



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Рабочая программа	«Государственной итоговой аттестации»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.77 Ортодонтия
Квалификация (специальность)	Врач-ортодонт
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Гуськов Александр Викторович	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Тихонов Владимир Эммануилович	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Черкесова Светлана Ивановна	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Филимонова Любовь Борисовна	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по ординатуре и аспирантуре.
Протокол № 7 от 26.06.2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023 г.

Нормативная справка.

Рабочая программа «Государственной итоговой аттестации» разработана в соответствии с:

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 27.08.2014 № 1128 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.77 Ортодонтия»
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО).

Задачами государственной итоговой аттестации является определение сформированности у обучающихся основных компетенций, установленных ФГОС ВО, и оценка готовности обучающихся к решению профессиональных задач в соответствии с видами профессиональной деятельности, на которые ориентирована образовательная программа.

Компетенции выпускника, сформированность которых оценивается на государственной итоговой аттестации

Универсальные компетенции (УК):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

-готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

-готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-2);

-готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-3);

диагностическая деятельность:

-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-4);

-готовность к проведению медико-социальной экспертизы (ПК-5);
реабилитационная деятельность:

-готовность к разработке программ реабилитации инвалидов (ПК-6);
психолого-педагогическая деятельность:

-готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-7);

организационно-управленческая деятельность:

-готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-8);

-готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-9);

-готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-10).

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часов.

Государственная итоговая аттестация в полном объеме относится к Базовой части Блока 3 ОПОП ординатуры.

Процедура проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией, состав которой утверждается приказом ректора не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации. Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации не позднее 31 декабря года, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация обучающихся проводится в форме государственного экзамена (междисциплинарного).

Программа государственной итоговой аттестации, включая критерии оценки результатов сдачи государственного экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся, не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Все экзаменационные материалы для проведения государственного междисциплинарного экзамена обсуждаются на заседаниях учебно-методических комиссий и утверждаются на заседании учебно-методического совета Университета.

Срок проведения государственной итоговой аттестации определяется расписанием, которое составляется в соответствии с учебным планом, утверждается ректором и доводится до сведения обучающихся, председателя и членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий не

позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Структура и содержание государственной итоговой аттестации в форме государственного экзамена

Государственный экзамен по специальности 31.08.77 «Ортодонтия» включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:

1. Анатомо-морфологические особенности челюстно-лицевой области.
2. Возрастные особенности зубочелюстной системы.
3. Современные методы диагностики морфологических и функциональных нарушений при зубочелюстно-лицевых аномалиях.
4. Применение современных методов лучевой диагностики в ортодонтии.
5. Современные функциональные методы исследования: электромиография, миотонометрия, аксиография ВНЧС.
6. Классификация ортодонтических аппаратов. Возрастные показания к применению ортодонтических аппаратов.
7. Морфологические изменения в зубочелюстной системе под влиянием ортодонтического лечения.
8. Виды перемещения при ортодонтическом лечении.
9. Особенности конструирования современных ортодонтических аппаратов.
10. Современные способы изготовления съемных ортодонтических аппаратов.
11. Применение функциональных аппаратов для лечения зубочелюстных аномалий.
12. Применение ортодонтических аппаратов для профилактики зубочелюстных аномалий.
13. Современные методы лечения зубочелюстных аномалий: ортодонтический, ортопедический, физиотерапевтический.
14. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение аномалий размеров зубов (высоты, ширины, толщины).
15. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение аномалий прорезывания зубов.
16. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение аномалий количества зубов.
17. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение аномалий положения зубов.

18. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение аномалий зубных рядов.
19. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение аномалий размеров челюстей.
20. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение аномалий положения челюстей.
21. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение дистоокклюзии.
22. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение мезиоокклюзии.
23. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение вертикальной резцовой дизокклюзии.
24. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение глубокой резцовой дизокклюзии.
25. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение глубокой резцовой окклюзии.
26. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение перекрестной окклюзии.
27. Особенности зубочелюстного протезирования у детей и подростков.
28. Особенности оказания ортодонтической помощи при врожденных пороках развития лица и челюстей.
29. Современные способы предупреждения возникновения рецидивов зубочелюстных аномалий.
30. Применение компьютеров в клинической практике врачей-ортодонт.

Процедура проведения государственного экзамена:

Обучающийся самостоятельно выбирает билет с номером задания, состоящий из трёх разделов: теоретический вопрос, ситуационная задача, тестовый вариант (выдаётся отдельно согласно номеру в билете). Обучающийся получает лист для ответа на теоретический вопрос и ситуационную задачу, и тестовый шаблон для обозначения своих решений при ответе на тестовые вопросы. Время на подготовку 45 минут.

Ответ обучающегося заслушивают не менее двух членов экзаменационной комиссии. Экзаменаторы имеют право задавать обучающемуся уточняющие вопросы, которые вместе с ответами обучающегося заносятся в протокол.

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка «неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);

- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;

- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен.

Результаты государственного экзамена оцениваются по четырехбалльной системе: "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно". Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.

Критерии оценки междисциплинарного государственного экзамена:

- оценка **«отлично»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему полное освоение компетенций, предусмотренных программой, системные знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения;

- оценка **«хорошо»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему достаточное освоение компетенций, предусмотренных программой, полное знание программного материала, способному к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;

- оценка **«удовлетворительно»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему недостаточно полное освоение компетенций, предусмотренных программой, обнаружившему достаточный уровень знания основного программного материала, но допустившему погрешности при его изложении;

- оценка **«неудовлетворительно»** выставляется обучающемуся, не продемонстрировавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

Перечень рекомендуемой литературы:

Основная учебная литература:

1. Хорошилкина Ф.Я.

Ортодонтия: дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункц. нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение [Текст] : учеб. пособие / Ф. Я. Хорошилкина. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Мед. информ. агенство, 2010. - 591 с. : ил. - Библиогр.: С. 556-591. - ISBN 978-5-8948-1829-0 : 1770-00.

2. Котов К.С.

Материаловедение в ортопедической стоматологии, челюстно-лицевой ортопедии и ортодонтии [Текст] : учеб. пособие / К. С. Котов, Л. П. Набатчикова, Н. А. Седнева ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2012. - 350 с. - Библиогр.: С. 347-349. - 91-52.

Дополнительная учебная литература:

1. Хорошилкина Ф.Я.

Отечественная ортодонтия. Прошлое, настоящее, будущее [Текст] / Ф. Я. Хорошилкина, Л. С. Персин. - М., 2009. - 384 с. : ил. - ISBN 978-5-7221-0806-7 : 200-00.

2. Митчелл Л.

Основы ортодонтии [Текст] / Л. Митчелл ; пер. с англ. под ред. Ю.М. Малыгина. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 334 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-1680-8 : 840-00.

Примеры тестов с эталонами ответов:

Выберите один правильный ответ.

- 1. С какого возраста начинают стираться бугры временных зубов?**
 - а) с 3 лет;
 - б) с 4 лет;
 - в) с 5 лет.
- 2. Глубина резцового перекрытия в возрасте 3-х лет:**
 - а) 1/3 высоты коронки временного нижнего резца;
 - б) отсутствует или минимальна;
 - в) глубокое резцовое перекрытие.
- 3. Угол основания черепа — это:**
 - а) угол NSBa;
 - б) угол SNA;
 - в) угол SNB.
- 4. Хирургический метод лечения применяется в основном в период:**
 - а) смешанного прикуса;
 - б) временного прикуса;
 - в) сформированного постоянного прикуса.
- 5. В ортодонтическом аппарате вестибулярная дуга используется:**
 - а) для расширения зубного ряда;
 - б) смещения нижней челюсти;

- в) для перемещение передних зубов.
6. Регулятор функций Френкеля I типа используют для лечения:
- а) мезиального прикуса;
 - б) аномалии зубных рядов;
 - в) дистального глубокого прикуса с протрузией верхних резцов, нейтрального прикуса, сочетающегося с аномалиями положения передних зубов.
7. В конструкцию регулятора функций Френкеля входят:
- а) винт и вестибулярная дуга;
 - б) вестибулярная дуга и наклонная плоскость;
 - в) щечные щиты, небный бюгель, губные пелоты, лингвальная дуга.
8. Что вы понимаете под термином «абсолютная макродентия»?
- а) сумма мезиодистальных размеров коронок четырех резцов верхней челюсти равна 45 мм;
 - б) сумма мезиодистальных размеров коронок четырех верхних резцов равна 35 мм и более, а нижних — 27 мм и более;
 - в) сумма мезиодистальных размеров коронок четырех верхних резцов равна 30 мм.
9. Назовите особенности изготовления восстановительных коронок в детской практике:
- а) под коронку зубы не препарируют, край коронки находится под десной;
 - б) под коронку зубы не препарируют и не сепарируют, край коронки заканчивается на уровне десны;
 - в) под коронку зубы щадяще препарируют и сепарируют, край коронки заканчивается на уровне десны.
10. Съемные протезы подлежат замене в период временного прикуса:
- а) через 2–3 года;
 - б) раз в 5 лет;
 - в) через 0,5 месяцев–1 год.
11. Съемные протезы подлежат замене в смешанном прикусе:
- а) один раз в 3 года;
 - б) один раз в 2 года;
 - в) через 1 год.
12. Какие клинические функциональные пробы применяют с целью дифференциальной диагностики разновидностей дистального прикуса?
- а) по Ильиной–Маркосян;
 - б) Эшлеру–Битнеру;
 - в) Гельману.
13. В каком возрасте начинают реабилитацию детей с врожденной сквозной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба?
- а) в 6 месяцев;
 - б) сразу после рождения;
 - в) в 3 года.

14. При двусторонней сквозной расщелине верхней губы и неба средний фрагмент смещен:

- а) в вестибулярном направлении и повернут по оси;
- б) в оральном направлении;
- в) не смещен вообще.

Пример экзаменационной ситуационной задачи с эталоном ответа:

1. Пациент 8 лет. Жалобы на неправильно расположенные зубы, эстетические нарушения. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту; тесное положение резцов на верхней челюсти; поворот по оси 1.1, 2.1; 1.2, 2.2 расположены небно. Индекс Тона = 1,33. Зубные ряды сужены.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования следует провести?

Предложите лечение.

Ответ: Аномалия положения зубов: тортоаномалия 1.1, 2.1, ретрузия 1.2, 2.2. Необходимо провести ОПТГ, антропометрические измерения. Для лечения показана расширяющая пластинка на верхнюю челюсть с винтом и сагиттальным распилом для равномерного расширения верхнего зубного ряда, с вестибулярной дугой для нормализации положения 1.1, 2.1 и протрагирующими пружинами для устранения небного положения 1.2 и 2.2 зубов и расширяющая пластинка на нижнюю челюсть с винтом и сагиттальным распилом для равномерного расширения нижнего зубного ряда.

Порядок подачи и рассмотрения апелляций:

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются

председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае принятия решения об удовлетворении апелляции результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
 высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
 имени академика И.П. Павлова»**
 Министерства здравоохранения Российской Федерации
 (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО	УТВЕРЖДАЮ
Начальник отдела аспирантуры, ординатуры и магистратуры А. В. Шаханов	проректор по учебной работе профессор О.М. Урясьев
_____ подпись « ____ » _____ 20__ г.	_____ подпись « ____ » _____ 20__ г.

Фонд оценочных средств

для государственной итоговой аттестации

выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации –
 программам ординатуры по специальности
 31.08.77 «Ортодонтия»

Лист утверждения и согласования

Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации для выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации – программам ординатуры по специальности 31.08.77 «Ортодонтия» (общее количество страниц ____):

1. Утвержден на заседании кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний

Протокол № 1 от «28» августа 2018 г.

Заведующий кафедрой, к.м.н., доцент _____/Н.Е. Митин
подпись

2. Утвержден на заседании учебно-методической комиссии по программам аспирантуры, ординатуры, магистратуры

Протокол № ____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

Председатель комиссии, к.м.н., доцент _____/Л.В. Твердова
подпись

3. Согласован с отделом образовательных программ на соответствие макету, учебному плану и наличию сопроводительной документации

Начальник отдела _____/А.А. Сидоров
подпись

4. Утвержден на заседании учебно-методического совета университета

Протокол № ____ от « ____ » _____ 201 ____ г.

Матрица компетенций, сформированность которых оценивается на государственном экзамене

Номер ситуационной задачи/билета	Компетенции
1/1	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10, ПК 11, ПК 12, ПК 13
2/2	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10, ПК 11, ПК 12, ПК 13
3/3	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10, ПК 11, ПК 12, ПК 13
4/4	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10, ПК 11, ПК 12, ПК 13
5/5	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10
6/6	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10, ПК 11, ПК 12, ПК 13
7/7	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10
8/8	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10
9/9	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10, ПК 11, ПК 12, ПК 13
10/10	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10, ПК 11, ПК 12, ПК 13
11/11	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10, ПК 11, ПК 12, ПК 13
12/12	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10, ПК 11, ПК 12, ПК 13
13/13	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10, ПК 11, ПК 12, ПК 13
14/14	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10, ПК 11, ПК 12, ПК 13

	ПК 10, ПК 11, ПК 12, ПК 13
30/30	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 9, ПК 10, ПК 11, ПК 12, ПК 13

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенций:

Тестовые задания:

Вариант 1

1. ДЕОНТОЛОГИЯ - ЭТО

А) изучение научных данных в области лица и шеи

Б) наука о взаимоотношениях медицинского персонала внутри коллектива, а так же с пациентом *

В) учение о методах распознавания болезней

Г) учение о признаках болезни и патологических состояниях

2. ПЛОЩАДЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ

А) 12 кв.м

Б) 14 кв.м. *

В) 10 кв.м

Г) 7 кв.м

3. НАУКА, ИЗУЧАЮЩАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЧЕЛОВЕКА В ТРУДОВЫХ ПРОЦЕССАХ С ЦЕЛЬЮ СОЗДАНИЯ ДЛЯ НЕГО ОПТИМАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА

А) социология

Б) соционика

В) эргономика *

Г) экономика

4. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ОФОРМЛЯЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ НА ПАЦИЕНТА

А) при каждом обращении

Б) один раз в год

В) один раз в пять лет

Г) при первичном обращении *

5. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ХРАНИТСЯ В РЕГИСТРАТУРЕ В ТЕЧЕНИЕ ___ ЛЕТ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА

А) 5

Б) 10

В) 15

Г) 20

6. ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

А) планирования времени работы

Б) контроля качества

В) отчета перед ФОМС

Г) учета работы за один день *

7. К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБОВ НЕ МЕНЕЕ

А) 4

Б) 6

В) 8 *

Г) 10

8. ВСЕ ВРЕМЕННЫЕ ЗУБЫ У РЕБЕНКА ДОЛЖНЫ ПРОРЕЗАТЬСЯ К

- А) концу первого года
- Б) концу второго года
- В) 6-7 годам
- Г) **2,5 – 3 годам ***

9. КОРНИ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ФОРМИРУЮТСЯ К

- А) 2 годам
- Б) **4 годам ***
- В) 5 годам
- Г) 6 годам

10. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗОРБИЦИЯ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ В СРЕДНЕМ

- А) через 1 год после прорезывания зубов
- Б) через 2 года после прорезывания
- В) **через 3 года после окончания формирования корней зубов ***
- Г) через 3 года после прорезывания зубов

11. ТОЛЩИНА ЭМАЛИ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА РЕБЕНКА

- А) увеличивается в результате функционирования энамелобластов
- Б) **уменьшается в результате физиологического стирания ***
- В) не изменяется, т.к. энамелобласты после формирования коронки отсутствуют
- Г) увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии

12. ПЕРВЫЙ ПОСТОЯННЫЙ МОЛЯР ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- А) 8-9 лет
- Б) **5-6 лет ***
- В) 20-30 месяцев
- Г) 11-12 лет

13. ФОРМА ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ

- А) полукруг
- Б) парабола
- В) **полуэллипс ***
- Г) трапеция

14. К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ У РЕБЕНКА НАБЛЮДАЕТСЯ МЛАДЕНЧЕСКАЯ

- А) прогения
- Б) протрузия
- В) ретрузия
- В) **ретрогения ***

15. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 14 И 24 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

- А) **8-9 лет ***
- Б) 5 лет
- В) 3 года
- Г) 11 лет

16. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 13 И 23 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

- А) 5 лет
- Б) **11-12 лет ***
- В) 8 лет
- Г) 3 года

17. К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ В НОРМЕ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

- А) равна верхней
- Б) **меньше верхней ***
- В) больше верхней на 3 мм
- Г) больше верхней на 5 мм

18. ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

А) **6-1-2-4-3-5-7 ***

Б) 1-2-4-5-3-6-7

В) 6-1-2-5-3-4-7

Г) 6-2-4-3-5-7

19. В НОРМЕ НИЖНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ ИМЕЮТ

А) по 2 антагониста

Б) контактируют с клыками верхней челюсти

В) контактируют с боковыми резцами верхней челюсти

Г) **по 1 антагонисту ***

20. ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

А) I - II - III - IV - V

Б) **I - II - IV - III - V ***

В) II - I - III - IV - V

Г) I - II - V - IV - III

21. РЕЗЦЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) **режущим краем ***

Б) язычной поверхностью

В) вестибулярной поверхностью

Г) апроксимальной поверхностью

22. НЕБНЫЕ БУГОРКИ ВЕРХНИХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ 3-Х ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА РАСПОЛАГАЮТСЯ

А) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров

Б) вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров

В) на одном уровне с щечными бугорками нижних моляров

Г) **в продольной фиссуре нижних моляров ***

23. ДЛЯ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

А) губчатое вещество преобладает над компактным, слабо минерализовано, хорошо васкуляризировано *

Б) компактный слой преобладает над губчатым веществом, которое хорошо минерализовано, слабо васкуляризировано

В) компактный слой преобладает над губчатым, слабо минерализован и васкуляризирован

Г) губчатое вещество преобладает над компактным, хорошо минерализовано, слабо васкуляризировано

24. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ НАЧИНАЕТСЯ

А) **во втором полугодии после рождения ***

Б) на 17 неделе внутриутробного развития

В) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения

Г) в 2,5 – 3,5 года

25. ПЕРВОЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ПРИКУСА ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ

А) 6 лет

Б) 3 лет

В) 16-20 мес

Г) **12-16 мес ***

26. ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА В ПРОЦЕССЕ РОСТА ВЗАИМОДЕЙСТВУЕТ С ОТДЕЛАМИ

А) мозговым

Б) **мозговым, лицевым, шейным ***

В) лицевым

Г) шейным

27. В НОРМЕ КЛЫКИ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ИМЕЮТ ПО

А) 2 антагониста *

Б) 1 антагонисту

В) контактируют с резцами

Г) контактируют с вторыми премолярами

28. «КЛЮЧОМ ОККЛЮЗИИ» (ПО ЭНГЛЮ), ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ПРИЗНАК ПРИКУСА, ЯВЛЯЕТСЯ СООТНОШЕНИЕ

А) центральных резцов

Б) клыков

В) первых премоляров

Г) первых моляров *

29. ОТВЕРТКООБРАЗНАЯ ИЛИ БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА КОРОНКИ И ПОЛУЛУННАЯ ВЫЕМКА НА РЕЖУЩЕМ КРАЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЗУБОВ

А) Пфлюгера

Б) Гетчинсона *

В) Фурнье

Г) Тернера

30. ГИПЕРОДОНТИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

А) отсутствии зачатков зубов

Б) ретенции зубов

В) наличии сверхкомплектных зубов *

Г) увеличении размеров зубов

31. ДИСТАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА - ЭТО СМЕЩЕНИЕ ЗУБА

А) вперед по зубному ряду

Б) в сторону неба

В) в сторону щеки

Г) назад по зубному ряду *

32. ЗАДЕРЖКА СМЕНЫ ЗУБОВ

А) гиперодонтия

Б) персистенция *

В) скученное положение

Г) гиподонтия

33. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ВЫШЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ

А) оральное

Б) супра- *

В) инфра-

Г) вестибулярное

34. ОТСУТСТВИЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

А) размера зубных рядов

Б) количества *

В) положения

Г) смыкания зубных рядов

35. УМЕНЬШЕНИЕ МЕЗИОДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ

А) гиподонтия

Б) микродонтия *

В) гиперодонтия

Г) транспозиция

36. АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ КЛЫКА ОБУСЛОВЛЕНА

А) нарушением функции языка

Б) укороченной уздечкой языка

В) микродентией клыка

Г) **мезиальным смещением боковых зубов ***

37. ДЛЯ АНГУЛЯЦИИ ХАРАКТЕРЕН НАКЛОН ЗУБА

А) вестибуло-оральный

Б) межрезцовый угол

В) лабио-латеральный

Г) **медио-латеральный ***

38. ДИАСТЕМА - АНОМАЛИЯ

А) формы зубных рядов

Б) размеров челюстных костей

В) смыкания зубных рядов

Г) **положения центральных резцов ***

39. ПРИЧИНА ТРЕМ

А) **микродентия ***

Б) широкая уздечка уздечка языка

В) сужение зубных рядов

Г) нарушения окклюзии

40. МЕЗИАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ - АНОМАЛИЯ В НАПРАВЛЕНИИ

А) вертикальном и трансверсальном

Б) **сагиттальном ***

В) трансверсальном

Г) сагиттальном и трансверсальном

41. МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИВОДИТ

А) верхняя макрогнатия и нижняя микрогнатия

Б) **верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия ***

В) верхняя прогнатия

Г) нижняя ретрогнатия

42. БУГРОВОЕ СМЫКАНИЕ КЛЫКОВ ПО II КЛАССУ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОККЛЮЗИИ

А) дизокклюзии

Б) **дистальной ***

В) перекрестной

Г) мезиальной

43. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К К ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

А) дистопия

Б) **сужение верхнего зубного ряда ***

В) ретенция

Г) бипротрузия

44. РОТОВОЙ ТИП ДЫХАНИЯ ПРИВОДИТ К

А) формированию диастемы

Б) **сужению верхнего зубного ряда ***

В) формированию вредной привычки

Г) дистализации моляров верхней челюсти

45. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОМ ВЕРХНИЕ РЕЗЦЫ ПЕРЕКРЫВАЮТ НИЖНИЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1/3 ВЫСОТЫ КОРОНКИ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) вертикальной резцовой дизокклюзией

Б) сагиттальной резцовой дизокклюзией

В) трансверсальной резцовой окклюзией

Г) **глубокой резцовой окклюзией ***

46. ПРОТРУЗИЯ РЕЗЦОВ НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА И РЕТРУЗИЯ РЕЗЦОВ

ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ФОРМИРУЮТ ОККЛЮЗИЮ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ

А) обратную резцовую *

Б) вертикальную резцовую дизокклюзию

В) глубокую резцовую дизокклюзию

Г) дистальную

47. ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЕ УКРОЧЕНИЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО И НИЖНЕГО ЗУБНЫХ РЯДОВ СООТВЕТСТВУЕТ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ

А) глубокой резцовой окклюзии

Б) обратной резцовой дизокклюзии

В) трансверсальной резцовой окклюзии

Г) вертикальной резцовой дизокклюзии *

48. ФОРМИРОВАНИЮ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ТИП РОСТА

А) нейтральный

Б) вертикальный

В) вышеперечисленные

Г) горизонтальный *

49. ПРИЧИНОЙ СКУЧЕННОСТИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) макроглоссия

Б) сужение и укорочение зубного ряда *

В) микроденития

Г) макрогнатия

50. ПРИКУСЫВАНИЕ ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К

А) травме языка

Б) протрузии резцов верхней челюсти и ретрузии резцов нижней челюсти *

В) выдвигению нижней челюсти

Г) прикусыванию щек

51. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ВЛИЯЕТ НА ФОРМУ ЗУБНОГО РЯДА

А) уплощение нижнего в переднем отделе

Б) сужение нижнего

В) расширению нижнего

Г) верхнего *

52. САГИТТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

А) протрузией резцов верхней челюсти; ретрузией резцов нижней челюсти *

Б) протрузией резцов верхней и нижней челюсти

В) протрузией резцов нижней челюсти; ретрузией резцов верхней челюсти

Г) ретрузией резцов верхней и нижней челюсти

53. С ПОМОЩЬЮ ПЛАСТИНКИ ХИНЦА ВОЗМОЖНО

А) ретенция результатов после ортодонтического лечения

Б) сохранение места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов

В) устранение вредных привычек *

Г) углубление преддверия полости рта

54. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ ПРИКУСЫВАНИЯ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПРИМЕНЯЮТ

А) вестибулярную пластинку *

Б) моноблок Андресена-Гойпля

В) пластинку Рейхенбаха-Брюкля

Г) аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии

55. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С ЗАСЛОНКОЙ ДЛЯ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ

А) лечебно-профилактическим *

Б) профилактическим

В) ретенционным

Г) капповым

56. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКОГО МИОТРЕЙНЕРА В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

А) 5-7 *

Б) 10-18

В) 18-25

Г) 0-3

57. УСТРАНИТЬ ПРИВЫЧКУ СОСАНИЯ ЩЕК МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

А) миогимнастики

Б) головной шапочки с подбородочной пращой

В) несъемных ортодонтических аппаратов

Г) миофункциональных аппаратов *

58. ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ И НЕБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЪЕМНЫЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ

А) Брюкля *

Б) Дерихсвайлер

В) микроимплант

Г) брекет система

59. ПО МЕСТУ РАСПОЛОЖЕНИЯ АППАРАТ НОРДА ОТНОСИТСЯ К

А) внутриротовым, одночелюстным *

Б) внеротовой

В) комбинированный

Г) двучелюстной

60. АППАРАТ ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДУГОЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ

А) уплощение переднего отдела нижнего зубного ряда

Б) устранение вредных привычек

В) расширение и уплощение верхнего зубного ряда *

Г) устранение дизоокклюзии

61. ЛИЦЕВАЯ МАСКА ДИЛЯРА ПОЗВОЛЯЕТ

А) перемещать вперед верхний зубной ряд *

Б) сдерживать рост верхней челюсти

В) стимулировать рост нижней челюсти

Г) сдерживать рост обеих челюстей

62. ГОЛОВНАЯ ШАПОЧКА С ПОДБОРОДОЧНОЙ ПРАЩОЙ ПОЗВОЛЯЕТ

А) перемещать вперед верхний зубной ряд и верхнюю челюсть

Б) стимулировать рост нижней челюсти

В) сдерживать рост нижней челюсти *

Г) сдерживать рост обеих челюстей

63. ГУБНОЙ БАМПЕР НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

А) дистального смещения первых нижних моляров

Б) мезиального смещения нижнего зубного ряда *

В) удлинения переднего отрезка верхнего зубного ряда

Г) удлинения переднего нижнего зубного ряда

64. АППАРАТ НОРДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

А) удлинения верхнего зубного ряда

Б) ротации первых верхних моляров

В) раскрытия небного шва *

Г) расширения верхнего зубного ряда только в переднем отделе

65. АППАРАТ НАНСА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

А) вестибулярного перемещения резцов

- Б) выдвижения нижней челюсти
- В) стабилизации положения моляров ***
- Г) стабилизации положения резцов

66. АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) двучелюстным, комбинированным ***
- Б) одночелюстным, механическим
- В) одночелюстным, функциональным
- Г) двучелюстным, функциональным

67. В РЕГУЛЯТОРЕ ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА ГУБНЫЕ ПЕЛОТЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ОБЛАСТИ ГУБЫ

- А) верхней
- Б) верхней и нижней
- В) нет губных пелотов
- Г) нижней ***

68. РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА ПОЗВОЛЯЕТ РАСШИРИТЬ

- А) верхний и нижний зубные ряды ***
- Б) только нижний зубной ряд;
- В) не расширяет
- Г) верхний зубной ряд в переднем отделе

69. В РЕГУЛЯТОРЕ ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА ОККЛЮЗИОННЫЕ НАКЛАДКИ ИМЕЮТ ОТПЕЧАТКИ

- А) нижних зубов ***
- Б) верхних зубов
- В) верхних и нижних зубов
- Г) нет окклюзионных накладок

70. АППАРАТ НОРДА ПО СПОСОБУ ФИКСАЦИИ

- А) съемный
- Б) несъемный ***
- В) внеротовой
- Г) вестибулярный

71. СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ

- А) уменьшена ***
- Б) деформирована
- В) увеличена
- Г) не изменена

72. СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ

- А) уменьшена
- Б) увеличена
- В) уплощена ***
- Г) несимметрична

73. КОСМЕТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ

- А) смещение кзади
- Б) чрезмерное развитие
- В) несимметрична
- Г) недоразвитие ***

74. К ЛИЦЕВЫМ ПРИЗНАКАМ ПРИ СИНДРОМЕ CROUSON ОТНОСЯТ

- А) чрезмерное развитие нижней челюсти
- Б) чрезмерное развитие верхней челюсти
- В) резкое недоразвитие верхнего участка лица
- Г) резкое недоразвитие среднего отдела лица ***

75. ПРИЗНАКИ ДЛИННОГО ЛИЦА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ РОСТА

А) горизонтального

Б) вертикального *

В) вышеперечисленных

Г) нейтрального

76. ДЛЯ АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНО

А) макроденция

Б) гиперденция

В) наличие всех зачатков постоянных зубов

Г) гиподенция *

77. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМ АНОМАЛИЯМ ОТНОСИТСЯ

А) вторичная частичная адентия

Б) неправильное положение зубов

В) первичная адентия *

Г) нарушение смыкания зубов

78. С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СООТНОШЕНИЯ КОРНЕЙ ВЕРХНИХ БОКОВЫХ ЗУБОВ С ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХОЙ ПАЦИЕНТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАПРАВИТЬ НА

А) ТРГ в прямой проекции

Б) ортопантограмму

В) компьютерную томографию *

Г) панорамную рентгенографию

79. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ РАЗМЕРОВ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ ВНЧС ЦЕЛЕСООБРАЗНО СДЕЛАТЬ

А) компьютерную томографию *

Б) панорамную рентгенографию

В) прицельную рентгенографию

Г) рентгенографию по методике парма

80. СИММЕТРИЧНОСТЬ РАЗВИТИЯ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ

А) панорамной рентгенографии

Б) телерентгенографии в прямой проекции *

В) телерентгенографии в боковой проекции

Г) прицельной рентгенографии

81. ФОРМУ ЛИЦА ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

А) Тонна

Б) Эшлера-Биттнера

В) Изара *

Г) Коркхауза

82. НАЛИЧИЕ ТРЕМ И ДИАСТЕМ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ВОЗРАСТЕ 4-6 ЛЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А) нормальном развитии *

Б) наличия врожденной патологии

В) вредной привычке сосания пальца

Г) инфантильном типе глотания

83. «ВЫПУКЛЫЙ» ПРОФИЛЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А) нормальном развитии

Б) перекрестном прикусе

В) формировании диастемы

Г) ретроположении нижней челюсти *

84. МЕТОД ДОЛГОПОЛОВОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

А) длины и ширины зубных рядов в период временного прикуса *

Б) ширины нижнего зубного ряда в постоянном прикусе

В) ширины и длины апикального базиса в постоянном прикусе

Г) пропорциональности верхних и нижних резцов

85. МЕТОД КОРКХАУЗА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

А) ширину зубных рядов

Б) тип роста зубочелюстной системы

В) скелетный класс

Г) длину зубных рядов *

86. НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ЗНАЧЕНИЕ УГЛА ANB =10 ГРАДУСОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А) скелетном классе I

Б) скелетном классе III

В) скелетном классе II *

Г) протрузии верхних резцов

87. УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА SPP-MP СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А) вертикальном типе роста лицевого скелета *

Б) вращении нижней челюсти по часовой стрелке

В) горизонтальном направлении роста лицевого скелета

Г) ретрогнатическом типе профиля

88. УГОЛ SNA В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

А) 82 *

Б) 80

В) 85

Г) 74

89. УГОЛ SNB В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

А) 82

Б) 85

В) 74

Г) 80 *

90. УГОЛ MP\NSL В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

А) 32 *

Б) 25

В) 15

Г) 7

91. ХИРУРГИЧЕСКУЮ КОРРЕКЦИЮ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ

А) 1-3 лет

Б) 3-6 лет

В) старше 8 лет *

Г) 6-8 лет

92. ВЕЛОПЛАСТИКА – ЭТО

А) пластика в пределах мягкого неба *

Б) пластика мягкого и твердого отдела неба

В) операция, направленная на хирургическое вмешательство на структурах глотки

Г) операция, направленная на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твердого неба и глотки

93. ПЛАСТИНОЧНЫЕ ПРОТЕЗЫ С ЗАМЕЩЕНИЕМ ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБОВ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ

А) стимуляции прорезывания постоянных зубов, нормализации функции жевания, сохранения места для постоянных зубов *

Б) расширения нижнего зубного ряда

В) сдерживания роста апикального базиса нижней челюсти

Г) сдерживания роста апикального базиса верхней челюсти

94. КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) первичной профилактикой *

Б) вторичной профилактикой

В) третичной профилактикой

Г) интерцепцией

95. КОРОНКА С РАСПОРКОЙ НА ЗУБ 16 ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

А) мезиализации 16

Б) дистализации 16

В) сохранения места для 15 *

Г) ротации 16

96. БУТРЫ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ОБЫЧНО СОШЛИФОВЫВАЮТ ДЛЯ

А) косметических целей

Б) профилактики заболеваний пародонта

В) профилактики зубочелюстных аномалий *

Г) улучшения гигиены полости рта

97. ПАЦИЕНТАМ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ ДЛЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОГО ОЧИЩЕНИЯ ПРОСТРАНСТВА МЕЖДУ ДУГОЙ И ЗУБАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А) зубные ершики *

Б) зубную щетку с ровной подстрижкой щетины

В) электрическую зубную щетку

Г) зубочистки

98. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА

А) зуб обязательно должен быть реплантирован

Б) если до смены зуба остается менее одного года, зуб не репланируется

В) временный зуб должен быть реплантирован, если до его смены остается более двух лет

Г) реплантации не подлежит *

99. ЦЕЛЕСООБРАЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛНОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННОГО РЕЗЦА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ

Б) возмещение дефекта съемным протезом

Б) реплантация зуба с предварительным его пломбированием *

В) реплантация зуба без пломбирования

Г) имплантация

100. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ НЕОБХОДИМО

А) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов

Б) щадящая диета, противовоспалительное лечение, динамическое наблюдение, удаление при нарастании воспаления *

В) репозиция

Г) удаление зуба

Вариант 2

1. РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ КРЕСЛАМИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (М)

- А) 1,5 *
- Б) 1,0
- В) 1,2
- Г) 2,0

2. ДЕОНТОЛОГИЯ - ЭТО

- А) изучение научных данных в области лица и шеи
- Б) наука о взаимоотношениях медицинского персонала внутри коллектива, а так же с пациентом ***
- В) учение о методах распознавания болезней
- Г) учение о признаках болезни и патологических состояниях

3. НА КАЖДОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ КРЕСЛО С УНИВЕРСАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКОЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПЛОЩАДЬ

- А) 15 кв.м
- Б) 14 кв.м
- В) 5 кв.м
- Г) 10 кв.м ***

4. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ

- А) врачом-стоматологом
- Б) врачом-статистиком
- В) медицинским регистратором ***
- Г) медсестрой

5. ДИАГНОЗ И ВСЕ ПОСЛЕДУЮЩИЕ РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЮТСЯ

- А) медсестрой
- Б) регистратором
- В) заведующим отделением
- Г) лечащим врачом ***

6. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ В СТОМАТОЛОГИИ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ

- А) главным специалистом региона
- Б) главным врачом организации ***
- В) Министерством Здравоохранения РФ
- Г) Министерством Здравоохранения региона

7. К КОНЦУ ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ У РЕБЕНКА ДОЛЖНЫ ПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБЫ

- А) все молочные
- Б) молочные фронтальные зубы и первые моляры ***
- В) только нижние центральные молочные резцы
- Г) молочные фронтальные зубы

8. КОРНИ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ ЗАКАНЧИВАЮТ ФОРМИРОВАНИЕ К

- А) 2 годам ***
- Б) 3 годам
- В) 4 годам
- Г) 5 годам

9. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

- А) в интактных зубах с живой пульпой
- Б) при хроническом фиброзном пульпите

В) при хроническом гангренозном пульпите

Г) при хроническом периодонтите *

10. КОРНИ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЕ ФОРМИРОВАНИЕ К

А) 11 годам

Б) 10 годам *

В) 12 годам

Г) 13 годам

11. ТОЛЩИНА ДЕНТИНА ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА РЕБЕНКА

А) увеличивается в результате функционирования одонтобластов *

Б) увеличивается в результате функционирования энамелобластов

В) не изменяется, т.к. одонтобласты после формирования коронки отсутствуют

Г) увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии

12. ПЕРВЫЙ ПОСТОЯННЫЙ МОЛЯР ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

А) 8-9 лет

Б) 5-6 лет *

В) 20-30 месяцев

Г) 11-12 лет

13. ФОРМА НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ

А) полукруг

Б) трапеция

В) треугольник

Г) парабола *

14. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 12 И 22 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

А) 5 лет

Б) 7-8 лет *

В) 3 года

Г) 11 лет

15. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 16 И 26 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

А) 11 лет

Б) 8 лет

Г) 3 года

Г) 5-6 лет *

16. ЗУБНЫЕ РЯДЫ В ОККЛЮЗИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ИМЕЮТ ФОРМУ

А) полу эллипса

Б) параболы

В) полукруга *

Г) трапеции

17. ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К СМЕНЕ ЗУБОВ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

А) от 4 до 6 лет *

Б) от 3 до 4 лет

В) от 5 до 8 лет

Г) от 3 до 9 лет

18. ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

А) 6-1-2-4-3-5-7 *

Б) 1-2-4-5-3-6-7

В) 6-1-2-5-3-4-7

Г) 6-2-4-3-5-7

19. БАЗАЛЬНАЯ ДУГА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) больше альвеолярной дуги *

Б) меньше альвеолярной дуги на 5 мм

В) равна альвеолярной дуге

Г) меньше альвеолярной дуги на 3 мм

20. ПЕРЕДНИЙ ЩЕЧНЫЙ БУГОРОК 16 ЗУБА В НОРМЕ КОНТАКТИРУЕТ С

А) 46задним щечным бугорком 46

Б) межбугорковой фиссурой

В) контактной точкой между 45 и 46

Г) передней ямкой продольной фиссуры 46

21. ДИСТАЛЬНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ВТОРЫХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ 6-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА РАСПОЛАГАЮТСЯ

А) с мезиальной ступенькой

Б) в одной вертикальной плоскости *

В) с дистальной ступенькой

Г) с латеральной ступенькой

22. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ

Б) в I половине внутриутробного развития

В) в I полугодии после рождения

Г) в II половине внутриутробного развития *

23. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

А) во втором полугодии после рождения

Б) на втором году жизни

В) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения *

Г) в 4-5 лет

24. ВТОРОЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ПРИКУСА ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ

А) 7-8 лет

Б) 5-6 лет *

В) 11-12 лет

Г) 9-10 лет

25. ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА СОСТОИТ ИЗ ОТДЕЛОВ

А) 2-х *

Б) 3-х

В) не дифференцируется

Г) 4-х

26. В ПРОЦЕССЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДИТ ЗАКЛАДКА ПАР ЖАБЕРНЫХ ДУГ

А) 2-х

Б) 6-и

В) 8-и

Г) 4-х *

27. МОРФОЛОГИЧЕСКИ ЧЕРЕП РАЗДЕЛЯЕТСЯ НА ОТДЕЛЫ

А) мозговой и лицевой *

Б) челюстной и лобный

В) верхний и нижний

Г) затылочный, лобный, челюстной

28. ГРУППЫ ЗУБОВ, КОТОРЫЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ

Б) фронтальные

В) все группы зубов

А) первые моляры и фронтальные зубы *

Г) резцы и вторые моляры

29. ТОРТОАНОМАЛИЯ – ЭТО

А) супраположение зуба

Б) поворот зуба вокруг вертикальной оси *

В) вестибулярный наклон зуба

Г) оральное положение зуба

30. СУПРАПОЛОЖЕНИЕ – ЭТО ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА

А) выше окклюзионной плоскости *

Б) поворот зуба вокруг вертикальной оси

В) вестибулярное

Г) оральное

31. ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ – ЭТО

А) персистенция

Б) гиперодонтия

В) ретенция

Г) гиподонтия *

32. ЩЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА - ЭТО

А) медиальное

Б) латеральное

В) транспозиция

Г) вестибулярное *

33. РЕТЕНЦИЯ - ЭТО АНОМАЛИЯ

А) сроков прорезывания *

Б) количества

В) формы

Г) размера

34. БИПРОТРУЗИЯ

А) протрузия резцов верхнего и нижнего зубных рядов *

Б) ретрузия резцов

В) обратная резцовая окклюзия

Г) обратная резцовая дизокклюзия

35. ДЛЯ ТОРКА ХАРАКТЕРЕН НАКЛОН ЗУБА

А) вестибуло-оральный *

Б) мезио-дистальный

В) лабио-лингвальный

Г) лабио-латеральный

36. ОБМЕН МЕСТАМИ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ

А) супраположение

Б) вестибулярное

В) инфраположение

Г) транспозиция *

37. НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИВОДИТ К

А) ограничению подвижности нижней губы

Б) диастеме *

В) увеличению подвижности зубов

Г) тремам

38. ПРОМЕЖУТОК МЕЖДУ ЗУБАМИ, КРОМЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАЗЫВАЕТСЯ

А) диастема

Б) трема *

В) межзубное пространство

Г) щелевидный промежуток

39. СООТНОШЕНИЕ МОЛЯРОВ ПО III КЛАССУ ЭНГЛЯ – ЭТО

А) вертикальная резцовая дизокклюзия

- Б) дистальная окклюзия
- В) глубокая резцовая окклюзия
- Г) **мезиальная окклюзия ***

40. П КЛАСС ЭНГЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ ЗУБОВ

- А) верхней челюсти дистально
- Б) нижней челюсти мезиально
- В) **нижней челюсти дистально ***
- Г) нижней челюсти латерально

41. УМЕНЬШЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЫСОТЫ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ И РЕТРУЗИЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО

- А) **зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов ***
- Б) зубоальвеолярным удлинением в области боковых зубов
- В) зубоальвеолярным укорочением в области передних зубов
- Г) протрузией резцов

42. ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ОККЛЮЗИИ

- А) мезиальной
- Б) глубокой резцовой
- В) гипертонуса жевательных мышц
- Г) **дистальной ***

43. ПРИКУСЫВАНИЕ И ПРОКЛАДЫВАНИЕ ЯЗЫКА ПРИВОДИТ К ОБРАЗОВАНИЮ ДИЗОККЛЮЗИИ

- А) глубокой резцовой
- Б) дистальной
- В) **вертикальной ***
- Г) мезиальной

44. ЛИНГВОККЛЮЗИЯ - ЭТО СМЕЩЕНИЕ

- А) верхних боковых зубов орально
- Б) верхних боковых зубов щечно
- В) **нижних боковых зубов язычно ***
- Г) нижних передних зубов вестибулярно

45. РЕТРУЗИЯ РЕЗЦОВ НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА И ПРОТРУЗИЯ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ФОРМИРУЮТ ДИЗОККЛЮЗИЮ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ

- А) глубокую резцовую
- Б) обратную резцовую
- В) трансверсальную резцовую
- Г) **сагиттальную резцовую ***

46. АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

- А) **трансверсальная резцовая окклюзия ***
- Б) глубокая резцовая окклюзия
- В) обратная резцовая окклюзия
- Г) сагиттальная резцовая окклюзия

47. ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ

- А) прикусывание щеки
- Б) сон с запрокинутой головой
- В) **нарушение функции языка ***
- Г) нестершиеся бугры временных клыков

48. ПОЛОЖЕНИЕ ЯЗЫКА МЕЖДУ ПЕРЕДНИМИ ЗУБАМИ ПРОВОДИТ К

- А) мезиальной окклюзии
- Б) глубокой резцовой окклюзии

- В) дистальной окклюзии
Г) **вертикальной резцовой дизокклюзии ***
- 49. УГЛУБЛЕНИЕ КРИВОЙ ШПЕЕ СОЗДАЕТ**
А) избыток места
Б) не влияет
В) нормализует окклюзию
Г) **дефицит места ***
- 50. АДЕНОИДНЫЙ ТИП ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ОККЛЮЗИИ**
А) мезиальной
Б) **вертикальной резцовой дизокклюзии ***
В) нейтральной
Г) дистальной
- 51. АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ**
А) глубокая резцовая окклюзия
Б) **вестибулоклюзия ***
В) обратная резцовая окклюзия
Г) обратная резцовая дизокклюзия
- 52. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПОЗВОЛЯЕТ**
А) переместить боковые зубы дистально
Б) изменить наклон моляров
В) предупредить смещение моляров дистально
Г) **устранить вредные привычки ***
- 53. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПОЗВОЛЯЕТ**
А) переместить боковые зубы дистально
Б) **предупредить прокладывание языка между зубами ***
В) изменить наклон моляров
Г) предупредить смещение моляров мезиально
- 54. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИХ МИОТРЕЙНЕРОВ**
А) адентия
Б) макродентия
В) **функциональные нарушения ***
Г) задержка прорезывания зубов
- 55. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТЬЮ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ**
А) **протрузии верхних резцов ***
Б) ретрузии резцов верхнего зубного ряда
В) мезиальной окклюзии
Г) ретрузии нижних и верхних резцов
- 56. ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ И НЕБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЪЕМНЫЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ**
А) **Брюкля ***
Б) Дерихсвайлер
В) микроимплант
Г) брекет система
- 57. ПРИ СКВОЗНОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НЕБА В ВОЗРАСТЕ ДО 3 МЕСЯЦЕВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЪЕМНЫЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ**
А) аппарат Брюкля
Б) пластинка с накусочной площадкой
В) **пластинка с винтом ***
Г) аппарат Френкеля I типа

58. ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И СЕКТОРАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- А) равномерного расширения верхнего зубного ряда
- Б) одностороннего расширения верхнего зубного ряда
- В) раскрытия срединного небного шва
- Г) удлинения верхнего зубного ряда *

59. АППАРАТ Pendulum ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

- А) дистализации моляров верхней челюсти *
- Б) смещения нижней челюсти вперед
- В) смещения верхнего зубного ряда вперед
- Г) стабилизации положения верхней челюсти

60. ЛИЦЕВАЯ ДУГА ПОЗВОЛЯЕТ

- А) перемещать вперед верхний зубной ряд и верхнюю челюсть
- Б) сдерживать рост верхней челюсти *
- В) стимулировать рост нижней челюсти
- Г) сдерживать рост обеих челюстей

61. ГОЛОВНАЯ ШАПОЧКА С ПОДБОРОДОЧНОЙ ПРАЩОЙ ПОЗВОЛЯЕТ

- А) перемещать вперед верхний зубной ряд и верхнюю челюсть
- Б) стимулировать рост нижней челюсти
- В) сдерживать рост нижней челюсти *
- Г) сдерживать рост обеих челюстей

62. ГУБНОЙ БАМПЕР ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

- А) удлинения зубных рядов *
- Б) мезиального смещения первых моляров
- В) уплощения переднего отрезка верхнего зубного ряда
- Г) сужения зубных рядов

63. АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) двучелюстным, комбинированным *
- Б) одночелюстным, механическим
- В) одночелюстным, функциональным
- Г) двучелюстным, функциональным

64. РУКООБРАЗНЫЕ ПРУЖИНЫ ПЕРЕМЕЩАЮТ ЗУБЫ

- А) орально
- Б) вертикально
- В) вестибулярно
- Г) мезиально *

65. ДЛЯ СЪЕМНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО АППАРАТА РЕКОМЕНДУЮТ КЛАММЕРА

- А) пуговчатые
- Б) Адамса
- В) Круглые
- Г) все перечисленные *

66. РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА ПОЗВОЛЯЕТ РАСШИРИТЬ

- А) верхний и нижний зубные ряды *
- Б) только нижний зубной ряд;
- В) не расширяет
- Г) верхний зубной ряд в переднем отделе

67. В РЕГУЛЯТОРЕ ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА ОККЛЮЗИОННЫЕ НАКЛАДКИ ИМЕЮТ ОТПЕЧАТКИ

- А) нижних зубов *
- Б) верхних зубов

В) верхних и нижних зубов

Г) нет окклюзионных накладок

68. К ВНУТРИРОТОВЫМ АППАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

А) пластинки для верхней челюсти с винтом *

Б) лицевая дуга

В) подбородочная праща с головной шапочкой

Г) маска Дилера

69. АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ

А) механическим

Б) функциональным

В) комбинированным *

Г) капповым

70. СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ

А) уменьшена

Б) увеличена *

В) деформирована

Г) несимметрична

71. КОСМЕТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИИ

А) смещение кзади

Б) чрезмерное развитие *

В) недоразвитие

Г) несимметрична

72. АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИИ

А) смещение кзади *

Б) недоразвитие

В) без нарушений

Г) чрезмерное развитие

73. РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ СРЕДНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

А) синдром Crouson *

Б) краниоключичный дизостоз

В) синдром Франческетти

Г) гипогидротическая эктодермальная дисплазия

74. ПРИ РОЖДЕНИИ РЕБЁНКА С ЦЕНТРАЛЬНЫМИ НИЖНИМИ РЕЗЦАМИ НЕОБХОДИМО

Б) сохранить эти зубы

Б) удалить эти зубы *

В) изготовить защитную пластинку на нижнюю челюсть

Г) перевести ребенка на искусственное вскармливание

75. НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ

А) уплощена

Б) уменьшена

В) смещена

Г) увеличена *

76. КЛАССИФИКАЦИЯ ПО МКБ-10 ВЫДЕЛЯЕТ ЗАБОЛЕВАНИЯ

А) расщелина губы и неба (заячья губа и волчья пасть) *

Б) расщелина язычка и мягкого неба

В) синдром Пьера-Робина

Г) лицевые микропризнаки

77. СИММЕТРИЧНОСТЬ РАЗВИТИЯ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- А) панорамной рентгенографии
- Б) телерентгенографии в прямой проекции ***
- В) телерентгенографии в боковой проекции
- Г) прицельной рентгенографии

78. ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ РЕГИСТРИРУЕТ

- А) биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области ***
- Б) движение нижней челюсти
- В) движение внчс
- Г) гемодинамику мышц челюстно-лицевой области

79. НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ МЯГКОТКАНЫХ СТРУКТУР ВНЧС ДАЕТ

- А) магнитно-резонансная томография ***
- Б) телерентгенография
- В) ортопантомография
- Г) компьютерная томография

80. НАЛИЧИЕ ЯРКО ВЫРАЖЕННОЙ СУПРАМЕНТАЛЬНОЙ БОРОЗДЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А) нормальном развитии
- Б) глубоком прикусе ***
- В) увеличении нижней трети лица
- Г) открытом прикусе

81. ПРИ НОРМАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИВЫЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ЕЕ ЦЕНТРАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

- А) не совпадают, при этом нижняя челюсть занимает переднее положение
- Б) не совпадают, при этом нижняя челюсть занимает заднее положение
- В) не совпадают, при этом отсутствует смыкание зубов-антагонистов
- Г) совпадают ***

82. УМЕНЬШЕНИЕ ЛОНГИТУДИНАЛЬНОЙ ДЛИНЫ (МЕТОД NANCE) ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА БЫВАЕТ ПРИ

- А) скученности верхнего зубного ряда ***
- Б) нарушении пропорциональности верхних и нижних резцов
- В) глубоком прикусе
- Г) удлинении верхнего зубного ряда

83. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ФОРМЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ

- А) Хаулея-Гербера-Гербста ***
- Б) Коркхауза
- В) Пона
- Г) Долгополовой

84. ШИРИНУ ГОЛОВЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕЖДУ ТОЧКАМИ

- А) zy – zy
- Б) eu – eu ***
- В) go – go
- Г) op – gl

85. НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА SNA СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А) скелетном классе I
- Б) верхнечелюстной прогнатии ***
- В) нижнечелюстной макрогнатии

Г) верхнечелюстной микрогнатии

86. УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА SPP-NSL СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А) горизонтальном направлении роста лицевого скелета

Б) ретрогнатическом типе профиля

В) вертикальном типе роста лицевого скелета

Г) вращении верхней челюсти по часовой стрелке *

87. УГОЛ SPP\MP В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

А) 25 *

Б) 32

В) 15

Г) 7

88. УГОЛ SPP\NSL В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

А) 7 *

Б) 25

В) 32

Г) 15

89. УГОЛ ANB В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

А) 6

Б) 12

В) 2 *

Г) 8

90. ПРОВЕДЕНИЕ МИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО В ВОЗРАСТНОМ ПЕРИОДЕ

А) 4–7 лет *

Б) 1–2 лет

В) 10–12 лет

Г) 6 мес – 1 года

91. УРАНОПЛАСТИКА – ЭТО

А) пластика мягкого и твердого отдела неба *

Б) операция, направленная на хирургическое вмешательство на структурах глотки

В) пластика в пределах мягкого неба

Г) операция, направленная на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твердого неба и глотки

92. С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ МЕСТА В ЗУБНОМ РЯДУ ПОСЛЕ РАННЕГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) мостовидный протез

Б) аппарат Френкеля

В) аппарат Персина

Г) профилактический пластиночный протез с искусственными зубами *

93. ПРИ РАННЕМ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО

А) провести стимуляцию прорезывания постоянных зубов

Б) изготовить замещающую конструкцию *

В) провести сошлифовывание нестершихся бугров временных моляров

Г) установить брекет-систему

94. РАННЯЯ ПОТЕРЯ ЗУБА 53 ПРИВОДИТ К

А) мезиальному смещению боковых зубов *

Б) травме зачатка постоянного зуба 23

В) травме зачатка постоянного зуба 13

Г) деминерализации одноименного зачатка

95. ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, СМЫКАНИЯ ГУБ, ГЛОТАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ

А) миогимнастика *

- Б) избирательное пришлифовывание нестершихся бугров временных зубов
- В) удаление сверхкомплектных зубов
- Г) динамическое наблюдение

96. ФАКТОР, ДЕЙСТВИЕ КОТОРОГО ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ НАРУШАТЬ ФОРМИРОВАНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКА

- А) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
- Б) изменение минерального состава слюны

В) токсикозы *

- Г) чрезмерное употребление соленой пищи

97. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА СО СМЕЩЕНИЕМ

А) удаление зуба *

- Б) репозиция
- В) динамическое наблюдение за зубом
- Г) эндодонтическое лечение

98. ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБОВ 5.1, 6.1 У РЕБЁНКА ШЕСТИ ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А) динамическое наблюдение
- Б) провести репозицию и шинирование
- В) выдвинуть в зубной ряд ортодонтическими методами
- Г) их удалить *

99. ПРИ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ ПОСТОЯННОГО РЕЗЦА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ПОКАЗАНО

А) произвести репозицию, фиксацию, наблюдение с рентгенологическим контролем и ЭОД *

- Б) извлечь, трепанировать, депульпировать, запломбировать, реплантировать зуб
- В) исключение нагрузки, наблюдение (рентгенограмма, ЭОД), по показаниям эндодонтическое лечение
- Г) зуб удалить

100. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДО

- А) до 3-х лет
- Б) 4-х лет
- В) 5-ти лет ***
- Г) 12 мес

Ситуационные задачи:

Задача 1

При осмотре полости рта у ребенка 8 лет была обнаружена диастема размером в 3 мм. Зубная формула соответствует возрасту. Уздечка верхней губы развита нормально.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 2

Больной 10 лет. В течение двух месяцев находится на лечении по поводу нёбного положения 1.2. Лечение проводится при помощи пластинки с винтом, секторальным распилом и разобщением на боковых зубах. К моменту обследования обнаружено, что положение 1.2 нормализовано. В качестве ретенционного аппарата используется лечебная пластинка, в которой винт и образовавшаяся щель закрыты самотвердеющей пластмассой. Ребенок на три месяца выезжает из города в пионерлагерь.

1. Согласны ли вы с решением лечащего врача?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Скорректируйте лечение при необходимости.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 3

Больной 11 лет. Диагноз: глубокая окклюзия. Зубо-альвеолярное удлинение во фронтальном участке нижней челюсти. Протрузия верхних резцов. Соотношение первых моляров по I классу Энгля. При внешнем осмотре определяется уменьшение нижней трети лица, выраженность подбородочной и носогубных складок. В поликлинике больному для лечения глубокого прикуса была предложена пластинка с наклонной плоскостью в переднем отделе.

1. Согласны ли вы с решением лечащего врача?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Скорректируйте лечение при необходимости.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 4

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

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 5

Больная 12 лет. Жалобы на аномалию прикуса. Из анамнеза установлено, что девочка в раннем детском возрасте сосала большой палец. Внешний осмотр: бледные покровы лица. Сглаженность носогубных складок. Нижняя треть лица западает. Осмотр полости рта: удлинение зубного ряда верхней челюсти. Зубной ряд нижней челюсти имеет форму трапеции. При смыкании зубов в центральной окклюзии жевательные зубы имеют по одному одноименному антагонисту. Сагиттальная щель размером в 10 мм.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 6

Больному 8,5 лет. Родители на аномалию прикуса не обращали внимания. Она была обнаружена при профилактическом осмотре в школе. Нарушен акт откусывания пищи. Нечеткость произношения. Во время сна дышит ртом. У ЛОР-специалиста не обследовался.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 7

У ребенка 5,5 лет при внешнем осмотре определяется западение верхней губы. При осмотре полости рта установлено: нижние резцы располагаются впереди верхних; задержка стирания верхушек клыков; верхняя зубная дуга имеет форму трапеции; скученность верхних резцов.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 8

Ребенок 9 лет. При осмотре лица установлено: ассиметрии нет, нижняя губа располагается впереди верхней. При осмотре полости рта определено: отсутствие 6.3. Соотношение боковых зубов следующее: передние щечные бугры 1.6 и 2.6 располагаются в поперечных фиссурах одноименных

антагонистов, небные бугры – в продольных фиссурах нижних зубов. Нижние резцы располагаются впереди верхних. Средняя линия верхнего зубного ряда смещена влево.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 9

15-ти летний больной предъявляет жалобы на вестибулярное положение 3.3. При осмотре полости рта установлено: промежуток между 3.2 и 3.4 равен 2 мм. Зубная формула соответствует возрасту. Боковые нижние зубы слева контактируют с впереди стоящими верхними зубами и их щечные бугры своими наружными поверхностями контактируют с небной поверхностью боковых верхних зубов.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 10

В клинику обратился 12-ти летний ребенок с жалобами на промежутки между зубами. При внешнем осмотре определяется западение верхней губы. Осмотр полости рта и зубная формула: 7654301 | 1034567.

7654321 | 1234567

Между нижними резцами и клыками диастема и тремы. Зубной ряд сужен. Прикус в переднем отделе мезиальный. Соотношение боковых зубов в сагиттальном направлении правильное.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 11

Ребенок 6 лет обратился на консультацию с диагнозом «мезиоокклюзия». В ночное время пользуется подбородочной пращей. Лечение продолжается в течение года. Улучшения нет. При осмотре отмечается незначительное выступание нижней губы. Зубная формула:

$$\begin{array}{c} \underline{6 \text{ V IV III II I} \quad | \quad \text{I II III IV V 6} \\ 6 \text{ V IV III II I} \quad | \quad \text{I II III IV V 6} \end{array}$$

Нижние клыки выступают выше соседних зубов. Тремы между нижними резцами. Форма зубных рядов полукруглая. Прикус в переднем отделе мезиальный, глубокий. Соотношение боковых зубов не нарушено.

1. Согласны ли вы с решением лечащего врача?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Скорректируйте лечение при необходимости.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 12

15-летняя больная обратилась в ортодонтическое отделение по поводу «неправильного» прикуса, затрудненного откусывания пищи и кровоточивости десен, а также безуспешного лечения в поликлинике в течение 5 лет. Внешний осмотр. Лицо симметричное, подбородок выступает вперед. Осмотр полости рта. Зубная формула соответствует возрасту, аномалий зубов нет. Зубные ряды правильной формы. Прикус в переднем отделе мезиальный, в боковых- мезиальный и латерогенический. Слизистая оболочка десны в области нижних передних зубов отечна, синюшного цвета. Такое же лицо и прикус у ее отца.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 13

Больная 6 лет. Жалобы (со слов матери) на отказ от твердой пищи, затрудненное откусывание, нечеткое произношение, постоянно открытый рот, часто болеет респираторными заболеваниями. В анамнезе – рахит. При осмотре установлено: увеличение нижней трети лица, сглаженность подбородочной и носогубных складок, полуоткрытый рот, угол челюсти = 130° , слизистая оболочка полости рта бледно розового цвета, сухая. Резкое сужение верхнего зубного ряда. Форма его седловидная, высокий узкий небный свод. Трапециевидная форма нижнего зубного ряда. При смыкании зубных рядов в центральной окклюзии определяется вертикальная щель

между передними зубами величиной в 3 мм. Ее протяженность по зубному ряду от 5.3 до 6.3.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 14

Ребенок 10 лет направлен на консультацию по поводу неоднократного рецидивирования диастемы, возникшей вследствие адентии боковых резцов. Лечение проводилось при помощи пластинки с рукообразными пружинами. После сближения 1.1 и 2.1, ношение той же пластинки продолжалось в неактивном состоянии в течение 6 месяцев. После снятия пластинки наступал рецидив.

1. Объясните причину рецидивов.
2. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
3. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 15

Мальчик 9 лет. Жалоб не предъявляет. При осмотре лица отклонений от нормы нет. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту, отмечается вестибулярный наклон нижних и верхних резцов, диастема, тремы. При смыкании зубных рядов в центральной окклюзии определяется вертикальная щель размером в 2 мм.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 16

В клинику ортодонтии обратились родители пациента в возрасте 5 лет 9 месяцев с жалобами на отсутствие передних зубов на верхней челюсти. Из анамнеза: ранее пациенту были удалены зубы 51,61 по терапевтическим показаниям. Зубная формула:

55 54 53 52 | 62 63 64 65
85 84 83 82 41|31 72 73 74 75

Коронки 52 и 62 зубов стерты на 2/3 их высоты. 41, 31зубы при смыкании зубных рядов касаются слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти, диастема 2 мм, есть тремы. В сагиттальном направлении смыкание зубных рядов правильное.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 17

В клинику ортодонтии обратилась пациентка в возрасте 12 лет с жалобами на неровные зубы. Из анамнеза: ранее пациентка не лечилась.

Зубная формула:

16 15 14 12 11|21 22 23 24 25 26
46 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36

Передние зубы при смыкании зубных рядов в прямом контакте, отмечается их скученное положение на обеих челюстях. Места для 13 не достаточно (2,5 мм), центральная линия верхнего зубного ряда смещена вправо на 1,5 мм. Первые постоянные моляры смыкаются по I классу Энгля. Зубы 16, 15, 14, 12 располагаются небно, имеется вертикальная щель справа от 43 до 46 зуба величиной 3,5 мм.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 18.

В клинику ортодонтии обратились родители пациентки 8 лет с жалобами на выступание нижней челюсти. При осмотре лица: смещение подбородка вперед; в полости рта: верхние резцы контактируют с режущими краями нижних резцов. Первые постоянные моляры смыкаются по III классу Энгля. Зубная формула:

16 55 14 13 12 11|21 22 63 24 65 26
46 85 84 43 42 41|31 32 33 74 75 36

В анамнезе: нарушение осанки, вредная привычка – сосание верхней губы, инфантильное глотание. Зубочелюстных аномалий у родственников нет.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 19

Пациентка 16 лет обратилась в клинику ортодонтии с жалобами на неправильное положение зубов, отсутствие смыкания передних зубов. При осмотре в полости рта: верхние резцы наклонены вестибулярно, вертикальная щель от клыка до клыка 2,5 мм, сагиттальная щель 2,5 мм. Первые постоянные моляры смыкаются по I классу Энгля. Зубная формула:

16 15 14 13 12 11|21 22 23 24 25 26
46 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36

В анамнезе (со слов матери): тяжелые роды, сосание соски до 4 лет, инфантильное глотание. Зубочелюстных аномалий у родственников нет.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 20

Пациентка 15 лет обратилась в клинику ортодонтии с жалобами на неправильное положение зубов. При осмотре лица: смещение подбородка назад, углублена супраментальная складка; в полости рта: скученное положение верхних резцов, глубокое резцовое перекрытие, сагиттальная щель 5 мм. Первые постоянные моляры смыкаются по II классу Энгля. Зубная формула:

16 15 14 13 12 11|21 22 23 24 25 26
46 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36

В анамнезе: неправильное смыкание зубных рядов у отца.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 21

В клинику ортодонтии обратились родители пациентки 9 лет, с жалобами на эстетический дефект в переднем отделе верхнего зубного ряда . Из анамнеза: травма передних зубов в 3-х летнем возрасте. В результате травмы зубы 51, 52 были удалены. Зубная формула:

16 55 0 53 0 0 | 21 22 63 24 65 26
46 0 84 83 42 41 | 31 32 73 74 75 36

Первые постоянные моляры смыкаются по I классу Энгля. На ОПТГ есть зачатки всех зубов, зачатки 11 и 21 зубов расположены не в направлении прорезывания, с мезиальным наклоном.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 22

Родители пациента К., 13 лет, обратились в клинику ортодонтии с жалобами на затрудненное откусывание и пережевывание пищи. По данным анамнеза: вскармливание естественное до 5 месяцев. Со слов родителей, отмечается вредная привычка: подкладывание кулака под левую щеку во время выполнения уроков за письменным столом, просмотра телевизионных передач и др. Зубная формула:

16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26
46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36

Первые постоянные моляры смыкаются по I классу Энгля. 12, 13, 14, 15, 16 зубы перекрываются нижними зубами.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 23

Пациент К., 14 лет, обратился в клинику ортодонтии с жалобами на чрезмерно выступающие верхние резцы, травмирование слизистой оболочки твердого неба. По данным анамнеза: вскармливание естественное до 5 месяцев. Вредные привычки (сосание пальца , закусывание нижней губы и др.) родителями не отмечались. Конфигурация лица не изменена; профиль выпуклый, выраженная подбородочная складка; несмыкание губ. В полости

рта: переднещечные бугры первых моляров верхней челюсти располагаются впереди от переднещечных бугров первых моляров нижней челюсти. Сагиттальная щель -14,5 мм. Зубная формула:

17 16 15 14 13 12 11|21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36 37

Первые постоянные моляры и клыки смыкаются по II классу Энгля. Верхние резцы полностью перекрывают нижние.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 24

Пациентка А., 23 года, обратилась в клинику ортодонтии с жалобами на неправильное положение зубов. Конфигурация лица не изменена. Ранее ортодонтическое лечение не проводилось. В полости рта – скученное положение передних зубов верхней и нижней челюсти. Зубная формула:

17 16 15 14 13 12 11|21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36 37

Первые постоянные моляры и клыки смыкаются по I классу Энгля. Верхние резцы перекрывают нижние на 1/2.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 25

Родители пациентки Д., 11 лет, обратились в клинику ортодонтии с жалобами на неправильное положение зубов. Лицо симметричное, отмечается западение губ. В полости рта – промежуток между центральными резцами и их выступание; резцы верхней челюсти перекрывают нижние больше, чем на 2/3. Зубная формула:

17 16 15 14 13 12 11|21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36 37

Первые постоянные моляры и клыки смыкаются по I классу Энгля. 12, 11, 21 и 22 – небное положение, 13 и 23 - вестибулярное положение. Дизокклюзия от первого постоянного моляра справа до первого постоянного

моляра слева, язык расплывается между зубными рядами. Форма нижнего зубного ряда - трапеция.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 26

Родители пациентки М., 14 лет, обратились в клинику ортодонтии с целью профилактического осмотра. Лицо симметричное, профиль прямой. В полости рта – резцы верхней челюсти перекрывают нижние больше, чем на 1/2 . Зубная формула:

17 16 15 14 13 12 11|21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36 37

Первые постоянные моляры и клыки смыкаются по I классу Энгля. 13, 11, 21 и 23 с вестибулярным наклоном.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 27

Пациент Р., 23 года, обратился в клинику ортодонтии с жалобами на неправильное положение зубов. При осмотре лица отмечаются асимметрия, выступание подбородка. В полости рта – отсутствие смыкания передних зубов . Зубная формула:

17 16 15 14 13 12 11|21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36 37

Первые постоянные моляры смыкаются по I классу. 13, 11, 21 и 23 с вестибулярным наклоном. Имеется вертикальная щель 2,5 мм. Щечные бугры 24 и 25 зубов перекрываются щечными буграми нижних антагонистов. Лицо длинное, профиль вогнутый. Ранее ортодонтического лечения не было.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

предложить?

Задача 28

Пациент Г., 14 лет, обратился в клинику ортодонтии с жалобами на неправильное положение передней группы зубов и затрудненное откусывание пищи. Со слов матери: беременность протекала без особенностей и осложнений, ребенок родился в срок. Естественное вскармливание до 6 месяцев. Начало прорезывания молочных зубов в 6 месяцев, постоянных 6 лет. Зубная формула:

17 16 15 14 13 12 11|21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36 37

Первые постоянные моляры смыкаются по I классу. 13, 11, 21 и 23 в вестибулярном положении. Имеется сагитальная щель между центральными резцами 2,5 мм. Лицо узкое, профиль выпуклый. Ранее ортодонтического лечения не было.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 29

Родители пациента Н., 7 лет, обратились в клинику ортодонтии с жалобами на неправильное положение зубов, затрудненное откусывание и пережевывание пищи. Ребенок рожден в срок, Вскармливание естественное. Начало прорезывания молочных зубов в 6 месяцев, постоянных в 6 лет. Зубная формула:

16 55 54 53 0 11|21 0 63 64 65 26
46 85 84 83 42 41|31 32 73 74 75 36

Первые постоянные моляры смыкаются по I классу. Вертикальная щель между резцами 3 мм, язык прокладывается между зубными рядами. Рот приоткрыт. Лицо среднее, профиль прямой.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?

Задача 30

Родители пациентки Л., 15 лет, обратились в клинику ортодонтии с

жалобами на неправильное положение резцов верхней челюсти. Ребенок рожден в срок, естественное вскармливание до 8 месяцев. Начало прорезывания молочных зубов в 7 месяцев, постоянных 6 лет. Зубная формула:

17 16 15 14 13 12 11|21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36 37

Первые постоянные моляры смыкаются по I классу. 12 и 22 - небное положение, 21 и 11 с вестибулярным наклоном. Имеется вертикальная щель между центральными резцами 1 мм. Лицо узкое, профиль выпуклый.

1. Какие дополнительные методы диагностики надо провести?
2. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
3. Составьте план лечения.
4. Какие методы профилактики данной аномалии Вы могли бы предложить?