

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

*Стоматологический факультет*

УТВЕРЖДАЮ  
Руководитель  
образовательной программы  
 / Максиков С.Ю. /  
«31» августа 2023 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ**

**Ортодонтия и детское протезирование**

*(наименование)*

Специальность (Стоматология) 31.05.03

Форма обучения очная

Ростов-на-Дону

2023г.

1. Изучение дисциплины Ортодонтия направлено на формирование компетенций в соответствии с ФГОС ВО (ФГОС 3++) и ОП ВО по данной специальности:
2. 2.1. Профессиональных: ПК-1, ПК-2. **Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями**

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК-1	Задания закрытого типа	<p>Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.  Наиболее целесообразным и точным способом определения нуждаемости детей в ортодонтической помощи является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) обращаемость больных в поликлинику</li> <li>б) осмотры детей в организованных коллективах ортодонтом методом гнездования</li> <li>в) полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом</li> <li>г) выборочный осмотр детей в организованных коллективах врачом стоматологом- терапевтом</li> <li>д) полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом ортодонтом</li> </ol> <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> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) 1 ставка среднего медицинского персонала</li> <li>б) 0. 5 ставки среднего медицинского персонала</li> <li>в) 2 ставки среднего медицинского персонала</li> <li>г) 0. 25 ставки среднего медицинского персонала</li> <li>д) 3 ставки среднего медицинского персонала</li> </ol> <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> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) 0. 5 ставки зубного техника</li> <li>б) 1 ставка зубного техника</li> <li>в) 0. 25 ставки зубного техника</li> <li>г) 2 ставки зубного техника</li> <li>д) 3 ставки зубного техника</li> </ol> <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> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) 1 ставка младшего медицинского персонала</li> <li>б) 2 ставки младшего медицинского персонала</li> <li>в) 0. 25 ставки младшего медицинского персонала</li> <li>г) 0. 5 ставки младшего медицинского персонала</li> <li>д) 0. 33 ставки младшего медицинского персонала</li> </ol> <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> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) 1 группу</li> <li>б) 2 группы</li> <li>в) 3 группы</li> </ol>

		<p>г) 4 группы д) 5 групп <i>Эталон ответа:г</i> Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит а) в аппаратурном ортодонтическом лечении б) в борьбе с вредными привычками в) в нормализации нарушений функций г) в протезировании д) в санитарно-просветительной работе по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам <i>Эталон ответа:д</i> Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Ко II диспансерной группе следует отнести детей а) с выраженными зубочелюстными аномалиями б) с ранней потерей зубов в) с неправильным положением отдельных зубов г) с начальной стадией аномалии прикуса д) с предпосылками к развитию отклонений в прикусе <i>Эталон ответа:д</i> Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать а) в детских стоматологических поликлиниках б) в детских садах в) в школах г) в детских соматических поликлиниках д) в специализированных ортодонтических центрах <i>Эталон ответа:д</i> Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Анализ работы врача ортодонта целесообразно проводить с учетом количества а) посещений больных б) примененных ортодонтических аппаратов в) вылеченных детей г) трудовых единиц д) детей, взятых на ортодонтическое лечение <i>Эталон ответа:в</i> Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ. К III диспансерной группе следует отнести детей 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 <i>Эталон ответа:в</i> Задание 11. 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</p>
--	--	--

	<p>г) создание эстетического, морфологического и функционального оптимума</p> <p>д) уменьшение степени выраженности зубочелюстных аномалий</p> <p><i>Эталон ответа:г</i></p> <p>Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Врач ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения</p> <p>а) при получении положительных результатов: исправления положения зубов</p> <p>б) при нормализации функции</p> <p>в) при закреплении результатов ортодонтического лечения</p> <p>г) при сформированном правильном постоянном прикусе</p> <p>д) при улучшении эстетики лица</p> <p><i>Эталон ответа:г</i></p> <p>Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Главными задачами диспансеризации детей ортодонтической службы являются</p> <p>а) выявление детей с выраженными зубочелюстными аномалиями</p> <p>б) выявление детей с предпосылками к развитию аномалий прикуса</p> <p>в) профилактика зубочелюстных аномалий</p> <p>г) аппаратурное ортодонтическое лечение детей с аномалиями прикуса</p> <p>д) все перечисленные задачи</p> <p><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</p> <p>а) обучение родителей правильному способу вскармливания детей</p> <p>б) массаж в области альвеолярных отростков, зубов</p> <p>в) гигиенические навыки</p> <p>г) устранение вредных привычек</p> <p>д) все перечисленное</p> <p><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</p> <p>а) борьбу с вредными привычками</p> <p>б) правильную осанку</p> <p>в) тренировку носового дыхания</p> <p>г) правильное положение головы во время сна</p> <p>д) все перечисленное</p> <p><i>Эталон ответа:д</i></p> <p>Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ. К IV диспансерной группе следует отнести детей</p> <p>а) с незначительными отклонениями в положении отдельных зубов</p> <p>б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе</p> <p>в) с выраженными аномалиями прикуса</p> <p>г) без морфологических, функциональных и эстетических отклонений</p> <p>д) с аномалиями прикуса в начальной стадии</p> <p><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</p> <p>а) санитарно-просветительную работу</p> <p>б) применение ортодонтических аппаратов</p> <p>в) нормализацию нарушений функций зубочелюстной системы</p> <p>г) миотерапию</p> <p>д) массаж в области отдельных зубов</p>
--	---

	<p><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"><li>а) в ортодонтическом кабинете врача ортодонта</li><li>б) в стоматологической поликлинике - логопедом, прошедшим специализацию по ЛФК</li><li>в) в детских садах - воспитателями</li><li>г) в детских соматических поликлиниках - инструкторами по лечебной физкультуре</li><li>д) в домашних условиях индивидуально под руководством врача ортодонта</li></ul> <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"><li>а) укрупнение ортодонтических отделений</li><li>б) организация ортодонтических диагностических центров</li><li>в) организация службы комплексного лечения зубочелюстных аномалий</li><li>г) укрупнение зуботехнических лабораторий</li><li>д) диспансеризация детей по ортодонтическим показаниям</li></ul> <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"><li>а) в детских соматических поликлиниках</li><li>б) в детских стоматологических поликлиниках</li><li>в) в специализированных центрах по лечению врожденной патологии</li><li>г) в хирургических отделениях общих больниц</li><li>д) в ортодонтических центрах</li></ul> <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"><li>а) на правильное положение головы и осанки</li><li>б) на тренировку носового дыхания</li><li>в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи</li><li>г) на понимание негативных последствий вредных привычек</li><li>д) на все перечисленное</li></ul> <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"><li>а) нормализацию функции глотания</li><li>б) тренировку круговой мышцы рта</li><li>в) нормализацию осанки</li><li>г) дыхательные упражнения</li><li>д) все перечисленное</li></ul> <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"><li>а) вредные привычки</li><li>б) ротовое дыхание</li><li>в) наследственная отягощенность</li><li>г) неправильное вскармливание</li><li>д) все перечисленное</li></ul>
--	---

	<p><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</p> <p>б) укороченная уздечка языка</p> <p>в) ротовое дыхание</p> <p>г) инфантильный способ глотания</p> <p>д) вредная привычка сосания соски</p> <p><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</p> <p>б) ретрогнатическое</p> <p>в) прогнатическое</p> <p>г) переменное</p> <p>д) латерогнатическое</p> <p><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"> <li>1. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести?</li> <li>2. Какие аномалии привели к данной клинической картине?</li> <li>3. Каковы этиологические факторы аномалии?</li> <li>4. Какие методы лечения показаны?</li> <li>5. От чего зависит выбор тактики лечения пациента?</li> </ol> <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: 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"> <li>1. Для какой аномалии характерны клинические симптомы?</li> <li>2. Какие биометрические методы исследования необходимо провести в данном случае?</li> </ol>

	<p>3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в данном случае.</p> <p>4. Какие ортодонтические аппараты показаны для лечения данной патологии.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. 2 класс по Энгля, 2 подкласс.</p> <p>2. Измерение переднего отрезка зубного ряда по Коргхаусу.</p> <p>3. ТРГ в боковой проекции.</p> <p>4. Функционально-действующие аппараты. Несъемные 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-Битнера - профиль лица сначала улучшился, затем изменился в худшую сторону.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Для какой аномалии характерны клинические симптомы?</li> <li>2. Какие биометрические методы исследования показаны в данном случае?</li> <li>3. Чем обусловлены изменения при проведении пробы Эшлера – Битнера?</li> <li>4. Какие ортодонтические аппараты, показаны для лечения данной патологии.</li> </ol> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. 2 класс по Энгля, 1 подкласс. Вертикальная резцовая окклюзия. Трансверзальная аномалия.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>3. ЗЧА обусловлена изменениями как на верхней, так и на нижней челюстях.</li> <li>4. Функционально-действующие аппараты.</li> </ol> <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 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"> <li>1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.</li> <li>2. Укажите последовательность мероприятий по оказанию неотложной помощи ребенку.</li> <li>3. Какие лекарственные препараты и в какой последовательности необходимо ввести.</li> <li>4. Действия врача стоматолога в отношении данного больного.</li> <li>5. В чем заключается профилактика аллергических реакций при лечении стоматологических заболеваний.</li> </ol> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Аллергическая реакция на анестетик. Короткая уздечка языка.</p>
--	---

		<p>2. Прекратить введение медикаментозных средств. Очисть 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.</p> <p>3. Внутривенно вводят преднизолон внутривенно, внутримышечно либо подкожно 0,1 мл. 0,1% раствора адреналина. Внутривенно 1,0 мл. 1% раствора димедрола.</p> <p>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.</p> <p>5. Тщательное выявление аллергологического анамнеза. Проведение операции под наркозом при отягощенном аллергологическом анамнезе.</p> <p><b>Задание 5</b></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> <p>2. Возможной причиной сагиттальной щели является: 1) ротовое дыхание 2) прикусывание нижней губы 3) нарушение речи 4) полуоткрытый рот.</p> <p>3. Поставить окончательный диагноз возможно с помощью методов: 1) антропометрический 2) рентгенологический 3) функциональный 4) всех перечисленных.</p> <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><b>Задание 6</b></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.</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>
--	--	---

*Эталон ответа:* 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 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.

#### Задание 7

Пациент Л., 9 лет. Обратился к логопеду для коррекции дикции, направлен к ортодонт. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, верхняя, средняя и нижняя трети лица пропорциональны, носогубные, подносовая, 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 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.

*Эталон ответа:* 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. Очистление 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 8

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.

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. Вредная привычка: сон на одном боку с подложенным под щеку кулаком.

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. Очистление 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 9

	<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 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"> <li>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Составьте план дополнительного обследования.</li> <li>4. Составьте план ортодонтического лечения.</li> <li>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</li> </ol> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Вынужденная окклюзия из-за недостаточной стертости бугорков временных клыков.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Перекрестная окклюзия (привычное смещение нижней челюсти вправо).</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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. Очистление 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.</li> </ol> <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, 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</p>
--	---

	<p>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"> <li>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Составьте план дополнительного обследования.</li> <li>4. Составьте план ортодонтического лечения.</li> <li>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</li> </ol> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Отягощенная наследственность – «семейный профиль».</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Нижнечелюстная макрогнатия - неуточненная. Мезиальная окклюзия (гнатическая форма - неуточненная). Сагиттальная резцовая дизокклюзия, обратное резцовое перекрытие. Перекрестная окклюзия (вестибулоокклюзия, гнатическая форма - неуточненная).</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol> <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: 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"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Наметьте план санации полости рта.</li> </ol> <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 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</p>
--	--	--

		<p>наблюдениям в городе Н. ежегодно в анестезиологическом пособии нуждаются 190-200 детей при проведении стоматологических вмешательств по поводу осложненных форм кариеса. Вопросы (задание):</p> <p>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):</p> <p>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 последиplomное 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;</p> <p>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 средств и психотропных веществ.</p> <p>3. Руководителю закупочной комиссии провести обзор рынка и представить ценовые предложения на поставку наркозно-дыхательной аппаратуры и аппаратов функциональной диагностики.</p> <p>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.</p> <p>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><b>Задание 14</b></p> <p>В стоматологическую поликлинику обратилась страховая компания ЗАО «МАК-М» с просьбой о предоставлении информации о правах застрахованных. Вопросы (задание):</p> <p>1. Где застрахованный может узнать о своих правах на получение медицинской помощи в данном медицинском учреждении?</p> <p>2. Какова длительность времени ожидания пациентом первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме?</p> <p>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</p>
--	--	--

	<p>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, 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><b>Задание 15</b></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>
--	---

#### Задание 16

Пациент А. обратился в частную стоматологическую клинику для удаления ретинированного 8 зуба справа сверху. В ходе операции врачом стоматологом-хирургом 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?

*Эталон ответа:* 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.

#### Задание 17

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?

*Эталон ответа:* 1. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит 2. Возбудителем заболевания является вирус простого герпеса

#### Задание 18

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 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

	<p>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"> <li>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Составьте план дополнительного обследования.</li> <li>4. Составьте план ортодонтического лечения.</li> <li>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении</li> </ol> <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><b>Задание 19</b></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, высота нижней трети лица снижена, носо-губные и подносная 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 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 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. 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 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 от-крывания 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>
--	--

*Эталон ответа:* 1. Хроническое нарушение носового дыхания. 2. Скученность, протрузия верхних фронтальных зубов. Сужение (Вобразное) 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 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. Очистление 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.

#### Задание 21

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.

Вопросы 1. Назовите возможные причины возникновения данной симптоматики.

2. К какому классу по классификации Энгля относится данная аномалия окклюзии?

3. Опишите возможные дополнительные методы обследования при заболеваниях ВНЧС.

4. Перечислите методы первичной профилактики при заболеваниях ВНЧС.

5. Перечислите методы вторичной профилактики при заболеваниях ВНЧС.

*Эталон ответа:* 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.  
2. Прикус дистальный соответствует II классу классификации Энгля.

	<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, шлифовывание преждевременных контактов и разобщение зубных рядов суставной капной</p> <p>5. Вторичная профилактика: коррекция прикуса с нормализацией положения зубов</p> <p style="text-align: center;">Задание 22</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> <p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Опишите лицевые признаки глубокой резцовой окклюзии.</li> <li>2. Перечислите необходимые антропометрические методы исследования диагностических моделей челюстей.</li> <li>3. Назовите возможные причины данной патологии. К какому специалисту необходимо направить данного ребенка на консультацию?</li> <li>4. Составьте план лечения.</li> <li>5. Какие осложнения вызывает глубокая резцовая окклюзия?</li> <li>6. Укажите диспансерную группу.</li> </ol> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Снижение высоты нижней <math>\frac{1}{3}</math> лица, выраженная супраментальная складка, наличие заед в углах рта, профиль лица выпуклый.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Индексы Пона, Тонна, Коркхауза в модификации Долгополовой.</li> <li>3. Инфантильный тип глотания, ротовое дыхание. Необходима консультация оториноларинголога.</li> <li>4. План лечения: <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Миогимнастика</li> <li>4.2. Устранение вредных привычек</li> <li>4.3. Санация носоглотки.</li> <li>4.4. Вестибулярная пластина с вестибулярной дугой и наклонной плоскостью.</li> </ol> </li> <li>5. Травматизация слизистой оболочки полости неба, патологическая стираемость твердых тканей зубов, дисфункция ВНЧС</li> <li>6. IV группа.</li> </ol> <p style="text-align: center;">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"> <li>1. Назовите этиологические факторы данной аномалии прикуса.</li> <li>2. Какие клинические проявления служат основанием для постановки диагноза.</li> <li>3. Перечислите необходимые методы исследования. Консультация какого специалиста необходима?</li> </ol>
--	---

	<p>4. Составьте план лечения</p> <p>5. Укажите рекомендуемую аппаратуру для лечения ЗЧА.</p> <p>6. Прогноз заболевания.</p> <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 сагиттальном направлении по III классу Энгля.</p> <p>Вопросы</p> <p>1. Назовите возможные причины данной патологии. Каковы общесоматические причины развития данной патологии?</p> <p>2. Поставьте предварительный диагноз</p> <p>3. Наметьте план лечения с указанием рекомендуемой аппаратуры 71 4.</p> <p>Укажите диспансерную группу</p> <p>5. Перечислите профилактические мероприятия по предотвращению данной патологии</p> <p>6. Прогноз лечения</p> <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> <p>3.1. Пластика уздечки языка при необходимости.</p> <p>3.2. Расширение и удлинение верхнего зубного ряда при помощи съемного пластичного аппарата с винтом или аппарата Брюкля.</p> <p>3.3. Задержка роста нижней челюсти - подбородочная праща.</p> <p>3.4. Обучение правильному положению языка правильному глотанию, упражнения для дистального перемещения нижней челюсти.</p> <p>3.5. Избирательное шлифование молочных зубов.</p> <p>4. IV группа.</p> <p>5. Меры профилактики: борьба с вредными привычками и ротовым дыханием, жесткая пища, шлифование неровных бугров</p>
--	--

молочных клыков, санация носоглотки. 6. Возможны трудности лечения при скелетной форме аномалии. Необходим длительный ретенционный период. Иногда прибегают к хирургическому методу лечения.

#### Задание 25

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.

#### Вопросы

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.

*Эталон ответа:* 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.

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, компактостеотомия, фибротомия, ортогнатическая хирургия.

5. Дистопия зубов с крайне недостаточным местом в зубном ряду, индивидуальная макродентия.

6. Прогноз благоприятный с соблюдением ретенционного периода.

Задание 26. Вопрос для собеседования.

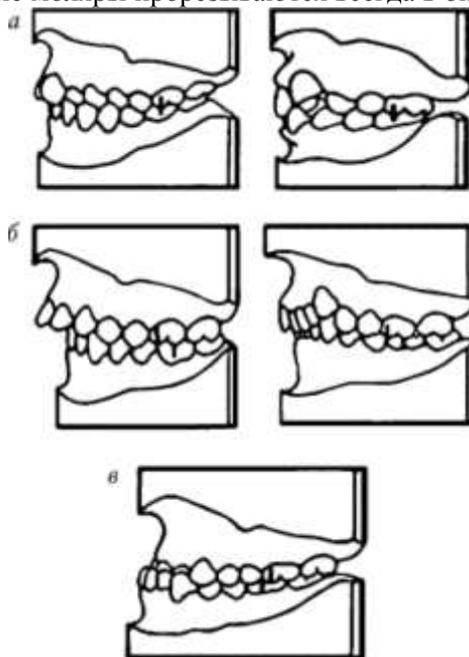
*Эталон ответа* Классификация Энгля (1899) является единственной общепринятой международной классификацией. Известный немецкий ортодонт А. М. Шварц в своей книге "Рентгеностатика" (1960) пишет: "Энгль, предложив свою классификацию, одним гениальным взмахом навел порядок в хаосе существовавших до него представлений".

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 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.

		<p>Основной недостаток классификации Энгля состоит в том, что аномалии смыкания зубных рядов он рассматривал только в сагиттальной плоскости.</p> <p>Задание 27. Вопрос для собеседования.</p> <p>Клинико-морфологическая классификация Калвеллеса</p> <p><i>Эталон ответа</i> Д. А. Калвеллис 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.</p> <p>I. Аномалии отдельных зубов</p> <p>1. Аномалии числа зубов:</p> <p>1.1. Адентия - частичная и полная (гиподонтия).</p> <p>1.2. Сверхкомплектные зубы (гипердонтия).</p> <p>2. Аномалии величины и формы зубов:</p> <p>2.1. Гигантские зубы (большие).</p> <p>2.2. Шипообразные зубы.</p> <p>2.3. Уродливые формы.</p> <p>2.4. Зубы Гетчинсона, Фурнье, Турнера.</p> <p>3. Аномалии структуры твердых тканей зубов:</p> <p>Гипоплазия зубных коронок (причина - рахит, тетания, диспепсия, тяжелые детские инфекционные заболевания, сифилис).</p> <p>4. Нарушение процесса прорезывания зубов:</p> <p>4.1. Преждевременное прорезывание зубов.</p> <p>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).</p> <p>II. Аномалии зубных рядов</p> <p>1. Нарушение образования зубных рядов:</p> <p>1.1. Аномальное положение отдельных зубов:</p> <p>а) губно-щечное прорезывание зубов;</p> <p>б) нёбно-язычное прорезывание зубов;</p> <p>в) мезиальное прорезывание зубов;</p> <p>г) дистальное прорезывание зубов;</p> <p>д) низкое положение (инфраокклюзия);</p> <p>е) высокое положение (супраокклюзия);</p> <p>ж) поворот зуба вокруг продольной оси (тортоаномалия);</p> <p>з) транспозиция зубов;</p> <p>и) дистопия верхних клыков.</p> <p>1.2. Тремы между зубами (диастема).</p> <p>1.3. Скученное положение зубов.</p> <p>2. Аномалии формы зубных рядов:</p> <p>а) суженный зубной ряд;</p> <p>б) седлообразно сдавленный зубной ряд;</p> <p>в) V-образная форма зубного ряда;</p> <p>г) четырехугольный зубной ряд;</p> <p>д) асимметричный зубной ряд.</p> <p>III. Аномалии прикуса</p> <p>1. Сагиттальные аномалии прикуса:</p> <p>1.1. Прогнатия.</p> <p>1.2. Прогения:</p> <p>а) ложная прогения;</p> <p>б) истинная прогения.</p> <p>2. Трансверсальные аномалии прикуса:</p> <p>2.1. Суженные зубные ряды.</p> <p>2.2. Несоответствие ширины верхнего и нижнего зубных рядов:</p>
--	--	--

		<p>а) нарушение соотношений боковых зубов на обеих сторонах (двухсторонний перекрестный прикус);</p> <p>б) нарушение соотношений боковых зубов на одной стороне (косой или односторонний перекрестный прикус).</p> <p>3. Вертикальные аномалии прикуса:</p> <p>3.1. Глубокий прикус:</p> <p>а) перекрывающий прикус;</p> <p>б) комбинированный прикус с прогнатией (крышеоб-разный).</p> <p>3.2. Открытый прикус:</p> <p>а) истинный прикус;</p> <p>б) травматический прикус (вследствие дурных привычек).</p> <p>Задание 28. Вопрос для собеседования.</p> <p>Классификация аномалий зубов и челюстей кафедры ортодонтии и детского протезирования Московского государственного медицинского стоматологического университета</p> <p><i>Эталон ответа</i> 1. Аномалии зубов:</p> <p>1.1. Аномалии формы зуба.</p> <p>1.2. Аномалии структуры твердых тканей зуба.</p> <p>1.3. Аномалии цвета зуба.</p> <p>1.4. Аномалии размера зуба (высоты, ширины, толщины):</p> <p>а) макроденция;</p> <p>б) микроденция.</p> <p>1.5. Аномалии количества зубов:</p> <p>а) гиперодонтия (при наличии сверхкомплектных зубов);</p> <p>б) гиподонтия (адентия зубов - полная или частичная).</p> <p>1.6. Аномалии прорезывания зубов:</p> <p>а) раннее прорезывание;</p> <p>б) задержка прорезывания (ретенция).</p> <p>1.7. Аномалии положения зубов (в одно, двух, трех направлениях):</p> <p>а) вестибулярное;</p> <p>б) оральное;</p> <p>в) мезиальное;</p> <p>г) дистальное;</p> <p>д) супраположение;</p> <p>е) инфраположение;</p> <p>ж) поворот по оси (тортоаномалия);</p> <p>з) транспозиция.</p> <p>2. Аномалии зубного ряда:</p> <p>2.1. Нарушение формы.</p> <p>2.2. Нарушение размера:</p> <p>а) в трансверсальном направлении (сужение, расширение);</p> <p>б) в сагиттальном направлении (удлинение, укорочение).</p> <p>2.3. Нарушение последовательности расположения зубов.</p> <p>2.4. Нарушение симметричности положения зубов.</p> <p>2.5. Нарушение контактов между смежными зубами (скученное или редкое положение).</p> <p>3. Аномалии челюстей и их отдельных анатомических частей: 3.1</p> <p>Нарушение формы.</p> <p>3.2. Нарушение размера:</p> <p>а) в сагиттальном направлении (удлинение, укорочение);</p> <p>б) в трансверсальном направлении (сужение, расширение);</p> <p>в) в вертикальном направлении (увеличение, уменьшение высоты);</p> <p>г) сочетанные по двум и трем направлениям.</p> <p>3.3. Нарушение взаиморасположения частей челюстей.</p> <p>3.4. Нарушение положения челюстных костей.</p> <p>Задание 29. Вопрос для собеседования.</p> <p>Определение понятия «Тортоаномалия»</p>
--	--	---

	<p><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»</p> <p><i>Эталон ответа</i> Лингвопозиция – это смещение зуба в сторону языка.</p> <p>Задание 31. Вопрос для собеседования. Определение понятия «Вестибулопозиция»</p> <p><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»</p> <p><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»</p> <p><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. Во временном и постоянном прикусе принято выделять несколько видов: физиологический, патологический и аномальный</p> <p>Задание 40. Вопрос для собеседования. Характеристика физиологических видов прикуса</p> <p><i>Эталон ответа</i> Физиологические виды прикуса характеризуются наличием контактов между всеми зубами, обеспечивающих полноценную функцию жевания.</p> <p>Общие признаки физиологических видов прикуса:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• средние линии между центральными резцами верхней и нижней челюстей лежат в одной плоскости;</li> <li>• каждый зуб имеет двух антагонистов, кроме 18, 28 и 31, 41 зубов;</li> <li>• режущие края центральных резцов верхней челюсти находятся на уровне нижнего края красной каймы верхней губы и выступают из-под нее на 1 - 2 мм;</li> <li>• зубы верхней челюсти контактируют с одноименным и позади стоящими зубами нижней челюсти;</li> <li>• зубы нижней челюсти контактируют с одноименным и впереди стоящими зубами верхней челюсти.</li> </ul> <p>Задание 41. Вопрос для собеседования. Виды патологической окклюзии</p> <p><i>Эталон ответа</i> Ортодонты рассматривают патологические прикусы в трех плоскостях:</p> <p>Саггитальной – зубы существенно отклоняются вперед или назад, наблюдаются аномалии в развитии челюстей.</p> <p>Вертикальной – заниженное или завышенное расположение единиц, чрезмерное удлинение альвеолярных отростков.</p> <p>Трансверсальной – 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»</p> <p><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»</p> <p><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»</p> <p><i>Эталон ответа</i> Перекрестный прикус – это аномалия окклюзии, при характеризующаяся несоответствием зубных рядов в трансверсальном направлении.</p> <p>Задание 45. Вопрос для собеседования.</p>
--	---

	<p>Формы перекрестного прикуса</p> <p><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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- буккальный перекрестный прикус;</li> <li>- лингвальный перекрестный прикус;</li> </ul> <p>сочетанный (буккально-лингвальный) перекрестный прикус.</p> <p>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 выдвижением 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"> <li>Генетическая предрасположенность</li> <li>Хронические заболевания носа и горла в детском возрасте</li> <li>Серьезные нарушения носового дыхания</li> <li>Наличие у ребенка вредных привычек (сосание посторонних предметов)</li> <li>Нарушения в осанке у ребенка</li> </ul>
--	---

	<p>Преждевременная потеря молочных зубов (существенно ранее их естественной замены на постоянные)</p> <p>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.</p> <p>Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий</p> <p><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.</p> <p>Методы диагностики в ортодонтии</p> <p><i>Эталон ответа</i> В ортодонтической практике используют следующие методы диагностики:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинический;</li> <li>2. Биометрический;</li> <li>3. Антропометрический;</li> <li>4. Рентгенологический;</li> <li>5. Функциональный.</li> </ol> <p>Задание 50. Вопрос для собеседования.</p> <p>Структура диагноза в ортодонтии. Составление плана лечения</p> <p><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.</p> <p>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.</p> <p>В клинике ортодонтии принято формулировать описательный диагноз, состоящий из основного и сопутствующего. В основном диагнозе должны найти отражение следующие моменты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- аномалии зубных рядов и отдельных зубов;</li> <li>- аномалии мягких тканей преддверия рта, уздечек губ, языка;</li> <li>- дефекты коронок зубов и зубных рядов;</li> <li>- функциональные нарушения;</li> <li>- эстетические нарушения;</li> <li>- стоматологические заболевания, не относящиеся к сфере деятельности врача-ортодонта (кариес, гингивит и т. д.).</li> </ul> <p>При формулировке диагноза необходимо применять термины в соответствии с классификацией, принятой в данной клинике или на кафедре.</p> <p>Сопутствующий диагноз включает заболевания, по поводу которых пациент должен наблюдаться у врачей других специальностей</p> <p>Задание 51. Вопрос для собеседования.</p>
--	--

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>При центральной окклюзии нижняя челюсть занимает центральное положение (в отличие от эксцентрических ее положений при других окклюзиях). Таким образом, центральное положение нижней челюсти определяется 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 выдвиганием 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</p>
--	---

	<p><i>Эталон ответа:</i> Задняя окклюзия возникает при дорзальном смещении нижней челюсти из центрального положения.</p> <p>Задание 59. Вопрос для собеседования. Окклюзионные кривые (саггитальная и трансверзальные)</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Саггитальная окклюзионная кривая – линия, проходящая по окклюзионной поверхности боковых зубов в саггитально направлении. Описал Шпее.</p> <p>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.</p> <p><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.</p> <p>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.</p> <p><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</p> <p><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.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Чрезмерное развитие обеих челюстей, верхней (прогнатия) и нижней (прогения) 2. Недоразвитие обеих челюстей, верхней (микронгатия) и нижней (микронгения).</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.</p> <p><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.</p>
--	--

		<p>Нарушение формы и размеров в сагиттальном, вертикальном и трансверзальном направлениях; симметрии расположения зубов правой и левой сторон; контактов между смежными зубами.</p> <p>III. Аномалии развития и деформации челюстей и их анатомических отделов.</p> <p>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.</p> <p>IV. Аномалии прикуса.</p> <p>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.</p> <p>Морфологическая характеристика физиологического постоянного прикуса.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> 1) число зубов – 32;</p> <p>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;</p> <p>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 кнаружи 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.</p> <p>Морфологическая характеристика физиологического прикуса молочных зубов:</p> <p><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 позадистоящим, 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.</p>
--	--	--

	<p>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. Это особенность взаимоотношений нижних и верхних зубов объясняется тем, что центральные верхние резцы шире нижних одноименных. По этой причине верхние зубы 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 <math>\frac{1}{3}</math> 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 кнаружи 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 прямого 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.</p>
--	---

		<p><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 режуще бугорковый контакт, либо зубы смыкаются режущими краями.</p> <p>Задание 71. Вопрос для собеседования. Опистогнатия. Краткая характеристика.</p> <p><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. Глубокая резцовая окклюзия. Понятие.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Глубокая резцовая окклюзия – характеризуется увеличением перекрытия верхними фронтальными зубами нижних на <math>\frac{1}{3}</math>, с сохранением режуще-бугорковых контактов.</p> <p>Задание 73. Вопрос для собеседования. Глубокая резцовая дезокклюзия. Понятие.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Глубокая резцовая дезокклюзия – характеризуется увеличением перекрытия верхними фронтальными зубами нижних более чем на <math>\frac{1}{3}</math>, с отсутствием режуще-бугоркового контакта.</p> <p>Задание 74. Вопрос для собеседования. Степени тяжести глубокой резцовой окклюзии</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Выделяют три степени тяжести: 1 степень тяжести – от <math>\frac{1}{3}</math> до <math>\frac{2}{3}</math> ; 2 степень тяжести – от <math>\frac{2}{3}</math> до 1; 3 степень тяжести более 1.</p> <p>Задание 75. Вопрос для собеседования. Клинико-морфологические формы глубокой резцовой окклюзии</p> <p><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> <p>а) 1 группу б) 2 группы в) 3 группы г) 4 группы д) 5 групп</p> <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> <p>а) в аппаратурном ортодонтическом лечении б) в борьбе с вредными привычками в) в нормализации нарушений функций г) в протезировании д) в санитарно-просветительной работе по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам</p> <p><i>Эталон ответа:</i> д</p> <p>Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Ко II диспансерной группе следует отнести детей</p> <p>а) с выраженными зубочелюстными аномалиями</p>

- б) с ранней потерей зубов
- в) с неправильным положением отдельных зубов
- г) с начальной стадией аномалии прикуса
- д) с предпосылками к развитию отклонений в прикусе

*Эталон ответа: д*

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.  
Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать

- а) в детских стоматологических поликлиниках
- б) в детских садах
- в) в школах
- г) в детских соматических поликлиниках
- д) в специализированных ортодонтических центрах

*Эталон ответа: д*

Задание 5. 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

*Эталон ответа: б*

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Наиболее квалифицированно и эффективно миотерапия в ортодонтии проводится

- 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

*Эталон ответа: б*

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Наиболее целесообразной формой ортодонтической службы с организационной точки зрения является

- 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

*Эталон ответа: в*

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Наиболее эффективной организационной формой лечения детей с врожденной патологией в зубочелюстно-лицевой области является лечение

- 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

*Эталон ответа: в*

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К III диспансерной группе следует отнести детей

- а) с выраженными аномалиями прикуса

		<p>б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе</p> <p>в) с незначительными отклонениями в прикусе или в положении отдельных зубов</p> <p>г) со значительно выраженными аномалиями положения отдельных зубов</p> <p>д) без морфологических функциональных и эстетических нарушений в зубочелюстной системе</p> <p><i>Эталон ответа: в</i></p> <p>Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Критерием для перевода детей в I группу практически здоровых детей является</p> <p>а) нормализация функции глотания</p> <p>б) нормализация функции дыхания</p> <p>в) получение положительных результатов: в исправлении положения зубов, зубных дуг</p> <p>г) создание эстетического, морфологического и функционального оптимума</p> <p>д) уменьшение степени выраженности зубочелюстных аномалий</p> <p><i>Эталон ответа: г</i></p> <p>Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Врач ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения</p> <p>а) при получении положительных результатов: исправления положения зубов</p> <p>б) при нормализации функции</p> <p>в) при закреплении результатов ортодонтического лечения</p> <p>г) при сформированном правильном постоянном прикусе</p> <p>д) при улучшении эстетики лица</p> <p><i>Эталон ответа: г</i></p> <p>Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Последствиями ранней потери временных зубов за 1 год до их смены являются</p> <p>а) сужение зубных рядов</p> <p>б) укорочение зубных рядов</p> <p>в) смещение отдельных зубов</p> <p>г) нарушение сроков прорезывания постоянных зубов</p> <p>д) все перечисленные последствия</p> <p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде</p> <p>а) сосания пальцев</p> <p>б) прикусывания губ</p> <p>в) сосания языка</p> <p>г) прокладывания мягких тканей языка, щек в область дефекта</p> <p>д) неправильного глотания</p> <p><i>Эталон ответа: г</i></p> <p>Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Саморегуляция зубочелюстных аномалий наступает в результате</p> <p>а) коррекции неправильных окклюзионных контактов за счет физиологической стираемости эмали</p> <p>б) роста челюстей</p> <p>в) устранения вредных привычек</p> <p>г) нормализации функций зубочелюстной системы</p> <p>д) всего перечисленного</p> <p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.</p>
--	--	---

	<p>Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) на правильное положение головы и осанки</li><li>б) на тренировку носового дыхания</li><li>в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи</li><li>г) на понимание негативных последствий вредных привычек</li><li>д) на все перечисленное</li></ul> <p><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> <ul style="list-style-type: none"><li>а) нормализацию функции глотания</li><li>б) тренировку круговой мышцы рта</li><li>в) нормализацию осанки</li><li>г) дыхательные упражнения</li><li>д) все перечисленное</li></ul> <p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Применение стандартных вестибулярных пластинок целесообразно</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) при лечении дистального глубокого прикуса</li><li>б) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания пальца, прикусывания губ</li><li>в) для нормализации функции глотания</li><li>г) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания языка</li><li>д) при лечении глубокого прикуса</li></ul> <p><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> <ul style="list-style-type: none"><li>а) недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм</li><li>б) макроденция</li><li>в) мезиальное смещение боковых зубов</li><li>г) уменьшение длины апикального базиса</li><li>д) несоответствие величины апикального базиса и величины зубов</li></ul> <p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) устранение вредных привычек</li><li>б) коррекцию мягких тканей</li><li>в) удаление отдельных зубов</li><li>г) шлифование бугров отдельных зубов</li><li>д) создание оптимальных условий для развития зубочелюстной системы</li></ul> <p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Применение соски у детей первого года жизни</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) абсолютно противопоказано</li><li>б) показано детям с вредной привычкой сосания пальцев</li><li>в) показано детям с ротовым дыханием</li><li>г) показано постоянное</li><li>д) показано ограниченное</li></ul> <p><i>Эталон ответа: д</i></p> <p>Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Профилактикой вредных привычек у детей первого года является</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) пластика уздечки языка</li><li>б) правильный режим жизни ребенка</li><li>в) применение рукавичек</li><li>г) правильный способ вскармливания</li></ul>
--	--

		<p>д) предупреждение и лечение общих заболеваний  <i>Эталон ответа:г</i>  Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.  Учить ребенка чистить зубы целесообразно в возрасте  а) до 1 года  б) 1 года  в) 2 лет  г) 3 лет  д) 4-5 лет  <i>Эталон ответа:в</i>  Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.  Понятие медицинской этики определяет  а) понятие о долге врача  б) правовые основы медицинского законодательства  в) вопросы нравственности  г) гражданская позиция  д) понятие коллегиальности  <i>Эталон ответа:в</i>  Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.  Медицинская деонтология - это  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>  Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.  Ребенок начинает обращать внимание на лицевые признаки  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.  1. Подсчитайте индексы кп + КПУ, кпп + КПу.  2. Укажите возможные морфологические изменения в полости рта.  3. Дайте совет маме, ребенку по ликвидации вредной привычки.  4. Какие миофункциональные аппараты показаны в данном случае?  5. Составьте план лечения.  6. Назовите диспансерную группу.  <i>Эталон ответа:</i> 1. 0, 0.  2. Ретрузия верхних, протрузия нижних, морфологические изменения: передние зубы нижней челюсти расположены впереди верхних (мезиоокклюзия).  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, подносоевая, подбородочная складки умеренно выражены, профиль прямой. Отмечается скученность верхних фронтальных зубов. Форма нижнего зубного ряда парабола, верхний зубной ряд асимметричен.</p> <p>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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Составьте план дополнительного обследования.</li> <li>4. Составьте план ортодонтического лечения.</li> <li>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</li> </ol> <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 Коргхауса, 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, аппаратурное 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</p>
--	---

ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

#### Задание 3

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.

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.

*Эталон ответа:* 1. Снижение высоты нижней  $\frac{1}{3}$  лица, выраженная супраментальная складка, наличие заед в углах рта, профиль лица выпуклый.

2. Индексы Пона, Тонна, Коркхауза 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.
5. Травматизация слизистой оболочки полости неба, патологическая стираемость твердых тканей зубов, дисфункция ВНЧС
6. IV группа.

#### Задание 4

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 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 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  $\frac{1}{3}$ . 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.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.

	<p>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.  <i>Эталон ответа:</i> 1. Вынужденная окклюзия из-за недостаточной стертости бугорков временных клыков.</p> <p>2. Перекрестная окклюзия (привычное смещение нижней челюсти вправо).</p> <p>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.</p> <p>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.</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 5</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, верхняя, средняя и нижняя трети пропорциональны, подбородочная складка сглажена, профиль вогнутый, подбородок выступает вперед.</p> <p>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> <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. 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 коревой 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 Вобразной 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 style="text-align: center;">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"> <li>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Составьте план дополнительного обследования.</li> <li>4. Составьте план ортодонтического лечения.</li> <li>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</li> </ol> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Макроглоссия  2. Макроглоссия. Протрузия верхних фронтальных зубов. Мезиальная окклюзия (нижнечелюстная макрогнатия - неутонченная) Перекрестная окклюзия (вестибулоокклюзия - неутонченная) Вертикальная 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. 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 style="text-align: center;">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 рецовая окклюзия. Соотношение боковых зубов в сагиттальном направлении по III классу Энгля.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите возможные причины данной патологии. Каковы общесоматические причины развития данной патологии?</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз</li> <li>3. Наметьте план лечения с указанием рекомендуемой аппаратуры 71</li> <li>4. Укажите диспансерную группу</li> </ol> <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: 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 праша. 3.4. Обучение правильному положению языка правильному глотанию, упражнения для дистального перемещения нижней челюсти. 3.5. Избирательное пришлифовывание молочных зубов.</p> <p>4. IV группа.</p> <p style="text-align: center;">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. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, высота нижней трети лица снижена, носогубные и подносая 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</p>
--	--

		<p>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"> <li>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Составьте план дополнительного обследования.</li> <li>4. Составьте план ортодонтического лечения.</li> <li>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</li> </ol> <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. Трапецевидный 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 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 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</p>
--	--	---

		<p>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"> <li>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Составьте план дополнительного обследования.</li> <li>4. Составьте план ортодонтического лечения.</li> <li>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</li> </ol> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Хроническое нарушение носового дыхания.  2. Скученность, протрузия верхних фронтальных зубов. Сужение (Вобразное) 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 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 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</p>
--	--	--

	<p>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"> <li>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Составьте план дополнительного обследования.</li> <li>4. Составьте план ортодонтического лечения.</li> <li>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</li> </ol> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Короткая уздечка языка</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Скученность нижних фронтальных зубов, трапециевидный нижний зубной ряд. Сагиттальная резцовая дизокклюзия.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol> <p>Задание 11</p> <p>Пациент Г, 12 лет. Переехал из другого города, обратился для постановки на диспансерный учет к ортодонту. 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"> <li>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> </ol>
--	--

	<p>3. Составьте план дополнительного обследования.  4. Составьте план ортодонтического лечения.  5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.  <i>Эталон ответа:</i> 1. Врожденная расщелина верхней губы и неба.  2. Первичная адентия 22 зуба. Скученность верхних фронтальных зубов, трапециевидный верхний зубной ряд. Обратное резцовое перекрытие.  3. Проведение пробы Эшлера-Битгнера. 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. 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).  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 style="text-align: center;">Задание 12</p> <p>Пациент В., 7 лет. Мама, обратилась к стоматологу-ортопеду с жалобами на прорезавшиеся «огромные» передние зубы у ребенка, направлены к ортодонт. 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"> <li>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Составьте план дополнительного обследования.</li> <li>4. Составьте план ортодонтического лечения.</li> <li>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</li> </ol> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Врожденная аномалия  2. Макродентия 11, 21 зубов  3. ОПГ для определения количества и размеров зачатков постоянных зубов, состояния корневой системы и костной ткани челюстей.  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</p>
--	---

		<p>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%2 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». 2. Зубоальвеолярное укорочение фронтального отдела верхнего и нижнего зубных рядов. Седловидно – суженный верхний зубной ряд. Вертикальная резцовая дизокклюзия. 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. 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. 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. Объективно: Отмечается асимметрия половин лица, профиль прямой, высота нижней трети лица</p>
--	--	--

		<p>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.</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 ½ 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, 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 Вобразной 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. Физиологические тремы отсутствуют, верхние фронтальные зубы имеют оральный наклон, отмечается скученность. Зубо-альвеолярное удлинение</p>
--	--	--

	<p>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 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 удлинение в области 55,54 зубов, мезиальное смещение 46 зуба.  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. 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.  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</p>
--	--

		<p>суставе не изменены. Функции дыхания, речи не нарушены, при глотании язык прокладывает между зубами.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Составьте план дополнительного обследования.</li> <li>4. Составьте план ортодонтического лечения.</li> <li>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</li> </ol> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Задержка роста альвеолярных отростков челюстей, недостаток твердой пищи и мышечной активности.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Скученность нижних фронтальных зубов. Сужение зубных рядов. Инфантильное глотание.</li> <li>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.</li> <li>4. Лечение с помощью съемных аппаратов капового типа (ортодонтический трейнер, ЛМ-активатор, индивидуальный позиционер). Миогимнастические упражнения для нормализации акта глотания и тренировки мышц ЧЛЮ.</li> <li>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.</li> </ol> <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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Составьте план дополнительного обследования.</li> <li>4. Составьте план ортодонтического лечения.</li> <li>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</li> </ol> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Макроглоссия. Раннее удаление 36,46 зубов.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Протрузия верхних фронтальных зубов, ретрузия нижних фронтальных зубов, вестибулярный наклон 37,47 зубов, мезиальная окклюзия,</li> </ol>
--	--	---

		<p>двусторонняя вестибулоокклюзия за 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 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 18</p> <p>Пациент К., 15 лет Обратился к ортодонту 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. 2. Скученность нижних фронтальных зубов, торто-положение 22, вестибулярное положение 44, оральное положение 45. Сужение зубных рядов. Глубокая окклюзия 2 степени. 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. Удаление 44 или 45, и 34 зубов, лечение при помощи брекет-системы. 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</p>
--	--	--

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.

#### Задание 19

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, брекеты сняты. 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.

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. 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.
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 20

Пациент 14 лет. Обратилась к врачу-ортодонт с жалобами на криво стоящие зубы. Объективно: Долихоцефалическая форма головы. Лицо симметричное пропорциональное, тип профиля прямой, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно.

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>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 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. Красноярск. 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> <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 зубочелюстной 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</p>
--	---

		<p>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 симметричные, отмечается девиация.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Составьте план дополнительного обследования.</li> <li>4. Составьте план ортодонтического лечения.</li> <li>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</li> </ol> <p><i>Эталон ответа:</i> 1. Инфантильное глотание, привычное ротовое дыхание после устранения хронической ЛОР патологии.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Скученность фронтальных зубов, сужение зубных рядов. Дистальная окклюзия с протрузией, вертикальная дизокклюзия 1 степени. Инфантильное глотание.</li> <li>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.</li> <li>4. Брекет-система совместно с трейнером для брекетов или аппаратом ФНТА.</li> <li>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.</li> </ol> <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 1/2 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 симметричные, отмечается девиация. Дыхание носовое, при глотании язык прокладывается между зубами, артикуляция нарушена, речь не четкая.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Составьте план дополнительного обследования.</li> <li>4. Составьте план ортодонтического лечения.</li> <li>5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.</li> </ol> <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 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. Применение аппаратов капового типа, и комплекс миогимнастических упражнений 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 style="text-align: center;">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 брекететы с повышенным положительным торком, для нижнего зубного ряда с повышенным</p>
--	---

	<p>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 корнок 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 для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.  4. Удаление разрушенных временных зубов с последующим 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.  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>Где должна осуществляться диспансеризация больных с аномалиями зубочелюстной системы?</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Диспансеризацию ортодонтических больных должны осуществлять республиканские, краевые, областные, городские, районные детские стоматологические поликлиники.</p> <p>Задание 27. Вопрос для собеседования.</p> <p>Организация диспансерного наблюдения за больными с аномалиями зубочелюстной системы</p> <p><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.</p> <p>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.</p> <p>Этапы диспансеризации</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Первый этап- регистрация пациентов. Врач должен знать контингент больных с учетом их возраста, пола и общего состояния здоровья.</p> <p>Второй этап - специализированный осмотр каждого ребенка и санация полости рта. Полученная информация является основой для формирования диспансерных групп и последующего наблюдения за ними.</p> <p>Третий этап - группировка пациентов для ортодонтической диспансеризации и составление плана работы врача на участке.</p> <p>Четвертый этап - наблюдение за пациентами, санация полости рта, проведение уроков гигиены и других массовых 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:</i> В I группу диспансерного наблюдения включают детей с нормальным анатомическим и функциональным состоянием зубочелюстной системы на день осмотра.</p> <p>Во II группу 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>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.</p> <p>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.</p> <p>Задание 30. Вопрос для собеседования.</p> <p>Характеристика I группы диспансерного наблюдения</p> <p><i>Эталон ответа:</i> В I группу диспансерного наблюдения включают детей с нормальным анатомическим и функциональным состоянием</p>
--	--

	<p>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 1-й диспансерной группы проводят осмотр 1 раз в год.</p> <p>Задание 31. Вопрос для собеседования. Характеристика II группы диспансерного наблюдения <i>Эталон ответа:</i> Во II группу 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. Характеристика III группы диспансерного наблюдения <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. Характеристика IV группы диспансерного наблюдения <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. Анализ эффективности ортодонтической диспансеризации <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. 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. 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 или окончания активного аппаратного 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. 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. 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") <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. Задание 40. Вопрос для собеседования.</p> <p>Понятия о норме и патологии в ортодонтии. Четвертый этап развития ортодонтической диагностики (определение понятия "целостная норма") <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. Задание 41. Вопрос для собеседования.</p> <p>Понятия о норме и патологии в ортодонтии. Пятый этап развития ортодонтической диагностики (определение понятия "оптимальная индивидуальная норма") <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 формулировки такого понятия пытаются найти компромиссное решение в представлении об индивидуальной норме. Понятие "норма" продолжается 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 Задание 42. Вопрос для собеседования.</p> <p>Определение понятия "болезнь" в ортодонтии <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</p>
--	---

	<p>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. 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.  Организация работы в ортодонтическом кабинете или отделении.  <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. 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.  Комплекс мероприятий лечебной помощи больным с зубочелюстными аномалиями  <i>Эталон ответа:</i> В комплекс лечебной помощи больным с зубочелюстными аномалиями включаются следующие мероприятия: профилактика, аппаратное Ортодонтическое, хирургическое, терапевтическое и протетическое лечение, физиотерапия, миотерапия, логопедическое обучение, помощь оториноларингологов, психоневрологов и других специалистов.</p> <p>Задание 45. Вопрос для собеседования.  Составлении плана работы ортодонтического отделения  <i>Эталон ответа:</i> При составлении плана работы ортодонтического отделения необходимо:  1) уточнить потребности в ортодонтической помощи различных возрастных групп детского населения;  2) определить объем всех видов специализированной помощи при лечении ортодонтического больного;  3) изыскать штатные и материальные резервы и эффективно использовать их;  4) применять новые организационные формы работы, научной организации труда (НОТ), системы учета, анализа и планирования, определения затрат рабочего времени ортодонта и обслуживающего персонала. Осуществление этих мер обеспечивает плановую рациональную систему оказания ортодонтической помощи детскому и подростковому населению.</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</p>
--	---

	<p><i>Эталон ответа:</i> Оценку эффективности работы ортодонта проводят по следующим количественным показателям:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) трудовые единицы;</li> <li>2) число больных, принятых в течение 1 ч, 1 рабочего дня, 1 мес, 1 года;</li> <li>3) число больных, у которых ортодонтическое лечение закончено;</li> <li>4) число детей, находящихся под наблюдением в каждой диспансерной группе, и их перемещение из одной группы в другую.</li> </ol> <p>Затраты времени ортодонта на одного больного составляют в среднем <math>24 \pm 0,7</math> 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.</p> <p>Характеристика динамического наблюдения, проводимого ортодонтом</p> <p><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. Для предупреждения нарушений в зубочелюстно-лицевой области важно проводить следующие мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) осуществлять медико-генетическое консультирование новобрачных;</li> <li>2) организовывать рациональный режим труда, отдыха, питания беременной женщины, охранять ее здоровье;</li> <li>3) организовывать гигиенический уход за ребенком, проводить гигиеническое воспитание, обучать регулярной чистке зубов и контролировать ее качество;</li> <li>4) выявлять семейное предрасположение к развитию зубочелюстных аномалий;</li> <li>5) предупреждать развитие зубочелюстных аномалий;</li> <li>6) устранять имеющиеся зубочелюстные аномалии путем применения ортодонтических аппаратов и комплексных методов лечения;</li> <li>7) предупреждать рецидивы зубочелюстных аномалий;</li> <li>8) стремиться к достижению морфологического, функционального и эстетического оптимума в зубочелюстно-лицевой области.</li> </ol> <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</p>
--	--

	<p>предметов, принужденную позу, нарушенную осанку, плоскостопие, выявление ранних стадий кариозного процесса, зубочелюстных аномалий.</p> <p>В возрасте 3—6 лет (период сформированного времен-яого 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-<i>jq</i>^ — 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 ишкольного возраста, не имеющие хронических соматическихзаболеваний 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 °кружающими органами и тканями (укорочение его уздечки), "арушения функций зубочелюстной системы, зрения, осанки. Перечисленные отклонения и нарушения нередко являются ричиной развития зубочелюстных аномалий, которые следует своевременно обнаружить, после чего перевести ребенка из I во II группу диспансеризации.</p> <p>II 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. При зубочелюстных аномалиях ортодонт определяет объем профилактических и лечебных ортодонтических мероприятий и оказывает помощь до устранения нарушений.</p> <p>III 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</p>
--	--

	<p>лечебной ортодонтической помощи с учетом нозологических форм нарушений.</p> <p>Задание 51. Вопрос для собеседования.  Этиология зубочелюстных аномалий  <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.  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 (пренатальные 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 хондродистрофия, хрящевая дисплазия, остеодисплазия и др.);  - повреждения и заболевания зубочелюстной системы одонтогенной 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 неба, аномалии уздечек губ и языка, мелкое преддверие рта, нарушение физиологической стираемости зубов, дефекты зубных рядов и др.;  - 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</p>
--	--

	<p>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.</p> <p>Патогенетические механизмы развития зубочелюстных аномалий.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Целесообразно выделить следующие основные патогенетические механизмы развития ЗЧА:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Действие повреждающих факторов на хромосомы родителей до, в момент или после слияния клеток и обмена хромосом; в последующем степень повреждения может возрастать.</li><li>2. Повреждение растущих и развивающихся тканей и органов в пренатальном и постнатальном периодах до их созревания.</li><li>3. Приобретенные деформации, возникающие после завершения роста и формирования организма.</li></ol> <p>Задание 57. Вопрос для собеседования.</p> <p>Влияние нарушения функций опорно-двигательной системы на развитие зубочелюстных аномалий.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> От функционального состояния опорно-двигательной системы зависит осанка человека. 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.</p> <p>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.</p>
--	---

	<p>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. 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Принципы пренатальной профилактики зубочелюстных аномалий и деформаций.</p> <p><i>Эталон ответа:</i></p> <p>Мероприятия по пренатальной профилактике проводятся в женской консультации путем оздоровления организма беременной женщины. Задачами профилактики ЗЧА в этот период являются устранение профессиональных вредностей, установление рационального режима дня и питания женщины, лечение инфекционных заболеваний, борьба с токсикозом, 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"> <li>- выявление врожденной патологии в челюстно-лицевой области;</li> <li>- профилактика острых гнойных заболеваний у новорожденного;</li> <li>- рассечение укороченной уздечки языка;</li> <li>- правильное искусственное вскармливание ребенка;</li> <li>- выявление преждевременно прорезавшихся зубов и определение показаний к их удалению.</li> </ul> <p><i>Период формирования молочного прикуса (6 мес. — 3 года)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-наблюдение за прорезыванием зубов;</li> <li>- пластика укороченной уздечки языка;</li> <li>- профилактика кариеса и его осложнений;</li> </ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- сбалансированное питание, использование при жевании жесткой пищи;</li> <li>- предупреждение соматических заболеваний;</li> <li>- санация дыхательных органов;</li> <li>- профилактика вредных привычек;</li> <li>- наблюдение за функцией языка при глотании.</li> </ul> <p><i>Период сформированного молочного прикуса (3 года — 6 лет)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- пластика укороченной или неправильно прикрепленной уздечки языка;</li> <li>- профилактика кариеса зубов и его осложнений;</li> <li>- присутствие в рационе жесткой пищи;</li> <li>- выявление и удаление прорезавшихся сверхкомплектных зубов;</li> <li>- профилактика деформаций зубных рядов при дефектах зубного ряда путем протезирования;</li> <li>- наблюдение за ростом челюстных костей;</li> <li>- избирательное шлифовывание нестершихся бугров молочных зубов;</li> <li>- наблюдение за соотношением зубных рядов, формой зубных дуг;</li> <li>- выявление нарушений характера речевой артикуляции;</li> <li>- комплексы миогимнастики - для нормализации смыкания губ, расположения нижней челюсти и языка в покое и во время функции.</li> </ul> <p><i>Период смены зубов (6 - 12 лет)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- профилактика кариеса зубов и его осложнений;</li> <li>- наблюдение за резорбцией корней молочных зубов;</li> <li>- наблюдение за прорезыванием постоянных зубов;</li> <li>- удаление прорезавшихся сверхкомплектных зубов;</li> <li>- 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;</li> <li>- восстановление разрушенных коронок первых постоянных моляров и/или резцов путем протезирования после их травмы, кариозного поражения или гипоплазии эмали;</li> <li>- замещение отсутствующих зубов, в том числе при адентии, путем протезирования;</li> <li>- устранение вредных привычек;</li> <li>- избирательное шлифовывание нестершихся бугров молочных клыков и моляров;</li> <li>- миогимнастика для нормализации смыкания губ, носового дыхания, осанки.</li> </ul> <p><i>Период формирующегося постоянного прикуса (12- 18 лет)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лечение челюстно-лицевых аномалий с целью снижения их степени тяжести;</li> <li>- профилактика кариеса зубов и его осложнений;</li> <li>- профилактика болезней пародонта;</li> <li>- удаление отдельных зубов по ортодонтическим показаниям;</li> <li>- удаление прорезавшихся или ретинированных сверхкомплектных зубов, одонтом, кист;</li> <li>- рациональное протезирование;</li> <li>- пластика укороченной или неправильно прикрепленной уздечки языка, губ, углубление мелкого преддверия полости рта.</li> </ul> <p><i>Период сформированного постоянного прикуса (18 лет и старше)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- санация полости рта и соблюдение основ гигиены;</li> <li>- восстановление коронок разрушенных зубов;</li> <li>- замещение отсутствующих зубов путем протезирования;</li> <li>- устранение парафункций (бруксизм);</li> <li>- шинирование зубов при заболеваниях пародонта;</li> <li>- предупреждение перегрузки опорных зубов при протезировании;</li> <li>- сохранение тканей протезного ложа.</li> </ul> <p>Задание 63. Вопрос для собеседования.</p>
--	---

	<p>Применение компакosteотомии 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 компакosteотомия.</p> <p>А. А. Лимберг (1960) дал принципиально новую оценку сущности компакosteотомии. 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 репаративные процессы, что облегчает перестройку тканей под воздействием ортодонтических аппаратов.</p> <p>Задание 64. Вопрос для собеседования.</p> <p>Методика компакosteотомии.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> М. С. Шварцман и Ф. Я. Хорошилкина (1962) рекомендуют щадящий способ компакosteотомии путем тоннелирования. Операция проводится под местной анестезией в условиях поликлиники и состоит из четырех этапов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— разрезы слизистой оболочки и надкостницы на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка вдоль межлуночковых перегородок перемещаемых зубов на уровне середины их корней, а с небной стороны — отступя на 3—4 мм от десневого края;</li> <li>— тоннелирование во все стороны от разреза под слизистой оболочкой и надкостницей глазничным распатором или узкой гладилкой;</li> <li>— введение бора в тоннель и нарушение компактного слоя кости в виде царапин и перфораций;</li> <li>— сближение краев слизистой оболочки и надкостницы без наложения швов, туалет раны.</li> </ul> <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.</p> <p>Определение понятия «ортогнатическая хирургия»</p> <p><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 ВНС, 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.</p> <p>Психологическая подготовка пациента к ортодонтическому лечению.</p> <p><i>Эталон ответа:</i> Психологическая подготовка пациента должна включать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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);</li> <li>- разъяснение необходимости ортодонтического лечения для достижения оптимального психологического состояния и здоровья пациента;</li> <li>- разъяснение сущности предполагаемого лечения и роли самого пациента в достижении благоприятного конечного результата;</li> </ul>
--	---

	<p>- обучение приемам ухода за зубами, полостью рта и аппаратом в период ортодонтического лечения для профилактики возможных осложнений - кариеса, заболеваний пародонта и др.;</p> <p>- объяснение приемов, позволяющих быстрее и менее болезненно адаптироваться к начатому лечению;</p> <p>- разъяснение неблагоприятных последствий для больного, связанных с нарушением рекомендаций врача по режиму лечения, а также с самостоятельным его прекращением.</p> <p>Задание 67. Вопрос для собеседования. Типы пациентов на ортодонтическом приеме. <i>Эталон ответа:</i> Р. Herren [et al.] (1966) различают четыре типа пациентов на ортодонтическом приеме: <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. <i>Второй тип</i> - плохо приспособляющийся и несамостоятельный. Эти дети зависимы по натуре, не проявляют активной враждебности по отношению к окружающим, забывчивы, рассеянны, безответственны. <i>Третий тип</i> - хорошо приспособляющийся и несамостоятельный. Эти дети беззаботны, забывчивы, слабовольны, понятливы, очень послушны, находятся под влиянием авторитета родителей, учителей, товарищей. <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. Мезиальная окклюзия. Диагностика и лечение. <i>Эталон ответа:</i> 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. 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. 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. Лечение. При выступании апикального базиса нижней челюсти без увеличения ее тела возможно удаление отдельных зубов на нижней челюсти. При нижней прогнатии, 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</p>
--	--

		<p>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. 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. Е.Н. Angle (1899г.) предлагает нарушение, при котором мезиальный щечный бугор верхнего первого постоянного моляра контактирует с любой 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 Е.Н. 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 Н. 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 постоянного моляра контактирует с антагонистами впереди межбугорковой фиссуры нижнего постоянного моляра. Сужение верхней, укорочение переднего отрезка верхней и нижней зубных дуг. Ретрузия верхних и нижних резцов. При этом верхние медиальные резцы чаще наклонены небно, а латеральные – вестибулярно и повернуты вокруг продольной оси (торсия, тортоаномалия). Режущие края нижних резцов часто травмируют слизистую оболочку твердого неба.</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, денальных 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 Н. 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, 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,</p>
--	---

		<p>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. 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, эджуайз- и лайт-вайер-техники показано применение внеротовых активных систем (шапочка, лицевая дуга, резиновая тяга).</p> <p>Задание 70. Вопрос для собеседования. Вертикальная окклюзия (открытый прикус). Диагностика и лечение <i>Эталон ответа:</i> Открытый прикус характеризуется наличием вертикальной щели между зубными рядами. 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. 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 оксификации 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</p>
--	--	---

	<p>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. Для нормализации роста челюстей применяют регулятор функции Френкеля, особенно в возрасте 5,5 - 9 лет. <i>В период смешанного прикуса</i> 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. <i>В период постоянного прикуса</i> 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.</p> <p>Задание 71. Вопрос для собеседования. Глубокая резцовая окклюзия. Диагностика и лечение. <i>Эталон ответа:</i> В норме верхние передние зубы перекрывают нижние на <math>\frac{1}{3}</math> высоты коронки, определяется их режуще-бугорковое смыкание. При увеличении глубины перекрытия в области передних резцов более чем на <math>\frac{1}{3}</math> 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).</p> <p>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 сагиттальных и трансверсальных аномалиях прикуса.</p> <p>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 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. 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 ортодонтические 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><b>Задание 72. Вопрос для собеседования.</b>  <b>Перекрестная окклюзия. Диагностика и лечение</b>  <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 ортопантограмм и ТРГ головы в прямой проекции.</p> <p>Лечение перекрестной окклюзии, как и профилактика, зависит от ее разновидности, причин развития, возраста пациента и заключается в</p>
--	---

	<p>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 сошлифовывание 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 шлифовка. 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> Ортодонтическая служба предназначена для оказания квалифицированной помощи населению профилактики и лечению зубочелюстных аномалий у детей и взрослых.</p> <p>Задание 74. Вопрос для собеседования. Квалификационные требования к специалистам, оказывающим ортодонтическую помощь. <i>Эталон ответа:</i> Специальность - «Ортодонтия» Уровень профессионального образования - высшее профессиональное образование по специальности «060105 Стоматология» Послевузовское профессиональное образование - ординатура по специальности «Ортодонтия» Дополнительное профессиональное образование -повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности Должности - врач-ортодонт; руководитель структурного подразделения - врач-ортодонт</p> <p>Задание 75. Вопрос для собеседования. Должностные обязанности врача-ортодонта <i>Эталон ответа:</i> - Выполняет перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи. - Выполняет перечень работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи.</p>
--	---

		<p>-Осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности.</p> <p>-Ведет медицинскую документацию в установленном порядке.</p> <p>- Планирует и анализирует результаты своей работы.</p> <p>-Соблюдает принципы врачебной этики.</p> <p>-Руководит работой среднего и младшего медицинского персонала.</p> <p>-Проводит санитарно-просветительскую работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.</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
<p>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</p>	<p>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.</p>	<p>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 закрепленном практическом навыке</p>	<p>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.</p>

#### 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	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать	высокая логичность и последовательность ответа

	раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	аргументированные ответы, приводить примеры	
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
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	способность анализировать	способность выбрать метод	достаточный уровень профессионального

	проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	ситуацию, делать выводы	решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	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