месяцев с использованием методов линейных, треугольных, четырехугольных кожных лоскутов. Ранняя пластика неба (по показаниям в 3 - 4 года) при одновременном ортодонтическом лечении. Оптимальный возраст для хирургического лечения расщелин неба 6 - 7 лет, так как</p>
--	--	--

		<p>ранние операции на твердом небе способствуют задержке роста верхней челюсти. Полную коррекцию кожно-хрящевого отдела носа следует осуществлять в 14-16 лет. 2. Врач-ортодонт, ЛОР, Логопед, челюстно-лицевой хирург, пластический хирург, психолог, невролог.</p> <p>Задание 17 Ребёнок 2-х лет, диагноз: врождённая расщелина мягкого нёба. Определите анатомические границы расщелины. <i>Эталон ответа:</i> Анатомические границы: от язычка до перехода твёрдого нёба в мягкое.</p> <p>Задание 18 Ребёнок 3-х лет, диагноз: врождённая полная расщелина мягкого и твёрдого нёба. Перечислите основные анатомические нарушения, сопутствующие расщелине нёба. <i>Эталон ответа:</i> Анатомические нарушения: расширение глоточного кольца, сообщение ротовой и носовой полости.</p> <p>Задание 19 Ребёнок 2-х лет, диагноз: врождённая полная левосторонняя расщелина альвеолярного отростка, мягкого и твёрдого нёба. Перечислите основные функциональные расстройства в организме этого ребёнка. <i>Эталон ответа:</i> Функциональные расстройства: речи, дыхания, жевания, глотания.</p> <p>Задание 20 Ребёнок 1 год 6 месяцев, диагноз: врождённая срединная полная расщелина мягкого и твёрдого нёба. Лечение ранее не получал. Составьте план обследования и лечения ребёнка. <i>Эталон ответа:</i> Задачи: отрегулировать питание, поставить на диспансерный учёт в Республиканском стоматологическом центре. Оперативное лечение в 4-5 лет. Занятия с логопедом для постановки речи.</p> <p>Задание 21 Ребёнок 4-х месяцев, диагноз: врождённая скрытая левосторонняя расщелина верхней губы. Дайте анатомическую характеристику данной патологии. <i>Эталон ответа:</i> Косметические нарушения с деформацией крыла носа или без него.</p> <p>Задание 22 Ребенок новорожденный с диагнозом: врождённая полная расщелина мягкого и твёрдого нёба. Составьте план лечения и план диспансерного наблюдения. <i>Эталон ответа:</i> План лечения: наблюдение у педиатра, консультация логопеда, операция уранопластика в 2-3 года. Диспансеризация: наблюдение по месту жительства и в Республиканском центре до завершения роста лицевых костей.</p> <p>Задание 23 Ребёнок 2-х лет, диагноз: врождённая полная расщелина мягкого и твёрдого нёба. Составьте план лечения. <i>Эталон ответа:</i> Занятия с логопедом до оперативного лечения (4-5 лет). Наблюдение у педиатра. Занятия с логопедом после оперативного лечения, консультация ортодонта.</p> <p>Задание 24 Ребёнок 1 год 6 месяцев, диагноз: врождённая срединная полная расщелина мягкого и твёрдого нёба. Лечение ранее</p>
--	--	---

		<p>не получал. Составьте план обследования и лечения ребёнка.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Задачи: отрегулировать питание, поставить на диспансерный учёт в Республиканском стоматологическом центре. Оперативное лечение в 4-5 лет. Занятия с логопедом для постановки речи.</p> <p>Задание 25</p> <p>В роддом вызван хирург-стоматолог на 3-й день после рождения ребёнка с расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твёрдого нёба. Расстояние между фрагментами альвеолярного отростка – 6 см. Тактика врача.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Научить кормить ребёнка, подобрать форму соски, отверстия в соске. Объяснить родителям диагноз, особенности ухода за ребёнком, оптимальные сроки и место оперативного лечения. Рекомендовать поставить ребёнка на диспансерный учёт. Совместно с педиатром подобрать смеси для питания ребёнка.</p> <p>Задание 26</p> <p>Ребёнок 4-х месяцев, диагноз: врождённая скрытая левосторонняя расщелина верхней губы. Дайте анатомическую характеристику данной патологии.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Косметические нарушения с деформацией крыла носа или без него.</p> <p>Задание 27</p> <p>Пациент Г, 11 лет. Переехал из другого города, обратился для постановки на диспансерный учёт к ортодонт. Из анамнеза: левосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и твёрдого неба, в возрасте 4 мес. проведена операция хейлопластика, в возрасте 6 лет операция уранопластика. Объективно: Лицо симметричное, пропорциональное. В области верхней губы слева косметический шов. Вторичная деформация носа на стороне расщелины выражена не значительно. Складки умеренно выражены. Тип профиля вогнутый.</p> <p>Скученность верхних фронтальных зубов, в зубном ряду и на контрольной рентгенограмме 22 зуб отсутствует.</p> <p>Рубцовые изменения слизистой оболочки альвеолярного отростка. Фронтальный отдел верхнечелюстного зубного ряда укорочен, форма трапецевидная. Форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена влево на 2 мм. Обратное резцовое перекрытие, глубина перекрытия 1/3. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание и дыхание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Составьте план ортодонтического лечения. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Врожденная расщелина верхней губы и неба.</p>
--	--	--

2. Аппаратурное лечение при помощи брекет-системы. Косметическое контурирование 23 зуба для придания ему формы отсутствующего 22, между 25 и 26 оставляем промежуток, для установки мостовидного протеза с опорой на 25 и 26 зубы. (Альтернативный вариант: установка на место отсутствующего 22 имплантата и металлокерамической коронки – результат менее эстетичен).

Задание 28

Пациент Л., 12 лет. Обратился к логопеду для коррекции дикции, и был направлен на консультацию к врачу-ортодонт. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, верхняя, средняя и нижняя трети лица пропорциональны, носогубные, подбородочная складки умеренно выражены, профиль прямой. Отмечается скученность нижних фронтальных зубов. Форма нижнего зубного ряда трапециевидная, форма верхнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена влево на 2 мм. Глубина резцового перекрытия 1/3, сагиттальная щель 3 мм. Движения языка ограничены: не может облизать верхнюю губу, «поцокать» языком. Нарушение произношения звука «л». Уздечка языка массивная, прикрепляется в области кончика языка. Слизистая оболочка с оральной стороны в области нижних фронтальных зубов гиперемирована, отечна. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание и дыхание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений и дикции.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Составьте план ортодонтического лечения

Эталон ответа: 1. Короткая уздечка языка.
2. Пластика уздечки языка. Нижнечелюстной пластиночный аппарат с удерживающими кламмерами в области 6-х зубов, вестибулярной дугой и секторальным распилом во фронтальном отделе, 2-мя ортодонтическими винтами. Миогимнастические упражнения для тренировки мышц языка, пальцевой массаж фронтального отдела нижнего зубного ряда.

Задание 29

Пациент Ж., 8 лет. Родители обратились к ЛОР-врачу с жалобами на ротовое дыхание ребенка, направлены к стоматологу-ортодонт. Из анамнеза: привычка держать рот приоткрытым, хронической ЛОР – патологии не диагностировано. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, высота нижней трети лица увеличена, носогубные и подбородочные складки сглажены, профиль вогнутый, подбородок выступающий.

Отмечаются тремы между временными зубами на верхней челюсти, диастема и тремы между всеми зубами на нижней

		<p>челюсти. Верхние фронтальные зубы наклонены вестибулярно. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, фронтальный отдел удлинен, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные и оральные бугорки верхних и нижних зубов контактируют друг с другом. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается на дистальном бугорке первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между центральными зубами совпадает. Вертикальная щель между резцами 2 мм. Крупный язык, в полости рта помещается с трудом, при смыкании зубов кончик языка прокладывает между резцами. Величина открывания рта 39 мм, движения в суставе не изменены. Функции дыхания, глотания, речи не нарушены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Составьте план ортодонтического лечения. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Макроглоссия</p> <p>2. Хирургическое лечение макроглоссии. Сдерживание роста нижней челюсти при помощи подбородочной пращи. Ношение преортодонтического а затем ортодонтического трейнеров до момента завершения формирования постоянного прикуса для устранения протрузии и вертикальной дизокклюзии во фронтальном отделе, устранения привычки прокладывания языка между зкбами и привычного ротового дыхания. Миогимнастические упражнения для тренировки носового дыхания.</p> <p>Задание 30</p> <p>Пациент О., 13 лет. Обратился к ортодонт с жалобами на «кривые» передние зубы. Из анамнеза: искусственное вскармливание с 2 мес., сосание пустышки до 3 лет. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, высота нижней трети лица снижена, носогубные и подносовая складки сглажены, подбородочная складка выражена, тип профиля выпуклый, подбородок скошенный. Верхние фронтальные зубы наклонены вестибулярно, 54 отмечается скученность нижних фронтальных зубов, оральный наклон. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, фронтальный отдел удлинен, форма нижнего зубного ряда трапеция, фронтальный отдел укорочен. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних.</p> <p>По сагиттали: бугорковое смыкание первых постоянных моляров справа и слева. Срединная линия между центральными зубами совпадает. Глубина рецезового перекрытия 2/3. Сагиттальная щель 6 мм. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Функции дыхания, речи не нарушены, при глотании язык прокладывает между зубами.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Составьте план ортодонтического лечения.
--	--	---

		<p><i>Эталон ответа:</i> 1. Неправильное искусственное вскармливание, длительное сосание пустышки, инфантильное глотание.</p> <p>2. Аппаратурное лечение при помощи брекет-системы, при выявлении выраженного недостатка места показано удаление первых премоляров. Сочетание брекет-системы с применением ортодонтического трейнера для брекетов для устранения глубокого резцового перекрытия и выработки физиологичного навыка глотания. Регулярные миогимнастические упражнения для мышц языка для устранения инфантильного глотания.</p> <p>Задание 31</p> <p>Пациент А., 15 лет. Обратился к ортодонту с жалобами на наличие щели между верхними центральными зубами. Объективно: Отмечается асимметрия половин лица, профиль прямой, высота нижней трети лица снижена, носогубные складки сглажены, подбородочная складка выражена. Красная кайма губ и слизистая оболочка полости рта без особенностей. Уздечка верхней губы укорочена, слизистые тяжи вплетаются в небный шов.</p> <p>Между 11 и 21 зубами промежуток 3 мм. Отмечается скученность нижних фронтальных зубов. Форма верхнего зубного ряда парабола, нижний зубной ряд асимметричен, сужен справа. При смыкании зубов во фронтальном отделе срединная линия смещена влево на 4 мм. Верхние центральные резцы перекрывают нижние более чем на $\frac{1}{2}$ высоты коронок. В области 13,12,11 зубов сагиттальная щель до 3 мм уменьшающаяся по направлению к центральным резцам. Смыкание зубов в боковых отделах: по сагиттали - медиальный щечный бугор 16 зуба располагается в межбугорковой фиссуре 46 зуба, отмечается бугорковое смыкание 26/36, 25/35, 24/34 зубов; по трансверзали – небный бугорок 15 зуба смыкается с вестибулярными буграми 46 и 45 зубов, 44 зуб располагаясь орально, с антагонистами не смыкается. Величина открывания рта 41 мм, движения в суставе не симметричные, при открывании рта отмечается девиация. Функции глотания, дыхания и речи не нарушены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Составьте план ортодонтического лечения. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Короткая уздечка верхней губы. Сон на правом боку с подкладыванием руки, задержка роста альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Раннее удаление 84 зуба.</p> <p>2. Аппаратурное лечение с применением брекет-системы, в сочетании с ношением ортодонтического трейнера для брекетов для нормализации 133 соотношения челюстей и устранения дисфункции нижнечелюстного сустава.</p> <p>Задание 32</p> <p>Пациент И., 7 лет. После планового осмотра у стоматолога направлена на консультацию к ортодонту. Объективно: Лицо симметрично, пропорционально, носогубные и подбородочная складки умеренно выражены. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей.</p>
--	--	---

		<p>Физиологические тремы отсутствуют, верхние фронтальные зубы имеют оральный наклон, отмечается скученность. Зубо-альвеолярное удлинение в области 55, 54 зубов. Форма верхнего зубного ряда трапеция, форма нижнего зубного ряда парабола. По трансверзали имеющиеся жевательные зубы имеют правильное фиссурно-бугорковое смыкание, по сагиттали отмечается бугорковое смыкание 26 и 36 зубов, медиальный щечный бугор 16 зуба смыкается с дистальным бугорком 46 зуба. Глубина резцового перекрытия 1/3, срединная линия между центральными резцами совпадает. Величина открывания рта 42 мм, движения в суставе не симметричные, при открывании рта отмечается девиация. Функции глотания, дыхания и речи не нарушены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Составьте план ортодонтического лечения. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Задержка роста альвеолярных отростков, нарушение тонуса мышц челюстно-лицевой области. Раннее удаление временных жевательных зубов</p> <p>2. Поастиночный съемный аппарат для дистализации 46 зуба. Затем лечение с помощью съемных аппаратов капового типа (ортодонтический трейнер, ЛМ-активатор, индивидуальный позиционер). Миогимнастические упражнения для тренировки мышц ЧЛЮ.</p> <p>Задание 33</p> <p>Пациент Е, 14 лет. Обратилась к ортодонту с жалобами на неправильное смыкание зубов. Объективно: Лицо симметрично, пропорционально, носогубные и подбородочная складки умеренно выражены. Профиль вогнутый. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей. Язык крупный, в полости рта помещается с трудом, на боковых поверхностях языка сохраняются отпечатки зубов. 37 и 47 зубы с мезиальным наклоном. Между 44 и 45, 34 и 35 зубами тремы. Форма верхней зубной дуги полуэллипс, нижней – парабола. Верхние и нижние фронтальные зубы в состоянии ретрузии, нижние боковые зубы с оральным наклоном. При смыкании во фронтальном отделе обратное резцовое перекрытие, срединная линия совпадает. Смыкание жевательных зубов по сагиттали – справа и слева медиальные щечные бугорки верхних первых постоянных моляров располагаются между шестыми и седьмыми нижними зубами, по трансверзали вестибулярные бугры верхних жевательных зубов смыкаются с оральными буграми нижних. Функции глотания и дыхания не нарушены, отмечается нечеткость речи (шепилявость). Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе не симметричные, отмечается девиация.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Составьте план ортодонтического лечения <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Макроглоссия. Раннее удаление 36,46 зубов.</p> <p>2. Хирургическая пластика языка, Лечение при помощи брекет-системы, миогимнастические упражнения для тренировки языка после оперативного вмешательства и нормализации дикции.</p>
--	--	--

		<p>Задание 34</p> <p>Пациент З., 5 лет. В рамках проведения эпидемиологического ортодонтического обследования, осмотрены дети детских садов г. Красноярска. Объективно: Лицо симметричное, пропорционально, тип профиля прямой, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно. Между нижними фронтальными зубами отмечаются промежутки 1-2 мм, верхние центральные резцы имеют небольшой поворот по оси. Коронки временных зубов стертые на 1/3-1/2 высоты коронок. Форма зубных рядов полукруг.</p> <p>При смыкании зубных рядов по трансверзали вестибулярные бугры нижних жевательных зубов располагаются в продольной фиссуре верхних, по сагиттали дистальные поверхности последних моляров образуют мезиальную ступеньку. Функции глотания и дыхания, речи не нарушены. Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе симметричны.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии. 2. Составьте план ортодонтического лечения. <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Сосание соски после прорезывания 51,61 зубов.</p> <p>2. Комплекс миогимнастических упражнений для поддержания гармоничного развития зубо-челюстной системы.</p> <p>Задание 35</p> <p>Больной К., 13 лет. Родители обратились к ортодонту с целью исправления «неправильно расположенных зубов». Из анамнеза. В возрасте 9 лет больному была проведена уранопластика. В течение двух лет ребенок находился на аппаратном лечении, имеется небная пластинка с секторальным распилом в области 12, 11, 21, 22 зубов и ортодонтическим винтом, кламмерами Адамса на 16 и 26 зубах. Результаты проводимого лечения пациента и родителей не удовлетворили. Объективно. Лицо симметричное, средняя треть лица уменьшена, западает. Тип профиля – вогнутый. Верхняя губа образует с нижней мезиальную ступеньку, на верхней губе слева послеоперационный рубец, имеется вторичная деформация крыла носа слева. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. Имеется послеоперационный рубец в области твердого неба и альвеолярного отростка слева.</p> <p>Прикрепление и длина уздечек губ и языка в норме. 22 зуб отсутствует, промежуток закрыт за счет смещения рядом стоящих зубов. Верхний зубной ряд уплощен, укорочен во фронтальном отделе, форма нижнего зубного ряда полуэллипс. Нижние фронтальные зубы перекрывают верхние на 1/3 высоты коронок, обратная сагиттальная щель 5 мм слева в области 23,33,32 зубов, 3 мм справа в области 12,43,42 зубов. Отмечается правильное фиссурно бугорковое смыкание жевательных зубов по сагиттали и трансверзали. Открывание рта 40 мм, движения в суставах симметричные. Дыхание носовое, глотание физиологичное, речь нечеткая, артикуляция нарушена.</p>
--	--	--

		<p>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</p> <p>2. Составьте план ортодонтического лечения.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Расщелина твердого неба, альвеолярного отростка и губы. Послеоперационные рубцы.</p> <p>2. Брекет-система для верхнего зубного ряда брекететы с повышенным положительным торком, для нижнего зубного ряда с повышенным отрицательным торком. Косметическое контурирование 23 зуба с мезиализацией 23,24,25,26,27 зубов или создание промежутка для отсутствующего 22 с последующим протезированием мостовидным протезом или на имплантате.</p> <p>Задание 36. Больная 1,5 месяца поступила в больницу с диагнозом врожденная расщелина твердого и мягкого неба.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диспансеризация 2. Программа реабилитации 3. Профилактика <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Диспансеризация, поэтапное плановое хирургическое лечение, ортодонтическое лечение, логопедическая коррекция речи.</p> <p>2. Пластика дефекта мягкого неба – стафиллопластика с 2-х лет. Пластика дефекта твердого неба – уранопластика с 6 лет. Пластика дефекта альвеолярного отростка с 7 лет. Хейлоринопластика с 13 лет.</p> <p>Ортодонтическое лечение в период диспансерного наблюдения. Коррекция речи у логопеда.</p> <p>3. Устранение неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов. Здоровый образ жизни матери до и в период беременности. Качественное питание.</p> <p>Задание 37. На приём в районную стоматологическую поликлинику к врачу-стоматологу-хирургу обратилась мама с ребёнком 3 месяцев с жалобами на повреждения кожи носа.</p> <p>Ребёнок родился от 1 беременности в срок с дефектом в области лица, находится с рождения на диспансерном учёте в краевом центре реабилитации детей с врождённой челюстно-лицевой патологией, врождённой двусторонней полной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Патологические высыпания на коже связывает с использованием эластической повязки, изготовленной при последнем посещении (месяц назад) специалиста Центра. Мальчик развит в соответствии с возрастом, активный, в области лица типичная врождённая патология (фото). Кожа носа (кончик, спинка и частично крылья) скарифицирована, пигментирована, кое-где покрыта чешуйками. Пальпация области лица не доставляет ребёнку страданий, воспринимает её как игру.</p> <p>Какие этапы реабилитации таких детей Вы знаете?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Этапы реабилитации:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ранняя ортодонтическая подготовка к хирургическому лечению, начинается в родильном доме. Заключается в изготовлении преформированных пластинок на верхнюю челюсть. - хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара – операция хейлопластики по Лимбергу-
--	--	--

		<p>Обуховой под общим обезболиванием в сроки 6 -12 месяцев. Срок определяется общим здоровьем ребёнка;</p> <ul style="list-style-type: none"> - реконструктивно-аппаратное лечение у врача-ортодонта Центра с целью исправления врождённого недоразвития верхней челюсти и обеспечение оптимальных условий для операции уранопластики; - хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара под общим обезболиванием - операция «Уранопластика по Лимбергу-Бернадскому» в сроки от 3 до 7 лет. Сроки проведения операции определяются эффективностью ортодонтического лечения; - коррегирующее консервативное и хирургическое лечение, обеспечивающее оптимальные косметические, речевые, функциональные результаты. <p>Задание 38. На прием к врачу-ортодонт обратился ребенок в возрасте 10 лет с жалобами на косметический дефект – между верхними центральными резцами имеется промежуток.</p> <p>Объективно. Лицо симметрично, пропорционально. Тип профиля – прямой. Носогубная, подбородочная, поднососовая складки выражены умеренно. Низкое прикрепление уздечки верхней губы. Между 11 и 21 зубами – диастема шириной 3 мм. Форма верхней зубной дуги – полуэллипс, нижней – парабола. Смыкание зубных рядов по сагиттали и трансверзали физиологичное. Верхние резцы перекрывают нижние на 2/3 высоты коронок. срединная линия между резцами совпадает. Открывание рта 42 мм, движения в суставах равномерные. Дыхание, глотание, речь без патологии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии. 2. Составьте план ортодонтического лечения. 3. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Низкое прикрепление уздечки верхней губы. Низкие клинические коронки жевательных зубов. 2. Пластика уздечки верхней губы, Пластиночный аппарат с закрывающей петлей, ортодонтичеккий трейнер для чечения глубокого перекрытия. 3. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.</p> <p>Задание 39. Вопрос для собеседования.</p> <p>Назовите специалистов участвующих в проведении медицинской реабилитации детей с врождённой патологией челюстно-лицевой области</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Специалисты, принимающие участие в реабилитации детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области стоматолог-хирург детский челюстно-лицевой хирург детский ортодонт терапевт-стоматолог</p>
--	--	---

		<p>детский гигиенист логопед психолог медицинский генетик педиатр оториноларинголог медстатистик.</p> <p>Задание 40. Вопрос для собеседования. Роль ортодонтического лечения в реабилитации пациентов с деформациями лица и челюстей.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Реабилитация пациентов с аномалиями и деформациями лица и челюстей - актуальная задача стоматологии, так как любое заболевание, повреждение в челюстно-лицевой области сопровождаются выраженными нарушениями функций жевания, глотания, дыхания, речи, эстетики лица. Последствия заболеваний и повреждений нуждаются в многолетних комплексных реабилитационных мероприятиях со стороны челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, логопеда, ортопеда, физиотерапевта, стоматолога-терапевта, оториноларинголога, офтальмолога, невропатолога Ортодонтическое лечение позволяет создать оптимальные условия для конечного этапа реабилитации пациентов - замещение дефектов зубных рядов и альвеолярных отростков для полноценного восстановления жевательной эффективности и эстетики.</p> <p>Задание 41. Вопрос для собеседования. Понятие о комплексной реабилитации ортодонтического пациента.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Под комплексной реабилитацией понимают сочетание различных методов у одного пациента. Успех такой реабилитации в значительной мере определяется тщательностью обследования больного и продуманностью плана лечения. Основным методом в комплексе реабилитационных мероприятий является хирургическое вмешательство. Показанием к проведению комплексного лечения считается наличие у больного сложной аномалии, требующей полной реконструкции прикуса.</p> <p>Задание 42. Вопрос для собеседования. Классификация врожденных расщелин верхней губы и неба</p> <p><i>Эталон ответа:</i></p> <p>I. ВРОЖДЕННЫЕ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Врожденная скрытая расщелина верхней губы (одно- или двусторонняя). 2. Врожденная неполная расщелина верхней губы: <ol style="list-style-type: none"> а) без деформации кожно-хрящевого отдела носа (одно- или двусторонняя); б) с деформацией кожно-хрящевого отдела носа (одно- или двусторонняя). 3. Врожденная полная расщелина верхней губы (одно- или двусторонняя). <p>II. ВРОЖДЕННЫЕ РАСЩЕЛИНЫ МЯГКОГО НЕБА:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) скрытые; б) неполные; в) полные. <p>III . ВРОЖДЕННЫЕ РАСЩЕЛИНЫ МЯГКОГО И ТВЕРДОГО НЕБА:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) скрытые; б) неполные; в) полные. <p>IV. ВРОЖДЕННЫЕ ПОЛНЫЕ РАСЩЕЛИНЫ МЯГКОГО, ТВЕРДОГО НЕБА И АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА (ОДНО- ИЛИ ДВУСТОРОННИЕ).</p> <p>V. ВРОЖДЕННЫЕ РАСЩЕЛИНЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ТВЕРДОГО НЕБА:</p>
--	--	--

		<p>а) неполные (одно- или двусторонние); б) полные (одно- или двусторонние).</p> <p>Задание 43. Вопрос для собеседования. Какую помощь необходимо оказать ребенку с расщелиной губы, альвеолярного отростка и неба в первые часы его жизни?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Для оказания безотлагательной помощи в родильный дом выезжает бригада в составе врача-ортодонта, зубного техника и медицинской сестры. Задачей раннего ортодонтического лечения являются разобщение полости рта и полости носа, нормализация процесса вскармливания, предупреждение развития вторичных деформаций. Для этого Т.В. Шарова предлагает ортопедический аппарат, изготовленный по индивидуальному слепку, или наложение преформированной стандартизированной пластинки, которые располагаются на 10 отдельных планшетах и распределены на 6 классов по 7 подклассов в каждом. Т.В.Шарова считает целесообразным в первые часы в роддоме изготовить преформированную пластинку. Для этого эластичной массой снимается оттиск с верхней челюсти с соблюдением всех правил асептики, отливается гипсовая модель, которая затем преформируется (распиливается, по линиям расщелины на фрагменты, которые составляются в правильное положение в трех плоскостях и соединяются между собой пластинкой из любого базисного материала).</p> <p>Задание 44. Вопрос для собеседования. Роль врача ортодонта в комплексном лечении и реабилитации детей с врожденными расщелинами губ и неба.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Практически на всех этапах лечения детей с врожденными расщелинами губы, альвеолярного отростка и неба необходимо участие ортодонта. При операциях, восстанавливающих форму носа и губы, целесообразно готовить формирующие аппараты. Перед уранопластикой готовится защитная пластинка. Перед ее изготовлением гипсовая модель соответствующим образом подготавливается: заливается гипсом свод твердого неба и формируется нормальный купол мягкого неба. Срок пользования защитной пластинкой — 3—4 недели. После уранопластики дети с врожденными расщелинами губы, альвеолярного отростка и неба нуждаются в длительном ортодонтическом лечении, как правило, до окончания формирования костей лицевого скелета. Конкретно лечение зависит от имеющейся зубочелюстной аномалии. После окончания формирования костей лицевого скелета оставшиеся дефекты исправляются протезным способом.</p> <p>Задание 45. Вопрос для собеседования. Хейлопластика, определение, сроки выполнения</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Хейлопластика — общее название пластических операций для устранения дефектов или деформаций губ. Суть хейлопластики при врожденных расщелинах является пластика путём сочетанного перемещения встречных треугольных лоскутов.</p>
--	--	--

		<p>Наиболее оптимальным являются следующие возрастные сроки для проведения первичной хейлопластики — 6-12 месяцев. Более точный срок операции определяется общим здоровьем ребёнка</p> <p>Задание 46. Вопрос для собеседования. Уранопластика, определение, сроки выполнения. <i>Эталон ответа:</i> Уранопластика – реконструктивная операция по коррекции расщелины твердого нёба. В настоящее время считается, что детей с этой патологией необходимо оперировать в том возрасте, чтобы они могли закончить лечение к началу обучения в школе, т.е. к 7-летнему возрасту. Современные способы радикальной уранопластики позволяют уменьшить травматичность оперативного вмешательства и рекомендовать проведение этих операций не только в позднем дошкольном возрасте (5-6 лет), но и в раннем — 2-4 года. Более точный срок операции определяется общим здоровьем ребёнка</p> <p>Задание 47. Вопрос для собеседования. Функционально-формирующая пластинка Шульженко, её функции. <i>Эталон ответа:</i> Функционально-формирующая пластинка В. И. Шульженко изготавливается из быстротвердеющей пластмассы. Она плотно охватывает всю верхнюю челюсть новорожденного до переходной складки и концов альвеолярных отростков за исключением тех участков, где необходимо обеспечить преимущественный рост тканей. Обычно это передняя поверхность альвеолярного отростка малого фрагмента, края дефекта альвеолярного отростка и края небных отростков, где пластинка отстоит на 1-2 мм. Пластинку необходимо изготовить впервые дни после рождения ребенка со сквозным несращением губы и неба. Меняют её 3 раза в течение 5-7 месяцев до проведения хейлопластики.</p> <p>Функции:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разобщает ротовую и носовую полости, - исключает деформирующее давление языка на края дефекта и равномерно распределяет это давление на всю верхнюю челюсть, создавая функциональную нагрузку на растущие ткани. - стимулирует рост недоразвитых и слаборазвитых фрагментов верхней челюсти. - изменяет положение фрагментов в направлении вперед и вестибулярно. - осуществляет замыкание альвеолярных отростков в единую альвеолярную дугу верхней челюсти, что создает благоприятные условия для своевременного проведения хейлопластики и уранопластики, исключив при этом натяжение мягких тканей. - уменьшает процент развития вторичных деформаций, связанных с неправильным положением альвеолярных отростков, зубов и образование рубцов после операции. <p>Задание 48. Вопрос для собеседования. Обтураторы (плавающий обтуратор Кеза), особенности конструкции.</p>
--	--	---

Эталон ответа: Обтуратор представляет собой пластинку, плотно прилегающую к твердому небу и дну носовой полости и закрывающую дефект. Задний край ее располагали над задним констриктором глотки. Между задней стенкой глотки и задним краем обтуратора должно быть пространство 0,5 -2 мм для беспрепятственного прохождения воздушной струи при носовом дыхании. Во время функции рефлекторно сокращается задний констриктор на задней стенке глотки и образуется так называемый валик Пассавана. Это валикообразное утолщение соприкасается с задним краем обтуратора, поддерживает и толкает вперед. При этом обтуратор слегка смещается - "плавает". Носоглоточное пространство замыкается при соприкосновении мягкого неба с нижней поверхностью обтуратора.

Задание 49. Вопрос для собеседования.

Обтураторы (плавающий обтуратор Кеца), преимущества и недостатки

Эталон ответа: Переимущества: обтуратор, разобщая носовую и ротовую полости, защищает слизистую оболочку носовой полости от раздражения пищей, предупреждает евстахииты и связанные с ними осложнения, нормализует функции глотания, дыхания, речи, жевания. Однако применение плавающего обтуратора имеет недостатки: функция мышц мягкого нёба не нормализуется, поскольку дефект не устраняется, а лишь закрывается. При сокращении мышц мягкого нёба расщелина увеличивается. Кроме того, базис обтуратора, изготовленный из пластмассы, раздражает края расщелины, вызывая хронические воспалительные процессы в области слизистой оболочки. Это в свою очередь может ухудшить заживление раны в послеоперационном периоде.

Задание 50. Вопрос для собеседования.

Клинико-анатомические и эстетические нарушения при врожденных расщелинах губы и неба

Эталон ответа:

Клинико-анатомические нарушения при врожденных расщелинах губы и неба зависят от их величины и характера. При изолированной скрытой расщелине верхней губы клинически видна деформация в среднем отделе верхней губы от слизистой до основания носа, обусловленная дефектом круговой мышцы при сращении кожи и слизистой между собой.

При явной расщелине верхней губы (неполная, полная) на первый план выступает косметический дефект. По краям дефекта выявляется недоразвитие мягких тканей, которое приводит к подтягиванию красной каймы вверх и изменению «дуги Купидона», при этом резко приподнята вершина верхнебокового изгиба.

При сочетанных несращения верхней губы ткани ее по краю расщелины недоразвиты еще в большей степени. Основание носового хода деформировано и расширено. Крыло носа вместе с крыльным хрящом уплощено. При полной расщелине верхней губы дефект доходит до основания носа. При этом выявляется укорочение высоты верхней губы, отсутствие дна носового хода, уплощение крыла носа, недоразвитие круговой мышцы рта.

		<p>Анатомические нарушения при врожденных расщелинах неба зависят от характера расщелины. Для скрытых расщелин мягкого неба характерно наличие по средней линии деформации или желобка различной протяженности. Видимый дефект при данной расщелине отсутствует. Неполные расщелины мягкого неба – это расщелины, не достигающие до заднего края твердого неба. Неполные расщелины твердого неба не доходят до резцового отверстия. Полные расщелины твердого неба распространяются до резцового отверстия.</p> <p>При полных односторонних расщелинах верхней губы, альвеолярного отростка и неба основание сошника связано с краем небной пластинки противоположной стороны. При полных двусторонних расщелинах верхней губы, неба и альвеолярного отростка резцовая кость определяется как самостоятельное анатомическое образование, задние отделы которого переходят в сошник. У таких детей резцовая кость резко выстоит вперед.</p> <p>Основными анатомическими нарушениями при врожденных расщелинах неба являются: наличие дефекта, деформация и недоразвитие верхней челюсти, атрофия мышц мягкого неба и глотки.</p> <p>Задание 51. Вопрос для собеседования.</p> <p>Функциональные нарушения при врожденных расщелинах губы и неба</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Обусловлены наличием дефекта тканей, дисфункцией мышц верхней губы, мягкого неба и глотки, недостаточностью небо-глоточного затвора. Единый небо-глоточный механизм играет важную роль в функции сосания, речи, глотания, жевания ребенка.</p> <p>С первых минут рождения у детей отмечаются нарушения актов дыхания, сосания. Нередко происходит аспирирование пищи. Выявляется значительное отставание в развитии моторики, снижены показатели физического развития.</p> <p>Дети ослаблены, сопутствующая заболеваемость у данной категории больных значительно выше, чем у здоровых. Заброс пищи в нос приводит к частым синуситам, отитам, снижению слуха.</p> <p>Одним из тяжелых функциональных проявлений расщелин неба является нарушение речи. Нарушение речи – один из основных моментов, сопутствующих возникновению психогении.</p> <p>Изменения костного скелета при врожденных расщелинах губы и неба проявляются в неправильном расположении межчелюстной кости, отсутствии зубов, задержке их прорезывания, сужении верхней челюсти. Часто при такой патологии формируется открытый прикус.</p> <p>Задание 52. Вопрос для собеседования.</p> <p>Этапы реабилитации детей с расщелинами губы и неба.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> - Ранняя ортодонтическая подготовка к хирургическому лечению, начинается в родильном доме. Заключается в изготовлении преформированных пластинок на верхнюю челюсть.</p> <p>- хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара – операция хейлопластики по Лимбергу-</p>
--	--	--

		<p>Обуховой под общим обезболиванием в сроки 6 -12 месяцев. Срок определяется общим здоровьем ребёнка;</p> <ul style="list-style-type: none">- реконструктивно-аппаратное лечение у врача-ортодонта Центра с целью исправления врождённого недоразвития верхней челюсти и обеспечение оптимальных условий для операции уранопластики;- хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара под общим обезболиванием - операция «Уранопластика по Лимбергу-Бернадскому» в сроки от 3 до 7 лет. Сроки проведения операции определяются эффективностью ортодонтического лечения;- коррегирующее консервативное и хирургическое лечение, обеспечивающее оптимальные косметические, речевые, функциональные результаты. <p>Задание 53. Вопрос для собеседования. Методы диагностики аномалий зубочелюстной системы. <i>Эталон ответа:</i> Все методы исследования, применяемые при диагностировании зубочелюстных аномалий условно подразделяются на клинические и параклинические. Клинические методы включают опрос, осмотр, пальпацию, перкуссию, зондирование, аускультацию. Эти методы применяются в клинике у кресла больного. К параклиническим относятся инструментальные, лабораторные и рентгенологические методы исследования. Инструментальные методы делятся на антропометрические, графические, кефалометрические и функциональные. Антропометрические исследования проводят на моделях челюстей.</p> <p>Задание 54. Вопрос для собеседования. Принципы комплексного ортодонтического и хирургического лечения. <i>Эталон ответа:</i> Лечение зубочелюстной аномалии в комплексе с хирургической коррекцией челюстных костей позволяет расширить возможности ортодонтического лечения и решить многие проблемы. Такое лечение показано в тех случаях, когда зубочелюстная аномалия выступает результатом скелетной патологии, связанной в большинстве случаев с наследственными факторами. Перед хирургической коррекцией, целью которой являются смещение, уменьшение или увеличение размеров челюстных костей, необходимо провести предоперационное ортодонтическое лечение, направленное на создание благоприятных условий для установки челюстных костей в желаемое положение. Для этого с помощью несъемной брекет-техники "выстраиваются" зубные ряды верхней и нижней челюстей правильной формы, оптимальных размеров и выверенным положением зубов по отношению к базису челюстных костей в сагитальной и вертикальной плоскостях. При этом не надо стремиться к окклюзионным контактам в тех участках зубных дуг, где планируется хирургическая коррекция. В этих участках зубных дуг окклюзия создается не ортодонтическими приспособлениями, а хирургическим сопоставлением фрагментов челюстных костей.</p>
--	--	--

		<p>Хирургический этап может подразумевать коррекцию челюстных костей в сагиттальной, вертикальной и трансверзальной плоскостях.</p> <p>Задание 55. Вопрос для собеседования.</p> <p>Ортодонтическая подготовка пациентов к протезированию на имплантатах</p> <p><i>Эталон ответа:</i> В большинстве случаев ортодонтического лечения взрослых пациентов последний этап - зубное протезирование и реставрация зубов. При большой протяженности дефектов зубных рядов и ортодонтическое лечение, и последующее зубное протезирование представляют определенные трудности, связанные с отсутствием надлежащей опоры для перемещения зубов во время ортодонтического лечения и изготовления зубных протезов при протезировании. Решают эту проблему имплантаты, которые используются вначале в качестве ортодонтической опоры, а затем в качестве опоры для протезирования. Положение имплантатов при этом должно соответствовать требованиям не только ортодонтического лечения, но и последующего протезирования.</p> <p>Ортодонтическую нагрузку на одиночные ортопедические имплантаты можно давать после ремоделирования костной ткани, окружающей имплантат. При установке нескольких имплантатов в одном участке ортодонтическую нагрузку можно прикладывать сразу через временные протезы. Устойчивость к нагрузке увеличивается за счет шинирования. Последние исследования показали, что при действии постоянной нагрузки в одном направлении формирование костной ткани на поверхности имплантата происходит быстрее. Ортодонтическая нагрузка непрерывна и действует в одном направлении, следовательно, для ортодонтической опоры ортопедические имплантаты можно нагружать непосредственно после их фиксации. Если была запланирована установка имплантата после ортодонтического лечения, то в процессе лечения для его установки следует создать немного больше места, чем требуется. Избыток места закрывается после фиксации имплантата ортодонтически.</p> <p>Если зубы были удалены достаточно давно, нередко требуется добавление костной ткани в области альвеолярного отростка или альвеолярной части. Обычно это проводится во время ортодонтического лечения. Цель такого раннего хирургического вмешательства - возможность протезирования сразу после снятия ортодонтической аппаратуры.</p> <p>Зубное протезирование после ортодонтического лечения - надежный элемент пожизненной ретенции, обеспечивающий стабильность полученного результата.</p> <p>Задание 56. Вопрос для собеседования.</p> <p>Особенность лечения аномалий зубочелюстной системы, осложненных заболеваниями височнонижнечелюстных суставов</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Боль в височно-нижнечелюстном суставе редко встречается у детей, нуждающихся в ортодонтическом лечении, однако такой симптом является важным фактором мотивации ортодонтического лечения взрослых. Ортодонтическое лечение часто способно помочь</p>
--	--	---

		<p>пациентам с проблемами височно-нижнечелюстного сустава, но на него не следует полагаться как на средство коррекции всех заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>Ортодонтическое лечение таких пациентов должно быть направлено на оптимальную нормализацию окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и взаиморасположения элементов височно-нижнечелюстных суставов. В тяжелых случаях показано проведение хирургической коррекции челюстных костей.</p> <p>Лечение взрослых пациентов с аномалиями зубочелюстной системы, осложненными заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов, зачастую требует комплексных совместных мероприятий со стороны специалистов-стоматологов: ортодонт, ортопедов и хирургов.</p> <p>Задание 57. Вопрос для собеседования.</p> <p>Особенности лечения аномалий зубочелюстной системы, осложненных пародонтитом</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Ортодонтическое лечение больных с заболеваниями пародонта имеет свои особенности. Перед началом лечения симптомы болезней пародонта должны быть переведены в стадию ремиссии. В процессе лечения и после его завершения должно проводиться пародонтологическое лечение, направленное на купирование воспалительного процесса в пародонтальных карманах и поддержание профессиональной гигиены полости рта. Частота и длительность проведения профессиональной гигиены полости рта зависят от тяжести заболевания. Весь период ортодонтического лечения пациент должен находиться под наблюдением врача-пародонтолога. У таких пациентов на первых и вторых постоянных молярах целесообразно использовать не ортодонтические бандажные кольца для фиксации дуги, а щечные замки-трубки, оставляющие свободными межзубные промежутки и не затрудняющие доступ к тканям пародонта.</p> <p>Кроме того, заболевания пародонта сопровождаются атрофическими процессами в альвеолярной костной ткани. В связи с этим к перемещению зубов в ходе ортодонтического лечения следует относиться с большой осторожностью. Для таких пациентов приемлемо применение только слабых сил при низком уровне трения в пазах брекета, т.е. использование методики пассивного самолигирования.</p> <p>Пациентам с тяжелыми заболеваниями пародонта в процессе ортодонтического лечения оправданно назначение остеointегрирующих препаратов. Они способствуют оптимизации процесса образования альвеолярной костной ткани, которым должно сопровождаться ортодонтическое перемещение зубов.</p> <p>Задание 58. Вопрос для собеседования.</p> <p>Протетический метод лечения зубочелюстно-лицевых аномалий.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Метод используется при лечении лиц с полностью сформированным постоянным прикусом и завершённым ростом челюстей как заключительный этап</p>
--	--	--

		<p>комплексного лечения или в случаях, когда ортодонтическое лечение нецелесообразно: при фронтальной диз-окклюзии с небольшой вертикальной щелью, мезиальной окклюзии с недоразвитием переднего участка верхней челюсти, скелетной форме глубокой окклюзии в сочетании с дефектами зубных рядов и снижением межокклюзионной высоты, а также при врожденной адентии. Основными задачами протетического лечения таких больных являются: создание контактов в области фронтальной группы зубов, обеспечение множественных контактов антагонистов в области жевательных зубов, нормализация межокклюзионной высоты, устранение косметических недостатков, связанных с наличием аномалии (например, западения верхней губы). Могут применяться как съемные, так и несъемные протезы. При выборе съемных протезов предпочтительнее бюгельные протезы и протезы с металлическим базисом. При использовании несъемных протезов предпочтение необходимо отдавать металлокерамическим конструкциям. В некоторых случаях приходится прибегать к конструированию протезов с дублированным (двойным) зубным рядом.</p> <p>Задание 59. Вопрос для собеседования.</p> <p>Средства и методы индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта при ортодонтическом лечении.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Пациенту, пользующемуся съемным ортодонтическим аппаратом, рекомендуется приобрести специальную двустороннюю щетку с более грубой щетиной (щетка "Денчер"), которая эффективно очищает все труднодоступные участки аппарата (зону распила базиса, ортодонтического замка, мелкие углубления на базисе аппарата и т. д.). Предварительно на щетку наносят специальную пасту, обладающую повышенными антисептическими и дезодорирующими свойствами. Ортодонтический аппарат чистят два раза в день. Для ухода за полостью рта при наличии съемных конструкций рекомендуют использовать лечебно-профилактические зубные пасты с растительными добавками и фтористыми соединениями, гигиенические ополаскиватели и эликсиры. Обязательно также использование зубочисток и флоссов.</p> <p>При наличии несъемных ортодонтических конструкций наиболее эффективными являются зубные щетки с силовым выступом на конце головки и с V-образным продольным желобом в центре щетиночного поля (щетка "Орто"). Для очищения брекетов, пространств над дугами и других труднодоступных участков желательно иметь монопучковую щетку с маленькой головкой и закругленными концами щетинок, а также межзубные ершики. Для чистки зубов целесообразно использовать лечебно-профилактические пасты с растительными и фтористыми добавками. Периодически (один раз в 2-3 нед.) рекомендуется использовать пасты и ополаскиватели с антисептиками (хлоргексидин, триклозан).</p> <p>Задание 60. Вопрос для собеседования.</p> <p>Осложнения, возникающие в зубочелюстно-лицевой области у детей при раннем удалении временных зубов.</p>
--	--	---

	<p><i>Эталон ответа:</i> В случае потери молочных зубов у детей сопровождается замедление роста альвеолярного отростка в области удаленных зубов, нежелательным перемещением и поворотом вокруг продольной оси зубов, развитию дефицита места для постоянных зубов, их ретенции и дистопии постоянных зубов.</p> <p>Задание 61. Вопрос для собеседования.</p> <p>Осложнения, возникающие в зубочелюстно-лицевой области у детей при раннем удалении постоянных зубов.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> В случае потери постоянных зубов у детей сопровождается атрофией альвеолярного отростка в области удаленных зубов, нежелательным перемещением и поворотом вокруг продольной оси зубов, граничащих с дефектом зубной дуги, смещением средней линии зубной дуги в сторону удаленного зуба. Нарушение фиссурно-бугоркового контакта с зубами-антагонистами приводит к снижению высоты прикуса, жевательной эффективности, приобретает стойкий характер, приводит к функциональной перегрузке фронтальных зубов.</p> <p>Задание 62. Вопрос для собеседования.</p> <p>Показаниями к зубному протезированию у детей.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Кариозное разрушение временных и постоянных зубов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Повышенная стираемость эмали временных и постоянных зубов. 3. Гипоплазия эмали. 4. Ранняя потеря временных и постоянных зубов. 5. Адентия частичная или полная. 6. Ретенция зубов. 7. Дефекты верхней зубной дуги, обусловленные одно- и двусторонним сквозным несращением верхней губы, альвеолярного отростка и неба. 8. Дефекты альвеолярного отростка и неба при врожденной патологии развития или вследствие воспалительных, травматических или др. повреждений челюстей. 9. Своевременное протезирование предупреждает развитие зубочелюстных деформаций. <p>Задание 63. Вопрос для собеседования.</p> <p>Понятие о территориальном центре диспансеризации</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Территориальный центр диспансеризации — важнейшее звено, деятельность которого направлена на своевременное выявление и лечение детей с врожденными пороками развития ЧЛЮ. Такие центры осуществляют наблюдение за детьми до 18 лет включительно.</p> <p>Задание 64. Вопрос для собеседования.</p> <p>Специалисты центра диспансеризации</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Основными специалистами, входящими в центр диспансеризации, являются: педиатр, хирург-стоматолог, ортодонт, логопед, отоларинголог, психоневролог, генетик. Каждый специалист имеет четко определенные задачи.</p> <p>Задание 65. Вопрос для собеседования.</p> <p>Задачи комплексной реабилитации детей с расщелиной верхней губы и неба.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Задачи комплексной реабилитации детей с расщелиной верхней губы и неба: своевременное устранение хирургическим путем основных анатомических</p>
--	---

		<p>нарушений, связанных с наличием расщелины; ортодонтическое исправление имеющихся деформаций и предотвращение развития вторичных деформаций челюстей; постановка у ребенка правильной речи путем тренировки внешнего дыхания и развития правильной речевой артикуляции; обеспечение нормального общего физического развития ребенка в целом (своевременная стоматологическая и оториноларингологическая санация, общеукрепляющее лечение и др.).</p> <p>Задание 66. Вопрос для собеседования.</p> <p>Диспансеризация детей с врожденными пороками развития ЧЛО</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Диспансеризация детей с врожденными пороками развития ЧЛО должна обеспечивать следующее. Выявление и регистрацию детей с врожденным несращением в ЧЛО на основании оповещения персоналом родильных домов и родильных отделений специалистов центра о случаях рождения детей с патологией. Оказание специализированной ортопедической помощи в первые сутки после рождения ребенка с врожденными пороками развития (ВПР), что обеспечивает нормальное развитие ЧЛО с первых дней жизни. Осуществление комплексного лечения и диспансерного наблюдения за детьми с врожденными аномалиями со дня их рождения до 18-20-летнего возраста. Эта помощь осуществляется педиатром, стоматологом (ортопедом, ортодонтом, хирургом), ЛОР-специалистом, логопедом и детским психоневрологом. Проведение сравнительной оценки существующих многочисленных методик оперативного лечения детей и разработка показаний к их применению к зависимости от разновидности несращения. Определение оптимальных сроков оперативных вмешательств в условиях раннего применения ортопедических методов лечения новорожденных детей с ВПР</p> <p>Выяснение эффективности применения раннего ортодонтического лечения детей с ВПР, обеспечение сокращения объема ортодонтического лечения детей в старшем возрасте. Осуществление генетических исследований и медико-генетических консультаций для выяснения причин рождения ребенка с ВПР и возможности предупреждения патологии.</p> <p>Задание 67. Вопрос для собеседования.</p> <p>Сроки диспансерное наблюдение детей с врожденными расщелинами губы и неба.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Средние сроки диспансерного наблюдения и лечения 1—2 раза в год до 18 лет.</p> <p>Задание 68. Вопрос для собеседования.</p> <p>Перечислите физиотерапевтические методы лечения, применяемые в ортодонтии</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Гальванизация и лекарственный электрофорез, ультразвуковая терапия стоматологических заболеваний, гидротерапия, парафинотерапия, массаж, электрофорез с препаратом гиалуронидазного действия.</p> <p>Задание 69. Вопрос для собеседования.</p>
--	--	--

		<p>Физиотерапевтические методы лечения, применяемые в ортодонтии. Электрофорез, краткая характеристика</p> <p><i>Эталон ответа:</i></p> <p>В ортодонтической практике может применяться с различными лекарственными препаратами. Для сокращения сроков аппаратного лечения при расширении зубных рядов и перемещении отдельных зубов можно применить электрофорез с 2 % раствором хлористого лития, который вводится с положительного полюса. Длительность процедуры 15—20 мин, курс лечения — от 5—15 процедур. Введение данного препарата в ткани приводит к временному (на период лечения) снижению минеральной насыщенности костной ткани, что способствует ускорению ее перестройки под влиянием ортодонтического аппарата.</p> <p>Задание 70. Вопрос для собеседования.</p> <p>Физиотерапевтические методы лечения, применяемые в ортодонтии. Ультразвуковая терапия, краткая характеристика</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Ультразвук представляет собой неслышимые человеческим ухом высокочастотные механические колебания упругой среды с частотой свыше 16—20 кГц. Действие ультразвука на организм человека расценивается как микромассаж клеток и тканей, вызывающий в них сложные биохимические изменения. Ультразвук применяют при лечении пародонтоза, артрозоартритов ВНЧС, рубцово-спаечных процессов ЧЛО, врожденных аномалий лица (расщелина верхней губы и неба). Возможно введение лекарственных веществ с помощью ультразвуковых колебаний (фонофорез). Применяется для ускорения сроков аппаратного лечения при сужении зубных рядов, аномалиях положения отдельных зубов. Обладает выраженным трофическим, фибролитическим, болеутоляющим действием, способствует рассасыванию спаек, размягчению рубцовоизмененных тканей, ускоряет репаративные процессы.</p> <p>Задание 71. Вопрос для собеседования.</p> <p>Физиотерапевтические методы лечения, применяемые в ортодонтии. Парафинолечение, краткая характеристика</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Парафин обладает высокой теплоемкостью, низкой теплопроводностью, уменьшается в объеме по мере остывания. При наложении его на область лица происходит компрессия кожи и подлежащих тканей. Парафиновые маски уменьшают отек, набухание, снимают боли, улучшают кровообращение, способствуют быстрому рассасыванию и удалению некротических элементов. Парафино-масляную смесь используют для лечения рубцов на лице, шее, а также для рассасывания рубцов на губе и небе после уранопластики и коррекции губы. При лечении парадонтоза парафин применяют в качестве мазевой основы лечебных быстротвердеющих повязок. Парафин широко используют при лечении рубцов ЧЛО, артрозоартритов ВНЧС. На рубцы верхней губы аппликации парафина применяют с целью предупреждения образования келоидных рубцов.</p> <p>Задание 72. Вопрос для собеседования.</p>
--	--	---

		<p>Физиотерапевтические методы лечения, применяемые в ортодонтии. Вакуумная терапия методом В. И. Кулаженко <i>Эталон ответа:</i> Применяется при исправлении аномалийного положения отдельных зубов, сужении зубных рядов. Суть метода заключается в создании очагового дозированного вакуума в области верхушек перемещаемых зубов через каждые 4—5 дней до окончания аппаратного лечения. Время экспозиции — 20 с. Метод позволяет улучшить кровоснабжение и трофику в зоне воздействия и прилегающих участков костной ткани, усилить обменные процессы, повысить уровень репаративных процессов в костной ткани.</p> <p>Задание 73. Вопрос для собеседования. Физиотерапевтические методы лечения, применяемые в ортодонтии. Электростимуляция, краткая характеристика <i>Эталон ответа:</i> Электростимуляция применяется для стимулирования прорезывания ретенированных зубов. Низкочастотные электрические импульсы можно использовать, кроме того, для электростимуляции жевательных и мимических мышц при их сниженной функции. Показанием к применению являются вертикальная резцовая дизокклюзия, нарушение тонуса мышц и т. д.</p> <p>Задание 74. Вопрос для собеседования. Понятие о миогимнастике в ортодонтии <i>Эталон ответа:</i> Миогимнастика — целенаправленное воздействие на определенные группы мышц для изменения тонуса и функции, которое применяется как самостоятельный метод лечения (для детей с нарушениями основных функций, но безморфологических отклонений) или в сочетании с аппаратным методом (для детей со сформированными аномалиями).</p> <p>Задание 75. Вопрос для собеседования. Основные принципы миогимнастики в ортодонтическом лечении и реабилитации ортодонтических пациентов. <i>Эталон ответа:</i> Основные принципы выполнения упражнений: — специальные упражнения должны выполняться перед зеркалом; — упражнения выполняются в медленном темпе, под контролем счета; — каждое упражнение выполняется не менее 10—12 раз; — упражнения должны выполняться ежедневно (2—3 раза — в зависимости от продолжительности комплекса); — после завершения урока ребенок должен испытывать легкое утомление; — гимнастика должна проводиться на протяжении не менее 3 мес.</p>
--	--	---

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области,	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий,	логичность и последовательность ответа

	отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе

удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует