

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина



Ортопедическая стоматология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за	Ортопедической стоматологии	
Учебный план	o310872_24_12 соп.plx Специальность 31.08.72-РФ 116-КР Стоматология общей практики	
Квалификация	ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ	
Форма обучения	очная	
Общая трудоемкость	5 ЗЕТ	
Часов по учебному плану	180	Виды контроля в семестрах: экзамен 3
в том числе:		
аудиторные занятия	76	
самостоятельная	103,7	

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	3 (2.1)		Итого	
	Неделя			
Вид занятий	уп	рп	уп	рп
Лекции	10	10	10	10
Практические	66	66	66	66
Контактная работа в период теоретического	0,3	0,3	0,3	0,3
Итого ауд.	76	76	76	76
Контактная работа	76,3	76,3	76,3	76,3
Сам. работа	103,7	103,7	103,7	103,7
Итого	180	180	180	180

Программу составил(и): Старший преподаватель
Юсупханов А.Н

Рецензент(ы): к.м.н.,доц.кафедры терапевтической
стоматологии КГМА им.И.А.Ахунбаева Нуритдинов
Р.М.

Рабочая программа дисциплины

разработана в соответствии с ФГОС 3++:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.72 Стоматология
общей практики (приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 г. № 19)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.72-РФ 116-КР Стоматология общей практики
утвержденного учёным советом вуза от _30.06.2025г. _протокол № _____

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Протокол от 2.09. 2025 г. № __
Зав. Кафедрой к.м.н.,доц.,Коомбаев К.К.

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

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

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

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

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

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

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

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

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

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

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

Э1 Э2 Э3 Э4

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

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

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки знать:

1 .Динамика развития челюстно-лицевой области в период эмбрионального развития.2.Характеристика беззубого рта новорожденного.

3 .Характеристика челюстно-лицевой области в период формирования временного прикуса.

4 .Характеристика челюстно-лицевой области в период сформированного временного прикуса.5.Характеристика челюстно-лицевой области в период изнашивания временного прикуса.

1.1 арактеристика челюстно-лицевой области в период раннего сменного прикуса.

1.2 арактеристика челюстно-лицевой области в период позднего сменного прикуса.

1.3 лассификация Энгля. Положительные и отрицательные стороны классификации.

1.4 лассификация Калвелиса. Положительные и отрицательные стороны классификации.

1.5 Классификация ВОЗ. Положительные и отрицательные стороны классификации.

1.6 Классификация Персина. Положительные и отрицательные стороны классификации.

12.3 тиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период эмбрионального развития.

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

Вопросы для проверки уметь, владеть:

1. Этиология и патогенез аномалий положения отдельных зубов.
2. Этиология, клиника и лечение вестибулярного положения зубов.
3. Этиология, клиника и лечение небного положение зубов.
4. Этиология, клиника и лечение тортоаномалии зубов.
5. Этиология, клиника и лечение диастемы.
6. Виды аномалий зубного ряда.
7. Клиническая и антропометрическая диагностика аномалий зубного ряда.
8. Виды деформаций формы зубных рядов.
9. Особенности клинического обследования ортодонтического пациента.
10. Биометрические методы исследования : измерения в трансверзальной плоскости.
11. Биометрические методы исследования : измерения в сагитальной плоскости .
12. Рентгенологические методы исследования в ортодонтии.
13. Ортопантомография челюстей. Показания к применению.
14. Телерентгенография . Оценка углов SNA и SNB.
15. Функциональные методы исследования в ортодонтии .
16. Этиология, клиника дистальной окклюзии
17. Диагностика дистальной окклюзии
18. Формы дистальной окклюзии . Проба Эшлера-Битнера.
19. Лечение дистальной окклюзии в период прикуса молочных зубов и начальном периоде сменного прикуса.
20. Лечение дистальной окклюзии в позднем сменном и постоянном прикусе.
21. Этиология и клиника мезиальной окклюзии
22. Формы мезиальной окклюзии , их характеристика . Степени выраженности мезиальной окклюзии.
23. Лечение мезиальной окклюзии в период молочного и сменного прикуса.
24. Лечение мезиальной окклюзии в период сменного и постоянного прикуса .
25. Вертикальная резцовая дизокклюзия. Этиология, клиника.
26. Клиника, морфологические разновидности вертикальной резцовой дизокклюзии.
27. Лечение вертикальной резцовой дизокклюзии в период молочного и сменного прикуса.
28. Лечение вертикальной резцовой дизокклюзии в период постоянного прикуса.
29. Этиология, клиника глубокой резцовой окклюзии и глубокой резцовой дизокклюзии.
30. Диагностика глубокой резцовой окклюзии и глубокой резцовой дизокклюзии, их клинические формы.
31. Лечение глубокой резцовой окклюзии и глубокой резцовой дизокклюзии.
32. Классификация вредных привычек по П.П. Окушко
33. Миогимнастика. Показания к применению. Упражнения для мышц, выдвигающих нижнюю челюсть.
34. Миогимнастика. Упражнения для мышц языка после пластики уздечки языка.
35. Виды перекрестной окклюзии по классификации Персина , их характеристика
36. Этиология, клиника перекрестной окклюзии
37. Мезиальная окклюзия. Клиника, диагностика, лечение .
38. Ретенционные аппараты
39. Требования к съемным протезам , используемых в детской практике .
40. Функционально-направляющие и функционально-действующие ортодонтические аппараты. 41. Специальные методы исследования в ортодонтии.
42. Брекеты-система: составные элементы, принцип работы . 43. Последствия ранней потери молочных моляров.
44. Метод Пона. Метод Коркгауза.

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

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Не предусмотрено

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ:

Перечень теоретических вопросов из п. 5.1. согласно тематики.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО:

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

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ:

Студент заполняет историю болезни согласно нижеприведенной схеме:

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

Использованная литература.

Методические рекомендации по заполнению истории болезни в ПРИЛОЖЕНИИ № 1.

ДОКЛАД В ФОРМАТЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ ИЛИ РЕФЕРАТА:

- Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела: 1.Организация ортодонтической помощи населению
- 2 .Физиологический прикус
 - 3 .Этиопатогенез аномалий прикуса.
 - 4 .Классификации зубочелюстных аномалий.
 - 5.Методы обследования в ортодонтии.
 - 6 .Комплексные методы лечения.
 - 7 .Лечение пациентов с аномалиями прикуса с использованием съемной ортодонтической аппаратуры
 - 8 .Лечение пациентов с использованием несъемной ортодонтической техники.

9 .Профилактика зубочелюстных аномалий.10.Современные методы лечения.

ТЕСТЫ:

Перечень тестовых вопросов согласно тематики раздела в ПРИЛОЖЕНИИ № 2.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Перечень ситуационных задач в ПРИЛОЖЕНИИ № 3.

Промежуточная аттестация (ЗАЧЕТ, ЗАЧЕТ С ОЦЕНКОЙ):Перечень вопросов в ПРИЛОЖЕНИИ № 4.

5.4. Перечень видов оценочных средств

1. Теоретическое задание.
2. Курация больного.
3. История болезни.
4. Доклад в формате презентации или реферата.
5. Тесты.
6. Ситуационные задачи.

Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №5.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)			
6.1. Рекомендуемая литература			
6.1.1. Основная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Ю.М. Максимовский	Основы профилактики стоматологических заболеваний: Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 040400 - Стоматология	Москва .: Владос-Пресс 2005
Л1.2	Максимовский Ю.М., Сагина О.В.	Основы профилактики стоматологических заболеваний: Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 040400 - Стоматология	М.: Владос-Пресс 2005
Л1.3	Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н.	Ортопедия	2008
Л1.4	Персин Л.С.	Ортопедия. Диагностика, виды зубочелюстных аномалий	1999
Л1.5	Персин Л.С.	Ортопедия. Руководство для врачей	2007
Л1.6	Персин Л.С.	Ортопедия. Руководство для врачей	2007
Л1.7	В.Н. Трезубов, А.С.Щербаков, Р.А. Фадеев	Ортопедия	2001
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Хорошилкина Ф.Я.	Ортопедия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстнолицевой области и их комплексное лечение.	2006
Л2.2	Хорошилкина Ф.Я.	Ортопедия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстнолицевой области и их комплексное лечение.	2006
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	https://www.bsmu.by/downloads/kafedri/k_ortodont/2016-1/obch_ortodont.pdf		
Э2	http://znanium.com/		

Э3	http://lib.krsu.edu.kg/	
Э4	biblioclub.ru	
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий		
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии		
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, лабораторные работы репродуктивного типа, ориентированные, прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора, конкретных образцов. Практические занятия чаще всего проводятся непосредственно на базе хирургической клиники с обязательным посещением больных. Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятся занятия в муляжном симуляционном центре. Также практические занятия, при проведении которых используется методика мозгового штурма. Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателем лекций-презентаций.	
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения		
6.3.2.1	базы данных, информационно-справочные и поисковые системы	
6.3.2.2	Российская медицинская поисковая система;	
6.3.2.3	электронная база данных ЦМБ;	
6.3.2.4	специализированные медицинские справочные ресурсы Интернета	
6.3.2.5	российский стоматологический портал http://www.stom.ru/	
6.3.2.6	Стоматологический форум Стоматология http://forum.stomatologija.su/	
6.3.2.7	Книги по ортодонтии http://dental-ss.org.ua/load/kniga_stomatologia/5	
6.3.2.8	Научная электронная библиотека http://elibrary.ru	
6.3.2.9	Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России www.e-stomatology.ru/	
6.3.2.10	Стоматологическое сообщество http://dentalcommunity.ru/	
6.3.2.11	Консультант студента - www.studmedlib.ru	
6.3.2.12	Консультант врача – www.rosmedlib.ru	
7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)		
7.1	Учебные аудитории, оборудованные мультимедийными (экран, проектор, ноутбук) и иными средствами обучения компьютер; сканер, принтер, комплекты слайдов для отдельных практических занятий и лекций; таблицы для практических занятий и лекций; фантом-муляж «Голова», позволяющими обучающимся осваивать теоретический материал; помещения, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью г. Бишкек, улица Загорская 86/1, кафедра СДВЧЛиПХ	

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

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

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

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

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

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

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

- 1) Организационный этап занятия (время – до 2%):
 - а) переключка;
 - б) задание на дом следующей темы;
 - в) мотивация темы данного практического занятия;
 - г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
- 2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%):
 - а) варианты тестового контроля I и III уровня;
 - б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
- 3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время – до 15%);
- 4) Этап самостоятельной работы студентов на практическом задании (время – до 45%);
- 5) Заключительный этап занятия (время – до 18%):
 - а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами
 - б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;
 - в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

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

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

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

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

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

Подготовка к практическому занятию – 2 час.

Всего в неделю – 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента

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

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

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

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

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

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

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

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю.

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

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

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

8. Отработки пропущенных занятий.

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

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

Отработка практических занятий.

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

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной

причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.
- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.
- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от обработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

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

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

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

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

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

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент – докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

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

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

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

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать: - название презентации;

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

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета.

Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

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

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

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

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

Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.

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

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

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

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

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

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАДАНИЯМ

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА

Условие:

Родители пациента К. 8 лет обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости в лечении. При осмотре полости рта определяется скученное положение резцов нижней челюсти, центральные резцы повернуты по оси, боковые – находятся в язычном положении. Между центральными резцами верхней челюсти имеется промежуток 3мм и они при смыкании с резцами нижней челюсти полностью их перекрывают с вестибулярной стороны.

Вопросы:

1. Назовите аномалию окклюзии во фронтальном отделе.
2. Назовите аномалию верхнего зубного ряда в области передних зубов.
3. Каковы этиологические факторы нарушения положения резцов нижней челюсти?
4. С чем необходимо дифференцировать данные аномалии?
5. Какие методы дополнительной диагностики необходимо провести? Ответы:
 1. Глубокая резцовая окклюзия.
 2. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1
 3. Короткая уздечка языка, вредные привычки.
 4. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1 может встречаться как самостоятельная аномалия и как следствие наличия сверхкомплектного зуба.
 5. Антропометрические методы диагностики и методы лучевой диагностики.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ КАРТЫ ДИСЦИПЛИНЫ «Ортопедическая стоматология»

Курс 2, семестр 3, ЗЕ -5, Отчетность-зачет

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

**Общий план лечения по результатам обследования пациента
при первичном обследовании**

Оказание неотложной помощи _____

Профилактические мероприятия:

мотивация по факторам риска стоматологических заболеваний _____

обучение гигиене _____

профессиональная гигиена _____

другие _____

Ортодонтическое лечение _____

Дополнительные диагностические мероприятия _____

Консультация других специалистов _____

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

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

12. Дневник.

Заполняется с первого дня курации и до ее окончания. В дневнике проводится запись о выполненных диагностических и лечебно-профилактических манипуляциях на этапах лечения пациента, отражается динамика заболевания и лечебных мероприятий.

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

_____ Подпись куратора

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ОРТОДОНТИИ И ДЕТСКОМУ
ПРОТЕЗИРОВАНИЮ

Что такое ортопедия:
дисциплина, занимающаяся диагностикой, профилактикой и лечением деформаций зубочелюстной системы, возникающих вследствие патологии развития
наука, изучающая этиологию и патогенез аномалий челюстных костей
наука, занимающаяся лечением зубочелюстных аномалий
это раздел ортопедической стоматологии, изучающий
аномалию зубов
часть ортопедической стоматологии, занимающаяся лечением аномалий прикуса

2 _____
Какой из методов обследования относится к объективным:
опрос
жалобы
зондирование, перкуссия, пальпация, осмотр
анамнез болезни
анамнез жизни

3 _____
Скученность зубов возникает при:
при позднем формировании корней зубов
вторичной адентии
при наличии сверхкомплектных зубов, макрогнатия
при раннем удалении постоянных зубов
при позднем формировании коронок зубов #
4 _____
Что такое диастема:
щель между центральными зубами
щели между зубами верхней челюсти
щели между зубами нижней челюсти
щели между резцами
щели между боковыми резцами #
5 _____
Сколько грамм миндаля и в течении скольких секунд разжевывают при методике С.Е.Гельмана:
6 гр.-15 мин _____
7 гр.-5 сек _____
50 гр.-50 сек _____
8 сек _____
10 гр.-10 мин _____

_6 _____
При каком методе рентгенологического исследования получится послойное изображение всей челюсти и зубного ряда
ортопантомография

внутриротовой метод <u>прицельная рентгенография</u> томография ВНЧС рентгенография ВНЧС
7 _____
Какие механические приспособления применяют для съемных аппаратов?
кламмеры зубодесневые, пелоты, каппы коронки
мостовидные и консольные протезы пращевидные повязки имплантаты

8 _____
К каким методам относится мастикоциография: основной клинический вспомогательный лабораторный функциональный статический рентгенологический # _____
9 _____
Назовите мышцы, поднимающие нижнюю челюсть
<u>язычно-подъязычная, мышца поднимающая угол рта</u> _____ <u>височная,</u> <u>медиальная крыловидная, латеральная крыловидная, собственно жевательная</u> височная, двубрюшная малая ягодичная
медиальная и латеральная крыловидные, большая грудная двубрюшная, височная, лестничная

10 _____
Назовите мышцы, опускающие нижнюю челюсть
<u>подбородочно-подъязычная, двубрюшная, челюстно-подъязычная.</u> _____ <u>двубрюшная,</u> <u>мышца опускающая угол рта</u> височная, медиальная крыловидная медиальная и латеральная крыловидные, малая ягодичная двубрюшная, височная, лестничная

11 _____
Назовите аппараты, расширяющие верхнюю челюсть защитная небная пластинка
гладкая шина Тигерштедта
расширяющий аппарат Левковича, съемная расширяющая пластинка с пружинами. аппарат Сидоровича аппарат Петровича

12 _____
Какие аппараты применяют для расширения зубной дуги
аппарат Сидоровича
аппарат Ильина каппаБынина защитная небная пластинка расширяющий несъемный аппарат Дерихсвайлера, расширяющий аппарат Айнсворта

13 _____
Миотонометрия это- ? _____ измерения с целью определения размера челюстей измерение диагностических моделей челюстей запись тонуса мышц, чаще жевательных. определение тонуса мышц головы определение тонуса мышц шеи #
14 _____
Что такое дисфункция ВНЧС?
артрит ВНЧС
артроз ВНЧС
анкилоз ВНЧС
ограничение открывания рта
нарушение функции ВНЧС.

15 _____
Миография это- ?
<u>запись сократительной способности мышц, чаще собственно жевательных, височных.</u> определение сократительной способности гладких мышц
исследование сократительной способности мимических мышц

запись сокращения мышц спины
запись сокращения мышц туловища
#
16
Первый класс по Энглию ?
нейтральный прикус.
сменный прикус.
дистальный прикус.
постоянный прикус.
прямой прикус
#
17
Второй класс по Энглию?
нейтральный прикус
дистальный прикус
сменныйприку
постоянный прикус
прямой прикус
#
Вопрос 18
Третий класс по Энглию?
нейтральный прикус
сменный прикус
мезиальный прикус
постоянный прикус
прямой прикус
#
19
Назовите физиологические виды прикусов?
ортогнатия, бипрогнатия, прямой, физиологическая прогения, опистогнатия глубокий, открытый.
глубокий перекрестный
перекрестный, прогнатия
прогения, прогнатия
#
Вопрос 20
Назовите патологические виды прикусов?
физиологическая прогения, опистогнатия
ортогнатия, бипрогнатия
прогнатия, прогения, глубокий, открытый,
перекрестный
ортогнатия, прямой
физиологическая прогения, прямой
#
Вопрос 21
Что такое транспозиция зубов?
отсутствие зубов
задержка прорезывания зубов
поворот зуба по оси
перемена мест зубов нарушение форм зубов #
22
Что такое ретенция зубов?

отсутствие зубов
наличие сверхкомплектного зуба
поворот зуба по оси
задержка прорезывания зубов
нарушение формы зубов #
23
Что такое дистопия зубов?
отсутствие зубов
расположение зубов вне зубной дуги
наличие сверхкомплектного зуба
нарушение формы зубов
поворот зуба по оси
#
Вопрос 24
Что такое тортоаномалия?
поворот зуба вокруг оси
тесное расположение зубов
низкое расположение зубов
высокое расположение зубов
отсутствие зубов #
25
Что такое макроденития?
уменьшение размера зубов
отсутствие зубов
увеличение размера зубов
тесное расположение зубов
наличие сверхкомплектного зуба #
Вопрос 26
Что такое микроденития?
уменьшение размера зубов
отсутствие зубов
высокое расположение зубов
нарушение цвета зубов
неправильное положение зубов #
Вопрос 27
Что такое первичная адентия?
преждевременное удаление молочных зубов
наличие сверхкомплектного зуба
увеличение количества зубов
отсутствие зачатка(фоликула) уменьшение формы зубов
#
Вопрос 28
Как называются зубы при врожденной форме сифилиса? зубы "Гетчинсона", зубы "Турнера".
зубы "Эйнштейна"
зубы Попова-Годона
эндокринные зубы зубы "Гольмана" # _____
29 _____
Для чего служит подбородочная и пращевидная повязка?
для фиксации в ЦО
для оказания давления на нижнюю челюсть, для задержки роста н/челюсти и установления ее в

правильном положении.
для поддержки н/челюсти
для смещения н/челюсти назад при открывании рта
для смещения н/челюсти назад при закрывании рта

<u>30</u> _____
Для чего применяется каппа?
для фиксации верхней и нижней челюсти в прикусе
для фиксации н/челюсти в неподвижном состоянии в качестве функционально-направляющего аппарата
в качестве фиксирующего приспособления
при низком расположении зубов при высоком расположении зубов #
<u>31</u> _____
Что такое obturator?
аппарат для расширения в/челюсти
аппарат для задержки роста н/челюсти
ортодонтическая пластинка, замещающая дефект твердого и мягкого неба аппарат, замещающий дефект зубного ряда
пластинка для устранения влияния вредных привычек #
<u>32</u> _____
При каких заболеваниях встречается повышенная стираемость зубов?
раннее прорезывание постоянных зубов флюороз
гипоплазия
позднее выпадение молочных зубов аномалия прикуса, бруксизм.

<u>33</u> _____
Какую форму имеет зубная дуга н/челюсти?
изогнутую полуэлипса полуоси полуовала параболы

<u>34</u> _____
Какую форму имеет зубная дуга в/челюсти?
дугообразная
гиперболическая
полуэллиптическая
изогнутую полуэлипса

<u>35</u> _____
Ортодонтические аппараты по принципу действия бывают?
механически-действующие, функционально-действующие и сочетанные _____
Функционально -направляющие активно -направляющие _____
опорно-фиксирующие _____
функционально-сочетанные _____

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

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

термопластические
эластические
кристаллизующие все виды материалов быстротвердеющие # _____
<u>51</u> _____
<u>Дистальный прикус это- ?</u> _____
нарушение смыкания зубов в передне-заднем направлении со смещением н/челюсти вперед недоразвитие н/челюсти недоразвитие в/челюсти нарушение роста в/челюсти нарушение смыкания по всем направлениям

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

<u>57</u> _____
<u>Низкое расположение зубов это- ?</u> _____
инфраокклюзия супраокклюзия окклюзионная кривая адентия супердентия
<u>58</u> _____
<u>Неправильное положение зуба это- ?</u> _____
макродентия микродентия зубы Гетчинсона тортоаномалия дистопия

<u>59</u> _____
Назовите пассивные аппараты функционального действия?
направляющая коронка Катца с проволочной петлей или с небной наклонной плоскостью, каппа Бынина с наклонной плоскостью.
дуга Энгля
аппарат Петровича
пластинка Сидоровича аппарат Гольмана

<u>60</u> _____
Назовите аппараты механического действия?
несъемные аппараты Энгля, Эйнсворта, Мершона, съемные пластиночные аппараты в сочетании с винтами, пружинами, вестибулярными дугами каппа Бынина
аппарат Гуляевой
дуга Гольмана
пластинка Сидоровича # _____
<u>61</u> _____
Назовите аппараты комбинированного действия?
аппарат Гуляевой, аппарат Брюкля каппа Бынина
дуга Энгля
пластинка Катца

все вышеназванные аппараты #
62 _____
Где происходят изменения в зубочелюстной системе при ортодонтическом лечении?
63 _____
в пародонте, в ВНЧС, в небном шве в черепе в структуре зубов в воздухоносных пазухах в костях всего скелета

63 _____
Из каких частей состоит ортодонтический аппарат?
из опорной части, вспомогательной части, из регулирующей части.
из функциональной
из статической
из динамической
из всех вышеназванных частей

64 _____
Что относится к осложнениям аппаратного ортодонтического лечения?
сколиоз кифоз хейлиты, стоматиты, кариес, папиллиты, эрозия эмали перелом н/челюсти
перелом основания черепа

Из каких материалов могут быть изготовлены ортодонтические аппараты?
КХС, ХНС, быстротвердеющие пластмассы, этакрил, бесцветная базисная пластмасса стенс, гипс стомальгин, гипс унифас, фосфат-цемент стенс, стомальгин

66 _____
Что такое гиперодентия?
уменьшение количества зубов
уменьшение формы зубов
увеличение количества зубов
увеличение формы зубов
наличие сверхкомплектных зубов

67 _____
Что такое гиподентия?
уменьшение количества зубов
уменьшение формы зубов
увеличение количества зубов
увеличение формы зубов
наличие сверхкомплектных зубов #
68 _____
Как классифицируют ортодонтические аппараты в зависимости от источника силы?
активные (механические) аппараты, пассивные (функциональные) аппараты расширяющие
раздражающие разобщающие натягивающие # _____
69 _____
Как классифицируют ортодонтические аппараты в зависимости от целенаправленности терапевтического действия?
активные
пассивные
корректирующие, стимулирующие, расширяющие, сдавливающие, направляющие, смешанные, ретенционные механические функциональные

70 _____
Как классифицируют ортодонтические аппараты по способу фиксации во рту?

съемные, несъемные
№2 временные
№3 постоянные
№4 периодические
№5 все ответы правильные

<u>71</u> _____
Какие хирургические вмешательства производят как вспомогательные при ортодонтическом лечении? компактостеотомия, удаление отдельных зубов, пластика уздечки языка и уздечки в/губы удаление всех аномалийных зубов ничего не делают лечение кариозных зубов все ответы правильные

<u>72</u> _____
В каком возрасте начинают применение obturator при врожденных расщелинах неба?
в 6-7 лет
в 6-7 месяцев
в грудном возрасте
никогда
перед хирургическим вмешательством

<u>73</u> _____
Что является 1-ым этапом диспансерного наблюдения за ортодонтическими больными?
регистрация пациентов
осмотр каждого ребенка и санация полости рта
группировка пациентов и составление плана работы врача
наблюдение за пациентами, санация полости рта, проведение уроков гигиены изучение эффективности ортодонтической диспансеризации

<u>74</u> _____
Что является 2-ым этапом диспансерного наблюдения за ортодонтическими больными?
регистрация пациентов
осмотр каждого ребенка и санация полости рта
группировка пациентов и составление плана работы врача
наблюдение за пациентами, санация полости рта, проведение уроков гигиены изучение эффективности ортодонтической диспансеризации

<u>75</u> _____
Что является 3-им этапом диспансерного наблюдения за ортодонтическими больными?
регистрация больных
осмотр каждого ребенка и санация полости рта
группировка пациентов и составление плана работы врача
наблюдение за пациентами и санация полости рта, проведение уроков гигиены изучение эффективности ортодонтической диспансеризации

<u>76</u> _____
Что является 4-ым этапом диспансерного наблюдения за ортодонтическими больными?
регистрация больных
осмотр больных и санация полости рта
группировка пациентов и составление плана работы врача
наблюдение за пациентами, санация полости рта, проведение уроков гигиены изучение эффективности ортодонтического наблюдения

<u>77</u> _____
Что является 5-ым этапом диспансерного наблюдения за ортодонтическими больными?

регистрация больных
осмотр больных и санация полости рта
группировка пациентов и составление плана работы врача
наблюдение за пациентами, санация полости рта, проведение уроков гигиены изучение эффективности ортодонтического наблюдения
#
78
Какие количественные показатели характеризуют работу врача-ортодонта? _____ трудовые единицы, количество больных принятых в течение 1 часа, 1 дня, 1 месяца, 1 года, число больных, у которых ортодонтическое лечение закончено; по числу детей в каждой группе и их перемещению из одной группы в другую.
только трудовые единицы
по книге отзывов посетителей
по личному отзыву больных
по количеству принятых больных
#
79
Какие основные учетные документы должны быть в кабинете логопедии и лечебной гимнастики? журнал учета, журнал посещаемости, индивидуальный дневник пациента, ежедневный лист учета работы логопеда
учебно-методическая литература
научно-просветительная литература
все вышеназванные документы
#
80
Что относится к статическому исследованию?
применение функциональных проб
применение клинических проб
паспортная часть, анамнез жизни и заболевания, осмотр, обследование полости рта и ротоглотки.
исследование функций мышц зубочелюстной системы
все ответы правильные
#
81
Что относится к динамическому исследованию?
паспортная часть, осмотр
анамнез жизни и заболевания
исследование мышц зубочелюстной системы, их функции, клинические, функциональные пробы, диагностические клинические пробы.
обследование полости рта и ротоглотки
все ответы правильные
#
82
Что можно узнать с помощью осциллографии?
она дает одновременную запись движений н/челюсти, величины кровяного давления и ритма сердечных сокращений.
определяет функциональное состояние зубочелюстной системы
только регистрирует движения н/челюсти
одновременно регистрирует движения н/челюсти и суставных головок ВНЧС
метод аускультации ВНЧС
#
83
Что такое мастикоциография?
метод определения функционального состояния зубо-челюстной системы и регистрация движений н/челюсти
одновременная регистрация движений н/челюсти и суставных головок ВНЧС
метод аускультации ВНЧС
правильных ответов нет
определение величины А/Д
#

84
Что такое артрофонография?
метод аускультации ВНЧС
определение функции ВНЧС
исследование строения ВНЧС
все ответы правильные
правильных ответов нет
#
85
Что такое миоартрография?
это одновременная регистрация сокращений собственно-жевательных мышц и движений суставных головок ВНЧС
метод определения функционального состояния зубо-челюстной системы
метод аускультации ВНЧС
регистрация движений н/челюсти
правильных ответов нет
#
86
Что такое фагодинамометрия?
это метод изучения усилий, развиваемых для дробления пищи различных физических свойств
метод определения функционального состояния ВНЧС
метод аускультации ВНЧС регистрация движений н/челюсти правильных ответов нет

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

94 _____
Какого диаметра должна быть проволока при изготовлении кламмера Адамса?
№1 0,1-0,2 см _____

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

101
Из каких частей состоит классический дуговой аппарат Энгля? из пружинящей дуги, из гаек и бандажей пластинка
изкламмеров
изпелотов
все ответы правильные
#
102
Что собой представляет аппарат А.И.Гуляевой?
сочетание дуги Энгля и наклонной плоскости каппа с наклонной плоскостью
расширяющая пластинка
комплекс пружин
сочетание всех вышеназванных аппаратов
103
Что собой представляет аппарат А.И. Хургиной?
сочетаниенакусочной пластинки Катца с винтом посередине пластинки каппа с наклонной плоскостью
вестибулярная дуга с кольцами
комплекс пружин
сочетание всех вышеназванных аппаратов
#
104
Из проволоки какого диаметра изгибают стреловидный кламмер Шварца?
0,5 см
0,1 мм
0,6-0,7 мм
1,5 мм 1,0 мм
#
Вопрос 105
К какой группе оттискных материалов относится стэнс?
кристаллизующие
альгинатные
термопластичные
эластичные
правильныхотваетов нет
#
106
Какая форма альвеолярных отростков является нормой для детей на первом году жизни полукруглая формаэлипса трапециевидная
У-образная
Ни один из перечисленных
#
107
Каково правильное соотношение челюстей в вертикальном направлении в сформированном временном прикусе
фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние на 1/3
краевое смыкание резцов
отсутствие контактов между передними зубами
наличие трем между передними зубами
фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние меньше, чем на 1/3 # 108
Главным для характеристики прикуса у ребенка является
количество зубов
форма зубных рядов

форма зубных рядов и их соотношение в состоянии центральной окклюзии перекрытие фронтальных зубов положение зубов
109
Какие из перечисленных признаков оптимально характеризуют смыкание зубов в центральной окклюзии в постоянном прикусе каждый зуб имеет по одному антагонисту
каждый зуб имеет по два антагониста за исключением центральных нижних резцов и последних верхних моляров
каждый зуб имеет по два антагониста
каждый зуб имеет по два антагониста за исключением вторых резцов и вторых моляров каждый зуб имеет по два антагониста за исключение центральных нижних резцов

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

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

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

Зубная формула: п с сс п

17,16,15,14,13,12,11 : 21,22,23,24,25,26,27,

37,36,35,34,33,32,31 : 41,42,43,44,45,46,47

п с п

21,22 зубы смещены небо, 13,23 - расположены вестибулярно с недостатком места, верхние фронтальные зубы расположены тесно. Верхний зубной ряд равномерно сужен, щечные бугорки 17,16,15,14: 24,25,26,27 зубы

перекрываются антагонистами, небо плоское. Соотношение жевательных зубов по сагиттали - 1 кл. Энгля.

Задание:

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

З А Д А Ч А № 2

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

17,16,15,14,13,12,11 : 21,22,23,24,25,26,27,

37,36,35,34,33,32,31 : 41,42,43,44,45,46,47

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

Задание:

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

З А Д А Ч А № 3

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

Задание:

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

З А Д А Ч А №4

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

Задание:

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

З А Д А Ч А №5

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

17,16,15,14,53,52,51 : 21,22,23,24,25,26,27,

37,36,35,34,33,32,31 : 41,42,43,44,45,46,47

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

Задание:

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

З А Д А Ч А №6

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

Задание:

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

З А Д А Ч А №7

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

Задание:

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

З А Д А Ч А №8

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

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

Задание:

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

З А Д А Ч А №9

К Вам направили ребенка в возрасте 7 лет для решения вопроса об ортодонтическом лечении. Объективно обнаружено следующее: лицо симметричное, пропорциональное, в профиль - выступание средней части лица и западение подбородка, углубление губно-подбородочной борозды. При проведении пробы Эшлера-Биттнера профиль лица

ухудшается, соотношение резцов нарушено в 3-х плоскостях: сагиттальная щель 7 мм, перекрытие нижних резцов верхними составляет 3/3, средняя линия нижней челюсти смещена влево. Отмечается протрузия 12,11,21,22 зубов, скученность 42,41,31,32 зубов, первые постоянные моляры смыкаются по II классу Энгля.

Задание:

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

З А Д А Ч А № 10

При обследовании ребенка в возрасте 10 лет выявлены следующие симптомы: нарушение внешнего вида за счет нарушения смыкания губ и выступающего резцов верхней челюсти из-под верхней губы, высота нижнего отдела лица в пределах нормы, уздечка верхней губы прикреплена низко и имеет недостаточную протяженность, соотношение резцов по трансверсали не нарушено, по вертикали - имеется щель 3 мм, по сагиттали - щель 6 мм, соотношение клыков бугорковое, соотношение первых постоянных моляров по I классу Энгля, зубная формула: 16.15.14.13.12.11 : 21.22.23.24.25.26

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

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

Задание:

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

З А Д А Ч А № 11

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

Задание:

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

З А Д А Ч А № 12

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

Задание:

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

З А Д А Ч А № 13

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

Задание:

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

З А Д А Ч А №14

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

Задание:

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

З А Д А Ч А №15

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

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

Задание:

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

З А Д А Ч А №16

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

Задание:

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

З А Д А Ч А №17

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

Задание:

1. Опишите изменения, наблюдающиеся со стороны зубных рядов при данной аномалии.
2. Сформулируйте основные задачи лечения по нормализации окклюзионных взаимоотношений.
3. Объясните механизм действия примененного врачом аппарата.
4. Объясните причину рецидива.
5. Предложите рациональный план лечения.

З А Д А Ч А №18

Пациент К., 12 лет в течение 3 лет находился на ортодонтическом лечении по поводу глубокой резцовой окклюзии в местной поликлинике. В связи с отсутствием лечебного эффекта был направлен к Вам на консультацию. При осмотре выявлено следующее: внеротовые симптомы, характерные для глубокой резцовой окклюзии, нарушение соотношения

резцов по вертикали (полное перекрытие) и по сагиттали (щель 3 мм за счет ретрузии 42,41,31,32 зубов), соотношение боковых зубов не нарушено. Характеристика аппарата, которым пользуется пациент: верхнечелюстная пластинка с кламмерами, ретракционной дугой и площадкой в переднем отделе, с которой контактируют 42,41,31,32 зубы, поверхность площадки ровная, при смыкании зубных рядов нижние зубы скользят по площадке вперед до образования контакта с верхними.

Задание:

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

З А Д А Ч А №19

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

Задание:

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

З А Д А Ч А №20

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

Задание:

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

З А Д А Ч А № 21

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

Задание:

1. Укажите клиническую форму аномалии.
2. Укажите возможные причины аномалии.
3. Укажите лицевые признаки аномалии этого пациента.
4. Сформулируйте основные задачи лечения.
5. Предложите конструкцию аппаратов и обоснуйте механизм их действия.

З А Д А Ч А №22

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

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

Задание:

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

З А Д А Ч А № 23

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

Зубная формула: $\overline{p\ ppp\ 55\ 54\ 53\ 52\ 51\ 61\ 62\ 63\ 64\ 65}$
 $85\ 84\ 83\ 82\ 81\ 71\ 72\ 73\ 74\ 75$

п пп

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

Задание:

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

З А Д А Ч А № 24

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

Задание:

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

З А Д А Ч А №25

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

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

Задание:

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

З А Д А Ч А № 26

Пациент в возрасте 14 лет впервые обратился к ортодонту. Объективные данные: высота нижнего отдела лица снижена, подбородок смещен дистально, выражена губно-подбородочная борозда, центральные верхние резцы наклонены орально, боковые смещены вестибулярно с дефицитом места, сагиттальная щель отсутствует, зубоальвеолярное

увеличение в переднем отделе нижней челюсти; соотношение первых постоянных моляров по II классу Энгля. Функциональную пробу Эшлера-Битнера не удалось. Анализ телерентгенограммы показал, что имеется увеличение расстояния между центром турецкого седла и суставной головкой. Изучение моделей по методу Пона- Линдера-Харта выявило сужение верхнего зубного ряда на 4,0 и уменьшение длины переднего отрезка зубной дуги на 5 мм.



Задание

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

З А Д А Ч А № 27

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



Задание:

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

ЗАДАЧА №28

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



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

ЗАДАЧА № 29

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



Задание 1. Назовите наиболее вероятные аномалии?

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

- 4 .Определите основные задачи лечения пациента.
- 5 . Определите лечебную тактику

ЗАДАЧА № 30

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



классу Энгля. Для постановки диагноза выполнена ТРГ и электромиография.

Задание:

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

ЗАДАЧА № 31

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

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



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

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

З А Д А Ч А №32

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



Задание:

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

ЗАДАЧА № 33

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

Зубная формула: 55 - 51, 61 - 65, 71 - 75, 81 - 85, 53, 63, 73, 83 зубы имеют выраженные бугорки, при смыкании зубных рядов в центральной окклюзии контакт только на клыках, при смыкании в привычной окклюзии нижняя челюсть



смещается вправо, при этом 63 - 65 зубы перекрываются нижними зубами, верхний зубной ряд сужен слева.

Задание:

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

ЗАДАЧА № 34

К Вам обратился пациент в возрасте 15 лет с жалобами на асимметрию лица, которая стала особенно заметной в

последние 2 года. Появление асимметрии ни с чем не связывает. В анамнезе: частые простудные заболевания, левосторонний острый гнойный отит. До 4 лет сосал большой палец.

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



Задание:

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

ЗАДАЧА № 35

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

Задание:



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

ЗАДАЧА № 36

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

Зубные ряды верхней и нижней челюстей интактны. Сагиттальная щель 4,5 мм. Соотношение первых моляров верхней и нижней челюстей по II классу Энгля. Зубы устойчивы. Имеется скученность фронтальных зубов нижней челюсти.

Задание:

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

ЗАДАЧА № 37

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

Задание:

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

ЗАДАЧА № 38

Пациентка Л. 25 лет обратилась с жалобами на эстетический недостаток: наличие промежутков между передними зубами на верхней челюсти. Ортодонтическое лечение ранее не проводилось. При внешнем осмотре выявлено: носогубные складки сглажены, верхняя губа натянута, верхние фронтальные зубы выступают из-под верхней губы и перекрывают нижние, нижняя губа западает. Высота нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя равна 80 мм, в положении ЦО 78 мм, среднего отдела лица 77 мм. Угол нижней челюсти слева и справа 123°. При осмотре полости рта: слизистая оболочка десен и щек без изменений. Зубные ряды верхней и нижней челюстей интактны. Верхние передние зубы нормальных размеров, устойчивы. Верхний зубной ряд имеет форму полуэллипса, нижний параболы. Имеются тремы во фронтальном участке верхней челюсти. Медиально-щечный бугор верхней челюсти лежит в промежутке между вторым премоляром и медиально-щечным бугром первого моляра сагиттальная щель 5,5 мм.

Задание:

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

ЗАДАЧА № 39

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

Задание:

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

ЗАДАЧА № 40

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

Задание:

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

ЗАДАЧА № 41

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

Задание:

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

ЗАДАЧА № 42

Пациентка Л. 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на выступление верхних фронтальных зубов вперед. Внешний осмотр: фронтальные зубы верхней челюсти веерообразно выступают вперед, оттягивая верхнюю губу. Ротовая щель постоянно зияет. Губы смыкаются с трудом. Высота нижнего отдела лица в покое 73 мм, в положении центральной окклюзии О 68 мм. Промежутки между фронтальными зубами верхней челюсти 1 -3 мм, зубной ряд нижней челюсти имеет правильную величину и форму, режущие края фронтальных зубов верхней челюсти сместились вестибулярно на 6 мм. Составьте план диагностических мероприятий. Поставьте предварительный диагноз.

Задание:

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

ЗАДАЧА № 43

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

Задание:

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

ЗАДАЧА № 44

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

Задание:

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

ЗАДАЧА № 45

Пациентка Л. 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на выступление верхних фронтальных зубов вперед. Внешний осмотр: фронтальные зубы верхней челюсти веерообразно выступают вперед, оттягивая верхнюю губу. Ротовая щель постоянно зияет. Губы смыкаются с трудом. Высота нижнего отдела лица в покое 73 мм, в положении центральной окклюзии О 68 мм. Промежутки между фронтальными зубами верхней челюсти 1 -3 мм, зубной ряд нижней челюсти имеет правильную величину и форму, режущие края фронтальных зубов верхней челюсти сместились вестибулярно на 6 мм.

Задание:

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

5. Определите лечебную тактику.

ЗАДАЧА № 46

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

Задание:

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

ЗАДАЧА № 47

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

Задание:

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

ЗАДАЧА № 48

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

Задание:

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

ЗАДАЧА № 49

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

Задание:

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

ЗАДАЧА № 50

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

Задание:

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

Перечень вопросов.

- 1 .Динамика развития челюстно-лицевой области в период эмбрионального развития.
- 2 .Характеристика беззубого рта новорожденного.
- 3 .Характеристика челюстно-лицевой области в период формирования временного прикуса.
- 4 .Характеристика челюстно-лицевой области в период сформированного временного прикуса.
- 5 .Характеристика челюстно-лицевой области в период изнашивания временного прикуса.
- 6 .Характеристика челюстно-лицевой области в период раннего сменного прикуса.
- 7 .Характеристика челюстно-лицевой области в период позднего сменного прикуса.
- 8 .Классификация Энгля. Положительные и отрицательные стороны классификации.
- 9 .Классификация Калвелеса. Положительные и отрицательные стороны классификации.
- 10 .Классификация ВОЗ. Положительные и отрицательные стороны классификации.
- 11 .Классификация Персина. Положительные и отрицательные стороны классификации.
- 12 .Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период эмбрионального развития.
- 13 .Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период формирования временного прикуса.
- 14 .Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период сформированного временного прикуса.
- 15 .Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период изнашивания временного прикуса.
- 16 .Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период раннего сменного прикуса.
- 17 .Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период позднего сменного прикуса.
- 18 .Этиологические факторы, способствующие развитию челюстно-лицевых аномалий в период постоянного прикуса.
- 19.Биомеханика ортодонтического перемещения зубов.
- 20.Понятие о силах, используемых для ортодонтического перемещения.
- 21.Элементы ортодонтических аппаратов. Основы лабораторной техники.
- 22 .Принципы конструирования ортодонтических аппаратов.
- 23 .Классификации ортодонтических аппаратов.
- 24 .Характеристика функционально-действующих аппаратов. Примеры.
- 25 .Характеристика механически-действующих аппаратов. Примеры.
- 26 .Характеристика аппаратов сочетанного действия. Примеры.
- 27 .Регуляторы функции Френкля, классификация, конструктивные особенности регулятора функции I типа, показания.
- 28 .Регуляторы функции Френкля, классификация, конструктивные особенности регулятора функции II типа, показания.
- 29 .Регуляторы функции Френкля, классификация, конструктивные особенности регулятора функции III типа, показания
- 30 .Аппараты для лечения мезиальной окклюзии.
- 31 .Аппараты, применяемые при лечении дистального прикуса.
- 32 .Аппараты, применяемые при лечении открытого прикуса.
- 33 .Аппараты, применяемые при лечении глубокого прикуса.
- 34 .Аппараты, применяемые при лечении перекрестного прикуса.
- 35 Этиология и патогенез аномалий положения отдельных зубов.
- 36 Этиология, клиника и лечение вестибулярного положения зубов.

- 37 Этиология, клиника и лечение небного положение зубов.
- 38 Этиология, клиника и лечение тортоаномалии зубов.
- 39 Этиология, клиника и лечение диастемы.
- 40 Виды аномалий зубного ряда.
- 41 .Клиническая и антропометрическая диагностика аномалий зубного ряда.
- 42 .Виды деформаций формы зубных рядов.
- 43 .Особенности клинического обследования ортодонтического пациента.
- 44 .Биометрические методы исследования : измерения в трансверзальной плоскости.
- 45 .Биометрические методы исследования : измерения в сагитальной плоскости .
- 46 .Рентгенологические методы исследования в ортодонтии.
- 47 .Ортопантомография челюстей. Показания к применению.
- 48 .Телерентгенография . Оценка углов SNA и SNB.
- 49 .Функциональные методы исследования в ортодонтии .
- 50 Этиология, клиника дистальной окклюзии
- 51 .Диагностика дистальной окклюзии
- 52 .Формы дистальной окклюзии . Проба Эшлера-Битнера.
- 53 .Лечение дистальной окклюзии в период прикуса молочных зубов и начальном периоде сменного прикуса.
- 54 .Лечение дистальной окклюзии в позднем сменном и постоянном прикусе.
- 55 .Этиология и клиника мезиальной окклюзии
- 56 .Формы мезиальной окклюзии , их характеристика . Степени выраженности мезиальной окклюзии.
- 57 .Лечение мезиальной окклюзии в период молочного и сменного прикуса.
- 58 .Лечение мезиальной окклюзии в период сменного и постоянного прикуса .
- 59 .Вертикальная резцовая дизокклюзия. Этиология, клиника.
- 60 .Клиника, морфологические разновидности вертикальной резцовой дизокклюзии.
- 61 .Лечение вертикальной резцовой дизокклюзии в период молочного и сменного прикуса.
- 62 .Лечение вертикальной резцовой дизокклюзии в период постоянного прикуса.
- 63 .Этиология, клиника глубокой резцовой окклюзии и глубокой резцовой дизокклюзии.
- 64 . Диагностика глубокой резцовой окклюзии и глубокой резцовой дизокклюзии, их клинические формы.
- 65 .Лечение глубокой резцовой окклюзии и глубокой резцовой дизокклюзии.
- 66 . Классификация вредных привычек по П.П. Окушко
- 67 . Миогимнастика. Показания к применению. Упражнения для мышц, выдвигающих нижнюю челюсть.
- 68 Миогимнастика. Упражнения для мышц языка после пластики уздечки языка.
- 69 .Виды перекрестной окклюзии по классификации Персина , их характеристика
- 70 .Этиология, клиника перекрестной окклюзии
- 71 .Мезиальная окклюзия. Клиника, диагностика, лечение .
- 72 .Ретенционные аппараты
- 73 .Требования к съемным протезам , используемых в детской практике .
- 74 .Функционально-направляющие и функционально-действующие ортодонтические аппараты.
- 75 .Брекет-система: составные элементы, принцип работы .
- 76 .Последствия ранней потери молочных моляров.

- 77 .Метод Пона. Метод Коркгауза.
- 78 .Несъемные протезы, используемые в детской практике. Показания к применению
- 79 .Современные несъемные ортодонтические аппараты.
- 80 .Требования, предъявляемые к детским зубным протезам.
- 81 .Виды лечебных ортодонтических аппаратов.
- 82 .Аномалии отдельных зубов. Клиника, диагностика, лечение.
- 83 .Аппараты для лечения перекрестной окклюзии.
- 84 .Вестибулярные пластинки Маппи. Показания к применению.
- 85 .Съемные ортодонтические аппараты комбинированного действия.
- 86 .Палатиноокклюзия. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 87 .Лингвоокклюзия. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 88 .Аппараты для лечения дистальной окклюзии.
- 89 .Аппараты для лечения мезиальной окклюзии.
- 90 .Роль вредных привычек в формировании ЗЧА.
- 91 .Особенности применения регулятора функции Френкеля при перекрестной окклюзии (палатиноокклюзии, лингвоокклюзии).
- 92 .Профилактика и лечение перекрестной окклюзии в зависимости от периода формирования прикуса.
- 93 .Классификация врожденных расщелин верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Этиология. Клинические и функциональные нарушения в различные возрастные периоды.
- 94 .Ортодонтическое и ортопедическое лечение детей с односторонним несращением губы, альвеолярного отростка и неба.
- 95 .Ортодонтическое и ортопедическое лечение детей с двусторонним несращением губы, альвеолярного отростка и неба.
- 96 .Комплексный подход и особенности реабилитации детей с врожденными пороками развития лица.
- 97 .Ретенция результатов ортодонтического лечения. Ее особенность у детей.
- 98 .Шесть ключей окклюзии по Эндрюсу.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ (текущий контроль)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА (текущий контроль)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ (рубежный, промежуточный контроль)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 25 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильный ответ – 4 балла
5. «Отлично» - 85-100 % правильных ответов
6. «Хорошо» - 70-84 % правильных ответов
7. «Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов
8. «Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (текущий контроль)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (рубежный контроль)

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

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (итоговый контроль по дисциплине)

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

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

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

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

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

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

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

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

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

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

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

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

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

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ (манипуляции)

выполняются студентам
самостоятельно.

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