

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 № 15	Контроль содержательного модуля №2
Курс	V
Факультет	Подготовки иностранных студентов

Полтава 2017

1. Актуальность темы: В современных условиях люди придают все больше значения эстетике лица, гармоничности его строения. Нарушения зубочелюстной области можно предупредить, применяя профилактические мероприятия, используя знания морфологических и функциональных возрастных особенностей развития и формирования зубочелюстного аппарата человека. Рациональное ортодонтическое лечение возможно только после проведения комплексной дифференциальной диагностики, поэтому важно, чтобы врач владел необходимыми знаниями для эффективной клинической оценки ортодонтического статуса пациента. Комплексное индивидуальное обследование зубочелюстной области пациента необходимо для постановки правильного диагноза и выбора плана и метода лечения. Только полное обследование позволит точно классифицировать аномалии зубочелюстной системы, установить степень выраженности морфологических, функциональных и эстетических изменений. Правильность проведения клинических и дополнительных методов обследования позволяет определить причину и механизм развития ортодонтической патологии. Определение этиопатогенетических аспектов зубочелюстных аномалий имеет решающую роль в выборе эффективного и стабильного метода лечения индивидуально для каждого пациента. Поэтому знание особенностей ортодонтического обследования является важным в подготовке врача стоматолога-ортодонта. Систематический подход к диагностике зубочелюстных аномалий – ключевой момент в планировании комплекса лечебных мероприятий, последовательности их проведения, что позволит гарантировать стабильность достигнутых результатов. Целостность организма человека, взаимообусловленность формы и функций его органов и систем с наглядностью подтверждаются при изучении взаимосвязи местных и общих нарушений организма, возникающих при аномалиях зубочелюстной системы. Ортодонтическая патология занимает ведущее место среди стоматологических заболеваний, как у детей так и взрослых. Зубочелюстные аномалии (ЗЧА) отображают общее состояние организма человека и могут быть следствием соматического заболевания. В свою очередь ортодонтическая патология опосредствованно может стать одной из причин развития заболеваний, как стоматологического характера, так и других органов и систем человеческого организма и привести к значительным морфологическим, функциональным и эстетическим нарушениям. Наиболее часто ЗЧА диагностируются у детей с задержкой роста – 89,05% (Колесник К.А., 2009). У пациентов с ЗЧА старше 14 лет отмечен факт дисонтогенеза, который проявляется отставанием биологического возраста от паспортного (Куроедова В.Д., 1997). Следовательно, диагностику, тактику лечения и профилактику зубочелюстных аномалий и деформаций необходимо рассматривать в контексте целостности формирующегося организма ребенка, взаимообусловленности формы и функции его органов и систем. Ортодонтическое лечение – это сложный комплекс мероприятий направленный на нормализацию функционального, морфологического и

эстетического состояния зубочелюстной системы. Поэтому знание особенностей ортодонтического обследования, постановки диагноза и выбора методов лечения является важным в подготовке врача стоматолога-ортодонта.

2. Конкретные цели:

1. Трактовать анатомо-физиологические особенности полости рта и височно-нижнечелюстного сустава у новорожденного.
2. Объяснять морфологические особенности формирования временного, сменного, постоянного прикусов.
3. Объяснять функциональные особенности формирования временного, сменного, постоянного прикусов.
4. Анализировать клинические проявления основных периодов становления высоты прикуса.
5. Составить план опроса ортодонтического пациента и его родителей.
6. Трактовать результаты сбора жалоб.
7. Анализировать результаты определения данных анамнеза жизни и заболевания.
8. Объяснять особенности осмотра лица и полости рта ортодонтического пациента.
9. Объяснять методы антропометрической диагностики, применяемые в ортодонтии.
10. Объяснять методы функциональной диагностики, применяемые в ортодонтии.
11. Объяснять рентгенологические методы диагностики, применяемые в ортодонтии.
12. Анализировать результаты опроса ортодонтического пациента и его родителей.
13. Трактовать результаты сбора жалоб.
14. Анализировать результаты определения данных анамнеза жизни и заболевания.
15. Трактовать результаты изучения телосложения, роста и массы тела, конституции пациента. Диагностировать вид осанки.
16. Анализировать результаты осмотра лица и полости рта ортодонтического пациента.
17. Анализировать результаты антропометрической диагностики.
18. Анализировать результаты функциональной диагностики.
19. Анализировать результаты рентгенологических методов диагностики.
20. Проанализировать взаимосвязь соматических заболеваний с изменениями в зубочелюстной системе.
21. Проанализировать взаимосвязь нарушений прикуса и дисфункций дыхательной и сердечно-сосудистой систем.
22. Проанализировать взаимосвязь нарушений прикуса и нарушений эндокринной системы

23. Проанализировать взаимосвязь нарушений прикуса и изменений функции опорно-двигательной системы.
24. Трактовать симптомокомплекс при ангидротической эктодермальной дисплазии
25. Анализировать особенности составления плана ортодонтического лечения.
26. Объяснять возрастные особенности ортодонтического лечения.
27. Трактовать классификацию степеней выражения морфологических и функциональных нарушений зубочелюстной аппарата и тяжесть их устранения методом Зиберта-Малыгина.
28. Трактовать показания к ортодонтическому лечению в различные периоды формирования прикуса.
29. Трактовать противопоказания к ортодонтическому лечению в различные периоды формирования прикуса.
30. Проанализировать выбор плана лечения и конструкции ортодонтических аппаратов в различные периоды формирования прикуса.

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

Название предыдущих дисциплин	Полученные знания, умения, навыки
1. Анатомия.	Описывать строение мозгового и лицевого отделов черепа, челюстей, прикрепление мимических и жевательных мышц. Оценить развитие и пропорциональность размеров лицевого отдела черепа, челюстей.
2. Нормальная физиология.	Знать функции мимических и жевательных мышц.
3. Детская стоматология.	Рисовать схему сроков прорезывания временных, постоянных зубов. изобразить формирование челюстно-лицевой области у детей в возрастном аспекте. Определять период формирования прикуса, соответствие паспортного, стоматологического и биологического возраста.
4. Ортопедическая стоматология.	Владеть методикой снятия оттисков и отливания диагностических моделей.
5. Психология, деонтология.	Владеть методикой определения типологии пациента.
6. Гистология.	Знать гистологическое строение твердых тканей временных и постоянных зубов.
7. Нормальная физиология.	Последовательность проведения импульсов при сокращении мышц. Фазы жевания, глотания. Лабораторные методы исследования функции жевания, дыхания. Нормальные значения физиологических параметров при исследовании функций с помощью лабораторных и клинических методов.
8. Рентгенология.	Основные методы рентгено-логического исследования Требования, которые необходимо соблюдать при проведении рентгенологического исследования. Виды укладок при проведении рентгенологического исследования.

9. Биофизика, информатика, медицинская.	Методы и устройства для проведения измерений с целью определения угловых и линейных размеров.
---	--

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. Оптимальная индивидуальная норма в ортодонтии.	Состояние достаточно гарантированного во времени морфоло-гического, функционального и эстетического равновесия в зубочелюстной системе и лицевом скелете в целом, к которому следует стремиться в процессе ортодонтического лечения.
2. Зубочелюстная аномалия.	Это болезнь, которая характеризуется не только морфологическими изменениями в строении прикуса, но и функциональными и эстетическими нарушениями разной степени выраженности, которые вынуждают пациента обратиться за помощью к специалисту.
3. Состояние компенсации.	Мобилизация защитных сил, позволяющая сохранить динамическое равновесие с окружающей средой; состояние декомпенсации – защитные силы исчерпаны, но адаптация сохраняется.
4. Ключ окклюзии по Энгля.	Фиссурно-бугорковые контакты между первыми постоянными молярами верхней и нижней челюстей при правильном наклоне продольных осей этих зубов к окклюзионной плоскости.
5. Патологический прикус.	Прикус, при котором отмечается аномальное положение отдельных зубов, деформация зубных дуг и их аномальное соотношение (сдвиг в сагиттальном, вертикальном или трансверзальном направлениях).
6. Клиническое обследование.	Клиническое обследование пациентов с зубочелюстными аномалиями является основным методом в определении ортодонтического диагноза и состоит из субъективного и объективного исследований.
7. Субъективное исследование.	Субъективное исследование это выяснение паспортных данных пациента; сбор жалоб, данных анамнеза жизни и заболевания. Проводится путем опрашивания пациента или его родителей.
8. Паспортный (хронологический или календарный) возраст.	Это период с момента рождения до какого-нибудь определенного момента жизни.
9. Биологический или анатомо-физиологический возраст.	Определяется совокупностью обменных, структурных, функциональных, регуляторных особенностей и приспособительных возможностей организма и является обязательной функцией времени, но в отличие от паспортного характеризуется менее четкими интервалами времени, на протяжении которого происходят необратимые

	<p>возрастные биологические сдвиги в организме. Биологический возраст может отвечать хронологическому (паспортному), опережать или отставать от него.</p> <p>Этап клинического обследования во время которого проводят осмотр пациента (осанка, лицо) и его челюстно-лицевой области.</p>
10. Объективное обследование	
11. Осмотр.	Главный прием объективного обследования ортодонтического пациента включает: общий обзор, определение телосложения и особенностей строения лица, осмотр полости рта.
12. Костный возраст.	Возраст человека, определяемый по состоянию костной системы. Для определения костного возраста чаще пользуются рентгенограммой кисти руки.
13. Антропометрические измерения лица и головы пациента.	При проведении дополнительных методов диагностики в ортодонтии используют антропометрическое обследование лица и головы пациента (фотометрия). Эти плоскости расположены взаимно перпендикулярно друг к другу. Относительно их изучают отклонения в строении лица, а также нарушения прикуса у трансверзально-сагиттальном и вертикальном направлениях
14. Ориентированные плоскости за Симоном.	Изучая голову используют 3 ориентированные плоскости за Симоном: срединно-сагиттальную, ухоглазничную и фронтальную.
15. Индекс Изарда (IFM).	Форму лица можно определить с помощью индекса Изард (IFM) – индекс фациальный морфологический. $IFM = \frac{oph - gn \times 100\%}{zy - zu}$. Величина индекса 104 и более характеризует узкое лицо, от 97 до 103 – среднее, 96 и менее – широкое лицо.
16. Принцип «золотого сечения».	«Золотым сечением» называют две части отрезка, в котором меньшая часть относится к большей как большая ко всему отрезку.
17. Антропометрических измерения моделей челюстей.	Антропометрические измерения моделей челюстей проводятся в трех плоскостях: срединно-сагиттальной; вертикальной; трансверзальной. Для уточнения диагностических критериев в период временного, сменного и постоянного прикуса применяются как традиционные методы антропометрии КДМ так и специальные.
18. Метод Пона.	Применяют для определения индивидуальной нормы ширины зубных дуг.
19. Поправки Линдерт и Харт.	Линдерт и Харт (1939г.) внесли поправку в индексные числа метода Пона. По данным этих авторов

20. Метод Снагиной.	премолярный индекс равняется 85, а молярный 65. Снагина нашла зависимость между суммой ширины диаметров размеров 12 постоянных зубов и шириной и длиной апикальных базисов, указывая при этом, что ширина и длина апикального базиса зубного ряда зависит от суммы ширины всех 12 зубов.
21. Метод Коркхауза.	Коркхауза предложил применять длину переднего отрезку зубного ряда в зависимости от суммы мезиодистальных размеров четырех верхних резцов. Если эти цифры, уменьшить на 2 мм (соответственно ширине верхних резцов), то они могут быть использованные для определения длины переднего отрезку нижнего зубного ряда.
22. Изучение сегментов зубных рядов по Герлаху.	Герлах предложил изучать пропорциональность зубных рядов челюстей по соотношению выделенных им сегментов: передний (SI), который определяется суммой мезиодистальных размеров четырех резцов и два боковых, (Lor) правый и левый (Lol), которые измеряются линией, которая соединяет мезиальную поверхность клыков в точке контакта с боковыми резцами с дистальной поверхностью первого моляра в точке их контакта со вторым моляром.
23. Графический метод исследования зубных дуг Hawley, Herber, Herbst.	Для построения индивидуальной нормальной формы зубной дуги верхней челюсти измеряют поперечные размеры центрального резца, бокового резца, клыка.
24. Рентгенография.	Метод рентгенологического исследования, при котором с помощью рентгеновского излучения получают фиксированное изображение исследуемого объекта. Рентгенологические методы исследовательские у пациентов с ЗЧА являются обязательными для уточнения этиопатогенетических аспектов, диагностических критериев, планирования ортодонтического лечения, прогнозирования и контроля его результатов.
25. Ангидротическая эктодермальная дисплазия.	Ангидротическая эктодермальная дисплазия – наследственное заболевание, которое развивается вследствие нарушения формирования эктодермы (зародышевого листка). Еще одно название данного состояния – синдром Криста-Сименса.
26. Психотипы ортодонтических пациентов по Р. Herren Herren, Baumann-Rufer,	Первый тип – хорошо приспособливающийся и самостоятельный. Второй тип – плохо приспособливающийся и несамостоятельный. Третий тип – хорошо приспособливающийся и несамостоятельный. Четвертый тип – плохо

Demisch и Berg.	приспосабливающийся и самостоятельный.
27. Морфологическая часть ортодонтического диагноза.	Выражается в терминах одной из классификаций. Включает в себя характеристику зубочелюстной аномалии или деформации прикуса, дополненную биометрическим, графическим или рентгенологически-ми методами исследования.
28. Этиологическая часть ортодонтического диагноза.	Включает описание этиологических факторов, которые привели к развитию аномалии или деформации прикуса и действуют на момент обращения пациента к врачу.
29. Функциональная часть ортодонтического диагноза.	Включает описание нарушений функций и степени их тяжести на основании клинического или проведения дополнительных динамических методов исследования.
30. Эстетическая часть ортодонтического диагноза.	Включает описание изменения лицевых признаков, которые имеют очень важное значение в эстетическом прогнозе лечения.
31. Принципы ортодонтического лечения.	<p><i>Первый принцип</i> – чем раньше, тем лучше. <i>Второй принцип</i> – лечение должно быть этиопатогенетическим.</p> <p><i>Третий принцип</i> – применяемые методы лечения должны быть адекватны возрасту пациента.</p> <p><i>Четвертый принцип</i> – лечение должно быть по возможности комплексным. <i>Пятый принцип</i> – не начинать новый этап лечения, если не завершен предыдущий. <i>Шестой принцип</i> – лечение должно быть завершено ретенцией, обеспечивающей закрепление достигнутого результата.</p>
32. Метод Зиберта-Малыгина.	<p>Сущность метода состоит в том, что оценивают степень выраженности морфологических и функциональных нарушений и трудности их устранения. Степень трудности лечения каждого больного представляет собой сумму баллов.</p> <p>Выделены четыре степени трудности лечения: I – простое лечение (до 27 баллов). II – лечение средней трудности (28-40 баллов). III – трудное лечение (41-54 ,балла).</p>
33. Методы лечения зубочелюстных аномалий.	Биологический, аппаратный, хирургический, протетический, комплексный (сочетание нескольких методов лечения).
34. План ортодонтического лечения	Отражает лечебные действия для достижения намеченных целей различными методами.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Перечислите и раскройте анатомо-физиологические особенности полости рта и височно-нижнечелюстного сустава в различные возрастные периоды.
2. Перечислите функциональные особенности формирования временного, сменного, постоянного прикусов.
3. Перечислите морфологические особенности формирования временного, сменного, постоянного прикусов.
4. Какие основные принципы клинической оценки ортодонтического статуса в различные возрастные периоды.
Перечислите этапы объективного обследования ортодонтических пациентов.
5. Какие особенности общего осмотра ортодонтических пациентов.
6. Какие особенности определения строения лица.
7. Какие особенности осмотра полости рта.
8. Дайте характеристику прикуса в трех плоскостях.
9. Перечислите методы определения размеров зубов, ширины и длины зубного ряда.
10. Назовите показания к проведению различных рентгенологических методов исследования, применяемые в ортодонтии.
11. Перечислите методы функциональной диагностики, применяемые в ортодонтии.
12. Назовите методы определения нарушений функций полости рта.
Перечислите этапы обследования ортодонтических пациентов.
13. Какие особенности общего осмотра ортодонтических пациентов (определения телосложения, конституции, вид осанки).
14. Как определяется форма лица, пропорциональность верхней, средней и нижней частей, симметричность левой и правой половины лица, тип профиля.
15. Какие особенности обследования состояния ВНЧС.
16. Какие особенности осмотра полости рта ортодонтического пациента.
17. Дайте характеристику прикуса в трех плоскостях: срединно-сагиттальной, вертикальной и трансверсальной.
18. Перечислите методы определения размеров зубов, ширины и длины зубного ряда.
19. Назовите показания к проведению различных рентгенологических методов исследования, применяемых в ортодонтии.
20. Назовите методы оценки функциональных нарушений челюстно-лицевой области.
21. Назовите методы определения нарушений функций опорно-двигательной системы.
22. Назовите методы определения нарушения функций дыхательной системы.
23. Дайте характеристику симптомокомплексу при ангиодермической эктодермальной дисплазии.

24. Перечислите этапы планирования лечения ортодонтических пациентов.
25. Дайте характеристику описанию прикуса в трех плоскостях.
26. Перечислите дополнительные методы исследования в ортодонтии;
27. Назовите показания к ТРГ-исследованию.
28. Назовите противопоказания к ортодонтическому лечению.
29. Перечислите степени трудности ортодонтического лечения по Зиберту – Малыгину.
30. Перечислите принципы выбора методов ортодонтического лечения с учетом возраста пациента, степени выраженности аномалии, сложности лечения, а также типа поведения пациента.
31. Назовите механизмы действия ортодонтической аппаратуры.

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

1. Определить период формирования прикуса.
2. Описать методику проведения клинических функциональных проб у пациентов в периоды временного, сменного, постоянного прикусов.
3. Провести осмотр лица, преддверия полости рта, собственно полости рта у пациентов в период временного, сменного, постоянного прикусов.
4. Охарактеризовать прикус в трёх плоскостях у пациентов в периоды временного, сменного, постоянного прикусов.
5. Уметь снять оттиски у пациентов в периоды временного, сменного, постоянного прикусов.
6. Определить эстетический прогноз ортодонтического лечения пациента с зубочелюстной аномалией на основании проведения антропо - и фотометрических исследований.
7. Определить нарушение функции зубочелюстной системы.
8. Назначать соответствующее рентгенологическое исследование при различных видах зубочелюстных аномалий и деформаций прикуса.
9. Поставить диагноз по соответствующей классификации аномалий прикуса.
10. Провести анализ ОПТГ, ТРГ, КДМ.
11. Снять оттиск, отлить модель.

Построить в конспекте графологической структуры этапов клинического обследования.

12. Определить степень местных и общих нарушений состояния организма при различных видах зубо-челюстных аномалий.
13. Записать клинические функциональные пробы.
14. Построить в конспекте графологической структуры этапов составления плана ортодонтического лечения, выбора методов лечения с учетом возраста пациента, степени выраженности аномалии, а также типа поведения пациента.
15. Составить план комплексного ортодонтического лечения по данным анализа КДМ, фото- пациента, ортопантомограммы, ТРГ.

Содержание темы:

Методические рекомендации 11-14.

Материалы для самоконтроля:

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

1. Зарисовать в альбоме схемы анатомии жевательного аппарата в различных возрастных периодах жизни человека.
2. Зарисовать в альбоме схемы морфологической характеристики прикуса в трех плоскостях в различные возрастные периоды развития.
3. Зарисовать в альбоме схему анализа фотографий лица пациента.
4. Зарисовать в альбоме схему анализа КДМ.
5. Зарисовать в альбоме диаграмму Хаулея-Гербер-Гербста.
6. Зарисовать в альбоме схему анализа ОПТГ.
7. Зарисовать в альбоме схему анализа ТРГ.
8. Записать в конспекте графологической структуры этапов клинического обследования.
9. Записать в конспекте графологической структуры этапов дополнительных обследования.
10. Зарисовать в конспекте графологическую структуру этапов планирования ортодонтического лечения.
11. Записать в конспекте графологическую структуру этапов выбора методов лечения с учетом возраста больного, степени выраженности аномалии, сложности лечения, а также типа поведения больного.

Б. Задачи для самоконтроля:

Тестовые задания.

1. Временный прикус насчитывает:
20 временных зубов
24 временных зуба
28 временных зубов
32 временных зуба
16 временных зубов
2. Во временном прикусе отсутствует группа:
премоляров
моляров
клыков
центральных резцов
латеральных резцов
3. Если дистальные поверхности вторых временных моляров у ребенка 6 лет расположены в одной плоскости, то это можно расценивать, как:
фактор риска
формирующийся дистальный прикус
формирующийся медиальный прикус
глубокий прикус, который формируется
перекрестный прикус, который формируется

4. Первый период временного прикуса длится:

от 6 мес. до 2,5 лет

от 2,5 лет до 4 лет

от 4 лет до 6 лет

от 8 мес. до 4 лет

от 5 до 6 лет

5. Второй период временного прикуса длится:

от 2,5 лет до 4 лет

от 6 мес. до 2,5 лет

от 4 лет до 6 лет

от 8 мес. до 4 лет

от 6 мес до 4 лет

6. Третий период временного прикуса длится:

от 4 лет до 6 лет

от 14 мес. до 2,5 лет

от 2,5 лет до 4 лет

от 18 мес. до 4 лет

от 8 мес до 5 лет

7. В клинику обратились родители с девочкой 14 лет. Объективно: короткая верхняя губа, при смыкании губ возникает симптом «лимонной корки», из-под верхней губы выступают передние зубы; прикус постоянных зубов. Определяются повороты вокруг оси 11,12,21,22. Соотношение клыков и первых постоянных моляров нейтральное. При биометрическом исследовании моделей челюстей сумма 4-х верхних резцов больше 35,0 мм, а нижних более 28 мм. Определите предварительный диагноз по классификации Энгля:

I класс тортоокклюзия фронтальных зубов

II класс 1 подкласс

II класс 2 подкласс

III класс

IV класс

8. Первый этап физиологического подъема высоты прикуса происходит при прорезывании:

первых молочных моляров

вторых молочных моляров

первых постоянных моляров

молочных клыков

молочных резцов

9. Зубные дуги во временном прикусе имеют форму:

полукруга

полуэллипса

параболы

трапеции

пирамиды

10. Комочки Биша – это:

жировые подушечки, которые расположены в толще щек
сосательная подушечка на верхней губе
поперечные валики на губах новорожденного;
сосочковидные бугорки в толще десневой мембраны;
поперечные валики на губах

11. Складка Робена-Мажито – это:

двойная складка слизистой оболочки во фронтальном участке верхней и нижней челюстей

поперечные складки на небе

складка между альвеолярным отростком и внутренней поверхностью щек и губ

губно-подбородочная борозда

супраментальная борозда

12. Какое количество фолликулов временных зубов насчитывает каждая челюсть новорожденного:

10

6

8

4

12

13. Какое количество фолликулов постоянных зубов насчитывает каждая челюсть новорожденного:

8

4

2

6

10

14. Какое количество фолликулов постоянных и временных зубов насчитывает каждая челюсть новорожденного?

18

12

14

10

8

15. Физиологическая (младенческая) ретрогения представляет собой:

дистальное расположение нижней челюсти

медиальное расположение нижней челюсти

нейтральное расположение нижней челюсти

смещение нижней челюсти влево

смещение нижней челюсти вправо

16. Родители с ребенком 10 лет обратились к ортодонту с жалобами на изменения конфигурации лица. В анамнезе искусственное вскармливание и длительное применение соски. Объективно: подбородок скошенный назад.

Глубокая губно-подбородочная борозда. Прикус смены зубов. Сагиттальная щель 7 мм, веерообразное расположение фронтальных зубов на верхней челюсти. Соотношение клыков и первых постоянных моляров одноименное. Верхние резцы перекрывают нижние более чем на 1/2 высоты коронки. Верхняя зубная дуга больше нижней на размер щечного бугорка. Поставьте предварительный диагноз по классификации Энгля:

2 класс 1 подкласс

1 класс лингвальные положения фронтальных зубов

2 класс 2 подкласс

3 класс

1 класс губно-щечное положение фронтальных зубов

17. Родители с ребенком 6,5 лет обратились к ортодонту с жалобами на неудовлетворительный внешний вид. В анамнезе сосание большого пальца до 3-х лет. Объективно: нижняя часть лица незначительно удлинненная, губы не смыкаются. Прикус временных зубов. Определяется вертикальная щель длиной от клыка до клыка в 2 мм. Соотношение клыков и временных моляров правильное. Верхняя зубная дуга больше нижней на размер щечной бугорка. Короткая уздечка языка. В каких плоскостях определяется патология прикуса у данного ребенка?

вертикальной

вертикальной и сагиттальной

сагиттальной и горизонтальной

сагиттальной и трансверсальной

вертикальной и горизонтальной

18. Сагиттальная щель при физиологической ретрогении достигает:

5-6 мм

4-5 мм

3-4 мм

6-7 мм

2-3 мм

19. Величина угла нижней челюсти новорожденного достигает:

135-140°

125-135°

115-125°

105-115°

95-105°

20. Основным признаком I периода временного прикуса является:

прорезывание временных зубов

наличие промежутков между зубами

отсутствие окклюзионных кривых

одноименный контакт боковых зубов

стираемость бугорков временных моляров

21. Физиологический подъем высоты прикуса способствует:

увеличению объема полости рта

росту нижней челюсти

росту языка

росту верхней челюсти

увеличению объема гайморовой пазухи

22. I период временного прикуса получил название:

формирования

стабильного

старения

инволюции

стирания

23. С помощью какого биометрического измерения диагностических моделей определяют изменения длины переднего участка челюстей:

Korkhaus

Pont

Герлаха

Ю.М.Малигина

Снагиной

24. Во временном прикусе зубы расположены в зубной дуге следующим образом:

вертикально (без наклона)

горизонтально

наклонены коронками вестибулярно

наклонены коронками орально

верхние наклонены вестибулярно, нижние – орально

25. Симптомом Цилинского называют:

симптом прогнозирования развития прикуса в сагиттальной плоскости

симптом прогнозирования развития прикуса в вертикальной плоскости

симптом прогнозирования развития прикуса в орбитальной плоскости

симптом прогнозирования развития прикуса в трансверзальной плоскости

симптом прогнозирования развития прикуса во фронтальной плоскости

26. II период временного прикуса носит название:

стабильного

формирования

старения

инволюции

стирания

27. Родители с ребенком 12 лет обратились к ортодонту с жалобами на неудовлетворительный внешний вид. При объективном осмотре: губы смыкаются с напряжением, при этом возникает симптом «наперстка». Носогубные складки сглажены. Прикус постоянных зубов. Во фронтальном участке между зубами верхней и нижней челюсти промежутки в 1-1,5 мм, передние зубы верхней челюсти наклонены вперед. Сагиттальная щель 4 мм.

Соотношение клыков и первых постоянных моляров нейтральное. Короткая уздечка языка. Верхние резцы перекрывают нижние на 2-3 мм. Назовите наиболее вероятный диагноз по классификации Катца:

- нарушение функции круговой мышцы
- нарушение функции височной мышцы
- нарушение функции латеральной крыловидной мышцы
- нарушение функции подбородочно-подъязычной мышцы
- нарушение функции жевательной мышцы

28. Симптом Цилинского представляет собой:

сагиттальную ступеньку между дистальными поверхностями V|V обеих челюстей

сагиттальную щель между временными резцами

соотношение временных клыков

промежутки между зубами во фронтальном участке

вертикальную щель между зубами

29. II степень стираемости зубов по Владиславу соответствует:

стираемости резцов и клыков

стираемости клыков

стираемости жевательных поверхностей моляров

стираемости резцов, клыков, первых моляров

стираемости резцов, клыков, вторых моляров

30. Родители с ребенком 13 лет обратились к ортодонту с жалобами на неудовлетворительный внешний вид. При объективном осмотре: губы смыкаются с напряжением, при этом возникает симптом «наперстка». Носогубные складки сглажены. Прикус постоянных зубов. Сагиттальная щель 4 мм. Какой допустимый размер физиологической сагиттальной щели?

2 мм

10 мм

7 мм

5 мм

отсутствует сагиттальная щель

31. Как оценивают наличие промежутков между зубами в III периоде временного прикуса?

благоприятный симптом

унаследованный симптом

признак формирования протрузии

признак формирования ретрузии

патологический симптом

32. Соотношение каких зубов остается неизменным на всех этапах развития временного прикуса?

клыков и резцов

клыков

клыков и моляров

резцов и моляров

резцов, клыков и моляров

33. Сменному прикусу присуще:

наличие временных и постоянных зубов

наличие временных зубов

наличие постоянных зубов

отсутствие всех зубов

отсутствие премоляров

34. Для первого периода сменного прикуса характерно:

прорезывание первых постоянных моляров и смена резцов

прорезывание первых постоянных моляров и смена клыков

прорезывание первых постоянных моляров и премоляров

прорезывание первых и вторых постоянных моляров

прорезывание премоляров

35. Для второго периода сменного прикуса характерно:

прорезывание клыков, премоляров и вторых постоянных моляров

прорезывание клыков, резцов, премоляров

прорезывание резцов и первых постоянных моляров

прорезывание премоляров и клыков

прорезывание премоляров

1. По “зубному возрасту” возможно определение:

тип развития ребенка

пола ребенка

количества временных зубов

состояния резорбции корней временных зубов

правильного ответа нет

2. Глубину преддверия полости рта определяют по методу:

Образцова

Снагиной

Долгополовой

Зубковой

Хорошилкиной

3. Нормальная или простая уздечка губы должна быть расположенной на таком расстоянии от десневого края:

5 мм

4 мм

3 мм

2 мм

1 мм

4. На основании клинического обследования определяют такие части диагноза

морфологическую, этиологическую и эстетическую

морфологическую

эстетическое

функциональную

этиологическую

5. Какой метод применяют для определения ширины зубного ряда:

Pont

Korkhaus

Tonn

Gerlach

Howes

6. Определение длины фронтальной участка зубного ряда проводят с помощью метода:

Korkhaus

Pont

Tonn

Gerlach

Hawley

7. Длина фронтальной участка верхней челюсти больше нижней при ортогнатическом прикусе на:

2 мм

3 мм

4 мм

5 мм

8 мм

8. Пропорциональность размеров резцов верхней и нижней челюстей при нормальной глубине резцового перекрытия определяется методом:

Tonn

Gerlach

Pont

Korkhaus

Howes

9. Пропорциональность размеров резцов верхней и нижней челюстей при глубоком резцовом перекрытии определяется методом:

Малыгина

Снагиной

Долгополовой

Ильин-Маркосян:

Олександровой

10. Для определения правильной формы зубного ряда строят диаграмму по методу:

Hawley-Herber-Herbst

Howes-Снагиной

Tonn-Gerlach

Nance-Korkhaus

верного ответа нет

11. При повышенном рвотном рефлексе или тризм проводят:
окклюзионную рентгенографию

контактную рентгенографию
зонографию
томографию
правильного ответа нет

12. Рентгенография небного шва назначают при наличии такой ортодонтической патологии:

диастемах
аномалиях положения отдельных зубов
патологии прикуса в сагиттальной плоскости
патологии прикуса в вертикальной плоскости
патологии прикуса в трансверзальной плоскости

13. Показаниями для проведения рентгенографии ВНЧС является:
наличие жалоб со стороны ВНЧС, патология прикуса, связанная со
смещением нижней челюсти
аномалии положения отдельных зубов

диастема

тремы

правильного ответа нет

14. Костный возраст определяют на:

рентгенограммах кисти руки
контактных внутренних ротовых рентгенограммах
панорамной рентгенограмме
на телерентгенограмме

правильного ответа нет

15. На панорамной рентгенограмме возможно отображение:
зубных дуг, полости носа, гайморовых пазух, головок ВНЧС
шейного отдела позвоночника

костного возраста

лобных пазух

правильного ответа нет

16. Физиологическая резорбция происходит в таких случаях:
в интактных зубах, которые лечили по поводу кариеса и пульпита,
осложненного периодонтитом

при хроническом периодонтите

при остеомиелите

при периостите

при кистах

17. Различают такие типы резорбции:

равномерная, неравномерная, в области бифуркации

идиопатическая

физиологическая

патологическая

правильного ответа нет

18. При напряженном смыкании губ клинически определяется

симптом:

«наперстка или лимонной корки»

аденоидного лица

Цилинського

Зубковой

правильного ответа нет

19. Мастикациография – это метод регистрации:

движений нижней челюсти

ВНЧС

биопотенциалов мышц

тонуса мышц

правильного ответа нет

20. Миотонометрия – это метод определения:

тонуса мышц

биопотенциалов мышц

движений нижней челюсти

движений ВНЧС

правильного ответа нет

21. Электромиография – это метод определения:

биопотенциалов мышц

тонуса мышц

движений нижней челюсти

движений ВНЧС

правильного ответа нет

22. Для определения функции глотания в клинике проводят пробу:

с глотком воды

с ватными волокнами

с лесным орехом

с сухариком

правильного ответа нет

23. Проведение боковой ТРГ показано при аномалиях прикуса в таких плоскостях:

сагиттальной и вертикальной

сагиттальной и трансверзальной

сагиттальной и окклюзионной

сагиттальной и франкфуртской

правильного ответа нет

24. Увеличение размеров лицевого угла (F) за Шварцем называют:

антепозицией

ретропозицией

средней позицией

нижней позицией

верхней позицией

25. Уменьшение размеров лицевого угла (F) свидетельствует о

следующем:

- смещение верхней челюсти назад
- смещение верхней челюсти вперед
- смещение верхней челюсти в сторону
- смещения верхней челюсти вниз
- смещение верхней челюсти вверх

26. Размер базального угла (В) характеризует:

- угол наклона оснований челюстей
- угол наклона основания верхней челюсти к краниальной плоскости
- угол наклона основания нижней челюсти к носовой плоскости
- угол наклона основания верхней челюсти к плоскости окклюзионной
- угол наклона основания нижней челюсти к плоскости окклюзионной

27. Искомый (искренний) профиль лица, то есть тот, что мог быть, если бы не было аномалии прикуса определяют по размерам таких углов:

- инклинации, горизонтали, лицевого и профильного
- базального, лицевого, профильного и горизонтали
- лицевого, нижнечелюстного, горизонтали и профильного
- нижнечелюстного, межрезцового, инклинации и профильного
- правильного ответа нет

28. При какой величине угла α профиль по Шварцем считается идеальным:

- 10
- 5
- 15
- 20
- 25

29. С помощью индекса Изарда определяют:

- форму лица
- длину лица
- профиль лица
- симметричность лица
- пропорциональность лица

30. Прямая телерентгенография показана для изучения:

- лицевого роста в трансверзальном направлении
- расположение ВНЧС по отношению к плоскости основания черепа
- длины передней черепной ямки
- расположение челюстей относительно основания черепа в

сагиттальном направлении

- влияния краниометрических соотношений на тип профиля

31. При антропометрическом методе исследования за Симоном используют следующие плоскости:

- срединно-сагитальную, фронтальную и ушно-орбитальную
- сагитальную, вертикальную и трансверзальную
- сагитальную и вертикальную

франкфуртскую горизонталь и фронтальную плоскость
зрачковую линию и франкфуртскую горизонталь

32. Биометрические исследования проводят на:

моделях челюстей

телерентгенограмме

ортопантомограммы

лице пациента

рентгенограмме кости руки

33. Антропометрические измерения проводят на:

все ответы верны

гнатостатичних моделях челюстей

лице пациента

фото лица

телерентгенограммах

34. ВФизначення размеров апикального базиса определяют по методу

Снагиной

Слабковской

Малыгина

Долгополовой

Tonn

35. Соотношение размеров сегментов зубных дуг определяют методом:

Gerlach

Tonn

Howes

Korkhaus

Ponn

1. К заболеваниям эндокринной системы относят?

гипотиреоз

рахит

корь

гиповитаминоз

краснуха

2. К заболеваниям эндокринной системы относят?

сахарный диабет

краснуха

скарлатина

авитаминоз

гипервитаминоз

3. К заболеваниям эндокринной системы относят?

гипертиреоз

корь

краснуха

рахит

авитаминоз

4. К заболеваниям обмена веществ относят?

авитаминоз

скарлатина

корь

болезнь Аддисона

сахарный диабет

5. К заболеваниям обмена веществ относят?

рахит

гипертиреоз

краснуха

гипотиреоз

болезнь Аддисона

6. К заболеваниям обмена веществ относятся?

гипервитаминоз

диффузный токсический зоб

корь

врожденный андрено генитальный синдром.

скарлатина

7. К детским инфекционным заболеваниям относят?

скарлатина

болезнь Аддисона

рахит

гипервитаминоз.

цинга

8. К детским инфекционным заболеваниям относят?

краснуха

сахарный диабет

рахит

гипертиреоз

фиброматоз

9. К детским инфекционным заболеваниям относят?

корь

рахит

болезнь Аддисона;

врожденный андреногенитальный синдром

фиброматоз

10. К эндокринным заболеваниям относят?

врожденный андреногенитальный синдром

скарлатина

рахит

цинга

авитоминоз

11. К заболеваниям обмена веществ относят?

цинга

скарлатина

корь

болезнь Аддисона

фиброматоз

12. Рахитическая нижняя челюсть имеет форму?

трапеции

полукруга

полуэллипс

треугольника

параболы

13. Признаки диффузного токсического зоба – это?

ранняя минерализация коронок постоянных зубов

отставание зубного возраста хронологического

задержка прорезывания зубов

множественный кариес

гиперплазия эмали

14. При нарушении функции дыхания нижняя зубная дуга чаще всего имеет такую форму?

укороченная во фронтальной и расширена в боковой области

суженная во фронтальном участке

асимметрично сужена

симметрично сужена и удлинённая

увеличение размеров основания верхней челюсти

15. К врачу-ортодонту обратились родители с мальчиком 6,5 лет по поводу не смыкания передних зубов. Ребенок имеет вредную привычку сосания языка. Объективно: наблюдается симптом «напёрстка» при смыкании губ, речь нарушена, между передними зубами наблюдается вертикальная щель до 7 мм. Поставьте диагноз зубочелюстной аномалии?

открытый прикус

мезиальный прикус

перекрестный прикус;

дистальный прикус;

глубокий прикус

16. Мышцы челюстно-лицевой области подразделяются на:

мимические и жевательные

мышцы языка

жевательные и мышцы языка

гипоплазия эмали зубов.

мышцы, которые смещают нижнюю челюсть

17. При каких заболеваниях прослеживается гнусавость?

несращение неба

артроз

пародонтит

ретенция

заболевание ЛОР-органов

18. Этиологическими факторами нарушения речи свистящих звуков являются?

- открытый прикус
- глубокий прикус
- сверхкомплектные зубы
- слитные зубы
- перекрестный прикус

19. Разрушение жевательной поверхности коронок временных и постоянных моляров приводит к?

- понижению высоты прикуса
- удлинению зубной дуги
- оральному наклону фронтальной группы зубов
- вестибулярному наклону фронтальной группы зубов
- повышению высоты прикуса

20. Наиболее распространенным поражением твердых тканей при гипоплазии парашитовидной железы являются:

- гипоплазия эмали
- кариес
- клиновидный дефект
- гиперплазия эмали.
- флюороз зубов

21. При акромегалии деформация прикуса происходит за счет:

- увеличение размеров основания верхней челюсти
- уменьшением размеров ветви нижней челюсти
- уменьшением размеров нижней челюсти
- уменьшением тела и угла нижней челюсти
- уменьшением размеров тела нижней челюсти

22. Функциональные нарушения при прогении характеризуются?

- нарушением процесса откусывания пищи и блокировки боковых движений нижней челюсти
- блокировка вертикальных движений нижней челюсти
- нарушение функции дыхания
- нарушение произношения свистящих звуков
- формированием вертикальной щели

23. В нормализации дыхания первостепенное значение имеют?

- санация носоглотки
- упражнения для тренировки круговой мышцы рта
- нормализация осанки, положения головы
- нормализация положения языка
- дыхательная гимнастика

24. При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде?

- прокладывание языка, щек в области дефекта

сосание языка
неправильное глотание
сосание пальцев
прикусывания губ

25. Какой прикус наиболее предпочтительный у больного с синдромом Франческетти?

мезиальный
открытый
дистальный
нейтральный
перекрестный

26. Какой прикус наиболее предпочтительный у больного с синдромом Крузона?

перекрестный
глубокий
открытый
мезиальный
дистальный

27. Прогрессирующее развитие сверхкомплектных зубов характерно для синдрома?

Стейнтона-Капдепона
Шейтхауера-Мари-Сэнтон
Папийона-Лефевра
фиброматоза
Крузона

28. Укажите основной симптом, характерный для синдрома Пьера Робена?

множественная ретенция зубов
гипоплазия и деформация верхней челюсти
гипоплазия и деформация нижней челюсти
врожденное отсутствие зубов
деформация черепа в виде трилистника

29. Для какого синдрома характерна деформация черепа в виде трилистника?

Стейнтона-Капдепона
Вильямса
Крузона
Папийона-Лефевра
Пьера Робена

30. Возникновение синдрома Крузона обусловлено нарушением внутриутробное развитие плода в период?

12-й - начало 13-й недели
3-й - начало 4-й недели
6-й - начало 7-й недели

- 9-й - начало 10-й недели
15-й - начало 16-й недели
31. Общая миопатия наблюдается при синдроме?
Стейнтона-Капдепона
Вильямса
хондродистрофия
Олбрайта
Пьера Робена
32. При каком синдроме у новорожденных наблюдается глоссаптоз (западение языка):
Крузона
Вильямса
Пьера Робена
Франческети
Шерешевського- Тернера
33. Витаминосинтезирующая функция кожи заключается в синтезе витамина?
витамина Д
витамина А
витамина В
витамина С
витамина Е
34. К определяющим факторам психического здоровья следует относить?
нервно-психическое развитие, соответствующее возрасту
наличие психических расстройств у родственников
снижение профессиональных способностей
повышение двигательной активности
опережение психического развития относительно возраста
35. Средняя величина турецкого седла у новорожденного:
2,5 - 3 мм
4-5 мм
9 - 11 мм
6-7 мм
13 мм
1. Активное ортодонтическое лечение глубокого прикуса целесообразно начинать:
с 3-х лет
с 5,5 лет
с момента выявления патологии прикуса
в период постоянного прикуса
с 8 лет
2. Активное ортодонтическое лечение открытого прикуса целесообразно начинать:

- с 5,5 лет
- с 3-х лет
- с момента выявления патологии прикуса
- с 10 лет
- в период постоянного прикуса

3. Укажите возрастные показания для проведения миогимнастики как самостоятельного метода профилактики и лечения зубочелюстных аномалий:

- с 3-4 лет
- с 10-11 лет
- с 11-12 лет
- с 12-13 лет
- с 9-10 лет

4. Укажите возрастные показания для проведения миогимнастики в составе комплексного ортодонтического лечения:

- до 12 лет
- до 6 лет
- до 15 лет
- до 18 лет
- до 8 лет

5. Укажите постоянные зубы, которые чаще всего подлежат удалению для создания места в зубном ряду при аномалийно расположенных зубах:

- первые постоянные премоляры
- вторые постоянные моляры
- первые постоянные моляры
- вторые постоянные премоляры
- постоянные клыки

6. Какие конструкции применяют для восстановления дефекта коронок в период временного прикуса при I стадии повреждения зубов и зубных дуг у детей?

- пломбы, металлические коронки
- частичный съемный протез
- несъемная распорка
- вкладки, металлические коронки
- полный съемный протез

7. Какие ортопедические конструкции применяют для восстановления дефекта коронок в период постоянного прикуса при II стадии повреждения зубов и зубных дуг у детей?

- вкладки, металлические коронки
- мостовидные протезы
- фасеточные, колпачковые окклюзионные коронки
- штифтовые зубы
- нет правильного ответа

8. Показание к использованию вестибулярной пластинки Кербитца:

- устранения вредной привычки сосания пальца и прикусывания губы

для нормализации положения отдельных зубов
исправления сагиттальных аномалий прикуса в постоянном прикусе
нормализации функции дыхания
нет правильного ответа

9. Укажите вид ортопедических конструкций для восстановления дефекта зубного ряда в период постоянного прикуса при III стадии повреждения зубов и зубных дуг у детей:

частичные съемные протезы
мостовидный протез с односторонней фиксацией
адгезивный протез
полные съемные протезы
мостовидный протез с двусторонней фиксацией

10. Функциональные нарушения зубочелюстной области можно выявить на основании:

функционального метода исследования
антропометрического метода исследования
клинического метода исследования
рентгенологического метода исследования
нет правильного ответа

11. Сколько различают степеней сложности ортодонтического лечения по Зиберту-Малыгину:

IV
II
III
V
VI

12. Для определения степени сложности ортодонтического лечения применяют метод:

Зиберта-Малыгина
Х. А. Каламкарова
А. И. Бетельмана
Д. А. Калвелиса
Н. И. Агапова

13. Какую клиническую пробу применяют для диагностики дистального прикуса:

Эшлера-Биттнера
Зиберта-Малыгина
Д. А. Калвелиса
Н. И. Агапова
Х. А. Каламкарова

14. Укажите, при какой патологии прикуса используют функциональную пробу Эшлера-Биттнера:

дистальный прикус
мезиальный прикус

глубокий прикус
перекрестный прикус
открытый прикус

15. Какие функциональные пробы применяют для диагностики смещений нижней челюсти:

Л. В. Ильиной-Маркосян
Зибберта-Малыгина
Х. А. Каламкарова
Н. И. Агапова
Д. А. Калвелиса

16. Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить:

местоположение головок суставных отростков нижней челюсти в суставных ямках
форму и размер суставных отростков нижней челюсти, головок и суставных ямок
форму и размеры суставных дисков
возможности роста челюстей
форму и размеры суставных дисков и суставных отростков нижней челюсти

17. Удаление зубов по методу Hotz показано в возрасте:

7-8 лет
11-12 лет
9-10 лет
10-11 лет
12-15 лет

18. При наличии какой ортодонтической патологии назначают рентгенографию небного шва:

диастемы
патологии прикуса в сагитальной плоскости
патологии прикуса в вертикальной плоскости
патологии прикуса в трансверзальной плоскости
аномалии положения отдельных зубов

19. Какую методику рентгенологического исследования в процессе ортодонтического лечения целесообразно применить при повышенном рвотном рефлекс:

окклюзионную рентгенографию
контактную рентгенографию
томографию
телерентгенографию
зонографию

20. Удаление первых премоляров показано при:
индивидуальный макродентии
сужение зубных рядов

укорочение зубных рядов в периоде сменного прикуса
наличие сверхкомплектных зубов
нет правильного ответа

21. Выберите оптимальную конструкцию ортодонтического аппарата при лечении открытого прикуса:

открытый активатор Кламмта
аппарат Брюкля
регулятор функций Френкеля
аппарат на верхнюю челюсть с винтом
аппарат Башаровой

22. Основной задачей лечения больных с глубоким прикусом является:
исправление нарушений окклюзии, функции височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц
устранение функциональной перегрузки пародонта зубов
создание режуще-бугоркового контакта между передними зубами
восстановление непрерывности зубного ряда
улучшение эстетических параметров

23. Важным фактором в обосновании применения литого базиса при протезировании больных с глубоким прикусом является:

недостаток места для пластмассового базиса, возможность его поломки
нарушений речи
сочетание аномалии с заболеваниями пародонта
большая нагрузка на базис вследствие неправильных окклюзионных взаимоотношений
сочетание аномалии с дефектами зубного ряда

24. Основной задачей ортодонтического лечения зубов верхней челюсти, находящихся в инфраокклюзии, заключается:

в перемещении аномально расположенных зубов вверх до уровня окклюзионной плоскости после предварительной подготовки места в зубной дуге
не перемещать аномально расположенные зубы
во "вколачивании" зубов с перестройкой альвеолярного отростка
в вестибулярном наклоне указанных зубов
улучшение эстетических параметров

25. Каким методом определяют параметры апикального базиса челюстей:

Снагиной
Герлаха
Пона-Линдера-Харта
Долгополовой
Коркхауза

26. Тактикой врача-ортодонта при ранней потере передних зубов у детей в возрасте 8-9 лет при нейтральном прикусе является :

изготовление частичного съемного протеза

изготовление несъемного протеза

диспансерное наблюдение

закрытие дефекта за счет перемещения соседних зубов

27. Укажите, с какой целью применяется геометрически-графический метод Хаулея–Гербста:

определения индивидуальной формы верхней зубной дуги в зависимости от поперечных размеров центрального, бокового резцов и клыка

определения индивидуальной формы верхней зубной дуги

для определения индивидуальной длины и ширины зубной дуги

определения индивидуальной формы нижней зубной дуги в зависимости от поперечных размеров центрального, бокового резцов и клыка

нет правильного ответа

28. Устранение несоответствий, обусловленных размерами зубов, осуществляется:

сепарацией, протезированием или винирингом в зависимости от конкретного случая

сепарацией

протезированием или винирингом

расширением зубной дуги

сужением зубной дуги

29. При лечении детей, имеющих ранние признаки дистального прикуса, обусловленного задним положением нижней челюсти, следует:

назначить миотерапию для перемещения нижней челюсти вперед

стимулировать рост нижней челюсти

назначить аппаратное лечение, направленное на перемещение нижней челюсти вперед

задержать рост верхней челюсти

диспансерное наблюдение

30. Для стимулирования прорезывания ретенированных зубов (после создания места в зубном ряду) применяется:

электростимуляция

вакуумная терапия

УВЧ-терапия

электрофорез

амплипульс

31. Для сокращения сроков аппаратного лечения при расширении зубных рядов и перемещении отдельных зубов применяют электрофорез:

2% р-р хлористого лития

2% р-р хлорамина

0,02% р-р хлоргексидина биглюконата

1% р-р фторида натрия

10% р-р хлористого кальция

32. Компактостеотомию целесообразно проводить с целью:
ускорения ортодонтического лечения
улучшения фиксации ортодонтического аппарата
продолжения ортодонтического лечения
сокращения длительности периода ретенции
изменения структуры костной ткани
33. Что является критерием выбора точки опоры и приложения силы при планировании конструкции ортодонтического аппарата?
степень устойчивости перемещаемых зубов
стадия формирования прикуса
вид аномалии
величина внутрикапиллярного давления
степень тяжести аномалии
34. Укажите мероприятия, проводимые ортодонтом детям с врожденной изолированной расщелиной верхней губы и альвеолярного отростка в период временного прикуса:
удаление сверхкомплектных зубов в зоне расщелины по показаниям
пришлифовывание зубов
удаление зубов по Хотцу
протезирование
нет правильного ответа
35. Для купирования воспаления и снижения болевых ощущений во время аппаратного лечения применяется:
лазерная терапия
УВЧ-терапия
амплипульс-терапия
электрофорез с 1% р-ром фтористого натрия
вакуумная терапия

Литература

Основная:

1. Ортодонтия: учебное пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-ортодонтов, врачей-интернов /В. И. Куцевляк, А. В. Самсонов, С. А. Скляр [и др.]. – Харьков : «СИМ», 2013. – С.52-73.
2. Головкин Н.В. Ортодонтия. Развитие прикуса, диагностика зубочелюстных аномалий, ортодонтический диагноз.– Вінниця: Нова книга, 2007. – 232 с.

Дополнительная:

1. Куроедова В. Д. Зрозуміла ортодонтія (у запитаннях та відповідях з ілюстраціями) / В. Д. Куроедова, М. І. Дмитренко, О.М. Макарова, О.А.Стасюк. – Полтава. – 2016.– С.56-61.
2. Куроедова В.Д., Седых К.В. Современный взгляд на болезнь «зубочелюстная аномалия». – Полтава: ТОВ НВП «УПТС», 2014. – 261с.
3. http://medbe.ru/materials/ortodontiya/ponyatiya-o-norme-i-patologii-v-ortodontii/?PAGEN_2=4

4. <http://www.med24info.com/books/diagnostika-i-funkcionalnoe-lechenie-zubochelyustno-licevyh-anomaliy/4-1-osnovn-e-etap-razvitiya-ponyatiy-o-norme-i-patologii-v-ortodontii-13064.html>
5. <http://www.studfiles.ru/preview/1658861/page:4/>