

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
на заседании
Учебно-методического совета
« 07 » *сентября* 20 *21* года, протокол № *1*

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел



СОГЛАСОВАНО
Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Ортодонтия»**
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.77 «Ортодонтия»

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой,

д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

И.В. Орлова

(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры

стоматологии;

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

« 31 » 08

2021

г.,

протокол заседания №

1

стоматологии;

Заведующий кафедрой

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

Д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.77 «Ортодонтия»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1Б.1.1 Организация ортодонтической помощи. Основы биомеханики жевательного аппарата	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1Б.1.2. Основы ортодонтии. Лабораторные и специальные методы диагностики в ортодонтии	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
3.	Б.1Б.1.3 Лечение и рецидивы зубочелюстных аномалий	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
4.	Б.1Б.1.4 Работа в зуботехнической лаборатории	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Б.1.Б.1 «Ортодонтия»

№	Индекс компетенции, содержание, этапы формирования	в результате изучения дисциплины ординатор должен		
		Знать	Уметь	Владеть
1.	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	Методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию.	Излагать самостоятельно точку зрения, анализировать и логически мыслить, словестно оформлять публичное выступление, аргументировать, вести дискуссии.	Соотношение мнения, веры, понимания, интерпретации и знания. Рациональное и эмпирическое познание. Иррациональное познание: интуиция в медицине. Отражение мира в сознании как познание.
2.	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа	Основные закономерности развития и жизнедеятельности организма человека, гистофункциональные особенности тканевых элементов, методы их исследования. Анатомо-физиологические, возрастно-половые и	Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности. Пользоваться лабораторным оборудованием. Проводить статис	Базовыми технологиями преобразования информации Методами изучения наследственности (цитологический, генеалогический, близнецовый). Основами врачебных диагностических и

	жизни, предупреждение возникновения и распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	индивидуальные особенности строения и развития организма человека, функциональные системы организма человека, их регуляция и саморегуляция при воздействии с внешней средой в норме и при патологических процессах.	тическую обработку экспериментальных данных. Обосновать необходимость клинко-иммунологического обследования больного.	лечебных мероприятий по оказанию врачебной помощи. Основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике патологических процессов.
3.	ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	Проблемы медико-санитарной и стоматологической помощи лицам, связанные с профвредностями; осуществление специфической и неспециф. профилактики инфекционных заболеваний; принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения.	Уметь анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи.	Оценками состояния стоматологического здоровья детей различных возрастно-половых групп. Алгоритмом постановки предварительного диагноза, при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование к врачам-специалистам.
4.	ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с МКБ-10 и проблем, связанных со здоровьем	Этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся забол; клинич. картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме; клинич. проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения; особенности оказания мед. помощи при неотложных состояниях.	Интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; Сформулировать клинический диагноз. вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.	Алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам и при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным.
5.	ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в детской стоматологической помощи	Методы диагностики, лечения и профилактики детских стомат. заболеваний у детей. Общую характеристику и особенности течения мультифакториальных болезней; принципы классификации патологии ребенка со стомат. точки зрения.	Установить предварительный диагноз и провести дифференциальную диагностику; клинику наиболее распространенных мультифакториальных болезней;	Новейшими методами исследования, применяемыми в детской стоматологии. Знаниями о современных материалах, применяемых в детской стоматологии. Современными методами лечения, применяемыми в стоматологии.

6.	ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Основные физические явления и закономерности, лежащие в основе процессов, протекающих в организме человека; характеристики воздействия физических факторов на организм; физические основы функционирования медицинской аппаратуры; правила использования ионизирующего облучения и риски, связанные с их воздействием на биологические ткани; методы защиты и снижения дозы воздействия; принципы, лежащие в основе стомат.радиографии.	Пользоваться физиотерапевтическим оборудованием; работать с увеличительной техникой при изучении физики, химии, биологии; работать с увеличительной техникой; проводить статистическую обработку экспериментальных данных; анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для стоматологического лечения больных;	Медицинским и стоматологическим инструментарием; основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных стоматологических заболеваний и патологических процессов. Методами реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии.
----	--	---	---	---

1-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	УК-1	1-120	1-120	1-25	1-19
2.	ПК-1	1-120	1-120	1-25	1-19
3.	ПК-2	1-25	10-20		1-19
4.	ПК-5	1-20	10-20		1-19
5	ПК-7	1-20	12-27	20-25	1-19
6	ПК-9	21-40	12-27		1-19

2-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	УК-1	1-120	1-120	1-25	1-19
2.	ПК-1	1-120	1-120	1-25	1-19
3.	ПК-2	1-25	10-20		1-19
4.	ПК-5	1-20	10-20		1-19
5	ПК-7	1-20	12-27	20-25	1-19
6	ПК-9	21-40	12-27		1-19

3-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					

1.	УК-1	1-120	1-120	1-25	1-19
2.	ПК-1	1-120	1-120	1-25	1-19
3.	ПК-2	1-25	10-20		1-19
4.	ПК-5	1-20	10-20		1-19
5	ПК-7	1-20	12-27	20-25	1-19
6	ПК-9	21-40	12-27		1-19

**КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ
знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в
процессе освоения дисциплины Б.1.Б.1 «Ортодонтия»
«Ортодонтия».**

Вопросы для устного собеседования.

«Организация ортодонтической помощи. Основы биомеханики жевательного аппарата».

- История развития стоматологии, вклад отечественных ученых в развитие отечественной стоматологии.
- Санитарно-гигиенические требования к помещению для ортодонтического кабинета (площадь, освещение, высота, покрытие). Оборудование и оснащение ортодонтического кабинета.
- Организация работы клиники ортодонтии. Ортодонтическая лаборатория. Учет и документация в ортодонтии.
- Нормальное развитие зубочелюстной системы.
- Характеристика развития зубочелюстной системы после рождения ребенка.
- Возрастные особенности развития зубочелюстной системы.
- Виды зубочелюстных аномалий и их классификация.
- Классификации морфологические, функциональные, этиопатогенетические (Энгля, Симона, Катца, Калвелиса, Бетельмана, Канторовича, Каламкарова, Курляндского, Ильиной-Маркосян, кафедры ортодонтии и детского протезирования МГМСУ).
- Современная классификация аномалий окклюзии зубных рядов (Персин Л.С.). Терминология, применяемая в ортодонтии.
- Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: заболевания матери, приводящие к развитию зубочелюстных аномалий.
- Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: заболевания в раннем детском возрасте. Мышечная дисфункция у ребенка. Нарушение миодинамического равновесия мышц челюстно-лицевой области.
- Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: вредные привычки у детей.
- Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: заболевания в челюстно-лицевой области у ребенка (кариес временных зубов и его осложнения; травмы и ее последствия; остеоартроз; остеомиелит).
- Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: нарушение функций дыхания, глотания, речи, жевания.
- Диагностика в ортодонтии. Клиническое обследование. Опрос ребенка и его родителей. Осмотр рта.
- Гармоничное развитие зубочелюстной системы.

«Основы ортодонтии. Лабораторные и специальные методы диагностики в ортодонтии».

- Клинические методы обследования детей в ортодонтии. История болезни.
- Методы обследования детей для оценки функционального состояния зубочелюстного аппарата.
- Методы обследования детей для оценки морфологического состояния зубочелюстного аппарата.
- Рентгенологические методы обследования детей с зубочелюстными деформациями. Методы диагностики зубочелюстных аномалий. Основные и дополнительные методы диагностики в ортодонтии. Принципы антропометрического исследования гипсовых моделей челюстей.
- Антропометрические методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий. Определение высоты и ширины лица, индекс Изара. Определение формы и типов лица и головы.
- Ортопантомография челюстей. Рентгенологическая диагностика головы.
- Методы расшифровки и анализа боковых ТРГ головы.
- Оценка гармоничности развития зубочелюстной системы по Хазунду. Компьютерная диагностика.
- Томография височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС). Расшифровка томограмм ВНЧС.
- Функциональные методы исследования.
- Оценка состояния опорных тканей пародонта.
- Постановка диагноза и составление плана лечения.
- Методы лечения зубочелюстных аномалий. Лечебная гимнастика, ортодонтический (аппаратурный), хирургический, ортопедический, сочетанные.

«Лечение и рецидивы зубочелюстных аномалий».

- Ортодонтическая терапия. Миогимнастика и массаж как самостоятельное лечение и как вспомогательный метод при лечении ортодонтическими аппаратами. Лечебная физкультура – как метод профилактики.
- Лечение ортодонтическими аппаратами. Несъемные аппараты.
- Лечение ортодонтическим аппаратами. Съемные аппараты.
- Челюстно –лицевая хирургия при лечении аномалий зубочелюстно – лицевой системы.
- Протезирование при аномалиях зубочелюстно-лицевой системы у детей и подростков.
- Устранение зубочелюстных аномалий при врожденных пороках развития лица и челюстей.
- Ортодонтическая помощь при травме зубочелюстной области.
- Ортодонтические аппараты (классификация, принцип действия).
- Характеристика аппаратов механического действия.
- Характеристика аппаратов функционального действия.
- Характеристика аппаратов функционально –направляющего действия.
- Характеристика аппаратов комбинированного действия.
- Дозировка силы в ортодонтических аппаратах. Осложнения при ортодонтическом лечении.
- Биомеханика перемещения зубов.
- Особенности несъемного протезирования в детском возрасте.
- Особенности съемного протезирования в детском возрасте.
- Ретенционный период ортодонтического лечения. Ретенционные аппарат, виды ретенции. Сроки ретенционного периода.
- Диспансеризация детей с зубочелюстными аномалиями. Принципы профилактики зубочелюстных аномалий.
- Комплексные методы лечения зубочелюстных аномалий. Виды хирургических вмешательств в возрастном аспекте.
- Мезиальная окклюзия. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии. Профилактика.
- Дистальная окклюзия. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии. Профилактика.
- Вертикальная окклюзия (открытый прикус). Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии. Профилактика.
- Глубокая резцовая окклюзия. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
- Перекрестная окклюзия. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
- Диастема у детей. Этиопатогенез, клиника, лечение в зависимости от вида диастемы и возраста.
- Дистопия клыков. Этиопатогенез, клиника, лечение.
- Аномалии положения зубов в вертикальной плоскости. Этиопатогенез, клиника, лечение.
- Аномалии количества зубов. Этиология, клиника, лечение. Нарушение физиологического прорезывания.
- Тортоаномалия отдельных зубов. Этиология, клиника, лечение.
- Аномалии положения зубов в сагитальной плоскости. Этиопатогенез, клиника, лечение.
- Аномалии формы и размеров временных и постоянных зубов. Этиология, клиника, лечение.
- Глубокий прикус. Этиопатогенез, диагностика, профилактика.
- Открытый прикус. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
- Мезиальный прикус. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
- Дистальный прикус. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
- Перекрестный прикус. Этиопатогенез различных видов перекрестного прикуса, клиника, профилактика.
- Разновидности ортодонтических аппаратов, показания к их применению.
- Классификация ортодонтических аппаратов.
- Морфологическая и функциональная перестройка зубочелюстной системы под воздействием ортодонтических аппаратов. Силы, применяемые при ортодонтическом лечении.
- Диагностика сочетанных аномалий окклюзии зубных рядов.
- Диагностика и лечение аномалий окклюзии в трансверсальном направлении.
- Диагностика и лечение аномалий челюстей (формы, размеров, расположения).
- Зубочелюстное протезирование у детей и подростков.
- Показания к зубному протезированию в различные возрастные периоды.
- Особенности клиники и лечения детей, подростков и взрослых при адентии.

- Особенности клиники и лечения при дефектах коронок зубов в результате травмы и последствий кариозного поражения зубов у детей и подростков.
- Лечение зубочелюстных аномалий при врожденных пороках развития в челюстно-лицевой области.
- Анатомические и функциональные нарушения у детей с врожденной патологией в челюстно-лицевой области.
- Общие принципы ортодонтического лечения детей с врожденной патологией в челюстно-лицевой области.
- Зубочелюстное протезирование в системе реабилитации здоровья детей, перенесших обширные костные операции на челюстях.
- Ортодонтическая и ортопедическая помощь при травме зубочелюстной области.
- Возможности возникновения рецидива зубочелюстных аномалий и методы профилактики.
- Рецидивы ортодонтического лечения.
- Методы профилактики рецидивов аномалий зубочелюстной системы.
- Показания к применению ретенционных аппаратов. Биологические обоснования к использованию ретенционных аппаратов.
- Особенности конструкции ретенционных аппаратов. Сроки пользования ретенционными аппаратами.
- Компьютеризованная история болезни. Применение компьютерной техники при диагностике зубочелюстных аномалий. Компьютеризованная регистрация.

«Работа в зуботехнической лаборатории».

- Ортодонтические аппараты одно- и двучелюстные, лабораторные этапы изготовления. Восковые шаблоны, определение конструктивного прикуса. Границы базиса съёмных ортодонтических аппаратов. Фиксирующие элементы ортодонтических аппаратов. Другие виды фиксации.
- Механические элементы ортодонтических аппаратов. Пружины для расширения зубного ряда. Ортодонтические винты, виды, варианты постановки. Вестибулярные дуги. Оральные дуги, формирование заслона для языка. Пружины для перемещения зубов. Ортодонтические аппараты механического действия.
- Функциональные ортодонтические аппараты, элементы аппаратов, изготовление. Функционально действующие двучелюстные вестибулярные и вестибуло-оральные аппараты, элементы аппаратов, изготовление.
- Функционально-направляющие съёмные ортодонтические аппараты, элементы аппаратов, изготовление.
- Ортодонтические аппараты комбинированного действия, элементы аппаратов, изготовление.
- Ретенционные аппараты, штампованные каппы, ретейнер Осамо.
- Лабораторные этапы изготовления съёмного пластиночного протеза. Изготовление воскового базиса для постановки зубов. Постановка искусственных зубов.
- Окончательная моделировка протезного базиса. Гипсовка модели в кювету. Формовка протезных базисов из пластмассы. Выемка протезов из кювет, отделка, шлифование, полирование.
- Лабораторные этапы изготовления протезов. Рабочий и вспомогательный оттиск.
- Окклюдатор. Параллелометр.
- Дефекты зубного ряда. Общие сведения. Ортопедические методы замещения дефектов зубов в различные возрастные периоды. Классификация дефектов зубных рядов. Классификация дефектов протезов.
- Артикуляторы. Классификация артикуляторов. Изменения височно-нижнечелюстного сустава в связи с потерей зубов. Диагностика.
- Замещение дефектов зубного ряда различными видами несъёмных раздвижных мостовидных протезов. Общее понятие, составные элементы, показания.
- Лабораторные этапы изготовления раздвижных мостовидных протезов.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к

занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Тестовые задания

1. Наиболее целесообразным и точным способом определения нужды детей в ортодонтической помощи является
 - а) обращаемость больных в поликлинику
 - б) осмотры детей в организованных коллективах ортодонтом методом гнездования
 - в) полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
 - г) выборочный осмотр детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
 - д) полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом ортодонтом

2. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено
 - а) 1 ставка среднего медицинского персонала
 - б) 0.5 ставки среднего медицинского персонала
 - в) 2 ставки среднего медицинского персонала
 - г) 0.25 ставки среднего медицинского персонала
 - д) 3 ставки среднего медицинского персонала

3. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено
 - а) 0.5 ставки зубного техника
 - б) 1 ставка зубного техника
 - в) 0.25 ставки зубного техника
 - г) 2 ставки зубного техника
 - д) 3 ставки зубного техника

4. По штатному нормативу на 1 ставку врача ортодонта положено
 - а) 1 ставка младшего медицинского персонала
 - б) 2 ставки младшего медицинского персонала
 - в) 0.25 ставки младшего медицинского персонала
 - г) 0.5 ставки младшего медицинского персонала
 - д) 0.33 ставки младшего медицинского персонала

5. Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации по ортодонтическим показаниям составляет
 - а) 1 группу
 - б) 2 группы
 - в) 3 группы
 - г) 4 группы
 - д) 5 групп

6. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит
 - а) в аппаратном 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

7. 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
8. 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
9. 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
10. 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
11. Критерием для перевода детей в I группу практически здоровых детей является
- а)нормализация функции глотания
 - б)нормализация функции дыхания
 - в)получение положительных результатов: в исправлении положения зубов, зубных дуг
 - г)создание эстетического, морфологического и функционального оптимума
 - д)уменьшение степени выраженности зубочелюстных аномалий
12. Врач ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения
- а)при получении положительных результатов: исправления положения зубов
 - б)при нормализации функции
 - в)при закреплении результатов ортодонтического лечения
 - г)при сформированном правильном постоянном прикусе
 - д)при улучшении эстетики лица
13. Главными задачами диспансеризации детей ортодонтической службы являются
- а)выявление детей с выраженными зубочелюстными аномалиями
 - б)выявление детей с предпосылками к развитию аномалий прикуса

- в)профилактика зубочелюстных аномалий
- г)аппаратурное ортодонтическое лечение детей с аномалиями прикуса
- д)все перечисленные задачи

14. В работу "комнаты здорового ребенка" в возрасте до 1 года в детских поликлиниках следует включить
- а)обучение родителей правильному способу вскармливания детей
 - б)массаж в области альвеолярных отростков, зубов
 - в)гигиенические навыки
 - г)устранение вредных привычек
 - д)все перечисленное
15. В работу воспитателей детских садов в связи с профилактикой аномалий прикуса следует включить
- а)борьбу с вредными привычками
 - б)правильную осанку
 - в)тренировку носового дыхания
 - г)правильное положение головы во время сна
 - д)все перечисленное
16. К IV диспансерной группе следует отнести детей
- а)с незначительными отклонениями в положении отдельных зубов
 - б)с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
 - в)с выраженными аномалиями прикуса
 - г)без морфологических, функциональных и эстетических отклонений
 - д)с аномалиями прикуса в начальной стадии
17. 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
18. 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
19. 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
20. 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
21. Профилактика аномалий прикуса в периоде предначального развития детей состоит
- а)в медико-генетической консультации
 - б)в пропаганде правильного режима труда, отдыха и питания будущей матери
 - в)в профилактике простудных и других заболеваний беременных женщин
 - г)в устранении вредных привычек у беременной женщины
 - д)во всем перечисленном
22. Для профилактики аномалий прикуса в работу терапевтов-стоматологов при санации полости рта дошкольника следует включить
- а)устранение вредных привычек
 - б)пришлифовывание бугров временных зубов
 - в)нормализацию функции жевания, глотания
 - г)миотерапию, массаж
 - д)все перечисленное
23. У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий целесообразно применять
- а)создание благоприятных условий для правильного вскармливания
 - б)миотерапию
 - в)стандартные вестибулярные пластинки
 - г)нормализацию функции дыхания
 - д)устранение вредных привычек сосания языка
24. Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте направлена
- а)на устранение ранних признаков аномалий прикуса
 - б)на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса
 - в)на регулирование роста челюстей
 - г)на назначение ортодонтического аппаратного лечения
 - д)на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса
25. В нормализации функции дыхания первостепенное значение имеют
- а)нормализация осанки, положения головы
 - б)упражнения для тренировки круговой мышцы рта
 - в)санация носоглотки
 - г)упражнения для нормализации положения языка
 - д)дыхательная гимнастика

26. Абсолютным показанием к последовательному (серийному) удалению отдельных зубов является
- а) сужение зубных рядов
 - б) мезиальное смещение боковых зубов
 - в) макродентия
 - г) чрезмерное развитие одной из челюстей
 - д) недоразвитие одной из челюстей
27. Последствиями ранней потери временных зубов за 1 год до их смены являются
- а) сужение зубных рядов
 - б) укорочение зубных рядов
 - в) смещение отдельных зубов
 - г) нарушение сроков прорезывания постоянных зубов
 - д) все перечисленные последствия
28. При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде
- а) сосания пальцев
 - б) прикусывания губ
 - в) сосания языка
 - г) прокладывания мягких тканей языка, щек в область дефекта
 - д) неправильного глотания
29. Саморегуляция зубочелюстных аномалий наступает в результате
- а) коррекции неправильных окклюзионных контактов за счет физиологической стираемости эмали
 - б) роста челюстей
 - в) устранения вредных привычек
 - г) нормализации функций зубочелюстной системы
 - д) всего перечисленного
30. Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено
- а) на правильное положение головы и осанки
 - б) на тренировку носового дыхания
 - в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи
 - г) на понимание негативных последствий вредных привычек
 - д) на все перечисленное
31. В определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ, входят элементы:
- а) физическое, социальное и психологическое благополучие;
 - б) возможность трудовой деятельности;
 - в) наличие или отсутствие болезней;
 - г) наличие благоустроенного жилища;
 - д) полноценное питание.
32. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят:
- а) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС;
 - б) стоимость различных видов медицинской помощи;
 - в) организация добровольного медицинского страхования;
 - г) виды платных медицинских услуг;

д) дифференциация поддушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста.

33. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы
- а) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) заведения;
 - б) сертификат;
 - в) лицензия;
 - г) свидетельство об окончании курсов;
 - д) запись в трудовой книжке.
34. Основную ответственность за клинический диагноз несет:
- а) зубной техник;
 - б) помощник стоматолога (сестра);
 - в) помощник стоматолога, получивший сертификат;
 - г) врач-стоматолог;
 - д) главный врач стоматологической поликлиники.
35. Избавляет от возможных необоснованных обвинений в адрес врача после проведенного не совсем удачного лечения:
- а) только тщательная запись выполненных манипуляций.
 - б) запись предписаний;
 - в) сниженный прејскурант;
 - г) запись обращений к специалистам.
 - д) запись полного анамнеза и тщательная запись выполненных манипуляций.
36. Стоматологическая заболеваемость в детской стоматологии изучается с целью: 1) определения структуры стоматологической заболеваемости; 2) определения уровня оказания стоматологической помощи детям; 3) получения объективных данных для оценки эффективности оздоровительных программ; 4) определения потребности в стоматологической помощи; 5) определения потребности в стоматологических кадрах. Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
37. Очистку, обработку и стерилизацию стоматологических наконечников следует проводить:
- а) обязательная стерилизация;
 - б) достаточно дезинфекции;
 - в) необходима предстерилизационная подготовка с последующей дезинфекцией;
 - г) обязательна дезинфекция и стерилизация;
 - д) стерилизация с предварительной предстерилизационной подготовкой.
38. Формируя диспансерные группы у стоматолога необходимо учитывать: 1) форму активности кариеса; 2) уровень соматического и стоматологического здоровья; 3) факторы риска возникновения заболеваний; 4) факторы риска утяжеления патологии; 5) уровень стоматологического здоровья. Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

39. Главным показателем для оценки эффективности работы врача, проводящего индивидуальную профилактику, является:

- а) снижение нуждаемости в лечении;
- б) уменьшение количества осложнений;
- в) уменьшение среднего показателя интенсивности кариеса;
- г) увеличение охвата санацией;
- д) уровень стоматологического здоровья ребенка.

40. Общественное здоровье характеризуют показатели:

- а) трудовая активность населения;
- б) заболеваемость;
- в) инвалидность;
- г) демографические показатели;
- д) физическое развитие населения.

41. Основными задачами поликлиники являются:

- а) медицинская помощь больным на дому;
- б) лечебно-диагностическое обслуживание населения;
- в) организация работы по пропаганде здорового образа жизни;
- г) профилактическая работа;
- д) экспертиза временной нетрудоспособности.

42. Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает:

- а) анализ интенсивности потока больных по времени;
- б) нормирование деятельности врачей;
- в) правильную организацию графика приема врачей;
- г) четкую работу регистратуры;
- д) дисциплину персонала.

43. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят:

- а) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС;
- б) стоимость различных видов медицинской помощи;
- в) организация добровольного медицинского страхования;
- г) виды платных медицинских услуг;
- д) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста.

44. Квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам из среднего медицинского (фармацевтического) персонала действительна:

- а) 5 лет;
- б) 3 года;
- в) 7 лет;
- г) 1 год;
- д) 6 лет.

45. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся: 1) среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН); 2) показатель систематичности наблюдения; 3) показатель частоты рецидивов; 4) полнота охвата ДН; 5) заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на ДН. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 3;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

46. Регион с КПУ=3,0 у детей 12 лет, по данным ВОЗ, можно отнести к зоне интенсивности кариеса зубов:

- а) очень низкой;
- б) низкой;
- в) умеренной;
- г) высокой;
- д) очень высокой.

47. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта и «факторы риска» возникновения стоматологических заболеваний, следует:

- а) один раз в год;
- б) 2 раза в год;
- в) по показаниям, но не реже 2 раз в год;
- г) 3 раза в год;
- д) 4 раза в год.

48. Ребенка дошкольного возраста, имеющего здоровую полость рта, следует осматривать в год:

- а) 1 раз;
- б) 2 раза;
- в) 3 раза;
- г) по показаниям, но не реже 1 раза;
- д) 4 раза.

49. Ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития твердых тканей зубов, осложненный и сочетающийся с кариесом следует осматривать в год:

- а) 1 раз;
- б) 2 раза;
- в) 3 раза;
- г) по индивидуальным показаниям;
- д) с учетом формы активности кариеса.

50. Главным показателем для оценки эффективности работы врача, проводящего индивидуальную профилактику, является:

- а) снижение нуждаемости в лечении;
- б) уменьшение количества осложнений;
- в) уменьшение среднего показателя интенсивности кариеса;
- г) увеличение охвата санацией;
- д) уровень стоматологического здоровья ребенка.

№	отве т	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	в	11	г	21	д	31	а	41	в
2	б	12	г	22	д	32	а	42	б
3	б	13	д	23	а	33	б	43	в
4	д	14	д	24	д	34	г	44	а
5	г	15	д	25	в	35	д	45	в
6	д	16	в	26	в	36	д	46	в
7	д	17	б	27	д	37	д	47	в
8	д	18	б	28	г	38	д	48	а
9	в	19	в	29	д	39	д	49	в
10	в	20	в	30	д	40	а	50	д

Основы ортодонтии и детского протезирования

001. Какая форма альвеолярных отростков является нормой для детей на первом году жизни?

- а) форма эллипса
- б) трапецевидная
- в) полукруглая
- г) Y-образная
- д) ни один из перечисленных

002. Каково правильное соотношение челюстей в вертикальном направлении в сформированном временном прикусе?

- а) фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние на 1/3
- б) краевое смыкание резцов
- в) фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние меньше, чем на 1/3
- г) отсутствие контактов между передними зубами
- д) наличие трем между передними зубами

003. Главным для характеристики прикуса у ребенка является

- а) количество зубов
- б) форма зубных рядов
- в) перекрытие фронтальных зубов
- г) положение зубов
- д) форма зубных рядов и их соотношение в состоянии центральной окклюзии

004. Какие из перечисленных признаков оптимально характеризуют смыкание зубов в центральной окклюзии в постоянном прикусе?

- а) каждый зуб имеет по одному антагонисту
- б) каждый зуб имеет по два антагониста
- в) каждый зуб имеет по два антагониста за исключением вторых резцов и вторых

моляров

- г) каждый зуб имеет по два антагониста за исключением центральных нижних

резцов и последних верхних моляров

- д) каждый зуб имеет по два антагониста за исключением центральных нижних

резцов

005. Изменение кривизны альвеолярных отростков по вертикали у детей до 1 года свидетельствует

- а) о подготовке к прорезыванию зубов
- б) о формировании открытого прикуса
- в) о варианте роста альвеолярных отростков у данного ребенка
- г) о формировании зубочелюстных аномалий в вертикальном направлении
- д) ни один из перечисленных ответов

006. Наличие сагиттальной щели у ребенка после 6 месяцев свидетельствует
- о формировании трансверзальных аномалий прикуса
 - о формировании открытого прикуса
 - о формировании перекрестного прикуса
 - о формировании дистального прикуса
 - правильный ответ не назван
007. Формирование какой функции зубочелюстной системы наиболее активно нарушается при укороченной уздечке языка у детей 9-12 месяцев?
- функция глотания
 - функция дыхания
 - функция сосания
 - функция смыкания губ
 - функция речи
008. Какое положение нижней челюсти у новорожденного считается физиологическим?
- дистальное
 - нейтральное
 - антериальное
 - правильный ответ не назван
 - мезиальное
009. Какое положение нижней челюсти у детей в 6-9 месяцев относится к варианту нормы?
- дистальное
 - нейтральное
 - антериальное
 - мезиальное
 - правильный ответ не назван
010. В развитии готической формы неба основным этиологическим фактором является
- генетическая обусловленность
 - вредная привычка сосания языка
 - нарушение носового дыхания
 - нарушение осанки
 - сосание соски
011. Язык при глотании у детей в возрасте одного года упирается
- в верхнюю губу
 - в нижнюю губу
 - в резцы верхней и нижней челюсти при отсутствии их смыкания
 - в резцы верхней и нижней челюсти при сомкнутых зубах
 - в нижние резцы при сомкнутых зубах
012. В стадии отправного толчка при инфантильном виде глотания язык находится:
- на дне полости рта
 - за верхнечелюстными альвеолярными отростками
 - между передними зубами
 - между зубами
 - за нижними передними зубами
013. Для физиологического типа глотания характерно положение языка
- между передними зубами
 - за верхними резцами
 - упирается в верхнюю губу
 - упирается в нижнюю губу
 - отталкивание языка от внутренней поверхности губ
014. Функция жевания начинает формироваться
- в 6-9 месяцев

- б) в 12 месяцев
 - в) после 1.0-1.5 лет
 - г) после прорезывания центральных резцов на верхней и нижней челюсти
 - д) после прорезывания боковых резцов на верхней и нижней челюсти
015. Сосательный рефлекс у ребенка угасает в норме
- а) 3-6 месяцев
 - б) 9-12 месяцев
 - в) после 1 года
 - г) в 6-9 месяцев
 - д) после прорезывания временных зубов
016. Давящая повязка на альвеолярный отросток верхней челюсти показана при
- а) формирующемся открытом прикусе
 - б) нарушенном носовом дыхании
 - в) протрузии верхней челюсти
 - г) зубоальвеолярной протрузии верхней челюсти
 - д) формирующемся глубоком прикусе
017. Основным дифференциально-диагностическим признаком формирующихся аномалий и вариантов нормы прикуса является
- а) предрасполагающий фон для развития патологии
 - б) активнодействующая причина
 - в) функциональные отклонения зубочелюстной системы
 - г) ранние морфологические признаки аномалий прикуса
 - д) наследственный фактор
018. Основным клиническим признаком правильного соотношения челюстей по отношению к трансверзальной плоскости у детей с молочным прикусом является
- а) межрезцовые линии верхнего и нижнего зубных рядов совпадают между собой и с срединной линией лица, щечные бугры верхних моляров перекрывают щечные бугры нижних моляров
 - б) межрезцовые линии верхнего и нижнего зубных рядов совпадают между собой
 - в) щечные бугры верхних моляров незначительно перекрывают щечные бугры нижних моляров
 - г) межрезцовая линия нижнего зубного ряда совпадает с срединной линией лица
 - д) щечные бугры верхних моляров смыкаются с щечными буграми верхних моляров
019. Нормой для сформированного молочного прикуса является следующая форма зубных рядов
- а) зубной ряд верхней челюсти имеет форму полуэллипса, нижняя - полукруга
 - б) зубной ряд верхней челюсти имеет форму полукруга, нижней челюсти - полуэллипса
 - в) зубные ряды челюстей имеют форму полуэллипса
 - г) зубы челюстей располагаются по средней окклюзионной кривой, образуя плотные бугрово-фиссурные контакты
 - д) зубные ряды имеют форму полуокружности
020. К раннему признаку изменения формы верхней челюсти, выявленному при осмотре ребенка, следует отнести следующий симптом зубочелюстных аномалий
- а) вестибулярное положение зубов
 - б) альвеолярную протрузию
 - в) изменение формы альвеолярного отростка
 - г) высокое небо
 - д) сужение верхней челюсти
021. Основным симптомом неправильного глотания, ведущим к развитию открытого прикуса, является

- а) напряжение мышц нижней губы при глотании
 б) напряжение мышц подбородка при глотании
 в) при глотании в момент отправного толчка язык устремляется в межзубное пространство
 г) симптом "наперстка"
 д) напряжение височных мышц
022. О развитии аномалий прикуса, обусловленных нарушением носового дыхания, свидетельствует
 а) наклон головы вперед
 б) нарушение смыкания губ
 в) удлинение нижней трети лица в состоянии покоя
 г) несмыкание губ
 д) наличие двойного подбородка
023. Активнодействующей причиной, ведущей к уплотнению фронтального участка нижней челюсти, может быть
 а) низкое прикрепление уздечки языка к альвеолярному отростку нижней челюсти
 б) прикрепление уздечки языка к альвеолярному отростку нижней челюсти
 в) широкая уздечка нижней губы
 г) сосание нижней губы
 д) все перечисленное
024. Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации по ортодонтическим показаниям составляет
 а) 1 группу
 б) 2 группы
 в) 3 группы
 г) 4 группы
 д) 5 групп
025. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит
 а) в аппаратном 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
026. Основными общими нарушениями организма при ангидротической эктодермальной дисплазии являются
 а) нарушение осанки
 б) плоскостопие
 в) кривошея
 г) нарушение терморегуляции
 д) все перечисленные нарушения
027. Метод Хотца является наилучшим сочетанным методом лечения
 а) в периоде временного прикуса
 б) в начальном периоде смешанного прикуса
 в) в конечном периоде смешанного прикуса
 г) в периоде постоянного прикуса
 д) во всех периодах формирования прикуса
028. Для лечения глубокого прикуса пациентов в период временного и начального периоде смешанного прикусов наиболее эффективными аппаратами являются
 а) несъемные
 б) съемные одночелюстные

- в) механически-действующие
 - г) функционально-действующие
 - д) съемные аппараты различных конструкций с накусочной площадкой
029. Для лечения глубокого прикуса у пациентов в конечном периоде смешанного прикуса наиболее эффективными ортодонтическими аппаратами являются
- а) съемные одночелюстные
 - б) несъемные
 - в) съемные ортодонтические аппараты (механически и функционально-действующие) в сочетании с несъемными
 - г) съемные ортодонтические аппараты различных конструкций, включающие накусочную площадку, в сочетании с несъемными
 - д) все перечисленные ортодонтические аппараты
030. У пациентов с горизонтальным типом роста лицевого скелета особенностями лечения глубокого прикуса является
- а) исправление расположения отдельных зубов и форм зубных рядов
 - б) расширение, укорочение или удлинение зубных дуг
 - в) мезиальное перемещение боковых зубов
 - г) зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов и ограничение прорезывания нижних передних зубов
 - д) дистальное перемещение боковых зубов
031. У пациентов с вертикальным типом роста лицевого скелета особенностями лечения глубокого прикуса является
- а) зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов и ограничение прорезывания нижних передних зубов
 - б) расширение, укорочение или удлинение зубных дуг
 - в) дистальное перемещение боковых зубов
 - г) зубоальвеолярное удлинение в области верхних боковых зубов и зубоальвеолярное укорочение в области верхних передних зубов
 - д) мезиальное перемещение боковых зубов с одновременной интрузией резцов
032. Большое количество рецидивов после окончания лечения глубокого прикуса обусловлено
- а) горизонтальным типом роста лицевого скелета
 - б) нарушением режуще-бугровых контактов в переднем участке зубных дуг вследствие изменения вестибуло-орального расположения резцов
 - в) укорочением зубных дуг в результате физиологического мезиального перемещения боковых зубов
 - г) сужением зубных дуг, особенно нижней в области резцов, клыков и премоляров
 - д) всеми перечисленными нарушениями
033. Рецидиву глубокого прикуса способствует
- а) неправильный метод лечения
 - б) неустраненные функциональные нарушения
 - в) кариозное разрушение и удаление зубов
 - г) недостаточное развитие нижней челюсти в процессе лечения
 - д) все перечисленное
034. Глубокий прикус относится
- а) к сагитальным аномалиям
 - б) к трансверсальным аномалиям
 - в) к вертикальным аномалиям
 - г) к сочетанным нарушениям
 - д) к физиологическому типу прикуса
035. Глубина резцового перекрытия считается нормальной

- а) на 1/3 нижнего резца
 - б) на 1/2 нижнего резца
 - в) на 2/3 нижнего резца
 - г) на величину коронки резца
 - д) при краевом смыкании
036. Воспаление слизистой оболочки десневого края и альвеолярного отростка при глубоком прикусе чаще наблюдается в области
- а) боковых зубов на верхней челюсти
 - б) боковых зубов на нижней челюсти
 - в) передних зубов на верхней челюсти
 - г) передних зубов на нижней челюсти
 - д) воспаление не наблюдается
037. Физиологическим прикусом является прикус, при котором
- а) обеспечивается морфологический оптимум
 - б) обеспечивается эстетический оптимум
 - в) обеспечивается функциональный оптимум
 - г) обеспечивается, морфологический, функциональный и эстетический оптимум
 - д) имеет место привычное смыкание зубных рядов
038. К физиологическому прикусу можно отнести
- а) дистальный прикус
 - б) мезиальный прикус
 - в) глубокий прикус
 - г) прямой прикус
 - д) все перечисленные прикусы
039. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти при их прорезывании показаны съемные одночелюстные ортодонтические аппараты в виде пластинки
- а) для верхней челюсти с кламмерами и рукообразными пружинами, не закрытыми базисом аппарата
 - б) для верхней челюсти с кламмерами и восьмиобразными пружинами, расположенными под базисом аппарата
 - в) для нижней челюсти с кламмерами, вестибулярной дугой и наклонной плоскостью
 - г) с секторальным распилом, расположенным в куполе неба
 - д) с небной дугой
040. Для исправления небного положения верхних центральных резцов при обратном резцовом перекрытии на 1/3 высоты коронки показаны следующие ортодонтические аппараты
- а) аппарат Брюкля для нижней челюсти
 - б) пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы и протрагирующими небными пружинами
 - в) направляющие коронки Катца
 - г) пластинки для верхней челюсти с секторальным распилом
 - д) открытый активатор
041. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти, если их режущие края находятся на одном уровне с режущими краями резцов нижней челюсти, показаны следующие съемные одночелюстные ортодонтические аппараты
- а) пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом, расположенным в области свода неба, и секторальным распилом
 - б) пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом, расположенным на уровне небной поверхности перемещаемых зубов, и секторальным распилом
 - в) ортодонтические кольца, укрепленные на перемещаемые зубы с припаянными с их вестибулярной стороны скобами; пластинка для верхней челюсти с кламмерами,

- вестибулярными полудугами, заканчивающимися вертикально изогнутыми концами, располагаемыми в скобах
- г) аппарат Брюкля для нижней челюсти
д) коронки Катца
042. Для исправления небного положения резцов верхней челюсти при глубоком резцовом перекрытии показано
- а) пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы, винтом и секторальным распилом
б) аппарат Брюкля для нижней челюсти
в) аппарат Энгля для верхней челюсти
г) направляющие коронки Катца
д) открытый активатор
043. Для исправления небного положения верхних резцов при наличии сагиттальной щели между резцами показано
- а) аппарат Брюкля
б) два аппарата Энгля с межчелюстной тягой
в) каппа на нижние передние зубы
г) направляющие коронки Катца
д) открытый активатор
044. Для исправления небного положения резцов верхней челюсти при протрузии резцов нижней челюсти предпочтение можно отдать
- а) направляющим коронкам Катца
б) двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой
в) аппарату Брюкля
г) пластинке для верхней челюсти с секторальным распилом
д) открытому активатору
045. Для устранения небного положения верхних передних зубов при обратном резцовом перекрытии наиболее универсальным является
- а) бионатор Бальтерса III типа
б) аппарат Башаровой
в) аппарат Брюкля
г) активатор Андресена - Гойпля
д) пластинка для верхней челюсти с секторальным распилом
046. При устранении небного положения верхних передних зубов и минимальном обратном резцовом перекрытии предпочтение следует отдать следующим несъемным аппаратам
- а) направляющим коронкам Катца
б) двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой
в) каппе Шварца
г) аппарату Гашимова
д) открытому активатору
047. Для оптимизации роста верхней челюсти при мезиальном прикусе наиболее показан
- а) бионатор Бальтерса III типа
б) активатор Вундерера
в) регулятор функций Френкеля (III типа)
г) активатор Андресена - Гойпля
д) аппарат Брюкля
048. Для лечения мезиального прикуса и расширения верхней челюсти наиболее показан (двучелюстной ортодонтический аппарат)
- а) открытый активатор Кламмта с верхнегубными пелотами
б) активатор Андресена с винтом
в) регулятор функций Френкеля III типа
г) активатор Андресена - Гойпля
д) аппарат Брюкля

049. Удлинить верхний зубной ряд в переднем участке и достигнуть устойчивых результатов возможно с помощью
- пластинки для верхней челюсти с кламмерами, винтом и секторальным распилом
 - пластинки для верхней челюсти с кламмерами, винтом, секторальным распилом и верхнегубными пелотами
 - регулятора функции Френкеля III типа
 - аппарата Брюкля для нижней челюсти
 - открытого активатора
050. При лечении мезиального прикуса наибольшее задерживание роста нижней челюсти обеспечивает
- бионатор Бальтерса III типа
 - регулятор функций Френкеля III типа
 - активатор Вундерера
 - аппарат Брюкля для нижней челюсти
 - аппарат Брюкля

Основы ортодонтии и детского протезирования									
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	в	11	г	21	в	31	г	41	б
2	в	12	в	22	в	32	д	42	д
3	д	13	б	23	г	33	д	43	а
4	г	14	а	24	г	34	д	44	б
5	г	15	б	25	д	35	д	45	д
6	г	16	г	26	д	36	а	46	в
7	д	17	б	27	д	37	в	47	а
8	а	18	а	28	б	38	г	48	в
9	б	19	г	29	д	39	д	49	б
10	а	20	а	30	д	40	б	50	б

Анатомические особенности строения и развития зубочелюстной системы у детей.

001. Временные резцы прорезываются
- в 6-12 месяцев
 - в 12-18 месяцев
 - в 18-24 месяцев
 - в 24-30 месяцев
 - в 34-40 месяцев
002. Временные первые моляры и клыки прорезываются
- в 6-12 месяцев
 - в 16-20 месяцев
 - в 20-24 месяцев
 - в 28-32 месяцев
 - в 34-40 месяцев
003. Временные клыки прорезываются
- в 6-12 месяцев
 - в 16-20 месяцев
 - в 20-24 месяцев
 - в 28-30 месяцев
 - в 34-40 месяцев
004. Вторые временные моляры прорезываются
- в 6-12 месяцев
 - в 16-20 месяцев
 - в 20-24 месяцев
 - в 28-30 месяцев
 - в 34-40 месяцев

005. I физиологическое повышение прикуса происходит
- а) в 6-12 месяцев
 - б) в 16-24 месяцев
 - в) в 28-30 месяцев
 - г) в 30-36 месяцев
 - д) в 40-46 месяцев
006. Вариантом смыкания первых постоянных моляров в норме является
- а) фиссурно-бугорковое смыкание (по I классу)
 - б) бугровое
 - в) фиссурно-бугорковое (по III классу)
 - г) фиссурно-бугорковое (по II классу)
 - д) не существенно

007. Характеристика сформированного временного прикуса в зависимости от размеров зубов и зубных дуг, межзубных контактов $\frac{V!V}{V!V}$
- ортогнатический с мезиальной степенью или без нее у $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
 - прямой с мезиальной ступенью или без нее у $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
 - дистальный с расположением $\frac{V!V}{V!V}$ в одной плоскости
 - мезиальный с мезиальной ступенью между $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
 - дистальный с дистальной ступенью между $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
008. II физиологическое повышение прикуса происходит
- в 3-4 года
 - в 6-8 лет
 - в 9-10 лет
 - в 10-12 лет
 - в 12-14 лет
009. Влияние внутриротовых и околоротовых мышц на установление постоянных резцов в прикусе
- проявляется существенно
 - проявляется не существенно
 - не имеет значения
 - проявляется очень существенно
 - проявляется существенно до определенного возраста
010. Зачатки зубов внутри альвеолярного отростка перемещаются
- только в мезиальном направлении
 - только в буккальном направлении
 - только в окклюзионном направлении
 - во всех трех направлениях
 - в дистальном направлении
011. III физиологическое повышение прикуса происходит
- в 3-4 года
 - в 6-7 лет
 - в 9-11 лет
 - в 10-12 лет
 - в 12-13 лет
012. Шов нижней челюсти у ребенка окостеневает
- к 6 месяцам
 - после первого года жизни
 - после второго года жизни
 - после третьего года жизни
 - к 5 годам
013. Срединный небный шов окостеневает
- после первого года жизни
 - к 6 годам
 - к 14 годам
 - к 18 годам
 - после 20 лет, к 24-25 годам
014. У ребенка инфантильный тип глотания наблюдается
- до 1 года
 - до 1.5-2 лет
 - до 3-6 лет
 - до 7-10 лет
 - в течение всей жизни

015. IV физиологическое повышение прикуса происходит
- а) в 3-4 года
 - б) в 6-7 лет
 - в) в 9-11 лет
 - г) в 12-15 лет
 - д) в 15-18 лет
016. У ребенка устанавливается соматический тип глотания в возрасте
- а) 1 года
 - б) 3-4 лет
 - в) 5-6 лет
 - г) 8-10 лет
 - д) после 10 лет
017. Временный прикус формируется в возрасте
- а) до 1 года
 - б) до 2 лет
 - в) до 3 лет
 - г) до 4 лет
 - д) до 5 лет
018. Временный прикус считается сформированным
- а) от 1 года до 3 лет
 - б) от 3 до 5 лет
 - в) от 6 до 9 лет
 - г) от 9 до 11 лет
 - д) от 11 до 13 лет
019. Начальный период смешанного прикуса соответствует возрасту
- а) от 1 года до 3 лет
 - б) от 3 до 6 лет
 - в) от 6 до 9 лет
 - г) от 9 до 12 лет
 - д) от 12 до 15 лет
020. Конечный период смешанного прикуса соответствует возрасту
- а) от 3 до 6 лет
 - б) от 6 до 9 лет
 - в) от 9 до 12 лет
 - г) от 12 до 15 лет
 - д) после 15 лет
021. Постоянный прикус формируется в возрасте
- а) от 6 до 12 лет
 - б) от 12 до 15 лет
 - в) от 15 до 18 лет
 - г) от 18 до 24 лет
 - д) после 24 лет
022. V физиологическое повышение прикуса происходит в возрасте
- а) 3-4 лет
 - б) 6-12 лет
 - в) 12-15 лет
 - г) 15-18 лет
 - д) 18-24 года
023. Завершение формирования постоянного прикуса происходит в возрасте
- а) от 9 до 12 лет
 - б) от 12 до 15 лет
 - в) от 15 лет до 21 года
 - г) от 21 до 24 лет
 - д) после 25 лет

024. Формирование верхушек корней резцов и первых моляров нижней челюсти завершается в возрасте
- а) 7-8 лет
 - б) 8-9 лет
 - в) 9-10 лет
 - г) 10-11 лет
 - д) 11-12 лет
025. Формирование верхушек корней первых премоляров завершается в возрасте
- а) 11-12 лет
 - б) 12-13 лет
 - в) 13-14 лет
 - г) 14-15 лет
 - д) 15-16 лет
026. Формирование верхушек корней вторых премоляров завершается в возрасте
- а) 11-12 лет
 - б) 12-13 лет
 - в) 13-14 лет
 - г) 14-15 лет
 - д) 15-16 лет
027. Формирование верхушек корней клыков завершается в возрасте
- а) 11-12 лет
 - б) 12-13 лет
 - в) 13-14 лет
 - г) 14-15 лет
 - д) 15-16 лет
028. Формирование верхушек корней вторых моляров завершается в возрасте
- а) 11-12 лет
 - б) 12-13 лет
 - в) 13-14 лет
 - г) 14-15 лет
 - д) 15-16 лет
029. Формирование верхушек корней третьих моляров завершается в возрасте
- а) 9-12 лет
 - б) 12-15 лет
 - в) 15-18 лет
 - г) 18-21 год
 - д) 21-24 года
030. Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено
- а) на правильное положение головы и осанки
 - б) на тренировку носового дыхания
 - в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи
 - г) на понимание негативных последствий вредных привычек
 - д) на все перечисленное
031. В занятие по логопедическому обучению в связи с профилактикой аномалии прикуса следует включить
- а) нормализацию функции глотания
 - б) тренировку круговой мышцы рта
 - в) нормализацию осанки
 - г) дыхательные упражнения
 - д) все перечисленное
032. Ведущим фактором в формировании дистального прикуса в постнатальном периоде являются

- а) вредные привычки
 - б) ротовое дыхание
 - в) наследственная отягощенность
 - г) неправильное вскармливание
 - д) все перечисленное
033. Ведущим фактором выраженного открытого прикуса является
- а) неправильное положение языка в покое и во время функций сосания: языка, пальцев, различных предметов
 - б) укороченная уздечка языка
 - в) ротовое дыхание
 - г) инфантильный способ глотания
 - д) вредная привычка сосания соски
034. Применение стандартных вестибулярных пластинок целесообразно
- а) при лечении дистального глубокого прикуса
 - б) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания пальца, прикусывания губ
 - в) для нормализации функции глотания
 - г) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания языка
 - д) при лечении глубокого прикуса
035. При показании к удалению постоянных зубов при оценке измерения диагностических моделей челюстей ведущим является
- а) недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм
 - б) макроденция
 - в) мезиальное смещение боковых зубов
 - г) уменьшение длины апикального базиса
 - д) несоответствие величины апикального базиса и величины зубов
036. Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают
- а) устранение вредных привычек
 - б) коррекцию мягких тканей
 - в) удаление отдельных зубов
 - г) шлифование бугров отдельных зубов
 - д) создание оптимальных условий для развития зубочелюстной системы
037. Показанием к применению подбородочной пращи является
- а) устранение вредной привычки сосания языка
 - б) нормализация функции глотания
 - в) нормализация функции дыхания
 - г) нормализация положения нижней челюсти и задержка ее роста
 - д) оптимизация роста верхней челюсти
038. Показанием к применению нижнечелюстной пращи является
- а) лечение мезиального прикуса
 - б) лечение дистального прикуса
 - в) нормализация функции дыхания
 - г) лечение вертикальных аномалий прикуса
 - д) устранение вредной привычки сосания языка
039. Применение соски у детей первого года жизни
- а) абсолютно противопоказано
 - б) показано детям с вредной привычкой сосания пальцев
 - в) показано детям с ротовым дыханием
 - г) показано постоянное
 - д) показано ограниченное
040. Соотношение челюстных костей у новорожденных в норме - это
- а) соотношение челюстей в одной вертикальной плоскости
 - б) нижняя челюсть впереди верхней
 - в) нижняя челюсть сзади верхней до 5 мм

г) любое соотношение челюстей

041. Профилактикой вредных привычек у детей первого года является

- а) пластика уздечки языка
- б) правильный режим жизни ребенка
- в) применение рукавичек
- г) правильный способ вскармливания
- д) предупреждение и лечение общих заболеваний

042. Учить ребенка чистить зубы целесообразно в возрасте

- а) до 1 года
- б) 1 года
- в) 2 лет
- г) 3 лет
- д) 4-5 лет

043. Понятие медицинской этики определяет
- а) понятие о долге врача
 - б) правовые основы медицинского законодательства
 - в) вопросы нравственности
 - г) гражданская позиция
 - д) понятие коллегиальности
044. Медицинская деонтология - это
- а) понятие о долге врача
 - б) взаимоотношение врача и больного
 - в) вопросы нравственности
 - г) понятие коллегиальности
 - д) правовые основы медицинского законодательства
045. 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
046. Психосоматическое состояние организма человека характеризует
- а) 2 типа нервной деятельности
 - б) 3 типа нервной деятельности
 - в) 4 типа нервной деятельности
 - г) 5 типов нервной деятельности
 - д) 6 типов нервной деятельности
047. Психотерапевтическая подготовка больного перед ортодонтическим лечением
- а) необходима всем больным
 - б) необходима для отдельных больных
 - в) не нужна
 - г) пагубно влияет на ортодонтическое лечение
 - д) необходима после определенного возраста
048. Применять гипнотерапию как способ лечения стойких вредных привычек у детей
- а) необходимо во всех случаях
 - б) можно только в подростковом возрасте
 - в) можно у детей со здоровой психикой
 - г) нельзя
 - д) можно у детей с нарушенной психикой
049. Принимать на ортодонтическое лечение детей с нарушенной психикой
- а) необходимо во всех случаях
 - б) можно только в детском возрасте
 - в) можно только в подростковом возрасте
 - г) можно для отдельных больных
 - д) нельзя
050. Отграничение ротовой полости от носовой происходит
- а) на 3-4 неделе беременности
 - б) на 6-7 неделе беременности
 - в) на 9-10 неделе беременности
 - г) на 12-14 неделе беременности
 - д) на 14-16 неделе беременности
052. Начало закладки и обызвествления временных зубов происходит
- а) на 8-9 неделе беременности
 - б) на 12-16 неделе беременности
 - в) на 20-24 неделе беременности
 - г) на 30-32 неделе беременности

- д) на 33-40 неделе беременности
053. Рост челюстей в период эмбриогенеза взаимосвязан
- а) сначала с ростом языка
 - б) сначала с формированием зачатков временных зубов
 - в) сначала с ростом зачатков постоянных зубов
 - г) с сочетанным действием всего перечисленного
 - д) ни с чем из перечисленного
054. Положение нижней челюсти у новорожденного в норме
- а) ортогнатическое
 - б) ретрогнатическое
 - в) прогнатическое
 - г) переменное
 - д) латерогнатическое
055. В период новорожденности для развития зубочелюстной системы роль акта сосания
- а) существенная
 - б) не существенная
 - в) существенная, но до определенного возраста
 - г) не имеет значения
 - д) очень существенная
056. Видами роста челюстных костей являются
- а) интерстициальный рост
 - б) суставной рост
 - в) суставной и шовный рост
 - г) суставной, шовный и аппозиционный рост
 - д) ремоделирующий рост
057. Периодами развития классификаций зубочелюстных аномалий являются
- а) доэнглевский
 - б) Энглевский
 - в) Шварцевский
 - г) Симоновский
 - д) все перечисленные периоды
058. Симптоматический диагноз - это
- а) установление вида прикуса
 - б) определение функциональных нарушений
 - в) характеристика строения челюстей и их взаимоотношения
 - г) эстетические нарушения
 - д) сопутствующие стоматологические нарушения
059. Топо-морфометрическая диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий базируется
- а) на изучении соотношения зубных дуг
 - б) на изучении размера и положения частей лицевого отдела черепа
 - в) на выявлении нарушений функций зубочелюстной системы
 - г) на определении сопутствующих стоматологических и общесоматических заболеваний
 - д) на уточнении характера эстетических нарушений
060. Симптоматический диагноз отличается от дифференциального
- а) выявлением характера смыкания сегментов зубных дуг
 - б) определением вида прикуса
 - в) локализацией зон морфологических отклонений в строении зубочелюстной системы
 - г) определением функциональных и эстетических нарушений
 - д) характеристикой строения лицевого отдела черепа

Анатомические особенности строения и развития зубочелюстной системы детей.											
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	а	11	г	21	д	31	а	41	б	51	б
2	б	12	г	22	д	32	а	42	в	52	г
3	б	13	д	23	а	33	б	43	б	53	д
4	б	14	д	24	д	34	г	44	в	54	д
5	д	15	д	25	в	35	г	45	в	55	д
6	д	16	в	26	в	36	в	46	а	56	д
7	д	17	б	27	д	37	б	47	д	57	в
8	д	18	б	28	г	38	д	48	г	58	б
9	в	19	в	29	д	39	б	49	г	59	д
10	в	20	в	30	д	40	г	50	г	60	б

Методы обследования.

001. Дифференциальную диагностику физиологической и патологической асимметрии зубных дуг можно провести по методике
- Нансе
 - Герлаха
 - Шварца
 - Фуса
 - Хорошилкиной
002. Площадь неба изучают по методике
- Коркзаузе
 - Снагиной
 - Хауса
 - Герлаха
 - Шмута
002. Величину молочных и постоянных зубов сопоставляют
- по методике Мичиганского университета
 - по Миргазизову
 - по Долгополовой
 - по Герлаху
 - по Шварцу
003. Недостаток места для неправильного расположения зубов выявляют
- по размеру зуба и места для него в зубной дуге
 - по Нансе
 - по Миргазизову
 - по методике Мичиганского университета
 - по данным рентгенографии
004. Рентгенографию кистей рук делают
- для уточнения сроков окостенения
 - для прогноза роста челюстей
 - для сопоставления костного и зубного возраста
 - для изучения динамики роста организма
 - для выяснения аномалий развития скелета
005. Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить
- возможности роста челюстей
 - форму и размер суставных головок
 - характер движения суставов
 - размеры суставной щели
 - форму и размер суставного диска

006. Ортопантограммы челюстей делают
- а) для определения количества и расположения зубов
 - б) для изучения строения лицевого отдела черепа
 - в) для прогноза роста челюстей
 - г) для изучения динамики роста челюстей
 - д) для определения показаний к удалению зубов
007. Методом исследования боковых ТРГ головы является
- а) метод Парма
 - б) метод Шварца
 - в) метод Шулера
 - г) метод Паатера
 - д) метод Колоткова
008. Сопоставление боковых ТРГ головы проводят
- а) для уточнения показаний к удалению зубов
 - б) для выявления характера морфологической перестройки
 - в) для лицевого отдела черепа
 - г) для выяснения искажений при ТРГ исследовании
 - д) для уточнения костного и зубного возраста
009. На прямых ТРГ головы возможно выявить
- а) количество и положение зубов
 - б) форму и размеры лицевого отдела черепа
 - в) показания к удалению отдельных зубов перед ортодонтическим лечением
 - г) динамику роста челюстей
 - д) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника
010. На аксиальных ТРГ головы возможно выявить
- а) количество и положение зубов
 - б) асимметрию развития черепа
 - в) динамику роста челюстей
 - г) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника
 - д) костный возраст
011. При использовании ЭВМ для анализа ТРГ головы возможно
- а) ускорить расшифровку ТРГ
 - б) расширить возможности анализа
 - в) сделать компьютерную диагностику
 - г) прогнозировать отдаленные результаты лечения
 - д) выбрать метод лечения
012. Преимущества электрорентгенографии перед обычной рентгенографией состоят
- а) в уменьшении лучевой нагрузки
 - б) в ускорении получения результатов
 - в) в экономии серебра и химреактивов
 - г) в получении изображения в позитиве
 - д) ни в чем из перечисленного
013. Преимущества рентгенокинематографии по сравнению с обычной рентгенографией состоят
- а) в ускорении исследования
 - б) в динамическом изучении
 - в) в удешевлении всего процесса
 - г) в уменьшении лучевой нагрузки
 - д) ни в чем из перечисленного
014. Периодами развития классификаций зубочелюстных аномалий являются
- а) доэнглевский
 - б) Энглевский
 - в) Шварцевский

- г) Симоновский
д) все перечисленные периоды
015. Одним из авторов эстетической классификации является
а) Энгль
б) Ильина - Маркосян
в) Симон
г) Шварц
д) Андресен
016. Одним из авторов морфофункциональной классификации является
а) Энгль
б) Штернфельд
в) Катц
г) Бетельман
д) Андресен
017. Одним из авторов краниометрической классификации является
а) Энгль
б) Симон
в) Шварц
г) Курляндский
д) Ильина - Маркосян
018. Одним из авторов этиологической классификации является
а) Энгль
б) Катц
в) Конторович - Коркхаузе - Шварц
г) Калвелис
д) Курляндский
019. В основе построения симптоматического ортодонтического диагноза лежит
а) характер смыкания зубных рядов
б) этиология зубочелюстных аномалий
в) морфологические отклонения в строении лицевого отдела черепа
г) функциональные нарушения
д) эстетические нарушения
020. Симптоматический диагноз - это
а) установление вида прикуса
б) определение функциональных нарушений
в) характеристика строения челюстей и их взаимоотношения
г) эстетические нарушения
д) сопутствующие стоматологические нарушения
021. Топико-морфометрическая диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий базируется
а) на изучении соотношения зубных дуг
б) на изучении размера и положения частей лицевого отдела черепа
в) на выявлении нарушений функций зубочелюстной системы
г) на определении сопутствующих стоматологических и общесоматических заболеваний
д) на уточнении характера эстетических нарушений
022. Симптоматический диагноз отличается от дифференциального
а) выявлением характера смыкания сегментов зубных дуг
б) определением вида прикуса
в) локализацией зон морфологических отклонений в строении зубочелюстной системы
г) определением функциональных и эстетических нарушений
д) характеристикой строения лицевого отдела черепа
023. Определение степени тяжести заболевания

- а) достаточно по характеристике диагноза
- б) требует дополнительного изучения по специальным методикам
- в) не требует дополнительного изучения по специальным методикам
- г) возможно на основании рентгенологических исследований
- д) возможно на основании биометрических исследований

024. Окончательный диагноз устанавливается
- а) на основании клинических данных
 - б) после анализа данных клинических и лабораторных исследований
 - в) на основании симптоматического диагноза с дополнительной характеристикой функциональных и эстетических нарушений
 - г) на основании симптоматического, топографического, морфологического диагнозов
 - д) на основании симптоматического, топоико-морфометрического, этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных и эстетических нарушений
025. Степень трудности лечения определяют
- а) для углубленной качественной характеристики патологии
 - б) для углубленной количественной характеристики патологии
 - в) для уточнения плана и прогноза лечения
 - г) для выражения в количественной форме качественных изменений в зубочелюстной системе
 - д) для разработки организационных мероприятий
026. При изучении объема и срока комплексного лечения дистального прикуса дополнительно требуется
- а) таблица Малыгина - Белого
 - б) ортопланимер
 - в) таблица Токаревича
 - г) расчетная таблица Пона - Линдер - Харта - Коркхаузе - Шварца
 - д) ничего из перечисленного
027. Правильной последовательность формулировки диагноза при сочетанной патологии является
- а) ортодонтический симптоматический диагноз и характеристика других заболеваний
 - б) топоико-морфометрический диагноз с добавлением характеристики функциональных и эстетических нарушений
 - в) окончательный ортодонтический диагноз и характеристика других стоматологических заболеваний
 - г) заключительный ортодонтический, стоматологический диагнозы с характеристикой заболеваний других органов и систем организма
 - д) описание местных и общих нарушений в организма
028. К аномалии прикуса приводят
- а) аномалии положения зубов
 - б) зубоальвеолярные нарушения
 - в) зубочелюстные аномалии
 - г) все перечисленные отклонения
029. Зубоальвеолярные разновидности аномалий прикуса характеризует
- а) соотношение зубных дуг
 - б) положение зубов
 - в) топография зубов
 - г) топография зубов, зубных рядов и альвеолярных дуг
 - д) топография челюстей
030. "Ключ окклюзии" определяется
- а) всегда соотношением шестых зубов
 - б) всегда соотношением пятых временных зубов
 - в) всегда соотношением клыков
 - г) часто соотношением пятых временных зубов
 - д) иногда соотношением шестых зубов
031. Соотношение первых постоянных моляров может нарушить
- а) размер временных моляров
 - б) разница в размерах между нижними и верхними временными молярами
 - в) отсутствие трем между зубами
 - г) наличие трем между временными зубами

- д) отсутствие стираемости временных зубов
032. Тип прикуса человека определяется
- а) по характеру соотношения резцов
 - б) по характеру соотношения клыков
 - в) по характеру соотношения премоляров
 - г) по характеру соотношения моляров
 - д) по нескольким ориентирам
033. Существует
- а) 2 типа лица человека
 - б) 3 типа лица человека
 - в) 4 типа лица человека
 - г) 5 типов лица человека
 - д) более 5 типов лица человека
 - д) измерить невозможно
034. Вертикальная щель между резцами измеряется
- а) от режущего края верхних резцов до режущего края нижних
 - б) от бугорков верхних резцов до режущего края нижних
 - в) от бугорков верхних резцов до бугорков нижних резцов
 - г) от пришеечной части верхних резцов до режущего края нижних
 - д) от режущего края верхних резцов до пришеечной части нижних
035. Изучить диагностические модели челюстей по сагиттали позволяет методика
- а) Пона
 - б) Линдера - Харта
 - в) Коркхауза
 - г) Снагиной
 - д) Герлаха
036. Ширину лица изучают по методике
- а) Фуса
 - б) Изара
 - в) Фриеля
 - г) Нанса
 - д) Пона
037. Длину зубной дуги по окклюзионной плоскости изучают по методике
- а) Шварца
 - б) Коркхауза
 - в) Нанса
 - г) Пона
038. Выявлению укорочения боковых сегментов зубной дуги позволяет методика
- а) Герлаха
 - б) Нанса
 - в) Снагиной
 - г) Пона
 - д) Фриеля
039. Выявить макродентию позволяет методика
- а) Фуса
 - б) Герлаха
 - в) Фриеля
 - г) Хорошилкиной
 - д) Пона
040. Выявить одностороннее смещение боковых зубов позволяет методика
- а) Хорошилкиной

- б) Пона
 - в) Хауса
 - г) Нанса
 - д) Снагиной
041. Индекс фасциальный морфологический, равный 96-100, определяет
- а) очень узкое лицо
 - б) узкое лицо
 - в) среднее лицо
 - г) широкое лицо
 - д) очень широкое лицо
042. Ширина апикального базиса на верхней челюсти определяется между точками, расположенными в области
- а) проекции корней моляров
 - б) проекции корней премоляров
 - в) проекции корней клыков
 - г) собачьих ямок
 - д) определить невозможно
043. Ширина апикального базиса на нижней челюсти определяется между точками, расположенными в области
- а) проекции корней моляров
 - б) проекции корней премоляров
 - в) у десневого края клыков
 - г) между проекциями корней клыков и первых премоляров, отступая 8 мм от десневого края
 - д) определить невозможно
044. Орбитальная плоскость в норме проходит через
- а) боковые резцы
 - б) клыки
 - в) первые премоляры
 - г) вторые премоляры
 - д) первые моляры
045. Функциональные нарушения челюстно-лицевой области исследуют
- а) близкофокусной внутриротовой рентгенографией
 - б) ортопантомографией челюстей
 - в) панорамной рентгенографией
 - г) телерентгенографией
 - д) рентгенокинематографией
046. Ширина апикального базиса от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов составляет
- а) 20%
 - б) 30%
 - в) 40%
 - г) 50%
 - д) 60%
047. Рентгеновская трубка при внутриротовой близкофокусной рентгенографии расположена
- а) перпендикулярно оси снимаемого зуба
 - б) перпендикулярно рентгеновской пленке
 - в) перпендикулярно биссектрисе угла, образованного осью зуба и пленкой
 - г) параллельно окклюзионной плоскости
 - д) любым образом
048. При внутриротовой близкофокусной рентгенографии рентгеновская трубка направляется на проекцию
- а) коронки зуба
 - б) верхушки корня зуба
 - в) середины корня зуба

- г) 1/3 корня зуба
 д) не имеет значения
049. Во время проведения панорамной рентгенографии пленка расположена
 а) в полости рта неподвижно
 б) вне полости рта неподвижно
 в) вне полости рта подвижно
 г) любым образом
 д) в полости рта подвижно
050. Во время проведения панорамной рентгенографии рентгеновская трубка расположена
 а) в полости рта неподвижно
 б) вне полости рта неподвижно
 в) вне полости рта подвижно
 г) в полости рта подвижно
 д) любым образом
051. Во время ортопантомографии челюстей пленка расположена
 а) в полости рта неподвижно
 б) в полости рта подвижно
 в) вне полости рта неподвижно
 г) вне полости рта подвижно
 д) любым образом
052. Во время ортопантомографии челюстей рентгеновская трубка располагается
 а) в полости рта неподвижно
 б) в полости рта подвижно
 в) вне полости рта неподвижно
 г) вне полости рта подвижно
 д) любым образом
053. При телерентгенографии головы рентгеновская трубка расположена от исследуемого объекта на расстоянии
 а) 50 см
 б) 1 м
 в) 1.5 м
 г) 2-3 м
 д) 4-5 м
054. Ортопантомографию челюстей необходимо проводить
 а) в краевом смыкании резцов
 б) при выдвижении нижней челюсти до соотношения $\frac{6!6}{6!6}$ по I классу Энгля
 в) при привычной окклюзии
 г) в состоянии физиологического покоя
 д) при любом смыкании челюстей
055. Для определения смещения нижней челюсти в сторону необходимо применять
 а) жевательные пробы по Рубинову
 б) пробу Битнера - Эйшлера
 в) пробу Ильиной - Маркосян
 г) глотательные пробы
 д) любую пробу из перечисленных
056. Для определения смещения нижней челюсти вперед необходимо применять
 а) жевательные пробы по Рубинову
 б) пробу Битнера - Эйшлера
 в) пробу Ильиной - Маркосян
 г) глотательные пробы

- д) любую пробу из перечисленных
057. Глубину преддверия полости рта измеряют
- от режущего края резцов до переходной складки
 - от вершины межзубных сосочков до переходной складки
 - от десневого края резцов до переходной складки
 - от экватора резцов до переходной складки
 - любым способом
058. У детей с глубоким прикусом экватор на вестибулярной поверхности боковых зубов располагается
- ближе к окклюзионной поверхности зуба
 - на границе окклюзионной и средней трети зуба
 - в области средней трети зуба
 - на границе средней и пришеечной трети части
 - в области пришеечной трети части
059. Граница лингвальной дуги в области боковых зубов проходит
- на жевательной поверхности
 - у жевательной поверхности
 - в области экватора
 - в пришеечной части
 - в подъязычной области или вдоль ската неба
060. Граница лингвальной дуги в области передних зубов проходит
- у режущего края
 - на небных буграх
 - в пришеечной части
 - в области экватора
 - место прохождения границы не имеет значения

Методы обследования											
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	а	11	в	21	д	31	б	41	г	51	б
2	а	12	б	22	б	32	б	42	б	52	б
3	а	13	д	23	г	33	а	43	а	53	б
4	б	14	в	24	в	34	а	44	г	54	б
5	б	15	в	25	б	35	б	45	д	55	б
6	б	16	в	26	г	36	а	46	д	56	б
7	б	17	а	27	г	37	б	47	д	57	в
8	б	18	а	28	в	38	в	48	а	58	д
9	б	19	б	29	г	39	б	49	а	59	д
10	в	20	б	30	д	40	г	50	б	60	г

Критерии оценивания тестовых заданий:

«**Отлично**» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«**Хорошо**» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«**Удовлетворительно**» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«**Неудовлетворительно**» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

Задачи

Задача 1.

У ребенка полутора лет, перенесшего две недели тому назад ОРЗ, второй день повышена температура тела до 39°C, рвота.

Ребенок отказывается от пищи, капризничает. Педиатром был поставлен диагноз ОРЗ. В момент настоящего обследования: лимфаденит подчелюстных лимфоузлов, обильное слюнотечение, на резко гиперемизированной слизистой оболочке обеих губ, кончика языка и щек - мелкие множественные эрозии с четкими очертаниями, покрытые фиброзным налетом. Десна отечна, кровоточит.

1. Укажите основные симптомы, свидетельствующие о диагнозе острого герпетического стоматита

2. Ведущую роль в патогенезе данного заболевания сыграл

3. Основным средством лечения данному ребенку можно назначить

Ответ:

1. Клиническая картина острого инфекционного заболевания ,лимфаденит ,гингивит ,высыпания в полости рта.

2. Снижение уровня иммунитета.

3. Противовирусное

Задача 2

Ребенок 2 лет заболел остро. Подъем температуры до 38°C. Плохо спал. Отказывался от еды. Мама заметила, что при завязывании платка и дотрагивания до подчелюстной области ребенок плачет. Объективно: состояние средней тяжести, ребенок плаксив, вял.

На коже лица в приротовой области определяется группа пузырьков. В подчелюстной области с обеих сторон пальпируются значительно увеличенные, плотные, болезненные лимфатические узлы (с чем и направлен ребенок в хирургический кабинет).

Кожа над лимфатическими узлами несколько гиперемирована, собирается в складку. Флюктуация не определяется.

- 1.Предполагаемый диагноз.
- 2.Скорее всего подтвердит предполагаемый диагноз
- 3.Наиболее целесообразный метод лечения в данном случае

Ответ:

1. Острый серозный стоматогенный лимфаденит
2. Исследование состояния слизистой оболочки полости рта
- 3.Лечение основного заболевания + мажевые повязки

Задача 3.

Ребенок 8 лет обратился с жалобами на периодические самопроизвольные боли в 6 $\bar{7}$. Боли чаще возникали после приема пищи,

но после тщательного полоскания рта проходили. Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса. В 6 $\bar{7}$ аппроксимальная кариозная полость, заполненная остатками пищи и размягченным дентином. Реакция на температурные раздражители болезненная. Перкуссия безболезненная. После удаления остатков пищи и частично размягченного дентина зондирование болезненно в одной точке.

На рентгенограмме имеется сообщение кариозной полости с полостью зуба; патологических изменений в периодонте нет. Степень формирования корней соответствует возрасту.

- 1.Предполагаемый диагноз
- 2.Скорее всего подтвердит диагноз.
- 3.В первую очередь необходимо назначить

Ответ:

1. Хронический простой пульпит.
- 2 Кратковременная боль на температурные раздражители
- 3.Метод прижизненной ампутации

Задача 4.

Ребенку 4 года. Жалобы на острые самопроизвольные боли в области 7 \bar{IV} с короткими светлыми промежутками в течение ночи, на боли от холодного и горячего, а также на боли при накусывании. Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса (КПУ=9).Ребенок бледный, рот приоткрыт, усиленное слюноотделение, с 7 \bar{IV} имеется глубокая кариозная полость, выполненная большим количеством размягченного дентина. После снятия экскаватором дентина зондирование дна кариозной полости болезненно. Перкуссия резко болезненная. Десна в области 7 \bar{IV} слегка гиперемирована, при пальпации болезненна.

- 1.Предполагаемый диагноз?
2. Скорее всего подтвердит диагноз?
- 3.В первую очередь следует предпринять?

Ответ:

1. Острый тотальный пульпит.
2. Реакция на температурные раздражители.
3. Вскрытие полости зуба (зуб оставить открытым).

Задача 5. Планируется размещение стоматологического кабинета площадью 20 кв. м. с рабочим местом медицинской сестры для стерилизации инструментов.

1. Рассчитайте нормативы общей освещенности.
2. Укажите нормативы освещенности на рабочем месте врача-стоматолога и медицинской сестры.
3. Укажите нормативы освещенности операционного поля врача-стоматолога.
4. Назовите методику проведения фенолфталеиновой пробы.
5. Охарактеризуйте стерилизацию инструментов методом кипячения.

Задача 6. Площадь кабинета врача-стоматолога-детского (терапевтический прием) составляет 18 кв.м.

1. Определите режим стерилизации воздуха.
2. Укажите оптимальный способ дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации металлического инструментария.
3. Укажите оптимальный способ дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации эндодонтических инструментов.
4. Выберите способ дезинфекции и стерилизации стоматологических зеркал.
5. Выберите оптимальный способ дезинфекции и стерилизации наконечников.

Задача 7.

Больной К., 15 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие белого пятна в пришеечной области левого нижнего клыка. Из анамнеза: пятно появилось полгода назад, с течением времени увеличилось в размере. При осмотре 33 в пришеечной области определяется меловидное пятно с матовым оттенком. Эмаль тусклая, шероховатая. Пятно окрашивается 2% раствором метиленового синего. Реакция на температурные раздражители отрицательная. Р с п 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 п с п

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите наиболее вероятный (предварительный) диагноз.
3. Перечислите данные условия задачи, подтверждающие диагноз.
4. Подтвердите предварительный диагноз, используя дополнительные методы.
5. Назначьте лечение.

Задача 8.

В детскую стоматологическую поликлинику обратился пациент 13 лет с жалобами на наличие кариозной полости в 26 зубе, боль от холодного, сладкого, быстро проходящая после устранения раздражающего фактора. Зуб беспокоит в течение трех недель. Объективно в полости рта: слизистая оболочка полости рта бледнорозового цвета, умеренно увлажнена. ИГР-У = 2,0, СРІТN = 2. На жевательной поверхности 26 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование слабо болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная. ЭОД = 3 мА.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение.

4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача 9.

Больная К., 15-ти лет, обратилась с целью санации после исправления прикуса с помощью брекет - системы. При осмотре конфигурация лица без видимых изменений, фронтальные зубы видны в линии улыбки. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей отмечаются округлые дефекты эмали глубиной 0,5 мм, чувствительные к холодной и сладкой пище.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение ребенку.
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача 10. Пациентка 12 лет. Во время профилактического осмотра в школе были выявлены пятна белого цвета в пришеечной области 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 32, 31, 41, 42, 43 зубов. Скопление мягкого зубного налета на вестибулярной поверхности зубов.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможную причину возникновения дефектов.
3. Проведите местное и общее лечение.
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача 11.

В детскую стоматологическую поликлинику с целью санации обратился пациент С. 13 лет с жалобами на наличие кариозной полости в 46 зубе, боль в этом зубе от холодного, сладкого, быстро проходящая после устранения раздражающего фактора. Зуб беспокоит в течение 7-10 дней. Объективно в полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. На жевательной поверхности 46 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная. ЭОД = 5 мА.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможную причину возникновения дефектов.
3. Проведите местное и общее лечение
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача 12.

На прием обратился К. 11 лет с жалобами на наличие в пришеечных областях 13, 11, 21, 23, 24, 25 тусклых, белых пятен. Объективно: На вестибулярной поверхности 13, 11, 21, 23, 24, 25 белые пятна и обильное количество налета. После удаления зубного налета, пятна тусклые. При зондировании пятен отмечается шероховатость. ГИ=2,5.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование пациента.
3. Проведите дифференциальную диагностику кариеса в стадии пятна.

4. Назначьте лечение.
5. Составьте объем профилактических мероприятий.

Задача 13.

Больному Т. 4 года, жалобы на застревание пищи между 54 и 55 зубами. 54 и 55 ранее не были лечены. Объективно: лицо симметрично. В 54 и 55 зубах на апроксимальных поверхностях средней глубины кариозные полости, выполненные остатками пищи. Слизистая десны в области нижних 54 и 55 зубов бледно-розового цвета. При зондировании кариозных полостей 54 и 55 зубов определяется плотное дентин. Реакция на холод боли не вызывает. Сравнительная перкуссия нижних 54 и 55 зубов безболезненная. Подвижность этих зубов не 16 отмечается. При препарировании 54 и 55 по эмалево-дентинной границе возникает боль. КП=7.

1. Назовите заболевания с данной симптоматикой.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назовите дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Перечислите данные анамнеза и методов исследования, подтверждающие диагноз.
5. Проведите лечение.

Задача 14.

Во время санации полости рта у ребенка 10 лет на вестибулярной поверхности в пришеечной области 11, 21, 33, 43 зубов обнаружены пигментированные пятна. При зондировании 11, 21, 33, 43 зубов определяется шероховатость эмали, болезненной реакции на температурные раздражители нет. ГИ=2. Из анамнеза: ребенок родился в срок, рос и развивался в соответствии с возрастом. На первом году жизни часто болел ОРЗ, перенес ветряную оспу.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите, какие дополнительные данные подтверждают диагноз.
3. Назовите, какой фактор является в патогенезе данного заболевания ведущим.
4. Определите уровень интенсивности кариеса у пациента.
5. Проведите лечение.

Задача 15.

Ребенок 7,5 лет, обратился к стоматологу с жалобами на боли от приема холодной и твердой пищи в 46 зубе. Объективно: на жевательной поверхности 46 зуба глубокая кариозная полость. Эмаль по периферии белая, хрупкая. При препарировании кариозной полости 46 зуба дентин легко удаляется, влажный, зондирование болезненно по дну кариозной полости, реакция на холод кратковременная. ГИ=2.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы исследования, которые помогут установить диагноз.
3. Определите уровень интенсивности кариеса у пациента.
4. Укажите, во сколько посещений будет проведено лечение.
5. Проведите лечение.

Задача 16.

В амбулаторной карте ребёнка 9 лет, врач-стоматолог отметил данные объективного осмотра: жевательные бугры 16, 15, 25, 26, 36, 46 зубов имеют шиповидную форму, травмируют слизистую оболочку языка и щёк. Эмаль на указанных зубах истончена, имеются сколы. По режущему краю всех зубов имеются борозды, идущие горизонтально,

параллельно режущему краю. Дно и стенки борозд гладкие, плотные, на дне глубоких борозд виден мягкий зубной налёт.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите жалобы, предъявляемые ребёнком.
3. Скажите, будут ли изменения в периодонте поражённых зубов и почему?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Перечислит изменения, которые можно увидеть на рентгенограмме.

Задача 17.

Родители ребёнка 7 лет обратились к стоматологу с жалобами на необычную форму и величину прорезавшегося верхнего центрального зуба. Из анамнеза: ребёнок с 4-х лет занимается в секции хоккея. При осмотре полости рта: верхний правый центральный резец шилообразной формы, на коронке частично отсутствует эмаль, при зондировании в пришеечной области выявляется мягкий зубной налёт.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите возможные причины данной патологии.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Проведите лечение.

Задача 18.

На сайте стоматологической клиники был задан вопрос анонимным пациентом: «Уважаемый доктор! У моего восьмилетнего сына верхние центральные зубы имеют бочкообразную форму. По режущему краю имеется выемка полулунной формы. У десны зубы кажутся большими, чем у края. Почему у ребёнка такие зубы и что нам делать?»

1. Поставьте диагноз.
2. Уточните диагноз данными анамнеза.
3. Назовите дополнительные клинические признаки, характерные при данном основном заболевании?
4. Проведите стоматологическое лечение.
5. Укажите, в каких случаях показано ортопедическое лечение.

Задача 19.

Ребёнок 6 лет жалуется на боли в зубах от горячего, холодного; кровоточивость дёсен. В анамнезе: со слов родителей зубы прорезались в срок, нормальной величины и формы, но с изменённым цветом эмали. Вскоре после прорезывания эмаль начала скалываться. При осмотре: эмаль всех зубов водянисто-серого цвета, имеет сколы; обнажённый дентин с перламутровым блеском, со сколами, через него на отдельных зубах просвечивают контуры полости зуба.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование.
3. Укажите причины, лежащие в основе данного порока развития.
4. Проведите лечение.
5. Скажите, зависит ли процесс стираемости эмали и дентина от возраста ребёнка; будет ли изменена окклюзия?

В карте развития ребёнка 10 лет мужского пола несколькими врачами специалистами в разное время сделаны записи, из которых следует, что у ребёнка окостенение родничков было к 1,5 годам, наблюдалась задержка роста; страдает глухотой; окраска склер – голубая, выпуклый лоб; был перелом ключицы.

Задача № 20.

Больной 14 лет обратился с жалобами на эстетический дефект, затруднённое откусывание и пережёвывание пищи. При внешнем осмотре отмечается увеличение объёма нижней трети лица. Нижняя челюсть по отношению к верхней расположена мезиально. Тело 39 нижней челюсти в пределах нормы. Угол нижней челюсти 140°. Нижняя губа выстоит впереди по отношению к верхней. При смыкании губ определяется напряженность мышц приротовой области. Со стороны полости рта: верхняя челюсть в пределах нормы, на нижней челюсти отмечается наличие трем и диастема. Зубодесневые сосочки в области 31, 32, 42, 41 зубов гиперемированы и отёчны. При соотношении зубных рядов передние щёчные бугры 16, 26 расположены между 37, 36, 46, 47 зубами. Сагиттальная щель между резцами 8,0 мм.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.

Задача № 21.

Больному 11 лет. Жалобы на косметический дефект. При внешнем осмотре отмечается незначительное укорочение нижней трети лица. Со стороны полости рта: на верхней челюсти 11, 21 расположены нёбно, на нижней челюсти отмечается скученность в области 31, 41 зубов. При соотношении зубных рядов фронтальная группа зубов верхней челюсти перекрывает зубы нижней челюсти на 2/3. 16, 26 зубы смыкаются по II классу классификации Энгля.

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Морфологические изменения в зубных и околозубных тканях при ортодонтическом лечении.

Задача № 22.

При осмотре ребёнка 7 лет выявлены нарушения функции носового дыхания, «инфантильный» тип глотания.

1. Врачебная тактика по отношению к данному пациенту.
2. Значение функций дыхания и глотания в развитии зубочелюстных деформаций.
3. К каким изменениям зубочелюстной системы приведёт нарушение данных функций.

Задача № 23.

Больной 11 лет жалуется на косметический дефект верхнего зубного ряда. При осмотре со стороны полости рта определяется промежуток между 11, 21 зубами, равный 5,0 мм. Уздечка верхней губы расположена низко и начинается от десневого сосочка. Зубные ряды правильной формы. 16, 26 зубы расположены нейтрально.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите возможную причину аномалии 11, 21 зубов.
3. Составьте план лечения.
4. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении.

Задача № 24.

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите причину имеющейся аномалии прикуса.
3. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий.
4. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении.

Задача № 25

Ребёнок в возрасте 6 лет направлен к врачу-ортодонту на консультацию после удаления 54, 55, 64, 65 зубов. При внешнем осмотре 41 отклонений от нормы не наблюдается. Со стороны полости рта шестые нижние зубы в стадии прорезывания. Зубы верхней челюсти перекрывают зубы нижней челюсти во фронтальном участке более чем на 1/3.

1. Причины ранней потери зубов у детей и их последствия.
2. Составьте и обоснуйте план профилактических мероприятий для данного пациента.
3. Особенности лечения детей и требования, предъявляемые к лечебным аппаратам.

Задача № 26.

Больной 4 лет обратился с жалобами на косметический дефект. При внешнем осмотре: лицо без видимых изменений. Со стороны полости рта: на верхней челюсти отмечается плотный контакт между зубами в зубном ряду. На нижней челюсти между зубами имеются тремы и диастема. Бугры 53 и 63 зубов выражены. Соотношение зубных рядов во фронтальном участке по типу прямого прикуса. Соотношение зубов в боковых участках нейтральное.

1. Морфологическая и функциональная характеристика временного прикуса.
2. В каких лечебно-профилактических мероприятиях нуждается ребёнок?

Задача № 27

У ребёнка 4 лет при внешнем осмотре отмечается выступание подбородка. Язык расположен между губами и выступает из полости рта. Носогубные складки сглажены. При осмотре полости рта между зубами верхней и нижней челюсти имеются диастемы и тремы. Фронтальные зубы верхней и нижней челюсти протрусированы,

причём на нижней челюсти гораздо значительнее, чем на верхней. На боковых поверхностях языка отпечатки зубов. Попытки убрать язык в полость рта не увенчались успехом. 42

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования и лечения больного.
3. Ваш прогноз заболевания.

Задача № 28.

Ребёнку 4 года. Жалобы на невозможность откусывания и затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. При внешнем осмотре отмечается увеличение нижней трети лица. Носогубные и подбородочная складки сглажены. Рот полуоткрыт. При смыкании губ определяется напряжение мышц приротовой области. Из анамнеза выявлено, что ребёнок до 2-х лет сосал соску, а в настоящее время имеет привычку сосать палец. Со стороны полости рта: слизистая без видимых изменений. На верхней челюсти отмечается протрузия зубов во фронтальном участке, сужение в боковых отделах, нёбо глубокое. Нижняя челюсть без изменений. При смыкании зубных рядов имеется разобщение прикуса в области фронтальных зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте последовательность лечебно-профилактических мероприятий.
3. Какова вероятность саморегуляции данной патологии.

Задача № 29.

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

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для выбора метода лечения.
2. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении.

Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Алгоритмы практических навыков

- Алгоритм методов обследования, позволяющие поставить диагноз заболеваний зубов, слизистой оболочки рта и пародонта у детей различных возрастно-половых групп с учетом их анатомо-физиологических особенностей;
- Алгоритм обоснования тактики ведения больного, методов лечения и профилактики, определение прогноза заболеваний зубов, слизистой оболочки рта и пародонта у детей различных возрастно-половых групп с учетом их анатомо-физиологических особенностей;
- Алгоритм выполнения основных методик терапевтического лечения при заболеваниях зубов, слизистой оболочки рта и пародонта у детей различных возрастно-половых групп с учетом их анатомо-физиологических особенностей;
- Алгоритм выполнения принципов диспансеризации детей в условиях детской стоматологической поликлиники;
- Алгоритм установливания психологического и речевого контакта со здоровым и больным ребенком;
- Алгоритм оформления медицинской карты первичного больного;
- Алгоритм выполнения исследования кожных покровов, видимых слизистых, слизистой рта, зева;
- Алгоритм выполнения записи зубной формулы постоянных и временных зубов в соответствии с международной системой обозначения;
- Алгоритм определения интенсивности кариеса с помощью индексов КПУ, КП зубов и поверхностей;
- Алгоритм определения состояния тканей пародонта с помощью индексов CPI, PMA и др.;
- Алгоритм выполнения диагностики при заболеваниях зубов, слизистой оболочки рта и пародонта у детей;
- Алгоритм выполнения читать обзорные рентгенограммы челюстных костей, ортопантограммы, панорамных и внутриротовые рентгенограммы, контрастные рентгенограммы;
- Алгоритм выявления детей с выраженными зубочелюстными аномалиями и деформациями для оказания специализированной помощи и принятия их на диспансерный учет;
- Алгоритм выполнения гигиенических занятий с детьми и их родителями в амбулаторно-поликлинических условиях, в детских учреждениях и школах.
- Алгоритм использования полученных знаний и представлений о современном уровне специальности «ортодонтия» для обеспечения своей успешной профессиональной деятельности;

- Алгоритм использования взаимосвязи стоматологических и соматических заболеваний;
- Алгоритм грамотного и своевременного выявления аномалий в развитии слизистой оболочки полости рта и ЧЛЮ у новорожденных и грудничков;
- Алгоритм знания анатомо-физиологических особенностей строения лица, челюстных костей, зубов, мягких тканей лица и шеи, сосудов и нервов в растущем организме и их влияние на течение всех патологических процессов;
- Алгоритм реализации приоритетной программы охраны материнства и детства;
- Алгоритм выполнения грамотного проведения занятий и уроков гигиены полости рта в дошкольных и школьных заведениях
- Алгоритм выполнения юридически обоснованного решения вопроса о госпитализации ребенка и оформления направления для госпитализации в стационар;
- Алгоритм выполнения юридически обоснованного общения врача – стоматолога – ортодонта с родителями ребенка или других лиц, представляющих интересы данного ребенка.

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в

требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

Название рефератов/докладов.

«Организация ортодонтической помощи. Основы биомеханики жевательного аппарата».

1. Работа ортодонтического кабинета. Нормативные документы.
2. Диспансеризация населения.
3. Стоматологическая поликлиника (отделение), ее виды, категории. Стандарт оснащения детской стоматологической поликлиники (отделения).
4. Организация работы детского отделения челюстно-лицевой хирургии. Организация ортодонтической помощи взрослым.
5. Организация работы ортодонтической зуботехнической лаборатории.
6. Предметы и задачи ортодонтической стоматологии.

«Основы ортодонтии. Лабораторные и специальные методы диагностики в ортодонтии».

1. Введение в ортодонтию. Развитие зубочелюстной системы.
2. Виды зубочелюстных аномалий и их классификация. Классификации морфологические, функциональные, этиопатогенетические.
3. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика.
4. Диагностика морфологических и функциональных нарушений при зубочелюстно-лицевых аномалиях. Клиническое обследование.
5. Гармоничное развитие зубочелюстной системы. Методы диагностики зубочелюстных аномалий.
6. Понятие о дополнительных методах исследования зубочелюстной системы.
7. Измерение гипсовых моделей челюстей.
8. Рентгенологические методы исследования.
9. Томография ВНЧС. Расшифровка томограмм ВНЧС.
10. Аномалии зубов. Диагностика.

«Лечение и рецидивы зубочелюстных аномалий».

1. Методы лечения зубочелюстных аномалий.
2. Зубочелюстное протезирование у детей и подростков.
3. Лечение зубочелюстных аномалий при врожденных пороках развития в челюстно-лицевой области.
4. Возможности возникновения рецидива зубочелюстных аномалий и методы профилактики.
5. Применение компьютерной техники в клинике ортодонтии.

«Работа в зуботехнической лаборатории».

1. Техника безопасности и нормативные документы работы в лаборатории. Должностные обязанности. Требования к квалификации.
2. Стандарт оснащения ортодонтической зуботехнической лаборатории.
3. Гипсовочная, моделировочная, штамповочно-прессовочная, полимеризационная, паяльно-сварочная, литейная, отделочно-полировочная, металлокерамический кабинет.
4. Материаловедение. Классификация материалов, применяемых в ортодонтической стоматологии.
5. Стоматологические оттисковые материалы.
6. Металлы и сплавы. Полимеры. Керамика.
7. Моделировочные, формовочные, абразивные материалы.
8. Фиксирующие материалы (временные и постоянные). Стоматологические цементы (минеральные и полимерные).
9. Композиционные материалы («цементы») и алгоритм их применения для постоянной фиксации.

**Лист согласования
дополнений и изменений
к комплекту ФОС_д / ФОС_п / ФОС_г на _____ учебный год**

Дополнения и изменения к комплекту ФОС_Д / ФОС_П / ФОС_{ГИА} на

_____ учебный год по

дисциплине _____ /

практике _____ /

государственной итоговой аттестации

по специальности _____

В комплект ФОС_Д / ФОС_П / ФОС_{ГИА} внесены следующие изменения:

Дополнения и изменения в комплекте ФОС_Д / ФОС_П / ФОС_{ГИА} обсуждены на заседании кафедры _____

« _____ » _____ 20 _____ г. (протокол № _____).

Заведующий кафедрой (для ФОС_Д / ФОС_П) _____ / _____ /

Заведующий профильной кафедрой (для ФОС_{ГИА}) _____ / _____ /