

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

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

«09» сентября 2024 года, протокол № 1

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

СОГЛАСОВАНО

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ПРАКТИКЕ (Б2.1)**

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)

1. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

В результате освоения программы практики ординатор должен знать:

- о новейших методах исследования, применяемых в ортодонтической стоматологии;
- о современных материалах, применяемых в ортодонтической стоматологии;
- о современных методах лечения, применяемых в стоматологии.
- знания, полученные на общебиологических, общеклинических, стоматологических кафедрах и кафедре детских болезней;
- особенности проявления и течения патологических процессов в челюстно – лицевой области;
- влияние наследственных факторов на развитие и проявление патологии в челюстно – лицевой области;
- степень предрасположенности к возникновению зубочелюстных аномалий.
- диагностику и профилактику челюстно – лицевой ортопедии и травматологии;
- протезирование и исправление деформаций челюсти и лица, возникших в результате травмы, в том числе различных операций и заболеваний.

уметь:

- заниматься изучением, предупреждением и лечением стойких аномалий зубов, зубных рядов и других органов жевательного аппарата;
- применять знания и навыки ортодонтического лечения на клиническом приеме.
- вести дискуссию и диалог с пациентом, коллегами по работе.
- установить психологический речевой контакт со здоровым и больным ребенком.
- правильно строить взаимоотношения с родителями в процессе деятельности врача (врач–ребенок–родители).

владеть навыками:

- методами планирования ортодонтического этапа комплексного лечения и реабилитации больных с основными стоматологическими заболеваниями с учетом индивидуальных особенностей организма, с использованием стоматологических современных материалов и конструкций лечебных аппаратов;
- оформлением необходимой документации, с учетом сопутствующих заболеваний и патологических процессов у стоматологического больного.
- Выбором метода лечения
- Сравнительной оценкой способов лечения.
- Построением индивидуального плана лечения.
- Обоснованием необходимости применения хирургических, ортопедических лечебных мероприятий.
- Обоснованием необходимости лечения в стационаре.
- Принятием решения о направлении пациента на лечение к другим специалистам.
- Принятии пациента с зубочелюстно-лицевой аномалией на диспансерное наблюдение и лечение.
- Профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний
- Обучение пациентов и их родителей навыкам гигиены полости рта.
- Обучение беременной и кормящей матери режиму питания.
- Обучение родителей режиму питания здорового ребенка.
- Методика фторпрофилактики кариеса.

- Методы санитарного просвещения населения и медико-педагогического убеждения: проведение бесед, лекций для детей, их родителей, воспитателей и педагогов детских коллективов.
- Обучение детей лечебной гимнастике для мимических и жевательных мышц как методу профилактики зубочелюстных деформаций и аномалии.
- Лечение заболеваний
- Психологическая подготовка ребенка.
- Принятие решения о хирургическом лечении
- Обоснование целесообразности хирургического лечения с целью лечения зубочелюстных аномалий.
- Лечение ребенка с аномалиями зубочелюстной системы
- Сравнительная оценка возможных путей лечения.
- Построение индивидуальной схемы лечения.
- Обоснование необходимости лечебной гимнастики.
- Обоснование необходимости и выбор метода аппаратного лечения.
- Обоснование хирургического лечения.
- Ретенционный период лечения.
- Наблюдение за эффективностью лечения и его корректировка.
- Оценка изменений статуса ребенка
- Оценка изменений заинтересованных органов и систем.
- Оценка изменений данных объективного исследования и других методов исследования.
- Общее положение данных об эффективности лечения и внесение коррективов.
- Принятие решения об излечении и прекращении лечения.
- Принятие решения о направлении ребенка на дальнейшее лечение к другим специалистам.
- Принятие решения о взятии ребенка на диспансерное наблюдение.
- Планировать ортодонтическое лечение больных:
 - с учетом индивидуальных особенностей клинического течения основных стоматологических заболеваний
 - с сопутствующими соматическими заболеваниями
 - у больных разных возрастных групп
 - с соблюдением современных требований медицинской этики и деонтологии;
- Методы обследования детей при массовых профилактических осмотрах детского населения.
- Запись зубной формулы ребенка и подростка с временными зубами, в период смены зубов, с постоянными зубами.
- Обозначение здоровых, кариозных, пломбированных и отсутствующих зубов.
 - Методами исследования в челюстно-лицевой области
- Методикой опроса (жалоба, анамнез).
- Методикой осмотра и пальпации: исследование кожных покровов и видимых слизистых оболочек рта, зева, полости носа, конъюнктивы.
- Изучение лицевых признаков зубочелюстных аномалий.
- Исследование размеров и формы верхней, средней и нижней частей лица.
- Исследование размеров и формы челюстей.
- Исследование функции височно-нижнечелюстных суставов, мышц челюстно-лицевой области и пародонта.

- Определение разновидности окклюзии.
- Исследование твердых тканей зубов.
- Исследование краевого пародонта.
- Использование инструментальных методов исследования больного
- Снятие оттисков с челюстей и получение их диагностических моделей из гипса.
- Изучение диагностических моделей челюстей: – метод Пона; – метод Коркхауза; – метод Герлаха; – метод Нансе; – метод Тона; – метод Долгополовой; – диаграмма Хаулея-Гербера-Гербста; – изучение формы зубных рядов в зависимости от суммы мезиодистальных размеров 4, 6 и 12 зубов.
- Анализ рентгенограмм: а) прицельных рентгенограмм; б) панорамных рентгенограмм костей челюстей; в) ортопантограмм челюстей; г) томограмм височно-нижнечелюстных суставов.
- Измерение телерентгенограмм головы, полученных в боковой проекции.
- Анализ телерентгенограмм головы.
- Анализ электромиограмм.
- Анализ аксиограмм.
- Диагностика аномалий зубочелюстной системы.
- Синтез и анализ данных, полученных при различных видах исследований, обобщение динамики заболевания и консультативных заключений специалистов: – заболевания твердых тканей зуба; – заболевания пульпы временного и постоянного зуба; – заболевания пародонта временного и постоянного зуба; – заболевания слизистой оболочки рта, губ, языка.
- Диагностика основных видов аномалий зубов.
- Диагностика основных видов аномалий положения зубов.
- Диагностика основных видов аномалий формы и величины зубных рядов.
- Диагностика основных видов аномальной окклюзии: – дистальной; – мезиальной; – перекрестной; – глубокой резцовой дизокклюзии; – глубокого резцового перекрытия; – вертикальной резцовой дизокклюзии; – при врожденном несращении неба и альвеолярного отростка; – сагиттальной резцовой дизокклюзии; – обратной резцовой окклюзии; – обратной резцовой дизокклюзии.
- Травма зуба.
- Травма челюстных костей.
- Травма мягких тканей и органов рта, лица и шеи.
- Врожденное несращение верхней губы и неба.
- Другие виды врожденной патологии лица и челюстей.

2. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

Код компетенции и её содержание		Этап формирования компетенции
Универсальные компетенции (УК)		
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	текущий
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные	текущий

	и культурные различия.	
Профессиональные компетенции		
<i>Профилактическая деятельность</i>		
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	текущий
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.	текущий
ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.	текущий
ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.	текущий
<i>Диагностическая деятельность</i>		
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	текущий
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках анестезиологии - реаниматологии.	текущий
<i>Лечебная деятельность</i>		
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.	текущий
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	текущий
<i>Реабилитационная деятельность</i>		
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.	текущий
<i>Психолого-педагогическая деятельность</i>		
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.	промежуточный
<i>Организационно-управленческая деятельность</i>		

ПК-11	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	промежуточный
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	промежуточный
ПК-13	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	промежуточный

3. СООТВЕТСТВИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ ФУНКЦИЯМ ВРАЧА – СТОМАТОЛОГА-ОРТОДОНТА

Компетенции	Результаты освоения программы практики							
	Освоение методов санитарно-просветительной работы по воспитанию населения	Освоение методов профилактической работы	Овладение навыками ведения утвержденных форм	Овладение навыками оказания неотложной помощи	Освоение принципов оказания консультативной помощи	Освоение принципов ведения лечебных	Ведение научных исследований о современных методах	Овладение установленным порядком правил
УК-1	+	+	+	+	+	+	+	+
УК-2	+	+						
ПК-1	+	+					+	
ПК-2		+						
ПК-3				+				
ПК-4	+							+
ПК-5				+				
ПК-6			+					+
ПК-7					+	+		
ПК-8				+	+	+		
ПК-9					+	+		
ПК-10	+	+			+	+		
ПК-11		+	+					+
ПК-12			+		+	+		
ПК-13			+	+				

4. МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ (Б 2)

Тесты

1ВАРИАНТ.

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. При показании к удалению постоянных зубов при оценке измерения диагностических моделей челюстей ведущим является
 - а) недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм
 - б) макроденития
 - в) мезиальное смещение боковых зубов
 - г) уменьшение длины апикального базиса
 - д) несоответствие величины апикального базиса и величины зубов
6. Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают
 - а) устранение вредных привычек
 - б) коррекцию мягких тканей
 - в) удаление отдельных зубов
 - г) пришлифование бугров отдельных зубов
 - д) создание оптимальных условий для развития зубочелюстной системы
7. 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
8. 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
9. 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

10. 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
11. 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
12. Учить ребенка чистить зубы целесообразно в возрасте
- а) до 1 года
 - б) 1 года
 - в) 2 лет
 - г) 3 лет
 - д) 4-5 лет
13. Понятие медицинской этики определяет
- а) понятие о долге врача
 - б) правовые основы медицинского законодательства
 - в) вопросы нравственности
 - г) гражданская позиция
 - д) понятие коллегальности
14. Медицинская деонтология - это
- а) понятие о долге врача
 - б) взаимоотношение врача и больного
 - в) вопросы нравственности
 - г) понятие коллегальности
 - д) правовые основы медицинского законодательства
15. 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
16. 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
17. 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
18. 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
19. 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
20. 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

22. 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
23. 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
24. Положение нижней челюсти у новорожденного в норме
- а) ортогнатическое
 - б) ретрогнатическое
 - в) прогнатическое
 - г) переменное
 - д) латерогнатическое
25. 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
26. 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
27. Временные резцы прорезываются
- а) в 6-12 месяцев
 - б) в 12-18 месяцев
 - в) в 18-24 месяцев
 - г) в 24-30 месяцев
 - д) в 34-40 месяцев
28. Временные первые моляры и клыки прорезываются
- а) в 6-12 месяцев
 - б) в 16-20 месяцев
 - в) в 20-24 месяцев
 - г) в 28-32 месяцев
 - д) в 34-40 месяцев
29. Временные клыки прорезываются
- а) в 6-12 месяцев
 - б) в 16-20 месяцев
 - в) в 20-24 месяцев
 - г) в 28-30 месяцев
 - д) в 34-40 месяцев
30. Вторые временные моляры прорезываются
- а) в 6-12 месяцев
 - б) в 16-20 месяцев
 - в) в 20-24 месяцев
 - г) в 28-30 месяцев
 - д) в 34-40 месяцев
31. 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
32. 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
33. Характеристика сформированного временного прикуса

в зависимости от размеров зубов и зубных дуг, межзубных контактов

- а) ортогнатический с мезиальной ступенью или без нее у $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
- б) прямой с мезиальной ступенью или без нее у $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
- в) дистальный с расположением $\frac{V!V}{V!V}$ в одной плоскости
- г) мезиальный с мезиальной ступенью между $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
- д) дистальный с дистальной ступенью между $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
34. II физиологическое повышение прикуса происходит
- а) в 3-4 года
- б) в 6-8 лет
- в) в 9-10 лет
- г) в 10-12 лет
- д) в 12-14 лет
35. Влияние внутриротовых и околоротовых мышц на установление постоянных резцов в прикусе
- а) проявляется существенно
- б) проявляется не существенно
- в) не имеет значения
- г) проявляется очень существенно
- д) проявляется существенно до определенного возраста
36. Зачатки зубов внутри альвеолярного отростка перемещаются
- а) только в мезиальном направлении
- б) только в буккальном направлении
- в) только в окклюзионном направлении
- г) во всех трех направлениях
- д) в дистальном направлении
37. III физиологическое повышение прикуса происходит
- а) в 3-4 года
- б) в 6-7 лет
- в) в 9-11 лет
- г) в 10-12 лет
- д) в 12-13 лет
38. Шов нижней челюсти у ребенка окостеневает
- а) к 6 месяцам
- б) после первого года жизни
- в) после второго года жизни
- г) после третьего года жизни
- д) к 5 годам
39. Срединный небный шов окостеневает
- а) после первого года жизни
- б) к 6 годам
- в) к 14 годам
- г) к 18 годам
- д) после 20 лет, к 24-25 годам
40. У ребенка инфантильный тип глотания наблюдается
- а) до 1 года
- б) до 1,5-2 лет
- в) до 3-6 лет
- г) до 7-10 лет
- д) в течение всей жизни
41. Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить
- а) возможности роста челюстей
- б) форму и размер суставных головок
- в) характер движения суставов
- г) размеры суставной щели
- д) форму и размер суставного диска
42. 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

43. Методом исследования боковых ТРГ головы является
 а) метод Парма
 б) метод Шварца
 в) метод Шулера
 г) метод Паатера
 д) метод Колоткова
44. 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
45. 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
46. 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
47. 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
48. 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
49. 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
50. Периодами развития классификаций зубочелюстных аномалий являются
 а) доэнглевский
 б) Энглевский
 в) Шварцевский
 г) Симоновский
 д) все перечисленные периоды

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

2ВАРИАНТ.

1. Одним из авторов эстетической классификации является
 а) Энгль
 б) Ильина - Маркосян
 в) Симон
 г) Шварц

- д) Андресен
2. Одним из авторов морфофункциональной классификации является
- а) Энгль
 - б) Штернфельд
 - в) Катц
 - г) Бетельман
 - д) Андресен
3. Одним из авторов краниометрической классификации является
- а) Энгль
 - б) Симон
 - в) Шварц
 - г) Курляндский
 - д) Ильина - Маркосян
4. Одним из авторов этиологической классификации является
- а) Энгль
 - б) Катц
 - в) Конторович - Коркхаузе - Шварц
 - г) Калвелис
 - д) Курляндский
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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
11. 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
12. Для определения степени трудности ортодонтического лечения известны методики
- а) Зиберта
 - б) Айзмана
 - в) Зиберта - Малыгина
 - г) Шварца
 - д) Рубинова
13. Определение степени трудности ортодонтического лечения используют
- а) для определения стоимости лечения
 - б) для планирования объема и срока лечения
 - в) для выявления эффективности лечения
 - г) для уточнения эффективности различных методов лечения
 - д) для научной организации труда
14. Для планирования объема и срока ортодонтического лечения существуют методики
- а) Зиберта - Малыгина
 - б) Малыгина - Белого
 - в) Айзмана
 - г) Хорошилкиной
 - д) Токаревича
15. Объем и сроки ортодонтического лечения зависят преимущественно
- а) от времени лечения в месяцах
 - б) от количества посещений больным врача
 - в) от степени трудности лечения
 - г) от количества трудовых единиц
 - д) от комплекса перечисленных факторов
16. Степень трудности ортодонтического лечения и его эффективность находятся в следующей зависимости
- а) эффективность прямо зависит от степени трудности
 - б) эффективность обратно зависит от степени трудности
 - в) эффективность не зависит от степени трудности
 - г) эффективность больше зависит от продолжительности лечения
 - д) эффективность зависит от удаления отдельных зубов
17. Степень трудности ортодонтического лечения и его продолжительность
- а) находятся в прямой сильной зависимости
 - б) находятся в обратной сильной зависимости
 - в) не зависят друг от друга
 - г) обратно зависят друг от друга при определенных обстоятельствах
 - д) прямо зависят друг от друга при учете количества посещений
18. Степень трудности ортодонтического лечения и его объем
- а) находятся в прямой сильной зависимости
 - б) находятся в обратной сильной зависимости
 - в) прямо сильно зависят без учета продолжительности лечения
 - г) обратно сильно зависят с учетом продолжительности лечения
 - д) не зависят друг от друга
19. Эффективность ортодонтического лечения и его продолжительность
- а) находятся в прямой сильной зависимости
 - б) находятся в обратной сильной зависимости
 - в) не зависят друг от друга
 - г) зависят от удаления отдельных зубов
 - д) зависят от других причин
20. Методика Малыгина - Белого используется
- а) для ортодонтического лечения
 - б) для хирургического лечения
 - в) для комплексного лечения
 - г) для протетического лечения
 - д) для сочетанного лечения
21. 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
22. 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 организме
23. К аномалии прикуса приводят
- а) аномалии положения зубов
- б) зубоальвеолярные нарушения
- в) зубочелюстные аномалии
- г) все перечисленные отклонения
24. Зубо-альвеолярные 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
25. Гнатические разновидности аномалий прикуса характеризует
- а) соотношение зубных дуг
- б) топография альвеолярных дуг
- в) топография и размеры челюстных костей
- г) топография других лицевых костей
- д) размер и положение зубов
26. Скелетные разновидности аномалий прикуса характеризует
- а) соотношение зубных дуг
- б) топография альвеолярных дуг
- в) топография челюстных дуг
- г) топография пограничных костей лицевого отдела черепа
- д) топография мозговых костей черепа
27. На топографию отдельных частей лицевого отдела черепа влияет
- а) размер частей
- б) положение частей
- в) размер и местоположение частей
28. Изучаемая структура лицевого отдела черепа по своему размеру имеет
- а) 1 значение
- б) 2 значения
- в) 3 значения
- г) 4 значения
- д) 5 и более значений
29. Изучаемая структура лицевого отдела черепа по своему местоположению имеет
- а) 1 значение
- б) 2 значения
- в) 3 значения
- г) 4 значения
- д) 5 и более значений
30. Инклинация структуры
- а) является самостоятельным нарушением
- б) не является самостоятельным нарушением
- в) иногда является самостоятельным нарушением
- г) является комбинированным, самостоятельным нарушением
- д) является комбинированным, несамостоятельным нарушением
31. Динамическое нарушение местоположения характеризует
- а) челюсти
- б) верхнюю часть лицевого отдела черепа
- в) нижнюю часть лицевого отдела черепа
- г) зубо-альвеолярные дуги челюстей
- д) пограничные кости лицевого скелета
32. "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
33. 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
34. Первые постоянные моляры по I классу Энгля устанавливаются
- а) в 6 лет
 - б) в 7-8 лет
 - в) в 12 лет
 - г) после 12 лет
 - д) в зависимости от варианта физиологического формирования прикуса
35. Коррекция установления первых постоянных моляров может происходить
- а) при I физиологическом повышении прикуса
 - б) при II физиологическом повышении прикуса
 - в) при III физиологическом повышении прикуса
 - г) при IV физиологическом повышении прикуса
 - д) при V физиологическом повышении прикуса
36. Укажите отличие между ортогнатическим и нейтральным прикусом
- а) ортогнатический прикус можно назвать нейтральным
 - б) нейтральный прикус нельзя назвать ортогнатическим
 - в) нейтральный прикус можно назвать ортогнатическим
 - г) при нейтральном прикусе имеются любые отклонения в положении передних зубов
 - д) при нейтральном прикусе имеются отклонения в положении боковых зубов
37. Отличием между сагиттальными аномалиями прикуса и ортогнатическими является
- а) соотношение всех боковых зубов
 - б) соотношение передних зубов
 - в) соотношение первых постоянных моляров
 - г) соотношение клыков
 - д) ничего из перечисленного
38. Вид прикуса можно определить по соотношению
- а) первых постоянных моляров
 - б) шести зубов и клыков
 - в) шести сегментных зубных дуг
 - г) зубных рядов в трех взаимно перпендикулярных направлениях
 - д) передних зубов
39. Отличие между сагиттальными аномалиями прикуса состоит в нарушении контактов
- а) между шестью зубами
 - б) между клыками
 - в) между резцами
 - г) боковых зубов
 - д) передних зубов
40. Дистальный прикус характеризуется нарушением контактов
- а) шести зубов по III классу Энгля
 - б) клыков по III классу Энгля
 - в) боковых зубов по II классу Энгля
 - г) передних зубов по I классу Энгля
 - д) боковых зубов по I классу Энгля
41. Мезиальный прикус характеризуется нарушением контактов
- а) шести зубов по III классу Энгля
 - б) клыков по III классу Энгля
 - в) боковых зубов по III классу Энгля
 - г) передних зубов по III классу Энгля
 - д) боковых зубов по I классу Энгля
42. Прямой прикус характеризуется
- а) нарушением контактов боковых зубов
 - б) нарушением контактов передних зубов
 - в) нарушением контактов всех зубов
 - г) укорочением овала верхней зубной дуги
 - д) укорочением овала нижней зубной дуги
43. Глубокое резцовое перекрытие характеризуется
- а) нарушением контактов боковых зубов
 - б) нарушением контактов передних зубов
 - в) нарушением контактов всех зубов
 - г) укорочением овала нижней зубной дуги
 - д) укорочением овала верхней зубной дуги

44. Дезокклюзия зубов характеризуется
 а) нарушением контактов передних зубов
 б) нарушением контактов боковых зубов
 в) отсутствием контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели
 г) отсутствием контактов большинства зубов с появлением сагиттальной щели
45. Глубокий прикус характеризуется
 а) нарушением контактов передних зубов
 б) нарушением контактов боковых зубов
 в) нарушением контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели
 г) отсутствием контактов между передними зубами с наличием сагиттальной щели
46. Дифференциальное отличие между различными разновидностями глубокого прикуса с функциональной точки зрения состоит в том, что
 а) глубокое резцовое перекрытие является состоянием физиологическим
 б) глубокое резцовое перекрытие является состоянием патологическим
 в) глубокий снижающий прикус является состоянием патологическим
 г) глубокий снижающий прикус является состоянием физиологическим
 д) глубокий травмирующий прикус является состоянием физиологическим
47. Морфологические отклонения, влияющие на физиологические возможности передних зубов в сагиттальном и вертикальном направлениях, находятся в пределах
 а) $\pm 0,5-1$ мм
 б) $\pm 1,5$ мм
 в) ± 2 мм
 г) ± 3 мм
 д) ± 4 мм и более
48. Дифференциальной диагностикой глубины фронтального перекрытия, обусловленного нарушением в области передних зубов, является
 а) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не влияет на высоту нижней части лица
 б) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица
 в) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица
 г) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица
 д) высота нижней части лица не имеет дифференциально-диагностического значения при определении зоны нарушения
49. При вестибуло-перекрестном прикусе
 а) верхние боковые зубы перекрывают нижние
 б) нижние боковые зубы перекрывают верхние
 в) верхние и нижние боковые зубы находятся в бугровых контактах
 г) все верхние зубы перекрывают нижние
 д) все нижние зубы перекрывают верхние
50. При лингво-перекрестном прикусе
 а) нижние боковые зубы полностью перекрывают верхние
 б) верхние боковые зубы полностью перекрывают нижние
 в) верхние боковые зубы и нижние находятся в бугорковых контактах
 г) все верхние зубы перекрывают нижние
 д) все нижние зубы перекрывают верхние

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

3 ВАРИАНТ.

1. Для изготовления регулятора функции I типа особенностью конструктивного прикуса является
 а) выдвижение нижней челюсти на I классу Энгля

- б) выдвижение нижней челюсти на 3-5 мм
в) выдвижение нижней челюсти до краевого смыкания резцов
г) выдвижение нижней челюсти до обратного перекрытия в области резцов
д) отсутствие выдвижения нижней челюсти
2. Для изготовления регулятора функции III типа особенностью конструктивного прикуса является $\frac{6!6}{6!6}$
- а) смещение нижней челюсти назад до соотношения по I классу Энгля
б) смещение нижней челюсти до краевого смыкания резцов
в) максимальное смещение нижней челюсти назад
г) отсутствие смещения нижней челюсти
д) не имеет существенного значения
3. У регулятора функции I типа небный бюгель
- а) проходит впереди 5⊥5
б) проходит впереди 6⊥6
в) проходит позади 6⊥6
г) прохождение небного бюгеля не имеет значения
д) не применяется
4. У регулятора функции III типа небный бюгель
- а) проходит впереди 5⊥5
б) проходит впереди 6⊥6
в) проходит позади 6⊥6
г) прохождение небного бюгеля не имеет значения
д) не применяется
5. Разновидности регуляторов функции I типа отличаются от II типа
- а) разным расположением губных пелотов
б) введением небной дуги
в) отсутствием вестибулярной дуги
г) различным расположением небного бюгеля
д) ничем из перечисленного
6. Верхняя граница верхнегубных пелотов проходит
- а) на уровне прикрепления уздечки верхней губы
б) не доходя до основания носа
в) доходя до основания носа
г) выше уровня основания носа
д) variabelно
7. Передняя граница боковых щитов у регулятора функции проходит
- а) между боковыми резцами и клыками
б) между клыками и первыми премолярами
в) между первыми и вторыми премолярами
г) variabelно
д) между вторыми премолярами и первыми молярами
8. Граница боковых щитов у регуляторов функции проходит
- а) за вторыми премолярами
б) у дистальной поверхности первых верхних моляров
в) у дистальной поверхности первых нижних моляров
г) за последними зубами
д) variabelно
9. Границы опорных колец или коронок на коронковой части зуба
- а) проходят на 1/3 коронки зуба
б) проходят на 1/2 коронки зуба
в) доходят до клинической шейки зуба
г) доходят до анатомической шейки зуба
д) не имеет значения
10. Место припаивания опорных трубок для дуг Энгля
- а) находится на расстоянии 2 мм от жевательной поверхности
б) находится на уровне экватора зуба
в) находится на расстоянии 2 мм от десневого края
г) не имеет значения
д) зависит от вида прикуса
11. Место припаивания штанги для дистального перемещения клыков
- а) находится ближе к мезиальной поверхности коронки
б) находится ближе к дистальной поверхности коронки
в) находится посередине коронки
г) не имеет значения
д) зависит от вида прикуса

12. Нижняя граница штанги для дистального перемещения клыков
- а) находится ниже режущего бугра
 - б) находится на уровне режущего бугра
 - в) находится выше уровня режущего бугра
 - г) не имеет значения
 - д) зависит от вида прикуса
13. Верхняя граница штанги для дистального перемещения клыков
- а) находится на уровне десневого края
 - б) не доходит до десневого края на 1/3 высоты коронки
 - в) находится на уровне проекции 1/3 величины корня
 - г) находится на уровне проекции 1/2 величины корня
 - д) находится на уровне проекции верхушки корня у переходной складки
14. Место припаивания штанги для медиального перемещения резцов
- а) находится ближе к медиальной поверхности коронки
 - б) находится ближе к латеральной поверхности коронки
 - в) находится посередине коронки
 - г) не имеет значения
 - д) зависит от вида прикуса
15. Для равномерного расширения зубного ряда дуга Энгля
- а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
 - б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
 - в) прилегает к передним и боковым зубам
 - г) отступает от передних и боковых зубов
 - д) не имеет значения
16. Для удлинения зубного ряда дуга Энгля
- а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
 - б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
 - в) прилегает к передним и боковым зубам
 - г) отступает от передних и боковых зубов
 - д) не имеет значения
17. Для укорочения зубного ряда дуга Энгля
- а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
 - б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
 - в) прилегает к передним и боковым зубам
 - г) отступает от передних и боковых зубов
 - д) не имеет значения
18. Место припаивания крючков или штанг на скользящей вестибулярной дуге находится
- а) в области боковых резцов
 - б) у мезиальной поверхности клыков
 - в) у дистальной поверхности клыков
 - г) в области первых премоляров
 - д) в области вторых премоляров
19. Место припаивания крючков или штанг на выскальзывающей вестибулярной дуге находится
- а) в области боковых резцов
 - б) у мезиальной поверхности клыков
 - в) у дистальной поверхности клыков
 - г) в области первых премоляров
 - д) в области вторых премоляров
20. Уровень припаивания П-образных крючков на кольцах с небной стороны
- а) проходит у режущего корня
 - б) проходит посередине кольца
 - в) проходит на 2 мм ниже десневого края кольца
 - г) не имеет значения
 - д) крючки не припаивают с небной стороны
21. Показанием для применения аппарата Хербста - Кожокару является
- а) дистальный прикус
 - б) мезиальный прикус
 - в) глубокий прикус
 - г) открытый прикус
 - д) перекрестный прикус
22. Действие аппарата Хербста - Кожокару направлено
- а) на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти
 - б) на зубоальвеолярное вытяжение боковых зубов верхней челюсти
 - в) на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти
 - г) на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов нижней челюсти
 - д) на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти,

на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти

23. Аппарат Герлинга - Гашимова применяется
- а) при резком сужении зубного ряда
 - б) при макродентии
 - в) для дистального перемещения боковых зубов
 - г) для поворота зубов по оси
 - д) для вертикального вытяжения зубов
24. Показанием для применения аппарата Дерихсвайлера является
- а) укорочение зубной дуги
 - б) удлинение зубной дуги
 - в) резкое сужение зубного ряда верхней челюсти
 - г) резкое сужение зубного ряда нижней челюсти
 - д) мезиальное смещение боковых зубов
25. Верхняя граница коронки Катца с вестибулярной поверхности
- а) доходит до анатомической шейки зуба
 - б) доходит до клинической шейки зуба
 - в) проходит, отступая от десневого края на 2-3 мм
 - г) доходит до середины коронки зуба
 - д) не имеет значения
26. Активатор Андресена - Гойпля относится
- а) к механически-действующим аппаратам
 - б) к функционально-действующим аппаратам
 - в) к функционально-направляющим аппаратам
 - г) к внеротовым аппаратам
 - д) к блоковым аппаратам сочетанного действия
27. Активатор Андресена - Гойпля действует
- а) в сагиттальной плоскости
 - б) в трансверсальной плоскости
 - в) в вертикальной плоскости
 - г) в 3 плоскостях
 - д) в 2 плоскостях
28. При ношении активатора разобшение в боковых участках составляет
- а) 1-2 мм
 - б) 3-4 мм
 - в) 5-6 мм
 - г) до 10 мм
 - д) разобшение не нужно
29. При определении конструктивного прикуса для активатора нижняя челюсть выдвигается вперед
- а) на 2-3 мм
 - б) на 5 мм
 - в) на 7 мм
 - г) на 10 мм
 - д) в краевое смыкание
30. Кронштейны для фиксации нижнегубных пелотов вводятся
- а) в переднем участке нижней челюсти
 - б) в боковых участках нижней челюсти
 - в) в переднем участке верхней челюсти
 - г) в боковых участках верхней челюсти
 - д) не имеет значения
31. Кламмеры с плоскостным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть
- а) круглые
 - б) пуговчатые
 - в) кламмеры Адамса
 - г) ленточные
 - д) рамочные
32. Кламмеры с линейным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть
- а) рамочные
 - б) круглые, перекидной Джексона
 - в) кламмер Адамса, кламмер Шварца
 - г) все перечисленные
 - д) некоторые из перечисленных
33. Кламмеры с линейным прилеганием плеча к коронке изгибают из проволоки диаметром
- а) 0.6 мм
 - б) 0.7 мм
 - в) 0.8 мм
 - г) 0.9 мм

- д) 1.0 мм
34. Для фиксации съемных аппаратов у пациентов в периоде смешанного прикуса следует применять кламмер с линейным прилеганием плеча к коронке
- а) круглый
 - б) перекидной Джексона
 - в) Дуйзингса
 - г) фиксатор Нападова
 - д) рамочный
35. Круглый кламмер
- а) выполняет опорно-удерживающую функцию
 - б) выполняет удерживающую функцию
 - в) используется как активно действующий элемент для поворота опорного зуба вокруг оси
 - г) используется для перемещения отдельных зубов или их групп
 - д) используется для фиксации резиновых лигатур
36. Для фиксации съемного аппарата, использующегося для межчелюстной тяги, следует изготавливать
- а) 2 круглых кламмера
 - б) 3 круглых кламмера
 - в) 4 круглых кламмера
 - г) 5 круглых кламмеров
 - д) 6 и более круглых кламмеров
37. Кламмером с точечным прилеганием плеча под экватором к коронке зуба является
- а) кламмер Дуйзингса
 - б) рамочный
 - в) пуговчатый, крючкообразный, копьевидный
 - г) кламмер Шварца
 - д) кламмер Адамса
38. Заводским путем изготавливают
- а) пуговчатые кламмеры
 - б) крючкообразные кламмеры
 - в) копьевидные кламмеры
 - г) кламмеры Адамса
 - д) все перечисленные кламмеры
39. В зуботехнической лаборатории изготавливают
- а) пуговчатые кламмеры
 - б) кламмеры Шварца, Адамса
 - в) крючкообразные кламмеры
 - г) копьевидные кламмеры
 - д) все перечисленные кламмеры
40. Кламмеры Шварца наиболее часто изготавливают
- а) на 1 боковой зуб
 - б) на 2 боковых зуба
 - в) на группу боковых зубов
 - г) на группу передних зубов
 - д) на группу боковых зубов справа и слева
41. Кламмеры с точечным прилеганием плеча к коронке зуба изгибают из проволоки диаметром
- а) 0.6 мм
 - б) 0.7 мм
 - в) 0.8 мм
 - г) 0.9 мм
 - д) 1.0 мм
42. В отечественной ортодонтии редко применяют кламмеры Шварца
- а) из-за отсутствия набора щипцов для их изгиба
 - б) из-за недостаточно хорошего качества проволоки
 - в) из-за недостаточно надежной фиксации с их помощью аппарата
 - г) из-за затруднений при их коррекции
 - д) из-за всех перечисленных причин
43. В отечественной ортодонтии для фиксации съемных ортодонтических аппаратов наиболее широко используется кламмер Адамса
- а) из-за затрудненного изготовления кламмеров других конструкций
 - б) из-за отсутствия материала для изготовления кламмеров других конструкций
 - в) из-за более простого его изготовления, чем кламмеров других конструкций

- г) из-за надежной фиксации ортодонтических аппаратов
д) из-за его универсальности и эффективности
44. Размер плеча кламмера Адамса соответствует
а) размеру вестибулярной поверхности опорного зуба
б) размеру опорного зуба между его контактными точками с соседними зубами
в) высоте коронки опорного зуба
г) размеру, соответствующему расстоянию между точками, маркированными на экваторе зуба в месте перехода вестибулярной поверхности в проксимальную
д) всем перечисленным размерам
45. Различные разновидности конструкции кламмеров Адамса созданы
а) с целью улучшения их фиксации
б) для фиксации кламмера не только на опорном, но и на соседних зубах
в) для использования кламмера как активно действующего элемента для перемещения соседних зубов и их групп
г) с целью использования кламмера для фиксации межчелюстной и внеротовой тяги
д) для многофункционального использования
46. Основным принципом изгибания проволоки для изготовления кламмеров является
а) изгибание проволоки пальцами
б) изгибание проволоки крампонными щипцами
в) расположение прямой поверхности крампонных щипцов к месту изгиба
г) расположение округлой поверхности крампонных щипцов к месту изгиба
д) изгибание кламмеров на всех этапах проводится после отметки места изгиба карандашом
47. Для изгибания фиксирующих отростков кламмера Адамса необходимо определить их высоту по расстоянию
а) от межбугровой фиссуры до десневого края по середине вестибулярной поверхности зуба
б) от режущего мезиального бугра бокового зуба до десневого края
в) от режущего дистального бугра бокового зуба до десневого края
г) от экватора зуба до десневого края по середине его вестибулярной поверхности
д) от точек, маркированных на экваторе, в месте перехода вестибулярной поверхности в апроксимальную, до контактного пункта
48. После изгибания плеча и фиксирующих отростков для дальнейшего изготовления остальных деталей кламмера необходимо прикладывать его к зубу так, чтобы плечо
а) прилегало к вестибулярной поверхности зуба
б) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 4-5 мм
в) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся на шейке зуба около его десневого края и располагаются под углом 45° к вестибулярной поверхности зуба
г) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся между экватором и шейкой зуба
д) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся на экваторе зуба
49. После правильного прикладывания детали к коронке зуба точки для изгибания рабочего угла следует отмечать карандашом
а) на уровне шейки
б) посередине между экватором и шейкой зуба
в) на уровне экватора
г) между экватором и окклюзионной поверхностью зуба
д) в месте контакта опорного зуба с соседними
50. При приспособывании тела кламмера Адамса к мезиальной и дистальной контактным поверхностям опорного зуба
а) можно изгибать тело кламмера в вертикальной плоскости
б) можно изгибать тело кламмера в трансверсальной плоскости
в) можно изгибать тело кламмера по контактной поверхности опорного зуба
г) можно изгибать тело кламмера по контактной поверхности среднего зуба с опорным
д) тела кламмера должны быть параллельны друг другу

3 вариант

№	ответ								
---	-------	---	-------	---	-------	---	-------	---	-------

1	б	11	д	21	в	31	в	41	д
2	в	12	а	22	в	32	д	42	г
3	б	13	б	23	в	33	а	43	д
4	в	14	а	24	в	34	д	44	г
5	б	15	в	25	г	35	д	45	д
6	г	16	в	26	в	36	д	46	в
7	в	17	д	27	б	37	д	47	д
8	в	18	в	28	г	38	д	48	д
9	б	19	г	29	в	39	б	49	г
10	б	20	д	30	г	40	д	50	д

Вопросы для устного собеседования

1. Клинические методы обследования детей в ортодонтии. История болезни.
2. Методы обследования детей для оценки функционального состояния зубочелюстного аппарата.
3. Методы обследования детей для оценки морфологического состояния зубочелюстного аппарата.
4. Рентгенологические методы обследования детей с зубочелюстными деформациями.
Методы диагностики зубочелюстных аномалий. Основные и дополнительные методы диагностики в ортодонтии. Принципы антропометрического исследования гипсовых моделей челюстей.
5. Антропометрические методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий. Определение высоты и ширины лица, индекс Изара. Определение формы и типов лица и головы.
6. Ортопантомография челюстей. Рентгенологическая диагностика головы.
7. Методы расшифровки и анализа боковых ТРГ головы.
8. Оценка гармоничности развития зубочелюстной системы по Хазунду. Компьютерная диагностика.
9. Томография височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС). Расшифровка томограмм ВНЧС.
10. Функциональные методы исследования.
11. Оценка состояния опорных тканей пародонта.
12. Постановка диагноза и составление плана лечения.
13. Методы лечения зубочелюстных аномалий. Лечебная гимнастика, ортодонтический (аппаратурный), хирургический, ортопедический, сочетанные.
14. Ортодонтическая терапия. Миогимнастика и массаж как самостоятельное лечение и как вспомогательный метод при лечении ортодонтическими аппаратами. Лечебная физкультура – как метод профилактики.
15. Лечение ортодонтическими аппаратами. Несъемные аппараты.
16. Лечение ортодонтическими аппаратами. Съемные аппараты.
17. Челюстно-лицевая хирургия при лечении аномалий зубочелюстно – лицевой системы.
18. Протезирование при аномалиях зубочелюстно-лицевой системы у детей и подростков.
19. Устранение зубочелюстных аномалий при врожденных пороках развития лица и челюстей.
20. Ортодонтическая помощь при травме зубочелюстной области.
21. Ортодонтические аппараты (классификация, принцип действия).
22. Характеристика аппаратов механического действия.
23. Характеристика аппаратов функционального действия.
24. Характеристика аппаратов функционально –направляющего действия.
25. Характеристика аппаратов комбинированного действия.
26. Дозировка силы в ортодонтических аппаратах. Осложнения при ортодонтическом лечении.
27. Биомеханика перемещения зубов.
28. Особенности несъемного протезирования в детском возрасте.
29. Особенности съемного протезирования в детском возрасте.
30. Ретенционный период ортодонтического лечения. Ретенционные аппарат, виды ретенции. Сроки ретенционного периода.
31. Диспансеризация детей с зубочелюстными аномалиями. Принципы профилактики зубочелюстных аномалий.
32. Комплексные методы лечения зубочелюстных аномалий. Виды хирургических вмешательств в возрастном аспекте.
33. Меziальная окклюзия. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии. Профилактика.
34. Дистальная окклюзия. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии. Профилактика.
35. Вертикальная окклюзия (открытый прикус). Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии. Профилактика.
36. Глубокая резцовая окклюзия. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
37. Перекрестная окклюзия. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
38. Диастема у детей. Этиопатогенез, клиника, лечение в зависимости от вида диастемы и возраста.
39. Дистопия клыков. Этиопатогенез, клиника, лечение.
40. Аномалии положения зубов в вертикальной плоскости. Этиопатогенез, клиника, лечение.
41. Аномалии количества зубов. Этиология, клиника, лечение. Нарушение физиологического прорезывания.
42. Тортоаномалия отдельных зубов. Этиология, клиника, лечение.
43. Аномалии положения зубов в сагитальной плоскости. Этиопатогенез, клиника, лечение.
44. Аномалии формы и размеров временных и постоянных зубов. Этиология, клиника, лечение.
45. Глубокий прикус. Этиопатогенез, диагностика, профилактика.
46. Открытый прикус. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
47. Меziальный прикус. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
48. Дистальный прикус. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
49. Перекрестный прикус. Этиопатогенез различных видов перекрестного прикуса, клиника, профилактика.
50. Разновидности ортодонтических аппаратов, показания к их применению.
51. Классификация ортодонтических аппаратов.
52. Морфологическая и функциональная перестройка зубочелюстной системы под воздействием ортодонтических аппаратов. Силы, применяемые при ортодонтическом лечении.
53. Диагностика сочетанных аномалий окклюзии зубных рядов.
54. Диагностика и лечение аномалий окклюзии в трансверсальном направлении.

55. Диагностика и лечение аномалий челюстей (формы, размеров, расположения).
56. зубочелюстное протезирование у детей и подростков.
57. Показания к зубному протезированию в различные возрастные периоды.
58. Особенности клиники и лечения детей, подростков и взрослых при адентии.
59. Особенности клиники и лечения при дефектах коронок зубов в результате травмы и последствий кариозного поражения зубов у детей и подростков.
60. Лечение зубочелюстных аномалий при врожденных пороках развития в челюстно-лицевой области.
61. Анатомические и функциональные нарушения у детей с врожденной патологией в челюстно-лицевой области.
62. Общие принципы ортодонтического лечения детей с врожденной патологией в челюстно-лицевой области.
63. зубочелюстное протезирование в системе реабилитации здоровья детей, перенесших обширные костные операции на челюстях.
64. Ортодонтическая и ортопедическая помощь при травме зубочелюстной области.
65. Возможности возникновения рецидива зубочелюстных аномалий и методы профилактики.
66. Рецидивы ортодонтического лечения.
67. Методы профилактики рецидивов аномалий зубочелюстной системы.
68. Показания к применению ретенционных аппаратов. Биологические обоснования к использованию ретенционных аппаратов.
69. Особенности конструкции ретенционных аппаратов. Сроки пользования ретенционными аппаратами.
70. Компьютеризованная история болезни. Применение компьютерной техники при диагностике зубочелюстных аномалий. Компьютеризованная регистратура.
71. Ортодонтические аппараты одно- и двухчелюстные, лабораторные этапы изготовления. Восковые шаблоны, определение конструктивного прикуса. Границы базиса съемных ортодонтических аппаратов. Фиксирующие элементы ортодонтических аппаратов. Другие виды фиксации.
72. 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.
73. Функциональные ортодонтические аппараты, элементы аппаратов, изготовление. Функционально действующие двухчелюстные вестибулярные и вестибуло-оральные аппараты, элементы аппаратов, изготовление.
74. Функционально-направляющие съемные ортодонтические аппараты, элементы аппаратов, изготовление.
75. Ортодонтические аппараты комбинированного действия, элементы аппаратов, изготовление.
76. Ретенционные аппараты, штампованные каппы, ретейнер-Осамо.
77. Лабораторные этапы изготовления съемного пластиночного протеза. Изготовление воскового базиса для постановки зубов. Постановка искусственных зубов.
78. Окончательная моделировка протезного базиса. Гипсовка модели в кювету. Формовка протезных базисов из пластмассы. Выемка протезов из кювет, отделка, шлифование, полирование.
79. Лабораторные этапы изготовления протезов. Рабочий и вспомогательный оттиск.
80. Окклюдатор. Параллелометр.
81. Дефекты зубного ряда. Общие сведения. Ортопедические методы замещения дефектов зубов в различные возрастные периоды. Классификация дефектов зубных рядов. Классификация дефектов протезов.
82. Артикуляторы. Классификация артикуляторов. Изменения височно-нижнечелюстного сустава в связи с потерей зубов. Диагностика.
83. Замещение дефектов зубного ряда различными видами несъемных раздвижных мостовидных протезов. Общее понятие, составные элементы, показания.
84. Лабораторные этапы изготовления раздвижных мостовидных протезов.

Алгоритмы практических навыков

1. Алгоритм выполнения планирования ортодонтического этапа комплексного лечения и реабилитации больных с основными стоматологическими заболеваниями с учетом индивидуальных особенностей организма, с использованием стоматологических современных материалов и конструкций лечебных аппаратов;
2. Алгоритм оформления необходимой документации, с учетом сопутствующих заболеваний и патологических процессов у стоматологического больного.
3. Алгоритм выбора метода лечения
4. Алгоритм обоснования необходимости применения хирургических, ортодонтических лечебных мероприятий.
5. Алгоритм обоснования необходимости лечения в стационаре.
6. Алгоритм принятия решения о направлении пациента на лечение к другим специалистам.
7. Алгоритм принятия пациента с зубочелюстно-лицевой аномалией на диспансерное наблюдение и лечение.
8. Алгоритм выполнения фторпрофилактики кариеса.
9. Алгоритм обучения детей лечебной гимнастике для мимических и жевательных мышц как методу профилактики зубочелюстных деформаций и аномалий.
10. Алгоритм лечения заболеваний
11. Алгоритм лечения ребенка с аномалиями зубочелюстной системы.
12. Алгоритм построения индивидуальной схемы лечения.
13. Алгоритм обоснования необходимости лечебной гимнастики.
14. Алгоритм обоснования необходимости и выбора метода аппаратурного лечения.
15. Алгоритм выполнения ретенционного периода лечения.
16. Алгоритм оценки изменений статуса ребенка
17. Алгоритм принятия решения об излечении и прекращении лечения.
18. Алгоритм выполнения записи зубной формулы ребенка и подростка с временными зубами, в период смены зубов, с постоянными зубами.
19. Алгоритм выполнения методов исследования в челюстно-лицевой области
20. Алгоритм выполнения опроса (жалоба, анамнез).
21. Алгоритм изучения лицевых признаков зубочелюстных аномалий.
22. Алгоритм использования инструментальных методов исследования больного
23. Алгоритм снятия оттисков с челюстей и получение их диагностических моделей из гипса.
24. Алгоритм изучения диагностических моделей челюстей: – метод Пона; – метод Коркхауза; – метод Герлаха; – метод Нансе; – метод Тона; – метод Долгополовой; – диаграмма Хаулея-Гербера-Гербста; – изучение формы зубных рядов в зависимости от суммы мезиодистальных размеров 4, 6 и 12 зубов.
25. Алгоритм анализа рентгенограмм: а) прицельных рентгенограмм; б) панорамных рентгенограмм костей челюстей; в) ортопантограмм челюстей; г) томограмм височно-нижнечелюстных суставов.

26. Алгоритм измерения телерентгенограмм головы, полученных в боковой проекции.
27. Алгоритм анализа электромиограмм.
28. Алгоритм анализа аксиограмм.
29. Алгоритм диагностики аномалий зубочелюстной системы.
30. Алгоритм синтеза и анализа данных, полученных при различных видах исследований, обобщение динамики заболевания и консультативных заключений специалистов: – заболевания твердых тканей зуба; – заболевания пульпы временного и постоянного зуба; – заболевания пародонта временного и постоянного зуба; – заболевания слизистой оболочки рта, губ, языка.
31. Алгоритм диагностики основных видов аномалий зубов.
32. Алгоритм диагностики основных видов аномальной окклюзии: – дистальной; – мезиальной; – перекрестной; – глубокой резцовой дизокклюзии; – глубокого резцового перекрытия; – вертикальной резцовой дизокклюзии; – при врожденном несращении неба и альвеолярного отростка; – сагиттальной резцовой дизокклюзии; – обратной резцовой окклюзии; – обратной резцовой дизокклюзии.
33. Алгоритм лечения травмы зуба.
34. Алгоритм лечения травмы челюстных костей.
35. Алгоритм лечения травмы мягких тканей и органов рта, лица и шеи.
36. Алгоритм лечения врожденного несращения верхней губы и неба.

Задачи

Задача № 1.

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 режцами 8,0 мм.

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

Задача № 2.

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 скудность 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 № 3.

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 № 4.

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 № 5.

У больного 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 № 6.

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 № 7.

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 № 8.

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 № 9.

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 протруссия 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 № 10.

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.

Задача № 11.

Ребёнок 10 лет направлен к ортодонту после удаления центральных верхних резцов вследствие травмы. 43

1. Какие последствия травмы возможны.
2. Какой вид лечебно-профилактических мероприятий может быть использован в данном случае.

Задача № 12.

У пациента 5,5 лет по поводу осложнённого кариозного процесса были удалены 51. 61 зубы, между зубами верхней и нижней челюстей отмечаются плотные контакты, между зубами-антагонистами выраженный фиссурно-бугорковый контакт, стираемость окклюзионных поверхностей слабо выражена.

1. Составьте план ортодонтического лечения.
2. Какие виды лечебных аппаратов могут применяться (классификация ортодонтических аппаратов).

Задача № 13

Родители ребенка 7-и лет, обратились в поликлинику с жалобами на высокую температуру тела, боли в верхней челюсти слева, затрудненный прием пищи, болевает 4 суток. Объективно: на твердом небе слева в проекции IV отмечается выбухание слизистой оболочки размером 1 5x 1 5x 1 0 мм, слизистая оболочка гиперемирована, напряжена, при пальпации резко болезненна. В IV кариозная полость сообщается с полостью зуба, перкуссия положительная, зуб подвижен.

1. Этиология и патогенез.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Диагноз.
4. Лечение.
5. Профилактика

Задача №14.

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 протруссия зубов во фронтальном участке, сужение в боковых отделах, нёбо глубокое. Нижняя челюсть без изменений. При смыкании зубных рядов имеется разобщение прикуса в области III II I II III зубов III II I II III

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

Задача №15.

Родители ребенка 4-х лет обратили с жалобами на эстетический 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 III I III выражены. Соотношение зубных рядов III I II III по типу прямого прикуса. Короткая уздечка языка. III II II III Соотношение в боковых участках зубов нейтральное.

1. Морфологическая и функциональная характеристика временного прикуса.
2. В каких лечебно-профилактических мероприятиях нуждается ребёнок?
3. Составьте план ортодонтического лечения.

5. МЕТОДИКИ И ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ

5.1. 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.

5.2. 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 необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

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

5.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работа 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 сформулированы 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 ошибка 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 работа 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.

5.4.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».