

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры ортодонтии
протокол №
« » 2017 г.
Зав. кафедры
профессор _____ Смаглюк Л.В.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
для самостоятельной работы студентов
во время подготовки к практическому занятию и на занятии**

Учебная дисциплина	Ортодонтия
Модуль № 3	Детское зубное протезирование
Тема занятия № 10	Контроль содержательного модуля №1
Курс	V
Факультет	Подготовки иностранных студентов

Полтава 2017

1. Актуальность темы: Детское протезирование является частью плановой санации полости рта у детей поскольку раннее удаление временных зубов нарушает целостность зубных рядов, что приводит к нарушению функции жевания и может повлечь возникновение зубо-челюстных аномалий, а также заболеваний органов пищеварения. Поэтому знание принципов организации ортопедической помощи, и виды конструкций протезов позволит врачам стоматологам вовремя провести протезирование пациентов с дефектами зубных рядов и предупредить сложные деформации зубочелюстного аппарата. У пациентов с врожденными пороками развития восстановление полноценного жевательного аппарата и эстетики лица позволит им полноценно адаптироваться в нашем социуме. В настоящее время доказано влияние внешней среды на ребенка, в частности факторов, оказывающих повреждающее действие на детский организм. Травматические повреждения челюстно-лицевой области приводят к многообразным последствиям, нередко проявляющимися как травматическая болезнь, которая по тяжести может превосходить саму травму. Помимо этого, большинство повреждений, возникших в детском возрасте, неблагоприятно отражаются на процессах роста и развития челюстей, формирования и прорезывания зубов. Установлена прямая связь между степенью недоразвития челюстно-лицевой области и возрастом ребенка в момент получения травмы. в последнее время в Украине при лечении зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса у подростков и взрослых отдают предпочтение несъемным конструкциям ортодонтических аппаратов, поэтому показания к их применению, знание принципов действия важны в подготовке врача стоматолога-ортодонта. Среди известных методов (биологический, аппаратный, хирургический, протетический, комбинированный) лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями в любом возрасте, наиболее предпочтительным является комбинированный, т.е. сочетание нескольких методов адекватно возрасту пациента, виду и тяжести патологии прикуса. Наиболее же ортодонтически специфическим в комбинированном лечении является аппаратный метод. Современный ортодонт-профессионал обязан владеть всем арсеналом ортодонтических аппаратов. Аппаратурное лечение состоит из двух периодов: периода активного ортодонтического лечения и ретенционного периода. В первом периоде лечения происходит перестройка зубочелюстной системы при активации механически действующих или воздействии функциональных элементов. В ретенционном периоде происходит закрепление достигнутых результатов, аппарат действует пассивно. Основой индивидуальных съемных ортодонтических аппаратов является базисная пластинка. К базису ортодонтического аппарата могут быть присоединены различные детали (дуги, винты, накусочные площадки, наклонные плоскости, окклюзионные накладки). Для фиксации ортодонтических аппаратов используют кламмера, вестибулярные и лингвальные дуги, пелоты. Челюстно-лицевая область представляет собой часть организма, динамически изменяющуюся в процессе развития и роста. Изменения функций желез внутренней секреции приводят к

нарушению метаболизма, трофическим расстройствам в тканях. Стоматологические проявления некоторых эндокринных расстройств имеют важное диагностическое значение, поскольку они опережают проявления общих клинических симптомов заболевания. Последние десятилетия особое внимание уделяется проблемам так называемой пограничной патологии. Сейчас описано около 300 синдромов, которые связаны с пороками развития лица, челюстей и зубов. Из них, по последним данным, 70% принадлежат к наследственным заболеваниям и около 30% – к тэратогенным порокам развития. Типы наследственности их изучены мало. Различные синдромы и заболевания, при которых поражается черепно-лицевая область, нередко ассоциируются с изменениями в других органах и системах организма. Исходя из этого, для своевременной диагностики, профилактики и лечения необходимо сотрудничество клиницистов различного профиля и генетиков. Стоматологу-ортодонту очень важно учитывать общее состояние ортодонтического пациента, знать стоматологические проявления наследственных заболеваний и синдромов. Раннее их обнаружения (вместе с педиатром, генетиком) необходимо для определения клинического прогноза и выбора адекватного комплексного лечения: терапевтического, ортодонтического и хирургического. Знание врожденных пороков развития лица и челюстей (наследственных синдромов) необходимо врачам для правильного определения клинического прогноза, прогноза жизни, а также прогноза в отношении профессиональной пригодности пациента. Кроме того, точный диагноз имеет значение для определения генетического прогноза для родственников пациента при медико-генетическом консультировании. В этом случае от точной диагностики зависят судьбы многих людей, а не только одного больного.

2. Конкретные цели:

- роль профилактических мероприятий в предупреждении раннего удаления зубов;
- принципы детского протезирования;
- причины возникновения дефектов зубов и зубных рядов у детей;
- задачи детского протезирования;
- классификации дефектов отдельных зубов у детей;
- обозначить этапы профилактики дефектов отдельных зубов;
- провести клиническое обследование;
- определить отклонения в строении отдельных зубов;
- провести морфометрические исследования зубов и зубных дуг;
- провести фотометрическое обследование пациентов с аномалиями отдельных зубов;
- определить эстетический прогноз ортодонтического лечения пациента с аномалиями отдельных зубов на основании проведения антропо и фотометрического обследований;
- выбрать конструкцию для замещения дефектов отдельных зубов;

- снять оттиски для изготовления ортопедической конструкции;
- классификации повреждения зубов;
- причины травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей;
- особенности клиники, диагностики травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей;
- знать особенности лечения травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей;
- уметь прочитать ОПТГ или дентальный снимок пациента с травмой зубов, альвеолярного отростка, челюсти;
- провести клиническое обследование;
- определить отклонения в строении отдельных зубов;
- провести морфометрические исследования зубов и зубных дуг;
- провести фотометрическое обследование пациентов с аномалиями отдельных зубов;
- выбрать конструкцию для репозиционирования зубов;
- снять оттиски для изготовления ортопедической конструкции;
- ознакомиться: с различными конструкциями несъемных ортодонтических аппаратов, принципом их действия, показаниями к применению;
- классификацию несъемных ортодонтических аппаратов;
- конструкции несъемных ортодонтических аппаратов;
- показания к применению различных конструкций несъемных ортодонтических аппаратов;
- принципы действия несъемных ортодонтических аппаратов;
- методы активации несъемных ортодонтических аппаратов;
- принципы лечения с помощью несъемной-техники;
- особенности расположения брекетов на зубах различных групп;
- методы фиксации брекетов;
- тактику ведения пациентов при применении эджуайз-техники;
- особенности ретенционного периода при лечении несъемными ортодонтическими аппаратами;
- классифицировать съемные ортодонтические аппараты с учетом биомеханических принципов действия и их конструктивных особенностей.
- знать принципы лечения с помощью съемных ортодонтических аппаратов.
- объяснять клинико-лабораторные этапы изготовления съемных ортодонтических аппаратов.
- анализировать методы фиксации одночелюстных и двухчелюстных съемных ортодонтических аппаратов.
- объяснять тактику ведения пациентов при применении одночелюстных и двухчелюстных ортодонтических аппаратов.
- анализировать особенности ретенционного периода при лечении съемными ортодонтическими аппаратами.
- анализировать необходимость и рациональность изготовления ортодонтических аппаратов, материалы для использования, ошибки и осложнения.

- объяснять особенности морфологических и функциональных нарушений зубочелюстной области связанных с патологией эндокринной системы.
- знать синдромы заболеваний, проявляющихся в полости рта.
- объяснять тактику ортодонтического лечения пациентов с эндокринной патологией.
- анализировать результаты дифференциальной диагностики синдромных заболеваний, проявляющихся в полости рта.
- объяснять этиологию и патогенез возникновения врожденных пороков лица.
- объяснять особенности диагностики и профилактики врожденных пороков лица.
- ознакомиться с принципами диагностики наследственных синдромов в ортодонтии.
- анализировать клинические проявления основных наследственных синдромов.

3. Базовые знания, умения, навыки, необходимые для изучения темы (междисциплинарная интеграция):

Название предыдущих дисциплин	Полученные знания, умения, навыки
1. Биофизика, информатика и медицинская аппаратура	Методы и устройства для проведения необходимых измерений с целью определения угловых и линейных размеров
2. Анатомия	Знать строение мозгового и лицевого отделов черепа. Знать строение височно-нижнечелюстного сустава. Знать анатомические признаки различных групп временных и постоянных зубов. Уметь определять групповую принадлежность временных и постоянных зубов.
2. Профилактика стоматологических заболеваний	Профилактика стоматологических заболеваний Определяют гигиенические индексы. Составляют план профилактических мероприятий и определяют группу диспансерного наблюдения.
3. Пропедевтика терапевтической стоматологии	Особенности строения временных зубов.
4. Пропедевтика ортопедической стоматологии	Студенты под руководством преподавателя готовят оттисковые массу для снятия оттисков. Снимают оттиски. Оценивают качество оттиска. Отливают модель. Гипсуют модели в окклюдатор. Осваивают методику препарирования зуба под коронку, вкладку. Владеть знаниями о материаловедении и лабораторных этапах изготовления съемных протезов.

5. Ортодонтия	<p>Этапы развития лица. Периоды развития прикуса.</p> <p>Особенности строения мозгового и лицевого отделов черепа в разные возрастные периоды. Клинический метод обследования пациента.</p> <p>Характеристику различных периодов развития прикуса.</p> <p>Аномалийные и патологические виды прикуса.</p> <p>Последовательность клинического метода обследования.</p> <p>Методы дополнительного исследования ортодонтических пациентов.</p> <p>Аппаратурный метод лечения</p> <p>Определить вид аномалийного и патологического прикуса.</p> <p>Провести клинический метод обследования.</p> <p>Провести дополнительные методы исследования.</p> <p>Определить вид аномалийного и патологического прикуса.</p>
6. Педиатрия и внутренние болезни.	<p>Знать особенности проявлений клинических симптомов при эндокринных заболеваниях детей и взрослых.</p> <p>Уметь проводить дифференциальную диагностику различных эндокринных заболеваний.</p>

4. Задания для самостоятельной работы при подготовке к занятию.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Искусственная коронка	Колпачок, надетый на разрушен или интактный зубной, который отвечает ряда клинических и технических требований: восстановление анатомической формы зуба, плотное охвата шейки зуба; погружение края коронки в зубо-ясеневый карман не более 0,5мм; восстановление контактных пунктов с апроксимальными поверхностями соседних зубов; сохранение высоты центральной окклюзии.
2. Стадия разрушения	Характер (объем) нарушений в строении отдельных зубов и зубных рядов.
3. Дефект	(лат. defectus), изъян, недостаток.
4. Штифтовой зуб	Ортопедическая конструкция состоящая из искусственной коронки (которая полностью восстанавливает естественную коронку) и штифта и возможно над корневой пластинки.
5. Вкладка	Вкладки – это такие же пломбы, только делаются не врачом во рту пациента, а зубным техником на гипсовой модели
6. Виниры	Эстетические керамические пластинки, которые фиксируются на передние зубы в тех случаях, когда зубы уже разрушены, либо поменяли цвет. Виниры позволяют достичь нужной формы и желаемого цвета с минимальным снятием твердых тканей зуба. Одновременно, они защищают зубы. В результате зуб получает дополнительную прочность и не отличается от других.
7. Культевая вкладка	Это корневая и коронковая часть разрушенного зуба. Восстанавливает утраченную форму зуба. Затем она покрывается коронкой для восстановления эстетики. Применяется для восстановления зубов с сильно разрушенной коронковой частью и, как более совершенная альтернатива внутриканальным анкерным штифтам. Это самый надежный вариант внутреннекорневых реставраций зубов.
8. Ушиб	Закрытое механическое повреждение зубов и мягких тканей без нарушения их анатомической целостности.
9. Вывих	Повреждение, в результате которого зуб смещается в том или том направлении, частично

10. Перелом	или полностью выходит за пределы ячейки. Это полное отделение части твердых тканей зуба.
11. Несъемный аппарат	Фиксация которых осуществляется с помощью цемента или другого пломбировочного материала для длительного или постоянного ношения
12. Коронковые аппараты	Направляющая коронка Катца, аппарат Коркгауза, Поздняковой.
13. Капповые	Аппараты Левковича, Малыгина.
14. Вестибулярные дуговые	Аппараты Э. Энгля простой конструкции: а) стационарная дуга; б) расширительная или экспансивная; в) скользящая; выскальзывающая; д) межчелюстного действия.
15. Дуговые оральные	а) аппарат Мершона; б) дуга Гожгариана; в) нижнечелюстная язычная дуга; г) дуга Нэнси
16. Дуговые вестибуло-оральные	а) балочный дуговой аппарат Симона; б) аппарат Айнсворта; в) аппарат Айзенберга-Гербста.
17. Ортодонтические аппараты.	Лечение зубочелюстных аномалий помощью специальных стандартных или изготовленных зубным техником приспособлений, получили название ортодонтических аппаратов.
18. Кламмер.	От нем. klammer – крючок – это специальное приспособление, которое предназначено для крепления базиса съемного ортодонтического аппарата или зубного протеза на зубах.
19. Пружины для расширения зубного ряда	С целью расширения зубного ряда применяют разные виды пружин. К ним относят пружину Коффина, грушевидную, булаковидную, Коллера, и т.п.
20. Ортодонтические винты.	Ортодонтический винт – это фабрично изготовленный, механически действующий элемент, который является составной частью ортодонтического аппарата. В практической деятельности ортодонты чаще для изменения формы и размеров зубных дуг, исправления положения отдельных и групп зубов и прикуса применяют ортодонтические винты.
21. Вестибулярные дуги.	Вестибулярные дуги применяют как для исправления положения отдельных или групп зубов, так и в качестве фиксирующих элементов.

22. Оральные дуги.	Изготавливают оральные дуги, которые еще называют лингвальными (на нижней челюсти) и небными (на верхней челюсти). Их применяют как для вестибулярного перемещения фронтальных зубов, так и для фиксации ортодонтических аппаратов, и с целью ретенции результатов, достигнутых во время активного ортодонтического лечения.
23. Толкатели.	Перемещение отдельных или групп зубов в вестибулярном и мезио-дистальном направлениях осуществляется с помощью пружин. Пружины для вестибулярного перемещения зубов еще называют толкателями.
24. Функциональные ортодонтические аппараты.	Источником силы при применении функционально-направляющих аппаратов является сила сокращения мышц. По механизму действия подразделяются на функционально-направляющие и функционально-действующие.
25. Функционально-направляющие элементы ортодонтических аппаратов.	<ul style="list-style-type: none"> – Наклонная плоскость; – Накусочная площадка; – Окклюзионные накладки; – Наклонно-накусочная площадка;
26. Функционально-действующие элементы ортодонтических аппаратов.	<ul style="list-style-type: none"> – Направляющие петли. – Губные пелоты, – Щечные щиты
27. Обмен веществ (метаболизм).	Обмен веществ (или метаболизм) состоит из двух процессов: ассимиляции (или анаболизма) – синтеза характерных для организма соединений и диссимиляции (или катаболизма) – распада веществ и выведения продуктов этого распада из организма. Совокупность процессов ассимиляции (синтеза) и диссимиляции (распада) составляет основу жизни. Различают общий (внешний) обмен веществ, учитывающий поступления в организм веществ и их выделение, и промежуточный обмен веществ, который охватывает превращения этих веществ в организме.
28. Сахарный диабет	Заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина и характеризующееся нарушением обмена углеводов с повышением количества глюкозы в крови и моче, а также другими нарушениями

29. Гипотиреоз.	обмена веществ.
30. Гіпертиріоз.	Состояние, обусловленное длительным, стойким недостатком гормонов щитовидной железы, противоположное тиреотоксикозу. Крайняя степень проявления клинической симптоматики гипотиреоза у взрослых – микседема, у детей – кретинизм.
31. Гипопаратиреоз.	Синдром, обумовлений гіперфункцією щитовидної залози, що виявляється підвищенням змісту гормонів: трийодтиронін (Т3), тироксин (Т4). Гіпертиреоз у залежності від рівня виникнення порушення розрізняють: первинний – щитовидна залоза, вторинний – гіпофіз, третинний – гіпоталамус.
32. Авитаминоз.	Патология, объединяющая ряд состояний, характеризующихся снижением некоторых или всех эффектов паратгормона, что сопровождается гипокальциемией.
33. Рахит.	Заболевание, являющееся следствием длительного неполноценного питания, в котором отсутствуют какие-либо витамины.
34. Болезнь Аддисона.	Заболевание детей грудного и раннего возраста, протекающее с нарушением образования костей и недостаточностью их минерализации, обусловленное главным образом дефицитом кальция и его активных форм в период наиболее интенсивного роста организма. Наиболее ранние характерные изменения выявляются при рентгенографии в концевых участках длинных костей. Доказана также деминерализация диафиза. Если реконвалесценция не наступает, появляются клинические симптомы.
35. Акромегалия.	Редкое эндокринное заболевание, в результате которого надпочечники теряют способность производить достаточное количество гормонов, прежде всего кортизола. Это патологическое состояние было впервые описано британским терапевтом Томасом Аддисоном в его

36. Болезнь Иценко-Кушинга.	публикации 1855 года.
37. Синдромные заболевания в ортодонтии.	Заболевание, связанное с нарушением функции передней доли гипофиза (аденогипофиз); сопровождается увеличением (расширением и утолщением) кистей, стоп, черепа, особенно его лицевой части, и др. Акромегалия возникает обычно после завершения роста организма; развивается постепенно, длится много лет. Вызывается выработкой чрезмерного количества соматотропного гормона.
38. Врожденные пороки развития.	Нейроэндокринное заболевание, характеризующееся повышенной продукцией гормонов коры надпочечников, которая обусловлена избыточной секрецией АКТГ клетками гиперплазированной или опухолевой ткани гипофиза (в 90% микроаденома).
39. Врожденные пороки развития лица и шеи.	Наследственные синдромы, которые характеризуются типичными проявлениями в зубочелюстно-лицевой области.
40. Расщелина верхней губы (Cleft Lip).	Стойкие морфологические изменения органа или всего организма, выходящие за пределы вариаций их строений. Врожденные пороки развития возникают внутриутробно в результате нарушения процессов развития зародыша.
41. Расщелина нёба (Cleft Palate).	Системные нарушения в границах первой и второй жаберных дуг в период эмбрионального развития ребенка. Общее для всех синдромов - дисплазия и (или) недоразвитие тканей и органов лица, влекущее за собой функциональные и эстетические нарушения.
42. Колобома.	Несращение губы, порок развития: наличие щели верхней губы, идущей от ее красной каймы к носу.
43. Макростомия.	Несращение нёба, возникающее вследствие незаращения двух половин нёба в период эмбрионального развития. Может быть поражена лишь часть нёба (например, только мягкое нёбо или язычок нёба), или же расщелина может проходить по всей длине, сочетаясь с билатеральными расщелинами в передней части верхней челюсти; нередко такие

<p>44. Обтураторы.</p>	<p>дети рождаются с расщелиной губы. Косая расщелина лица – боковая косая щель, идущая от нижнего века к верхней губе. Щель может быть полной и неполной. В первом случае она на всем протяжении разделяет ткани и проникает в полость рта; во втором – ограничена прилегающей к глазу областью. Редко встречается двусторонняя колобома. Поперечная расщелина лица – представляет собой дефект углов рта. Щель может быть односторонней и двусторонней; протяженность ее разная. Клинически обнаруживают необычно большой величины рот. В некоторых случаях от угла рта идет рубцовый тяж до ушной раковины. Мышцы по краю дефекта недоразвиты, рот замыкается не полностью, вследствие чего наблюдается постоянное слюнотечение. Специальные ортодонтические аппараты-протезы, предназначенные для закрытия дефектов неба. Обтуратор для твердого неба представляет собой базисную пластинку, покрывающую дефект и укрепляющуюся посредством кламмеров. Обтуратор для мягкого неба располагается в области подвижных тканей, что представляет определенные трудности в отношении его фиксации. По способу фиксации такие обтураторы делятся на три вида: 1) неподвижные, представляющие собой единое целое с базисной пластинкой; 2) подвижно соединяющиеся с базисом посредством пружины, кнопки и др.; 3) плавающие, удерживающиеся за счет охвата краев расщелины, т.е. окружающих дефект твердых и мягких тканей.</p>
------------------------	---

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Роль отечественных ученых в развитии детского зубного протезирования. Концепции ученых относительно целесообразности изготовления зубных протезов у детей.
2. Назначение детских зубных протезов.
3. Факторы, которые стимулируют рост челюстных костей. Распространенность дефектов зубов и зубных рядов у детей и подростков. Факторы, которые влияют на нее.
4. Причины дефектов зубов и зубных рядов у детей. Последствия. Диагностика дефектов зубов и зубных рядов у детей.
5. Классификации, их диагностическое значение.
6. Особенности обследования детей с дефектами зубов и зубных рядов. Целенаправленные профилактические мероприятия.
7. Определение состояния пародонта зубов, ограничивающие дефект зубного ряда.
8. Показания к использованию и особенности изготовления вкладок, искусственных коронок и штифтовых зубов у детей.
9. Сроки применения.
10. Выбор конструкции зубного протеза у детей с учетом возраста больного, степени сформированности или резорбции корней, состояния пародонта.
11. Профилактика осложнений.
12. Клинико-биологическое обоснование детского протезирования.
13. Врожденные пороки развития зубов.
14. Врожденные пороки развития челюстей (расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба).
15. Характер морфологических, эстетических, функциональных нарушений при множественной и полной адентии.
16. Особенности изготовления полных съемных протезов у детей.
17. Этапы изготовления полных съемных протезов.
18. Ортопедические конструкции, которые используются у детей с врожденными пороками развития челюстей (обтураторы).
19. Причины травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей.
20. Классификация травматических повреждений зубов.
21. Особенности клиники и ортопедического лечения вывиха зубов.
22. Особенности клиники и ортопедического лечения переломов зубов.
23. Особенности клиники и ортопедического лечения переломов альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей.
24. Особенности клиники и ортопедического лечения переломов челюстей.
25. Особенности челюстно-лицевого протезирования у детей после хирургических вмешательств.
26. Последствия травм зубов и челюстей у детей.
27. Классификация несъемных ортодонтических аппаратов.

28. Показания к применению несъемных конструкций ортодонтических аппаратов.
29. Противопоказания к применению несъемных ортодонтических аппаратов.
30. Характеристика направляющей коронки Катца. Показания к применению.
31. Характеристика аппарата Поздняковой. Показания к применению.
32. Характеристика аппарата Коркгауза. Показания к применению.
33. Характеристика аппарата Енгля различных конструкций. Показания к применению.
34. Характеристика аппарат Симона. Показания к применению.
35. Характеристика аппарат Айнсворта. Показания к применению.
36. Характеристика аппарата Айзенберга-Гербста. Показания к применению.
37. Характеристика аппарата Гуляевой. Показания к применению.
38. Инструменты, применяемые при лечении с помощью еджуайз-техники.
39. Бандажные кольца и опорные трубки.
40. Характеристика брекетов. Методы их фиксации. Особенности расположения на зубах различных групп.
41. Вестибулярные дуги, используемые при лечении с помощью еджуайз-техники.
42. Эластичные кольца.
43. Характеристика бюгельных ортодонтических аппаратов.
44. Ретенционный период при лечении несъемными конструкциями ортодонтических аппаратов.
45. Классификация съемных ортодонтических аппаратов.
46. Показания к применению съемных ортодонтических аппаратов.
47. Противопоказания к применению съемных ортодонтических аппаратов.
48. Конструктивные особенности съемных ортодонтических аппаратов механического действия.
49. Конструктивные особенности съемных ортодонтических аппаратов функционального действия.
50. Конструктивные особенности ретенционных съемных ортодонтических аппаратов.
51. Индивидуально изготовленная вестибулярная пластинка. Показания к применению. Конструктивные особенности.
52. Пропульсор Мюлемана. Показания к применению. Конструктивные особенности.
53. Каппа Бынина. Показания к применению. Конструктивные особенности.
54. Аппарат Брюкля-Рейхенбаха. Показания к применению. Конструктивные особенности.
55. Нижнечелюстные каппы или пластинки с боковой наклонной плоскостью.
- 56.
57. Показания к применению. Конструктивные особенности.
58. Верхнечелюстные каппы и пластинки с боковой наклонной плоскостью.
59. Показания к применению. Конструктивные особенности.

60. Регулятор функций Френкеля I типа. Показания к применению. Конструктивные особенности.
61. Регулятор функций Френкеля II типа. Показания к применению. Конструктивные особенности.
62. Регулятор функций Френкеля III типа. Показания к применению.
63. Конструктивные особенности.
64. Влияние заболеваний щитообразной железы на развитие зубочелюстного аппарата.
65. Влияние заболеваний коры надпочечников на развитие зубочелюстного аппарата.
66. Влияние заболеваний поджелудочной железы на развитие зубочелюстного аппарата.
67. Нарушение метаболизма и его влияние на развитие зубочелюстной области.
68. Морфологические нарушения в зубочелюстном аппарате, связанные с патологией эндокринной системы.
69. Функциональные нарушения в зубочелюстном аппарате, связанные с патологией эндокринной системы.
70. Синдром Шерешевского-Тернера.
71. Синдром Крузона.
72. Синдром Олбрайта.
73. Синдром Стейтона-Капдепона.
74. Синдром Папийона-Лефевра.
75. Приведите статистические данные распространенности врожденных расщелин губы и неба.
76. Перечислите и раскройте экзогенные и эндогенные факторы, влияющие на формирование челюстно-лицевой патологии.
77. Какой период эмбрионального развития является критическим в отношении расщелины губы и неба?
78. Объясните различие между изолированной и сквозной расщелиной.
79. Меры профилактики врожденных пороков лица детей.
80. Перечислите морфологические нарушения при различных врожденных пороках лица.
81. Перечислите функциональные нарушения при различных врожденных пороках лица.
82. Перечислите эстетические нарушения при различных врожденных пороках лица.

83. Какие основные принципы комплексного лечения пациентов с врожденными пороками лица.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Выяснить возраст ребенка, учитывая данные анамнеза. Определить период формирования ЗЦС за Л.П. Зубковой, Ф.Я. Хорошилкиной.
2. Обратить внимание на отличительные черты временных и постоянных зубов (цвет, размер коронки, стертость бугорков, форму и т.д.).
3. Определить дефект отдельных зубов на основании оценки фото пациентов или клинического обследования.
4. Поставить диагноз по соответствующей классификации дефектов зубов.
5. Назначить соответствующую конструкцию для замещения дефекта коронковой части зуба
6. Провести на моделях припасовку штифтового зуба .
7. Провести на моделях припасовку стандартной металлической коронки.
8. Провести клиническое обследование. Выяснить возраст ребенка, учитывая данные анамнеза. Определить период формирования ЗЦС за Л.П. Зубковой, Ф.Я. Хорошилкиной.
9. Обратить внимание на отличительные черты временных и постоянных зубов (цвет, размер коронки, стертость бугорков, форму и т.д.).
10. Определить дефект отдельных зубов на основании оценки фото пациентов или клинического обследования.
11. Поставить диагноз по соответствующей классификации аномалии зубов.
12. Назначить соответствующую конструкцию для замещения дефекта.
13. Провести на моделях черчение базиса полного съемного протеза.
14. Анализ ОПТГ, ТРГ, КДМ.
15. Составить план лечения.
16. Снять оттиск, отлить модель.
17. Провести курацию больного с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области;
18. Поставить диагноз травматического повреждения челюстно-лицевой области по предложенным классификациям;
19. Обосновать необходимость назначения ортопедического лечения;
20. Выбрать конструкцию ортопедического аппарата в зависимости от возраста и травматического повреждения челюстно-лицевой области.
21. Обратить внимание на отличительные черты временных и постоянных зубов (цвет, размер коронки, стертость бугорков, форму и т.д.).
22. Составить план лечения, обосновать выбор конструкции аппарата
23. Дать характеристику аппарата по классификации Хорошилкиной-Малыгина.
24. Снять оттиск для изготовления аппарата.
25. Припасовать аппарат в полости рта или на КДМ.

26. Студенты должны научиться в условиях ортодонтического кабинета провести активацию и коррекцию различных элементов одно- и двучелюстных ортодонтических аппаратов.
27. Студенты должны научиться в условиях ортодонтического кабинета и в условиях зуботехнической лаборатории изготовить одно- и двучелюстной ортодонтический аппарат в соответствии с последовательностью клинических и лабораторных этапов.
28. Определить признаки нарушений твердых тканей зубов.
29. Определить признаки нарушений тканей пародонта.
30. Определить признаки нарушений слизистой оболочки полости рта.
31. Определить аномалии зубов, зубных рядов и прикуса.
32. Составить план профилактики зубочелюстных аномалий при эндокринных заболеваниях, заболеваниях обмена веществ.
33. Овладеть методикой курации пациента с эндокринными заболеваниями и заболеваниями обмена веществ.
34. Уметь планировать профилактические ортодонтические мероприятия у пациентов с заболеваниями эндокринной системы и обмена веществ.
35. Уметь дифференцировать синдромные заболевания, проявляющихся в полости рта (Шерешевского-Тернера, Крузона, Олбрайта, Стейтона-Капдепона, Папийона-Лефевра).
36. Описать методику проведения клинических функциональных проб у пациентов с врожденными пороками развития лица.
37. Определить вид врожденного порока развития лица, поставить диагноз, выбрать метод лечения и последовательность лечебных мероприятий.
38. Провести осмотр лица, преддверия полости рта, собственно полости рта у пациентов с врожденными пороками развития лица.
39. Охарактеризовать прикус в трёх плоскостях у пациентов с врожденными пороками развития лица.
40. Уметь снять оттиски у пациентов с рашелинами для изготовления obturators, защитных пластинок, преформирующих аппаратов.

Содержание темы:

Методические рекомендации 1-9.

Материалы для самоконтроля:

А. Задания для самоконтроля (таблицы, схемы, рисунки, графики):

1. Записать в конспект классификации дефектов зубов Куриленко, Вознюк, Аникиенко, Цитрин.
2. Записать в альбоме этапы изготовления стандартных металлических коронок; штифтовых зубов, вкладок.
3. Записать в альбоме этапы изготовления полных съемных протезов.
4. Записать в конспект классификации дефектов зубов Чуприниной-Аникиенко.

5. Записать в альбоме этапы изготовления стандартных металлических коронок; штифтовых зубов, вкладок.
6. Зарисовать в альбоме несъемные ортодонтические аппараты согласно классификации.
7. Зарисовать в альбоме различные виды механических и функциональных съемных ортодонтических аппаратов.
8. Зарисовать в альбоме структурно-логическую схему занятия.
9. Зарисовать в альбоме схему эмбрионального развития челюстно-лицевой области.
10. Зарисовать таблицу «Классификация врожденных пороков развития челюстно-лицевой области по ВОЗ».
11. Зарисовать в альбоме схему морфологических нарушений при различных пороках челюстно-лицевой области.
12. Зарисовать в альбоме схему функциональных нарушений при различных пороках челюстно-лицевой области.
13. Зарисовать в альбоме схему эстетических нарушений при различных пороках челюстно-лицевой области.

Б. Задачи для самоконтроля:

Тестовые задания.

1. В каком возрасте регистрируют наибольшее количество дефектов зубов у детей?
 - А. 5 лет
 - В. 8 лет
 - С. 10 лет
 - Д. 12 лет
 - Е. 15 лет
2. По какой классификации определяют аномалии дефектов зубов у детей?
 - А. Бетельмана
 - В. Вознюк
 - С. Кеннеди
 - Д. Агапова
 - Е. Триля
3. Какой этиологический фактор способствует развитию дефектов зубов у детей?
 - А. Нарушение миодинамического равновесия
 - В. Кариес
 - С. Аномалии прикрепления мягких тканей
 - Д. Степень сформированности корней зубов
 - Е. Парафункции языка
4. Что положено в основу метода тензогнатодинамометрии?
 - А. Сила провоцирования боли
 - В. Состояние тканей пародонта
 - С. Анатомическая форма зуба

- Д. Степень сформированности корней зубов
Е. Степень резорбции корней зубов
5. Какой метод лечения целесообразно использовать при лечении множичных кариозных полостей во временных резцах?
- А. Ковпачкову реставрацию
В. Вкладку
С. Стандартную металлическую коронку
Д. Штифтовую конструкцию
Е. Штифтовую коронку вкладку
6. Какой метод лечения целесообразно использовать при лечении множественных кариозных полостей во временных молярах?
- А. Ковпачкову реставрацию
В. Вкладку
С. Стандартную металлическую коронку
Д. Штифтовую конструкцию
Е. Штифтовую коронку вкладку
7. Профилактические коронки применяют в следующих случаях:
- А. При травматических отломах коронки без нарушения целостности полости зуба;
В. При отломах на уровне шейки зуба;
С. При травме коронковой части зуба с несформированным корнем;
Д. При переломах корня зуба;
Е. Восстановление высоты прикуса
8. Постоянные искусственные коронки применяют в следующих случаях:
- А. Для замещения дефектов отдельных зубов;
В. При отломах коронковой части зуба;
С. При переломах корня;
Д. При травме коронковой части зуба с несформированным корнем;
Е. Для удержания ортодонтической конструкции
9. Для восстановления постоянных моляров, которые прорезались с гипоплазией, используют:
- А. Ковпачкову реставрацию
В. Вкладку
С. Стандартную металлическую коронку
Д. Штифтовую конструкцию
Е. Штифтовую коронку вкладку
10. При тотальном дефекте коронковой части временных резцов используют
- А. Ковпачкову реставрацию
В. Вкладку
С. Стандартную металлическую коронку
Д. Индивидуальную пластмассовую коронку
Е. Штифтовую коронку вкладку
11. Размеры искусственных коронок временных зубов (в наборе) колеблются в размерах

- А. от 2 до 7.
 - В. от 3 до 5
 - С. от 2 до 5
 - Д. от 2 к 9
 - Э. от 2 до 11
12. Подбор искусственной коронки осуществляется с помощью
- А. Флосса
 - В. Штангенциркуля
 - С. Кофердама
 - Д. Матрицедержателя
 - Е. Щипцов Адамса
13. Острые края металлической коронки сглаживают с помощью
- А. Полировочной резинки
 - В. Полировочной щеточки
 - С. Абразивного камня
 - Д. Штрипсы
 - Е. Полировочного колпачка
14. Для одномоментного изготовления штифтового зуба необходимо иметь:
- А. Ортодонтическую проволоку, воск моделировочный, самополимеризующуюся пластмассу.
 - В. Ортодонтическую проволоку, воск, гипс, искусственный зуб.
 - С. Самополимеризующуюся пластмассу
 - Д. Моделировочную пластмассу
 - Е. Ортодонтическую проволоку, самополимеризующуюся пластмассу и искусственный пластмассовый зуб.
15. Минимальная толщина штифта должна составлять:
- А. Не менее чем 0,9мм
 - В. Не менее чем 0,5мм
 - С. Не меньше чем 1,5мм
 - Д. Не менее чем 0,4мм
 - Е. Не менее 2,5мм
16. Классификация дефектов коронковой части зубов, предложенная В.С. Куриленко, разделяет все дефекты на:
- А. Дефекты только с живой пульпой
 - В. Дефекты депульпированных зубов
 - С. Дефекты постоянных зубов
 - Д. Дефекты зубов временных
 - Е. Дефекты депульпированных зубов и зубов с живой пульпой
17. Абсолютным противопоказанием к использованию корней под штифтовые зубы являются:
- А. Пародонтоз
 - В. Повреждение зуба ниже уровня десны
 - С. Подвижность 3 степени, зубы с незавершенным формированием корня.
 - Д. Подвижность 2 степени

Е. Временные зубы

18. Индекс повреждения окклюзионной поверхности зуба предложил:

А. Блэк

В. Миликевич

С. Куриленко

Д. Неспрядько

Е. Цитрин

19. Длина штифта в случае изготовления штифтовых зубов должна составлять:

А. 10-12мм

В. 5-8мм

С. 1/2 длины корня

Д. 4-16мм

Е. Не меньше высоты будущей коронки

20. Штифтовой зуб за Ричмондом имеет следующие составляющие:

А. Штифт, надкорневую капу (полное кольцо с донцем) и коронку.

В. Штифт, надкорневую пластинку и коронку зуба

С. Штифт и литую коронку

Д. Штифт и вкладку

Е. Штифт и штампованную коронку

1. В каком возрасте регистрируют наибольшее количество дефектов зубов у детей?

А. 8 лет

В. 5 лет

С. 10 лет

Д. 12 лет

Е. 15 лет

2. По какой классификации определяют аномалии дефектов зубов у детей?

А. Вознюк

В. Бетельмана

С. Кеннеди

Д. Агапова

Е. Триля

3. Какой этиологический фактор способствует развитию дефектов зубов у детей?

А. Кариес

В. Нарушение миодинамического равновесия

С. Аномалии прикрепления мягких тканей

Д. Степень сформированности корней зубов

Е. Парафункции языка

4. Что положено в основу метода тензогнатодинамометрии?

А. Сила провоцирования боли

В. Состояние тканей пародонта

С. Анатомическая форма зуба

- Д. Степень сформированности корней зубов
 - Е. Степень резорбции корней зубов
5. Какой метод лечения целесообразно использовать при лечении множичных кариозных полостей во временных резцах?
- А. Колпачковую реставрацию
 - В. Вкладку
 - С. Стандартную металлическую коронку
 - Д. Штифтовую конструкцию
 - Е. Штифтовую коронку вкладку
6. Какой метод лечения целесообразно использовать при лечении множественных кариозных полостей во временных молярах?
- А. Колпачковую реставрацию
 - В. Вкладку
 - С. Стандартную металлическую коронку
 - Д. Штифтовую конструкцию
 - Е. Штифтовую коронку вкладку
7. Профилактические коронки применяют в следующих случаях:
- А. При травматических отломах коронки без нарушения целостности полости зуба;
 - В. При отломах на уровне шейки зуба;
 - С. При травме коронковой части зуба с несформированным корнем;
 - Д. При переломах корня зуба;
 - Е. Восстановление высоты прикуса
8. Постоянные искусственные коронки применяют в следующих случаях:
- А. Для замещения дефектов отдельных зубов;
 - В. При отломах коронковой части зуба;
 - С. При переломах корня;
 - Д. При травме коронковой части зуба с несформированным корнем;
 - Е. Для удержания ортодонтической конструкции
9. Для восстановления постоянных моляров, которые прорезались с гипоплазией, используют:
- А. Колпачкову реставрацию
 - В. Вкладку
 - С. Стандартную металлическую коронку
 - Д. Штифтовую конструкцию
 - Е. Штифтовую коронку вкладку
10. При тотальном дефекте коронковой части временных резцов используют
- А. Ковпачкову реставрацию
 - В. Вкладку
 - С. Стандартную металлическую коронку
 - Д. Индивидуальную пластмассовую коронку
 - Е. Штифтовую коронку вкладку
11. Размеры искусственных коронок временных зубов (в наборе) колеблются в размерах

- А. от 2 до 7.
 - В. от 3 до 5
 - С. от 2 до 5
 - Д. от 2 к 9
 - Э. от 2 до 11
12. Подбор искусственной коронки осуществляется с помощью
- А. Флосса
 - В. Штангенциркуля
 - С. Кофердама
 - Д. Матрицедержателя
 - Е. Щипцов Адамса
13. Острые края металлической коронки сглаживают с помощью
- А. Полировочной резинки
 - В. Полировочной щеточки
 - С. Абразивного камня
 - Д. Штрипсы
 - Е. Полировочного колпачка
14. Для одномоментного изготовления штифтового зуба необходимо иметь:
- А. Ортодонтическую проволоку, воск моделировочный, самополимеризующуюся пластмассу.
 - В. Ортодонтическую проволоку, воск, гипс, искусственный зуб.
 - С. Самополимеризующуюся пластмассу
 - Д. Моделировочную пластмассу
 - Е. Ортодонтическую проволоку, самополимеризующуюся пластмассу и искусственный пластмассовый зуб.
15. Минимальная толщина штифта должна составлять:
- А. Не менее чем 0,9мм
 - В. Не менее чем 0,5мм
 - С. Не меньше чем 1,5мм
 - Д. Не менее чем 0,4мм
 - Е. Не менее 2,5мм
16. Классификация дефектов коронковой части зубов, предложенная В.С. Куриленко, разделяет все дефекты на:
- А. Дефекты только с живой пульпой
 - В. Дефекты депульпированных зубов
 - С. Дефекты постоянных зубов
 - Д. Дефекты зубов временных
 - Е. Дефекты депульпированных зубов и зубов с живой пульпой
17. Абсолютным противопоказанием к использованию корней под штифтовые зубы являются:
- А. Пародонтоз
 - В. Повреждение зуба ниже уровня десны
 - С. Подвижность 3 степени, зубы с незавершенным формированием корня.
 - Д. Подвижность 2 степени

Е. Временные зубы

18. Индекс повреждения окклюзионной поверхности зуба предложил:

А. Блэк

В. Миликевич

С. Куриленко

Д. Неспрядько

Е. Цитрин

19. Длина штифта в случае изготовления штифтовых зубов должна составлять:

А. 10-12мм

В. 5-8мм

С. 1/2 длины корня

Д. 4-16мм

Е. Не меньше высоты будущей коронки

20. Штифтовой зуб за Ричмондом имеет следующие составляющие:

А. Штифт, надкорневую капю (полное кольцо с донцем) и коронку.

В. Штифт, надкорневую пластинку и коронку зуба

С. Штифт и литую коронку

Д. Штифт и вкладку

Е. Штифт и штампованную коронку

Челюстно-лицевой участок формируется из:

первой пары жаберных дуг

второй пары жаберных дуг

третьей пары жаберных дуг

четвертой пары жаберных дуг

все ответы правильные

Формирование лица и сращения отростков, которые его образуют, заканчивается в следующие сроки:

на 7 неделе

на 6 неделе

на 5 неделе

на 8 неделе

на 9 неделе

Из тканей первичного неба формируются:

средняя часть верхней губы и верхней челюсти

носовая перегородка

боковые части верхней губы и верхней челюсти

крылья носа

спинка носа

Из тканей вторичного неба формируются:

мягкое небо

средняя часть верхней губы и верхней челюсти

боковые части верхней губы и верхней челюсти

крылья носа

резцовая кость

При рождении ребенка с пороками развития необходимо отправить сообщение в следующее заведение:

центр лечения детей с пороками развития

челюстно-лицевое отделение областной больницы

городскую детскую поликлинику

областную детскую больницу

областную стоматологическую поликлинику

При рождении ребенка со сквозным несращением верхней губы и неба в роддом приглашают:

хирурга-стоматолога и ортодонта

хирурга-стоматолога и терапевта-стоматолога

хирурга-стоматолога и ортопеда-стоматолога

ортопеда-стоматолога и терапевта-стоматолога

ортопеда-стоматолога и ортодонта

При рождении ребенка со сквозным несращением верхней губы и неба необходимо решение следующих вопросов:

все ответы правильные

этапов лечения

сроков оперативных вмешательств

места проведения оперативных вмешательств

кормления ребенка

Классификация морфологических, функциональных и эстетических нарушений при врожденных несращениях предложена:

Ф.Я. Хорошилкиной и Г.Н. Гранчуком

Л.В. Ильиной-Маркосян и А.П. Кибкало

Зиббертом-Малыгиным

Ф.Я. Хорошилкиной и Л.П. Зубковой

Т.В. Шаровой и Г.И. Рогожниковым

Функциональные нарушения при несращении мягкого и твердого неба заключаются в следующем:

все ответы правильные

нарушении функции жевания и глотания

нарушении дыхания

напряжении мимических мышц и нарушении глотания

гнусавостью во время речи

Морфологические нарушения при несращении мягкого и твердого неба заключаются в следующем:

все ответы правильные

деформации верхнего зубного ряда

аномалии расположения передних зубов

глубоком резцовом перекрытии

дефектом или рубцами на небе

Эстетические нарушения при несращении верхней губы заключаются в следующем:

все ответы правильные

уплощение губы

нарушение контура красной каймы

деформации крыла носа

послеоперационных рубцов, остаточных дефектов

В зависимости от степени анатомических изменений различают следующие формы несращений верхней губы:

скрытую, неполную и полную

симметричную, асимметричную

срединную, боковую

врожденную, приобретенную

скрытую, явную

Нарушение функции сосания у новорожденного при изолированном несращении верхней губы обусловлено:

все ответы правильные

нарушением смыкания губ

негерметичностью полости рта

нарушением глотания

укорочением губы

Плавающий obturator изготавливают в следующих случаях:

при несращении мягкого неба

при несращении мягкого и 1/3 твердого неба

при полном несращении твердого неба

при сквозном несращении верхней губы и неба

при несращении альвеолярного отростка

Obturator Ильиной-Маркосян применяют в следующих случаях:

при несращении мягкого и твердого неба

при несращении верхней губы

при несращении альвеолярного отростка

при одностороннем сквозном несращении верхней губы и неба

при двустороннем сквозном несращении верхней губы и неба

Что собой представляет валик Пассавана?

мышечный валик, который образуется при сокращении глоточного констриктора

поперечные небные складки

мышечный валик, который образуется при сокращении мышц языка

валик слизистой в области небно-язычных дужек

валик слизистой в области небно-глоточных дужек

При изготовлении какой конструкции важно получить отпечаток валика Пассавана?

obturatorы

соски для кормления

защитной пластинки

преформированной пластинке

все ответы правильные

Какие функции не свойственны защитной пластинке?

разделение ротовой и носовой полости

защита тканей неба после уранопластики

формирование свода неба

фиксация перевязочного материала

все ответы правильные

Благодаря каким свойствам для получения оттисков при сквозных несращениях верхней губы и неба применяют термопластичные материалы?

меньший риск аспирации

скорость твердения

не дает усадки

приятный вкус

отсутствие противопоказаний к применению

С какого возраста дети с пороками развития подлежат диспансерному наблюдению?

с момента рождения

с 6 мес.

с 1 года

с 3 лет

с 6 лет

В какие сроки завершается диспансерное наблюдение детей с несращениями верхней губы у ортодонта?

после завершения формирования постоянного прикуса

после коррекции носа

после изменения передних зубов

после хейлопластики

после проведения уранопластики

Ортопедический протез с дублирующим зубным рядом применяется в:

постоянном прикусе

период сформированного временного прикуса

поздний период сменного прикуса

ранний период сменного прикуса

период инволюции временного прикуса

Назовите наиболее значимые факторы, приводящие к развитию врожденных пороков лицевого скелета:

все ответы правильные

токсикоз беременности

грипп, респираторные вирусные инфекции, краснуха у беременной

применение медикаментов во время беременности

курение, алкоголизм

Какие эстетические нарушения типичны при несращении верхней губы?

дефект верхней губы
вогнутый профиль лица
выстояние верхней губы
широкая спинка носа
выпуклый профиль лица

У ребенка 2-х лет врожденное несращение мягкого и твердого неба, которое достигает резцового отверстия. Какой наиболее вероятный диагноз?

полное несращение неба
изолированное несращение неба
частичное несращение неба
правильный ответ отсутствует
скрытое несращение неба

Определите сроки проведения уранопластики при неполных несращениях неба.

12-18 мес.

5-7 мес.

8-10 мес.

11-12 мес.

3-6 мес.

В родильное отделение пригласили ортодонта. У новорожденного ребенка полное несращение твердого и мягкого неба. Как должен поступить ортодонт в данном случае?

припасовать преформированный аппарат Т.В. Шаровой
изготовить небную пластинку
изготовить obturator Кеза
изготовить obturator Ильиной-Маркосян
изготовить obturator Часовской

Лечение пациентов с врожденным несращением верхней губы и неба должно быть:

комплексным
логопедическим, ортодонтическим
хирургическим, ортодонтическим
ортодонтическим
ортопедическим, ортодонтическим

Применение какой конструкции obturatorа целесообразно у 9-ти месячного ребенка с врожденным несращением верхней губы и неба? Хейлопластика проведена в 8 месячном возрасте.

Часовской

Ильиной - Маркосян

Рубежной

Шаровой

Мак-Нила

Выберите рациональную конструкцию протеза для 4-х летнего ребенка, у которого диагностировано неполное несращение твердого и мягкого неба.

обтуратор Ильиной-Маркосян
преформированная пластинка Шаровой
защитная пластинка
обтуратор Кеза
обтуратор Часовской

Для снятия оттисков ребенку 2 лет со сквозным левосторонним несращением верхней губы и неба с целью изготовления плавающего обтуратора необходимо применить:

S- подобный шпатель
индивидуальную ложку
металлическую стандартную ложку
пластмассовую стандартную ложку
прямой шпатель

Какой оттисковой материал необходим для снятия оттисков ребенку с двусторонним сквозным несращением верхней губы и неба с целью изготовления плавающего обтуратора?

стенс
стомальгин
репин
гипс
сиэласт

Ребенку, родившемуся с неполным несращением неба, показано изготовление обтуратора. Какие оптимальные сроки начала пользования обтуратором?

2-3 года
3-4 года
5-6 лет

в любом возрасте
в родильном доме

Выберите рациональную ретенционную конструкцию ребенку 12 лет с адентией 12 и 22 зубов и законченным лечением аномалии прикуса, которая возникла вследствие двустороннего сквозного несращения верхней губы и неба.

раздвижной пластиночный частичный съемный протез
адгезивный мостовидный протез
консольный мостовидный протез
мостовидный протез с двумя опорами
бюгельный протез

Какой аппарат следует изготовить 4-х летнему ребенку с несращением альвеолярного отростка и неба с целью протезирования после велопластики для закрытия дефекта твердого неба?

обтуратор
пластинку с винтом
капа Бынина
аппарат Айнсворта

аппарат Андресена

1. При изготовлении полного съемного протеза у детей главное внимание обращают на?

- А. Потерю фиксированной альвеолярной высоты
- В. Степень атрофии альвеолярных отростков
- С. Изменение внешнего вида пациента
- Д. Степень нарушения функции жевания
- Е. Степень нарушения функции глотания

2. По какой классификации определяют аномалии дефектов зубных рядов у детей?

- А. Бетельмана
- В. Вознюк
- С. Кеннеди
- Д. Агапова
- Е. Триля

3. Какой этиологический фактор способствует развитию дефектов зубных рядов у детей?

- А. Нарушение миодинамического равновесия
- В. Врожденные пороки развития
- С. Аномалии прикрепления мягких тканей
- Д. Степень сформированности корней зубов
- Е. Парафункции языка

4. Классификация беззубой верхней челюсти предложена?

- А. Бетельманом
- В. Кенеди
- С. Шредером
- Д. Агаповым
- Е. Келлером

5. Классификация беззубой нижней челюсти предложена?

- А. Бетельманом
- В. Кенеди
- С. Шредером
- Д. Агаповым
- Е. Келлером

6. В классификации Оксмана различают следующее количество типов беззубых челюстей?

- А. Два
- В. Три
- С. Четыре
- Д. Пять
- Е. Шесть

7. Классификация Супле рассматривает на беззубых челюстях:

- А. Поддатливость слизистой оболочки
- В. Высоту альвеолярного отростка

- С. Прикрепление уздечки губы
 - Д. Соотношение альвеолярных дуг в сагиттальной плоскости
 - Е. Соотношение альвеолярных дуг в вертикальной плоскости.
8. Классификация Баянова рассматривает:
- А. Поддатливость слизистой оболочки;
 - В. Степень атрофии альвеолярных отростков;
 - С. Прикрепление уздечки губы;
 - Д. Все способы фиксации протезов;
 - Е. Соотношение альвеолярных дуг в сагиттальной плоскости
9. К механическому способу фиксации протеза относят:
- А. Десневые кламмера
 - В. Импланты
 - С. Пелоты
 - Д. Подъязычное пространство
 - Е. Воздушная камера
10. К физическому способу фиксации протеза относят:
- А. Десневые кламмера
 - В. Импланты
 - С. Пелоты
 - Д. Подъязычное пространство
 - Е. Воздушная камера
11. Для протезирования у грудных детей используются:
- А. Мостовидные протезы
 - В. Обтураторы
 - С. Защитные пластинки
 - Д. Частичные съемные протезы
 - Е. Полные съемные протезы.
12. Оттиск для изготовления плавающего обтуратора снимается при помощи:
- А. Частичной оттискной ложки;
 - В. S-образного шпателя;
 - С. Полной оттискной ложки;
 - Д. Гипсоблока;
 - Е. Индивидуальной оттискной ложки.
13. Ортопедический протез с дублирующим зубным рядом применяется в:
- А. Раннем периоде сменного прикуса;
 - В. Периоде сформированного временного прикуса;
 - С. Позднем периоде сменного прикуса;
 - Д. Постоянном прикусе;
 - Е. Периоде инволюции временного прикуса.
14. Постановка зубов в полном съемном протезе у детей в период временного прикуса производится:
- А. Без учета сагиттальной компенсационной кривой
 - В. Без учета трансверзальной окклюзионной кривой
 - С. Без учета сагиттальной и трансверзальной компенсационной кривых

- Д. С учетом сагиттальной компенсационной кривой
 Е. С учетом трансверзальной компенсационной кривой
15. Постановка зубов во фронтальном участке базиса съемного протеза у детей во временном прикусе производится:
- А. На искусственной десне
 В. На приточке
 С. Изготавливается утолщенный базис 3мм
 Д. Изготавливается утолщенный базис 4мм
 Е. Изготавливается базис толщиной 1мм.
16. Постановка зубов во фронтальном участке базиса съемного протеза у детей в сменном прикусе производится:
- А. На искусственной десне
 В. На приточке
 С. Изготавливается утолщенный базис 3мм
 Д. Изготавливается утолщенный базис 4мм
 Е. Изготавливается базис толщиной 1мм.
17. Частота замены полных съемных протезов у детей в период временного прикуса производится:
- А. Через 6 месяцев
 В. Раз в год
 С. Раз в 3 месяца
 Д. Протезом пользуются до начала фазы временных зубов
 Е. Протезом пользуются до прорезывания первого постоянного зуба
- Направляющая коронка Катца по механизму действия представляет собой?
- функционально-направляющий аппарат
 аппарат механического действия
 функционально-действующий аппарат
 аппарат комбинированного действия
 ретенционный аппарат
- По назначению коронка Катца представляет собой аппарат?
- лечебный
 профилактический
 ретенционный съемный
 лечебно-профилактический
 ретенционный несъемный
- Направляющая коронка Катца представляет собой?
- коронку с наклонной плоскостью
 коронку с накусочной площадкой
 коронку с окклюзионными накладками
 коронку с наклонно-накусочной площадкой
 коронка спетлями Рудольфа
- Направляющая коронка Катца показана при
- небном положении с наличием места для аномально расположенного зуба
 скученности зубов 1-2 степени

вестибулярном положении с наличием места для аномально расположенного зуба

при дистальном сдвиге с наличием места для аномально расположенного зуба скученности 3 степени.

Аппарат Айзенберга состоит из?

опорных коронок и вестибулярных балочек с крючками для тяги

пластинки на в/челюсть, коронок на первые постоянные моляры и вестибулярной дуги

опорных коронок на первые постоянные моляры и вестибулярной дуги

пластинки на н/челюсть, коронок на первые постоянные моляры и вестибулярной дуги

опорных коронок на вторые постоянные моляры и вестибулярной дуги.

Герbst предложил ввести в конструкцию аппарата Айзенберга следующий элемент?

небные касательные балочки

кольца на премоляры

вестибулярную дугу

небную дугу

крючки на клыки

Аппарат Айзенберга применяют для?

орального перемещения фронтальных зубов и для расширения верхнего зубного ряда

орального наклона фронтальных зубов

мезиального перемещения фронтальных зубов

дистального перемещения фронтальных зубов

для расширения зубного ряда.

Аппарат Коркгауза фиксируется с помощью?

коронок или колец на центральные резцы

коронок или колец на клыки

коронок или колец на премоляры

коронок или колец на первые постоянные моляры

коронок или колец на вторые постоянные моляры.

Аппарат Коркгауза применяют для лечения следующей аномалии?

диастемы

вестибулярного положения зуба

небного положения зуба

расширения верхнего зубного ряда

расширения нижнего зубного ряда

Активными элементами аппарата Коркгауза являются?

балочки или крючки

рукообразные пружины

змееподобные пружины

полудуги

кламмера

Активные элементы в аппарате Коркгауза необходимо паять ближе к?

в зависимости от положения зуба

дистальной поверхности коронки

мезиальной поверхности коронки

середине коронки

десневому краю коронки

При устранении корпусного латерального смещения резцов особенностью аппарата Коркгауза есть?

наличие вертикальных балочек с крючками

наличие крючков

наличие вертикальных трубок и пружины Коффина

наличие горизонтальных балочек

наличие балок касательных

Аппарат Поздняковой применяют при лечении?

вестибулярного положения клыка с наличием места в зубной дуге менее, менее чем на 2\3

вестибулярного положения клыка с наличием места в зубной дуге

тортопозиции клыков

вестибулярного положения клыка с наличием места в зубной дуге на $\frac{2}{3}$ величины коронки

вестибулярного положения клыка с наличием места в зубной дуге менее чем на $\frac{1}{3}$

Аппарат Поздняковой представляет собой следующую конструкцию?

коронку на клык и спаянные коронки на второй премоляр и первый моляр с балочками или крючками для тяги

коронки на клыки с балочками или крючками для тяги

коронки на первые постоянные моляры с балочками или крючками для тяги

коронки на резец и первый моляр с балочками или крючками для тяги

коронки на резцы с балочками или крючками для тяги .

Аппарат Э.Энгля состоит из?

дуги, коронок на первые моляры, трубок, гаек, лигатур, крючки

дуги, коронок на премоляры, трубок, гаек, лигатур

коронок на первые постоянные моляры с балочками или крючками для тяги

коронки на клык и спаянные коронки на второй премоляр и первый моляр с балочками или крючками для тяги

коронки на центральные резцы

Стационарная дуга Энгля предназначена для?

интрузии и экструзии зубов

расширения зубной дуги

сужения зубной дуги

удлинения зубной дуги

укорочения зубной дуги

Экспансивную дугу Э.Энгля еще называют?

расширяющей

удлиняющей

суживающей

протрагирующей

ретракционной

Экспансивную дугу Э.Энгля выгибают таким образом, чтобы она?

не касалась зубов в тех участках, где зубная дуга подлежит расширению

прилежала к фронтальным и боковым зубам

касалась вестибулярных поверхностей боковых зубов

имела форму полуэллипса

прилежала к боковым зубам

Конструкция брекета представлена следующими элементами?

паз

штанга

штанга касательная

накусочная площадка

наклонная плоскость

Ортодонтические дуги, которые используются при лечении брекет – техникой, изготавливаются?

из никелид титана

марганца

молибдена

хрома

меди

Для фиксации несъемных аппаратов применяются?

коронки

кламмеры

вестибулярные дуги

дентоалвеолярная фиксация

оральные дуги

Устройство для определения расположения брекета на зубе имеет название?

позиционер

симметрограф

штангенциркуль

антропометр

ринопневмометр

Перед установлением опорной части несъемного аппарата необходимо провести?

физиологическую сепарацию

сошлифовывание апроксимальных поверхностей боковых зубов

сошлифовывание бугорков боковых зубов

герметизацию фиссур

урок гигиены полости рта

Программа перемещения зуба заложена в?

пазе брекета

сечении дуги

толщине основания брекета

толщине лигатур

диаметре дуг

Флекс – дуги еще называют?

сплетеными

вестибулярными

лингвальными

небными

вестибуло-оральными

При выборе метода лечения с помощью несъемной техники необходимо учитывать?

возраст пациента

отношение пациента к лечению

место жительства

анамнез заболевания

умственное развитие

Аппарат Айзенберга по механизму действия представляет собой?

аппарат механического действия

функционально-направляющий аппарат

аппарат комбинированного действия

функционально-действующий аппарат

аппарат сочетанного действия

По назначению аппарат Айзенберга представляет собой?

лечебный

профилактический

ретенционный съемный

лечебно-профилактический

ретенционный несъемный

Аппарат Коркгауза по механизму действия представляет собой?

аппарат механического действия

функционально-действующий аппарат

аппарат комбинированного действия

функционально-направляющий аппарат

аппарат сочетанного действия

По назначению аппарат Коркгауза представляет собой?

лечебный

профилактический

ретенционный съемный

лечебно-профилактический

ретенционный несъемный

Аппарат Поздняковой по механизму действия представляет собой?

аппарат механического действия

функционально-действующий аппарат

аппарат комбинированного действия

функционально-направляющий аппарат

функциональный

По назначению аппарат Поздняковой представляет собой?

лечебный

ретенционный съемный

профилактический

лечебно-профилактический

ретенционный несъемный

Стационарная дуга Энгля по механизму действия представляет собой?

аппарат механического действия

функционально-действующий аппарат

аппарат комбинированного действия

функционально-направляющий аппарат
функциональный

По назначению стационарная дуга Энгля представляет собой аппарат?
лечебный

профилактический

ретенционный съемный

лечебно-профилактический

ретенционный несъемный

Экспансивная дуга Энгля по механизму действия представляет собой?

аппарат механического действия

функционально-действующий аппарат

аппарат комбинированного действия

функционально-направляющий аппарат

функциональный

По назначению экспансивная дуга Энгля представляет собой аппарат?

лечебный

профилактический

лечебно-профилактический

ретенционный

внеротовой

1. К элементам механического действия не относят:

наклонные плоскости

расширяющие винты

расширяющие пружины

вестибулярные дуги

рукообразные толкатели

2. При равномерном сужении зубной дуги применяют винт следующей конструкции:

двусторонний (универсальный)

U-подобный

трапециевидный

V-образный

трехмерный

3. При укорочении и сужении верхней зубной дуги применяется винт следующей конструкции:

трехмерный

V-подобный

трапециевидный

двухмерный

U-подобный

4. Вестибулярную дугу еще называют:

ретракционной

дистализирующей

мезиализирующей

протрагирующей

позиционной

5. Расположение вестибулярной дуги на поверхности зуба зависит от:

угла вестибулярного наклона зуба

групповой принадлежности зубов

направления перемещения зубов

количества перемещаемых зубов
наличия места в зубной дуге

6. Рукообразную пружину с завитком применяют для:

мезио-дистального перемещения зубов

вестибулярного перемещения зубов

орального перемещения зубов

расширения зубного ряда

лингвально-перемещении зубов

7. К расширяющим пружинам относят:

булавовидную

пальцевидную

S-образную

овальную

рукообразную

8. При изготовлении пластиночных аппаратов на верхнюю челюсть целесообразно следующее расположение кламмерных линий:

диагонально

продольно

трансверзально

сагиттально

вертикально

9. При изготовлении пластиночных аппаратов на нижнюю челюсть целесообразно следующее расположение кламмерных линий:

трансверзально

продольно

диагонально

сагиттально

вертикально

10. Фиксацию по М.А. Нападову применяют при следующих условиях:

низких коронках зубов

высоких коронках зубов

хорошо выраженном экваторе

при сочетании ЗЧА с дефектом зубного ряда

при дистальном прикусе

11. Для расширения нижней зубной дуги применяют следующий винт:

двусторонний (универсальный)

трехмерный

веерообразный

U-подобный

трехкратный

12. В качестве толкателя возможно применение следующей конструкции винта:

U-подобный

трехмерный

веерообразный

универсальный

трехкамерный

13. Для устранения протрузии фронтальных зубов применяют:

вестибулярную дугу

небную дугу

пружину Коффина

протрагирующие пружины

пружину Калвелеса

14. Для устранения ретрузии фронтальных зубов применяют:

протрагующие пружины

булавообразную пружину

небную дугу

вестибулярную дугу

боковую дугу

15. Для мезио-дистального перемещения отдельных зубов применяют:

рукообразную пружину

овальную пружину

толкатели

вестибулярную дугу

стопоры

16. Для устранения вестибулярного наклона боковых резцов применяют:

вестибулярную дугу с давящей петлей

вестибулярную дугу с двумя полукруглыми изгибами

вестибулярную дугу с М-образными изгибами

вестибулярную дугу по Дорошенко

вестибулярную дугу с П-образным изгибами

17. Для устранения вестибулярного положения клыков применяют:

вестибулярную дугу с М-образными изгибами

вестибулярную дугу по Дорошенко

вестибулярную дугу с двумя полукруглыми изгибами

многозвеньевую вестибулярную дугу

трехгранную вестибулярную дугу

18. Для устранения небного наклона одного из резцов применяют:

протрагирующую пружину

пружину Коффина

рукообразную пружину

вестибулярную дугу с давящей петлей

дугу с М-образными изгибами

19. Механизм действия окклюзионных накладок состоит в:

коррекции зубоальвеолярной высоты

изменении положения нижней челюсти относительно верхней

вестибулярном перемещении зубов

стимуляции роста челюстей

лингвальном перемещении зубов

20. К пружинам для мезио-дистального перемещения зубов относят:

рукообразную пружину

пружину Коффина

пружину Дорошенко

S-образную пружину

пружину Коллера

21. Наклонная плоскость моделируется под углом 45° в случае:

орального наклона фронтальной группы зубов

скупенного положения зубов во фронтальном участке

правильного наклона фронтальной группы зубов

вестибулярного наклона фронтальной группы зубов
при наличии диастем и трем во фронтальном участке

22. К аппаратам механического действия относится:

аппарат на нижнюю челюсть с вестибулярной дугой и винтом

активатор Андресена-Гойпля

аппарат на нижнюю челюсть с окклюзионными накладками

аппарат Брюкля-Рейхенбаха

регулятор функций Френкеля

23. Вестибулярная дуга с двумя полукруглыми изгибами активируется:

один раз в две недели

один раз в месяц

один раз на два месяца

каждый день

каждые 3 дня

24. Каждая активация ортодонтического винта осуществляется:

на один оборот

на пол-оборота

на два оборота

на четверть оборота

на три оборота

25. S-образная пружина активируется путем:

растягивания

перебазирования

раскручивания

сжатия

распиливания

26. Вестибулярную дугу с М-образными изгибами применяют для:
небного наклона клыков, которые прорезались вне зубной дуги

латерального перемещения резцов

мезиального перемещения клыков

дистального перемещения клыков

лингвального перемещения клыков

27. Змеевидная пружина применяется для:

вестибулярного отклонения зубов

мезио-дистального перемещения зубов

орального наклона фронтальных зубов

расширения верхнего зубного ряда

расширения нижнего зубного ряда

28. Для расширения верхнего зубного ряда применяется:

пружина Коффина

пружина Дорошенко

пружина с завитком

пружина Коллера

пружина Бетельмана

29. Пружина Коллера применяется для?

расширения нижнего зубного ряда

расширения верхнего зубного ряда

мезио-дистального перемещения зубов

вестибуло-орального перемещения
орального наклона фронтальных зубов

30. Для равномерного расширения верхнего зубного ряда применяют:
две пружины Коффина, открытые в противоположных направлениях
булавовидную пружину, открытую вперед
пружину Коффина, открытую вперед
пружину Коффина, открытую дистально
пружину Бетельмана открытую в противоположных направлениях

31. Для дистального перемещения одного или двух моляров применяют:
скелетированный винт с П-образным штифтом
змееобразную пружину
пружину с завитком
небную дугу

булавковидную пружину, открытую вперед
32. Винт Вайзе относят к следующей группе винтов:
межчелюстного действия
изменяющих трансверзальные размеры зубных дуг
изменяющих сагиттальные размеры зубных дуг
изменяющих расположение групп зубов
изменяющих расположение отдельных зубов

33. Оральные дуги применяют для:
фиксации и вестибулярного перемещения фронтальных зубов
фиксации и орального наклона фронтальных зубов
фиксации и медиального перемещения зубов

фиксации и дистального перемещения зубов
мезио-дистального перемещения боковых зубов

34. Вестибулярная дуга с давящей петлей применяется при:

аномальном расположении одного из фронтальных зубов

аномальном расположении всех фронтальных зубов

аномальном расположении одного из моляров

протрузии фронтальных зубов

мезиоокклюзии всех фронтальных зубов

35. Накусочная площадка предназначена для:

усиления давления на зубы и альвеолярный отросток во фронтальном участке
и разобщения прикуса в боковых участках

усиления давления на зубы и альвеолярный отросток в боковых участках и
разобщения прикуса во фронтальном участке

стимуляции развития апикального базиса челюстей в трансверзальном
направлении

задержки развития апикального базиса челюстей в трансверзальном
направлении

усиления давления на зубы и альвеолярный отросток в боковых участках и
без разобщения прикуса во фронтальном участке

1. К заболеваниям эндокринной системы относятся:

гипотиреоз

рахит

краснуха

гиповитаминоз

корь

2. К заболеваниям эндокринной системы относятся:

сахарный диабет

скарлатина

краснуха

гипервитаминоз

авитаминоз

3. К заболеваниям эндокринной системы относятся:

гипертиреоз

корь

краснуха

рахит

авитаминоз

4. К заболеваниям обмена веществ относятся:

авитаминоз

скарлатина

болезнь Аддисона

корь

сахарный диабет

5. К заболеваниям обмена веществ относятся:

рахит

гипертиреоз

краснуха

гипотиреоз

болезнь Аддисона

6. К заболеваниям обмена веществ относятся:

гипервитаминоз

сахарный диабет

диффузный токсический зоб

корь

врожденный адреногенитальный синдром

7. К детским инфекционным заболеваниям относятся:

скарлатина

болезнь Аддисона

рахит

гипервитаминоз

цинга

8. К детским инфекционным заболеваниям относятся:

краснуха

рахит

сахарный диабет

гипертиреоз

авитаминоз

9. К детским инфекционным заболеваниям относятся:

корь

диффузный токсический зоб

рахит

болезнь Аддисона

врожденный адреногенитальный синдром

10. К эндокринным заболеваниям относятся:

врожденный адреногенитальный синдром

скарлатина

рахит

авитаминоз

цинга

11. К заболеваниям обмена веществ относятся:

цинга

болезнь Аддисона

корь

скарлатина

гипотиреоз

12. К заболеваниям эндокринной системы относятся:

болезнь Аддисона

краснуха

рахит

цинга

скарлатина

13. При диффузном токсическом зобе наблюдается:

ранняя минерализация коронок постоянных зубов

отставание зубного возраста от хронологического

множественный кариес молочных зубов

задержка прорезывания молочных зубов

развитие гигантских постоянных зубов

14. Отставание костного возраста от хронологического наблюдается:

при гипотиреозе

при гипогликемии

при агранулоцитозе

гипертиреозе

сахарном диабете

15. Ускорения сроков развития зачатков постоянных зубов:

при гигантизме

при агранулоцитозе

гипертиреозе

сахарном диабете

серповидноклеточной анемии

16. При церебрально-гипофизарном нанизме наблюдается:

микростомия

ретенированные зубы

задержка прорезывания зубов

нарушения микротвердости дентина

макростома

17. Профилактика зубочелюстных аномалий при кретинизме не включает в себя применение:

кортикостероидов

йодированной соли

препаратов кальция

витамина А

витамина D

18. При врожденном гипотиреозе происходит задержка прорезывания временных зубов:

на 1-2 года

на 4-5 лет

на 6-7 лет

на 2-3 года

на 3-4 года

19. При врожденном гипотиреозе определяется задержка формирования корней постоянных зубов:

на 2-3 года

на 4-5 лет

на 6-7 лет

на 1-2 года

на 3-4 года

20. Наиболее распространенным поражением твердых тканей при ранней гипофункции паращитовидных желез является:

гипоплазия эмали

кариес

клиновидный дефект

гиперплазия эмали

отсутствие эмали

21. Увеличения размеров ветви нижней челюсти и деформация прикуса происходит при

акромегалии

гигантизме

агранулоцитозе

гипертиреозе

сахарном диабете

22. Рахитическая нижняя челюсть имеет форму:

трапеции

треугольника

полукруга

полуэллипса

параболы

23. Специфическая профилактика рахита у здоровых детей может начинаться:

с 2-го месяца жизни

с 1-й недели жизни

с 1-го месяца жизни

с 2-й недели жизни

с 1-го года жизни

24. Специфическая профилактика рахита для недоношенных детей может начинаться:

с 2-й недели жизни

с 1-й недели жизни

с 2-го месяца жизни

с 1-го месяца жизни

с 5-й недели жизни

25. Болезнь Иценко-Кушинга в челюстных костях вызывает:

остеопороз

остеомалацию

десквамацию

остеонекроз

остеомиелит

26. Гипопаратиреоз у детей чаще вызывает:

тетанию и спазмофилию

атаксию и гемофилию

спазмалгию и гемостаз

дискинезию и моноклеоз
атонию и микседему

27. Недостаток стероидного гормона коры надпочечников кортизона вызывает развитие в челюстных костях:

остеопороза
остеонекроза
остеомалиции
остеосаркомы
остеомиелита

28. Раннее проявление сахарного диабета в полости рта проявляется:

сухостью, жжением слизистых оболочек
гиперчувствительностью слизистых оболочек, повышенным
слюноотделением

множественным кариесом, гиперпластическим некрозом сосочков языка
рецессией десны и множественным афтозным стоматитом
заболеванием тканей пародонта, ранней потерей молочных зубов

29. Соматотропный гормон:

выделяется передней долей гипофиза, контролирует рост скелета
выделяется средней долей гипофиза, влияет на прорезывание зубов
выделяется задней долей гипофиза, влияет на порядок прорезывания зубов
выделяется гипоталамусом, влияет на степень минерализации зубов
выделяется надпочечниками, влияет на пролиферацию остеобластов

30. Под влиянием избыточного количества эстрогена (женского полового гормона) у ребенка происходит:

преждевременное прекращение роста костей и задержка прорезывания зубов
ускоренное развитие скелета и зубочелюстной системы
уменьшение количества кальция и фосфора в крови

остеопороз костей и задержка прорезывания временных зубов
развитие заболеваний тканей пародонта, и ранняя потеря молочных зубов

31. Недостаточное выделение гормона вазопрессина (несахарный диабет) приводит к:
появлению сухости в полости рта и постоянному чувству жажды
множественному кариесу, гиперпластическому некрозу сосочков языка
гиперчувствительности слизистых оболочек, повышенному слюноотделению
заболеваниям тканей пародонта, ранней потере молочных зубов
отставанию зубного возраста от хронологического

32. Гипопаратиреоз (недостаточность гормона паращитовидной железы) в полости рта вызывает:
парестезию слизистых оболочек и одонталгию
нарушения микротвердости дентина и эмали
заболевания тканей пародонта, раннюю потерю зубов
ускоренное развитие скелета и зубочелюстной системы
прекращение роста костей и задержку прорезывания зубов

33. При гигантизме постоянные зубы:
не изменяются
увеличиваются
уменьшаются
удлиняются
укорачиваются

34. Болезнь Иценко-Кушинга гипофизарного происхождения приводит к развитию:
ожирения, а также остеопороза костей
облысения и ломкости ногтей
кахексии и остеонекрозу костей

гиперцементоза корней и зачатков зубов
остеомалации и тетании

35. Когда на этапе эмбрионального развития начинают функционировать железы коры надпочечников и щитовидная железа?

на 8-12 неделе внутриутробного развития

на 18-22 неделе внутриутробного развития

на 5-7 неделе внутриутробного развития

к концу 5 месяца внутриутробного развития

на 6 месяце внутриутробного развития

В зависимости от механизма действия внешние этиологические факторы делят на такое количество групп:

три

одну

две

четыре

пять

Ребенку, от родителей или ближайших родственников, не передается по наследству:

системная гипоплазия эмали

тип лица

размеры челюстей и их расположение

количество зубов

размеры и форму зубов

Факторы, которые действуют во время внутриутробного развития ребенка, приводят к:

врожденным ЗЧА и недостаткам развития

приобретенным ЗЧА

унаследованным ЗЧА

деформациям прикуса
преждевременным родам
Постнатальные факторы приводят к:
приобретенным ЗЧА
врожденным ЗЧА
унаследованным ЗЧА
недостаткам развития
преждевременным родам
Классификация детских вредных привычек предложена:

В.П.Окушко

Ф.Я.Хорошилкиной

Л.П.Зубковой

Л.Б.Лепорской

Л.И.Ильиной-Маркосян

К первой группе вредных привычек относят:

привычки сосания

парафункции языка

нарушение миодинамического равновесия

нарушение функции жевания

нарушение осанки

Ко второй группе вредных привычек относят:

аномалии функции или функции, которые неправильно протекают

привычки сосания

нарушение миодинамического равновесия

нарушение осанки неправильные позотонические рефлексы
механические привычки

К третьей группе вредных привычек относят:

зафиксированные позотонические рефлексы, которые определяют
неправильное положение частей тела в покое

привычки сосания пальцев, щек, соски, прикусывание нижней губы
аномалии функции (зафиксированные функции, которые неправильно
протекают)

привычка прокладывания языка между зубными рядами
механические и химические привычки

Прогностические коэффициенты для определения вероятности
возникновения зубочелюстной аномалии разработаны:

Л.Б.Лепорской

Ф.Я.Хорошилкиной

Л.П.Зубковой

Л.И.Ильиной-Маркосян

В.П.Окушко

Лордоз, кифоз, сколиоз относят к:

зафиксированным позотоническим рефлексам, которые определяют
неправильное положение частей тела

аномалиям функции которые определяют неправильное положение частей
тела

нарушениям миодинамического равновесия, которые влияют на неправильное
положение частей тела

привычкам пространственного соотношения которые влияют на
неправильное положение частей тела

механическим и химическим привычкам, которые влияют на неправильное
положение частей тела

Вредная привычка подкладывания кулачка под подбородок относится к такой
группе (по В.П.Окушко):

третьей

первой

второй

первой и второй

второй и третей

Привычка грызть ногти относится к такой группе (по В.П.Окушко):

первой

второй

третьей

первой и второй

второй и третей

Какая локализация множественного кариеса зубов может привести к укорочению зубного ряда:

апроксимальных поверхностей

жевательных поверхностей

в пришеечной области

кариес режущих поверхностей

кариозные полости 5 класса по Блеку

К аномалиям прикрепления мягких тканей полости рта не относят:

рецессию десны

аномалии уздечки верхней губы

аномалии уздечки языка

аномалии уздечки нижней губы

мелкое преддверие полости рта

Этиологическим фактором в развитии сверхкомплектных зубов может быть:

нарушение в процессе эмбриогенеза

характер питания

вредные привычки

хронический остеомиелит

раннее удаление временных зубов

Наиболее частым фактором возникновения дефектов зубного ряда является:

кариес и его осложнения

травма

гипоплазия

флюороз

вредные привычки

Нормальная уздечка верхней губы прикреплена следующим образом:

на 5 мм выше десневого сосочка

к межзубному десневому сосочку

на 7-10 мм выше десневого сосочка

выше переходной складки

на 6-8 мм выше десневого сосочка

При определении силы уздечки губы ориентируются на изменение в области:

межзубного десневого сосочка

переходной складки

прикрепления на губе

преддверия полости рта

красной каймы губ

При определении рахита, как фактора развития ЗЧА, второстепенным является:

количество витамина D₃ в крови

форма зубных дуг

форма угла грудной клетки

местоположение лобного родничка

искривление голеней

При определении ретенированных зубов, как фактора развития ЗЧА, обязательно проведение:

рентгенологического исследования

биометрии контрольно-диагностических моделей

антропометрии лица

определения жевательной эффективности

фотометрии лица

Абсолютная или относительная макродензия чаще оказывает содействие развитию следующей ЗЧА:

аномалиям построения зубного ряда

аномалиям прикуса

аномалиям расположения челюстей относительно основания черепа

аномалиям размера челюстей

аномалиям формы зубного ряда

Задержка прорезывания относится к нарушениям:

сроков прорезывания зубов

аномалиям построения зубного ряда

созревания зубного ряда

аномалиям формы зубного ряда

аномалиям отдельных зубов

Какая локализация множественного кариеса зубов может привести к изменению высоты прикуса:

жевательных поверхностей временных моляров

апроксимальных поверхностей временных моляров

пришеечной области зуба

кариес режущих поверхностей

кариозные полости 5 класса по Блеку

Инфантильный тип глотания является физиологическим признаком следующего периода прикуса:

первого периода временного прикуса

периода формирования постоянного прикуса

первого периода сменного прикуса

второго периода сменного прикуса

второго периода временного прикуса

Чаще всего к развитию патологии прикуса приводят:

наследственность и раннее удаление временных зубов

раннее удаление временных зубов и нарушение функции дыхания

редукция корней зубов нижней или верхней челюсти и адентия

нарушение функции речи и глотания

общая соматическая патология на фоне недостаточного роста челюстей

Зубочелюстная аномалия это:

неправильное развитие отдельных зубов, зубных рядов, челюстей и мягких тканей

смещение зубных рядов под влиянием эндогенных и экзогенных факторов

неправильное соотношение на первых молярах и клыках в сагиттальной плоскости

нарушение функций полости рта под влиянием зубочелюстной патологии

неправильное положение отдельных зубов, что привело к эстетическим нарушениям

Аномалийный прикус это:

прикус, при котором отмечается аномалийное положение отдельных зубов, деформация зубных дуг или их неправильное соотношение

прикус, при котором наблюдается аномалийная позиция отдельных зубов, и нарушение функций полости рта

прикус, при котором нарушается соотношение зубных дуг в результате неправильного положения отдельных зубов

прикус, при котором нарушаются эстетическая и функциональная составляющие, что приводит к развитию аномалий отдельных зубов
прикус, при котором нарушаются соотношения в сагиттальной, вертикальной и горизонтальной плоскостях

Окклюзия – это:

смыкание зубных рядов при максимальном контакте зубов антагонистов

смыкание первых постоянных моляров и клыков

смыкание резцов при наличии правильного перекрытия

смыкание клыков при наличии множественного контакт между антагонистами

смыкание зубов в физиологическом покое при их максимальном контакте

Патологическим считается прикус при котором:

значительные морфологические нарушения прикуса приводят к стойким нарушениям функции и эстетики лица

значительные морфологические нарушения прикуса приводят к значительному смещению на первых молярах

значительные морфологические нарушения прикуса приводят к значительному смещению на молярах и клыках

значительные морфологические нарушения прикуса приводящие к смещению во всех трех плоскостях

значительные морфологические нарушения прикуса приводящие к значительной деформации зубных рядов

Деформация это:

прогрессирующие, со временем, изменения размеров или формы тела под влиянием внешних или внутренних факторов, приводящих к нарушению функции

прогрессирующие, со временем, изменения размеров или формы тела, приводящих к нарушению формы зубов, зубных рядов и альвеолярных отростков

прогрессирующие, со временем, изменения размеров или формы зубных рядов под влиянием внешних или внутренних факторов, что приводит к искривлению кривой Шпее

прогрессирующие, со временем, изменения размеров или формы зубных рядов под влиянием внешних или внутренних факторов, что приводит к развитию феномена Попова-Годона

прогрессирующие, со временем, изменения размеров или формы зубных рядов под влиянием внешних или внутренних факторов, что приводит к нарушению дентиногенеза

Формированию прогнатического прикуса не оказывают содействия такие вредные привычки:

ротового дыхания

сосания пальца

закусывания нижней губы

смешанного дыхания

подкладывания кулачка под щеку во время сна

При инфантильном типе глотания кончик языка отталкивается от:
сомкнутых губ

альвеолярных отростков

твердого неба

верхних фронтальных зубов

нижних фронтальных зубов

Этиологическая часть диагноза ставится на основании данных
клинического обследования

рентгенологических исследований

фотометрических исследований

биометрических исследований

антропометрических исследований

Определить из ниже перечисленных факторов наиболее вероятный в
развитии перекрестного прикуса:

несошлифованные бугорки молочных моляров

ротовое дыхание

закусывание нижней губы

прикусывание языка

инфантильный тип глотания

В нарушении формирования зубочелюстной системы плода важную роль
играют такие внешние факторы:

сдавление брюшной стенки тесной одеждой

продолжительность светового дня

температура окружающей среды

режим труда и отдыха
продолжительность приема пищи

Литература.

Основная литература:

1. Детское зубное протезирование: учебник /Флис П.С., Триль С.И., Вознюк В.П.; под ред. Проф. П.С. Флиса.- К.: В.С.В. «Медицина», 2010.-С.1-98.
2. Шарова Г.В., Рогожников Г.И. Ортопедическая стоматология детского возраста. М., «Медицина», 1991.С.186-207.
3. Руководство по ортодонтии /под общей редакцией проф. Ф.Я. Хорошилкиной/ М. «Медицина» 1982, -С.589-592.
4. Хорошилкина Ф.Я «Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалий прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой и их комплексное лечение» -М., Медицина, 2006. –С. 510-513;

Дополнительная:

1. Виноградова Т.Н. «Стоматология детского возраста» М. «Медицина», 1987.
2. Григорьева Л.П. Прикус у детей. - Киев: Здоровье, 1995 г. - 1995.- С. 184-204.

Электронные ресурсы:

- 1 Pubmed. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- 2 Google Scholar – Режим доступа: <https://scholar.google.com.ua/>
- 3 BASE. – Режим доступа: <https://www.base-search.net/>
- 4 European Journal of Orthodontics. – Mode of access: <https://academic.oup.com/ejo>
- 5 Angle Orthodontist. – Mode of access: <http://www.angle.org/?code=angf-site>