

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
- филиал Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Факультет последипломного образования

Принято
Решением Ученого совета
30 августа 2024 г.
Протокол № 1

УТВЕРЖДАЮ
Заместитель директора по учебной и
воспитательной работе
И.П.Кодониди
30 августа 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

К ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ - ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ
(УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ)

Наименование укрупненной группы специальности
31.00.00 Клиническая медицина

Наименование специальности
31.08.77 ОРТОДОНТИЯ

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

1.1. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Ортодонтия"

1.1.1. Контрольные вопросы

- 1 Организация работы ортодонтического отделения (кабинета), зуботехнической лаборатории.
- 2 Этапы развития прикуса ребенка.
- 3 Период внутриутробного развития зубочелюстной системы ребенка.
- 4 Период формирования прикуса молочных зубов (от 6-8 мес. до 3 лет).
- 5 Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные (от 4 до 6 лет).
- 6 Период смены молочных зубов на постоянные (от 6 до 12-13 лет).
- 7 Классификация Энгля, ее недостатки.
- 8 Классификация Катца.
- 9 Классификация аномалий окклюзии зубных рядов. (А.С. Персин).
- 10 Этиология зубочелюстных аномалий.
- 11 Влияние раннего и неправильного искусственного вскармливания на возникновение ЗЧА. Режим пользования соской, пустышкой.
- 12 Влияние ротового дыхания на возникновение ЗЧА. Меры профилактики и лечения.
- 13 Последствия ранней потери молочных зубов.
- 14 Съемные аппараты механического действия.
- 15 Методы лечения ЗЧА.
- 16 Классификация лечебных ортодонтических аппаратов по принципу действия. Их характеристика.
- 17 Несъемные аппараты механического действия.
- 18 Дуга Энгля, ее составные части, показания к применению, недостатки.
- 19 Классификация брекет-систем.
- 20 Аппараты функционального действия: их характеристика.
- 21 Функционально-направляющие аппараты, их характеристика.
- 22 Коронка Катца, пластинка Катца, конструкция, принцип действия, показания к применению.
- 23 Регулятор функции Френкеля I типа; конструкция, принцип действия, показания к применению.
- 24 Регулятор функции Френкеля II типа; конструкция, принцип действия, показания к применению.
- 25 Регулятор функции Френкеля III типа; конструкция, принцип действия, показания к применению.
- 26 Клинико-лабораторные этапы изготовления регулятора функции Френкеля.
- 27 Аппараты комбинированного действия: их характеристика.
- 28 Аппараты Башаровой для лечения дистальной окклюзии: конструкция, принцип действия, показания к применению.
- 29 Аппараты Башаровой для лечения мезиальной окклюзии: конструкция, принцип действия, показания к применению.
- 30 Виды аномалий положения отдельных зубов.
- 31 Этиология и патогенез аномалий положения отдельных зубов.
- 32 Этиология, клиника и лечение вестибулярного положения зубов.
- 33 Этиология, клиника и лечение небного положения зубов.
- 34 Этиология, клиника и лечение тортоаномалии зубов.

1.1.2. Тестовые задания

001. К моменту рождения в норме нижняя челюсть
- 1) меньше верхней
 - 2) больше верхней
 - 3) равна верхней
002. В беззубом рте новорожденного десневые валики имеют форму
- 1) полуэллипса
 - 2) полукруга
 - 1) параболы
003. Нижняя челюсть новорожденного расположена дистальнее верхней на расстоянии
- 1) до 5 мм
 - 2) до 10 мм
 - 3) до 14 мм
004. Вертикальная щель между десневыми валиками в норме достигает
- 1) 2,5 мм
 - 2) 5 мм
 - 3) 7,5 мм
005. Порядок прорезывания молочных зубов
- 1) I II III IV V
 - 2) I II IV III V
 - 3) II I III IV V
006. Зубные ряды в прикусе молочных зубов имеют форму
- 1) полуэллипса
 - 2) полукруга
 - 3) параболы
007. Дистальные поверхности молочных моляров трехлетнего ребенка в норме располагаются
- 1) в одной плоскости
 - 2) с мезиальной ступенью
 - 3) с дистальной ступенью
008. Фронтальные зубы 3 летнего в норме располагаются
- 1) с тремами
 - 2) без трем
 - 3) только с диастемой
009. Щечные бугорки нижних молочных моляров 3 летнего ребенка располагаются
- 1) вестибулярнее щечных бугорков верхних моляров
 - 2) на одном уровне со щечными бугорками верхних моляров
 - 3) в продольной фиссуре верхних моляров
010. Небные бугорки молочных моляров 3 летнего ребенка располагаются
- 1) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров
 - 2) в продольной фиссуре нижних моляров
 - 3) вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров
011. Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные продолжается
- 1) от 5 до 8 лет
 - 2) от 4 до 6 лет
 - 3) от 3 до 4 лет
012. Активный рост челюстей ребенка в период подготовки к смене зубов происходит
- 1) во фронтальном отделе
 - 2) в позадимоллярной области

- 3) в позадиомолярной области и во фронтальном отделе
013. Наличие трем между зубами в переднем отделе зубных рядов 5 летнего ребенка
- 1) признак аномалии
 - 2) признак нормального развития
 - 3) не имеет диагностического значения
014. Физиологическая стираемость молочных 5 летнего ребенка в норме происходит
- 1) во фронтальном отделе
 - 2) в боковых отделах
 - 3) во фронтальном и боковых отделах
015. Дистальные поверхности вторых молочных моляров 6 летнего ребенка располагаются
- 1) в одной вертикальной плоскости
 - 2) с мезиальной ступенькой
 - 3) с дистальной ступенькой
016. Порядок прорезывания постоянных зубов
- 1) 6 1 2 3 4 5 7
 - 2) 1 2 4 5 3 6
 - 3) 6 1 2 4 3 5 7
017. Форма верхнего зубного ряда взрослого человека в норме
- 1) полукруг
 - 2) полуэллипс
 - 3) парабола
018. Форма нижнего зубного ряда взрослого человека в норме
- 1) полукруг
 - 2) полуэллипс
 - 3) парабола
019. Небные бугорки верхних боковых зубов в норме контактируют с
- 1) продольными фиссурами нижних
 - 2) язычными бугорками нижних
 - 3) вестибулярными бугорками нижних
020. Щечные бугорки нижних боковых зубов в норме контактируют
- 1) с небными бугорками верхних
 - 2) с продольными фиссурами верхних
 - 3) со щечными бугорками верхних
021. Каждый зуб верхней челюсти антагонирует в норме
- 1) с одноименным и впередистоящим зубами НЧ
 - 2) одноименным и позадистоящим зубами НЧ
 - 3) одноименным зубом
022. Нижнее I| I имеют в норме по
- 1) одному антагонисту на ВЧ
 - 2) два антагониста на ВЧ
 - 3) три антагониста на ВЧ
023. Верхнее 8| 8 имеют в норме по
- 1) одному антагонисту на НЧ
 - 2) два антагониста на НЧ
 - 3) три антагониста на НЧ
024. Глубина резцового перекрытия в норме не превышает
- 1) 1/2 высоты коронки резцов НЧ
 - 2) 1/3 высоты коронки резцов НЧ
 - 3) 2/3 высоты коронки резцов НЧ
025. Резцы ВЧ в норме контактируют с резцами НЧ
- 1) небной поверхностью

- 2) режущим краем
- 3) вестибулярной поверхностью
- 026. Резцы НЧ в норме контактируют с резцами ВЧ
 - 1) язычной поверхностью
 - 2) режущим краем
 - 3) вестибулярной поверхностью
- 027. Зубная дуга верхней челюсти
 - 1) больше альвеолярной дуги
 - 2) меньше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
- 028. Базальная дуга верхней челюсти
 - 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
- 029. Зубная дуга нижней челюсти
 - 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
- 030. Базальная дуга нижней челюсти
 - 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
- 031. Передний щечный бугорок верхнего 6 в норме контактирует с
 - 1) задним щечным бугорком нижнего 6
 - 2) межбугорковой фиссурой нижнего 6
 - 3) контактной точкой между нижними 6 и 5
- 032. Бугорок верхнего 3 в норме располагается
 - 1) между нижним 3 и 4
 - 2) на уровне бугорка нижнего 3
 - 3) между 3 и 2
- 033. Окклюзия это смыкание зубных рядов
 - 1) при привычном положении НЧ
 - 2) в состоянии физиологического покоя
 - 3) при смещении нижней челюсти вперед на половину ширины коронок моляров
- 034. Сроки прорезывания молочных зубов
 - 1) 4 6 месяцев –II и I, 6 8 III, 8 10 мес. IV, 10 12 мес. V
 - 2) 6 8 месяцев I, 8 12 мес. II, 12 16 мес. III, 16 20 мес. IV
- 035. Сроки прорезывания постоянных зубов
 - 1) 6 6 7 лет, 1 7 8 лет, 2 8 9 лет, 4 9 11 лет, 3 10 12 лет
 - 2) 6 6 7 лет, 1 7 8 лет, 2 8 9 лет, 4 9 11 лет, 3 9 10 лет, 5 10 11 лет, 7 11 12 лет
 - 3) 1 6 7 лет, 2 7 8 лет, 3 8 9 лет, 4 10 12 и 5 11 13 лет
- 036. Гиперодонтия возникает при
 - 1) наличии сверхкомплектных зубов
 - 2) отсутствии зачатков зубов
 - 3) ретенции зубов
- 037. Гиподонтия возникает при
 - 1) наличии сверхкомплектных зубов
 - 2) отсутствии зачатков зубов
 - 3) задержке прорезывания зубов
- 038. Макродонтия относится к аномалии
 - 1) размеров зубов
 - 2) формы зубов

- 3) структуры зубов
- 039. Микроденития это
 - 1) увеличение размеров зубов
 - 2) уменьшение размеров зубов
 - 3) уменьшение количества зубов
- 040. Макроденития это
 - 1) уменьшение размеров зубов
 - 2) увеличение количества зубов
 - 3) увеличение размеров зубов
- 041. Тортоаномалия это:
 - 1) высокое положение зуба
 - 2) поворот зуба вокруг вертикальной оси
 - 3) вестибулярный наклон зуба
- 042. Ретенция зубов относится к аномалиям
 - 1) количества зубов
 - 2) сроков прорезывания зубов
 - 3) формирования зубов
- 043. Адентия зубов относится к аномалиям
 - 1) количества зубов
 - 2) сроков прорезывания зубов
 - 3) структуры зубов
- 044. Супраположение это аномалия положения зубов в направлении
 - 1) вертикальном
 - 2) саггитальном
 - 3) трансверсальном
- 045. Мезиальное положение зуба это смещение зуба
 - 1) вперед по зубной дуге
 - 2) назад по зубной дуге
 - 3) в сторону неба
- 046. Дистальное положение зуба это смещение зуба
 - 1) вперед по зубной дуге
 - 2) назад по зубной дуге
 - 3) в сторону неба
- 047. Инфраположение нижнего клыка это положение зуба
 - 1) выше окклюзионной плоскости
 - 2) ниже окклюзионной плоскости
 - 3) вне зубной дуги
- 048. Классификация Энгля основана на смыкании
 - 1) челюстей
 - 2) первых моляров
 - 3) резцов
- 049. Ключ окклюзии по Энглию это смыкание
 - 1) первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей
 - 2) постоянных клыков верхней и нижней челюстей
 - 3) постоянных резцов верхней и нижней челюстей
- 050. Первый и второй подклассы II класса Энгля различаются положением
 - 1) моляров
 - 2) клыков
 - 3) резцов
- 051. II класс Энгля характеризуется смещением зубов
 - 1) нижней челюсти назад
 - 2) верхней челюсти назад

- 3) нижней челюсти вперед
052. III класс Энгля характеризуется смещением
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) верхней челюсти вперед
 - 3) нижней челюсти вперед
053. Дистальная окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
054. Мезиальная окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
055. Нейтральная (физиологическая) окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
056. Дистальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) нижней челюсти вперед
 - 3) верхней челюсти назад
057. Мезиальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) нижней челюсти вперед
 - 3) верхней челюсти вперед
058. Дистальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях
- 1) сагиттальном
 - 2) вертикальном
 - 3) трансверсальном
059. Мезиальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях
- 1) сагиттальном
 - 2) вертикальном
 - 3) трансверсальном
060. Вестибулоокклюзия — это смещение
- 1) нижних или верхних боковых зубов в щечную сторону
 - 2) нижних или верхних боковых зубов в оральную сторону
 - 3) только верхних боковых зубов в оральную сторону
061. Лингвоокклюзия — это смещение
- 1) верхних боковых зубов орально
 - 2) нижних боковых зубов орально
 - 3) верхних боковых зубов щечно
062. Палатокклюзия — это смещение
- 1) верхних боковых зубов орально
 - 2) нижних боковых зубов орально
 - 3) верхних боковых зубов щечно
063. Лингвоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
064. Глубокая резцовая окклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии

- 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
- 065. Вестибулоокклюзия относится к
 - 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
- 066. Палатокклюзия относится к
 - 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
- 067. Лингвоокклюзия относится к
 - 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
- 068. Макрогнатия это
 - 1) увеличение челюсти
 - 2) уменьшение челюсти
 - 3) смещение челюсти вперед
- 069. Микрогнатия относится к аномалиям
 - 1) размера челюстей
 - 2) положения челюстей
 - 3) формы челюстей
- 070. Прогнатия и ретрогнатия относятся к аномалиям
 - 1) размера челюстей
 - 2) положения челюстей
 - 3) формы челюстей
- 071. Функциональное состояние мышц челюстно лицевой области определяют методом
 - 1) электромиографии, электромиотонометрии
 - 2) реопарадентографии
 - 3) артрофонографии
- 072. Реография области ВНЧС позволяет определить
 - 1) сократительную способность мышц челюстно лицевой области
 - 2) гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС
 - 3) движение головок нижней челюсти
- 073. Электромиотонометрия позволяет определить
 - 1) биоэлектрическую активность жевательных мышц
 - 2) сократительную способность жевательных мышц
 - 3) сократительную способность только височных мышц
- 074. Синхронную работу мышц антагонистов и синергистов позволит определить
 - 1) амплитуда ЭМГ
 - 2) временные параметры ЭМГ
 - 3) коэффициент координации в фазе жевательного движения
- 075. К специальным методам диагностики в ортодонтии относятся
 - 1) осмотр полости рта, функциональные работы
 - 2) антропометрические, рентгенологические, функциональные, графические
 - 3) опрос, осмотр, измерение гипсовых моделей челюстей.
- 076. При аномалии окклюзии необходимо провести
 - 1) клиническое обследование
 - 2) антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей, внешней осмотр
 - 3) клиническое обследование и специальные методы диагностики
- 077. По таблице Ветцеля можно определить
 - 1) мезиодистальные размеры коронок молочных зубов
 - 2) мезиодистальные размеры коронок постоянных зубов

3) вертикальные размеры коронок молочных зубов

078. Для предотвращения возникновения зубочелюстных аномалий в пренатальный период развития ребенка необходимо проводить профилактические мероприятия

- 1) сбалансированный режим питания будущей матери
- 2) отказ от вредных привычек
- 3) все вышеперечисленные факторы

079. При ранней потере молочных зубов для профилактики деформаций зубных рядов нужно провести

- 1) стимулирование прорезывания постоянных зубов
- 2) сошлифовывание нестершихся бугров молочных зубов
- 3) протезирование

080. О симметричности развития правой и левой половины нижней челюсти позволяют судить

- 1) панорамная рентгенограмма
- 2) ТРГ боковая проекция
- 3) ТРГ прямая проекция и ортопантограмма

081. С целью измерения длины тела верхней челюсти используют

- 1) ортопантограмму
- 2) ТРГ прямая проекция
- 3) ТРГ боковая проекция

082. Метод долгополовой применяется для определения

- 1) длины и ширины нижней челюсти в постоянном прикусе
- 2) ширины и длины апикального базиса в постоянном прикусе
- 3) длины и ширины зубных рядов в период прикуса молочных зубов

083. Панорамную рентгенографию применяют в ортодонтии для

- 1) измерения размеров зубов нижней челюсти
- 2) измерения ширины зубного ряда
- 3) выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей

084. Для определения размеров апикального базиса челюсти используют

- 1) метод Пона
- 2) метод Хауса Снагиной
- 3) индекс Тона

085. Ортопантографию в ортодонтии применяют для определения

- 1) длины верхней челюсти
- 2) длины нижней челюсти
- 3) наличия зачатков постоянных зубов

086. Длину переднего отрезка зубного ряда определяют с помощью метода

- 1) Пона
- 2) Коркхауза
- 3) Хауса Снагиной

087. Наиболее полное представление о размерах челюстей дает

- 1) антропометрическое изучение строения лица ребенка
- 2) фотометрический метод
- 3) телерентгенография головы

088. Индекс Тона применяют для определения

- 1) пропорциональности размеров верхнего и нижнего зубного ряда
- 2) ширины зубного ряда
- 3) пропорциональности размеров верхних и нижних резцов

089. Для определения симметричности роста нижней челюсти целесообразно сделать ребенку

- 1) панорамную рентгенограмму нижней челюсти
- 2) телерентгенограмму в прямой проекции

- 3) ортопантограмму и телерентгенограмму в прямой проекции
090. Метод Герлаха применяют для определения
- 1) длины тела нижней челюсти
 - 2) ширины зубного ряда
 - 3) пропорциональности размеров боковых и передних сегментов зубных рядов верхней и нижней челюстей
091. Графический метод Хаулея Гербера Гербста применяют для определения
- 1) нарушения длины зубных рядов
 - 2) нарушения ширины зубных рядов
 - 3) нарушения положения зубов и формы зубных рядов
092. Электромиография регистрирует
- 1) движения нижней челюсти
 - 2) движения в ВНЧС
 - 3) биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области
093. Тонус мышц изучается
- 1) в расслабленном и сокращенном состоянии
 - 2) в активном состоянии
 - 3) при выдвижении челюсти
094. Реографией называется метод
- 1) исследования биопотенциалов мышц
 - 2) изучения гемодинамики
 - 3) исследования движения суставных головок
095. Метод электрографии в ортодонтии применяется для
- 1) исследования кровеносных сосудов пародонта
 - 2) исследования ВНЧС
 - 3) изучения функции мышц
096. Для оценки пародонта боковой группы зубов целесообразно использовать
- 1) ТРГ прямую проекцию
 - 2) ортопантомографию
 - 3) томографию
097. Латеральное смещение нижней челюсти позволяет определить
- 1) томография
 - 2) телерентгенография в прямой проекции
 - 3) ТРГ в боковой проекции
098. Для определения переднего положения нижней челюсти необходим рентгенологический метод
- 1) ТРГ в боковой проекции
 - 2) ТРГ в прямой проекции
 - 3) ортопантомография
099. для определения пародонта фронтальной группы зубов используется
- 1) ТРГ прямая проекция
 - 2) ортопантомография
 - 3) панорамная рентгенография челюстей
100. Метод, используемый для определения состояния пародонта отдельных зубов
- 1) ортопантомография
 - 2) внутриротовая рентгенография
 - 3) панорамная рентгенография

1.1.3. Ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1



Пациент Ф., 11 лет. Жалобы: задержка прорезывания 11 зуба. Анамнез: 51 зуб выпал в возрасте 7 лет. При осмотре ребенка: смешанный прикус; 55,53,63,75,83,85 зубы – подвижность 1-2 степени, 65,75 – кариозные полости на жевательной поверхности; 16,36 зубы – герметизированные фиссуры, 26,46 - запломбированы, 14,24,25,34 – фиссуры пропускают кончик зонда, цвет эмали обычный; ретенция 11 зуба, тесное положение резцов нижней челюсти, глубокий травмирующий прикус.

Задание:

Назовите возможные причины ретенции 11.
Составьте план комплексного лечения ребенка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2



Пациентка Е., 11 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и эстетический недостаток. При осмотре выявлено увеличение высоты нижней части лица, сглаженность носогубных складок, напряжение мышц околоротовой области. В полости рта: вертикальная щель между резцами до 3 мм. При исследовании функции глотания – «симптом напёрстка» на подбородке, прокладывание языка между зубными рядами

Задание:

Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.

Назовите элементы, которые необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3



Пациентка А., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждемости ребенка в лечении. При осмотре полости рта ребенка: справа щёчные бугорки нижних боковых зубов перекрывают щечные бугорки верхних, диастема между медиальными резцами на верхней челюсти, отсутствует латеральный резец на верхней челюсти слева.

Задание:

Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?

С чем надо провести дифференциальную диагностику гиподонтии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4



Пациентка Н., 13 лет. Обратилась к стоматологу с жалобами на нарушение эстетики: неправильное положение клыков, нарушение цвета и формы резцов верхней челюсти.

Объективно: Вестибулярное положение клыков верхней челюсти и их шиповидная форма, вдоль режущего края резцов бороздчатые углубления.

Задание:

Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5



Пациент Д., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на отсутствие у ребёнка зубов, затруднения при жевании, наличие сухости кожи.

Объективно: Глубокая супраментальная складка, в полости рта единичные зубы шиповидной формы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Язык влажный, чистый. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются

Задание:

Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
Перечислите методы обследования, необходимые для постановки диагноза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6



Пациент Г., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на «неправильный» прикус у ребёнка.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, уменьшение гнатической части лица, выпуклый профиль лица, выраженные супраментальная и носогубные складки, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: адентия зубов на нижней челюсти, нарушение формы зубных рядов, окклюзии, несовпадение центральной линии между верхними и нижними центральными резцами, щель по сагиттали, диастема между 11 и 21.

Задание:

Опишите внешний вид ребёнка (характерные признаки аномалии прикуса).
Поставьте предварительный диагноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7



Пациентка В., 13 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на затруднения при откусывании и пережёвывании пищи, эстетический недостаток, неправильное произношение некоторых звуков.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, увеличение гнатической части лица, губы смыкаются с напряжением, дыхание ротовое, нарушение речеобразования, открывание рта в полном объеме, отмечается вынужденное напряжение круговой мышцы рта и подбородочной мышцы, на подбородке появляются точечные углубления и отмечается «симптом наперстка», лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: Гипоплазия 23 зуба, бугорковый контакт между зубами, отсутствие контактов во фронтальном отделе, щель по вертикали, переднее положение языка.

Задание:

1. Поставьте предварительный ортодонтический диагноз.
2. Перечислите причины, которые могли привести к данной аномалии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8



Пациентка А., 14 лет, жалуется на эстетический недостаток, разрастание десны в области клыков, наличие желто-коричневого пятна на 21 зубе. Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.

В полости рта: слизистая оболочка десны гиперемирована, имеются патологические изменения, на языке отмечается налет желтого цвета, отпечатки зубов. КПУ = 4, ИГПР = 3; проба Шиллера-Писарева положительная, РМА = 18%.

Задание:

1. Поставьте предварительный ортодонтический диагноз.
2. Назовите основные причины развития данной патологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9



Пациент Д., 18 лет, обратился в клинику с жалобами на неправильный прикус, эстетический недостаток.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.

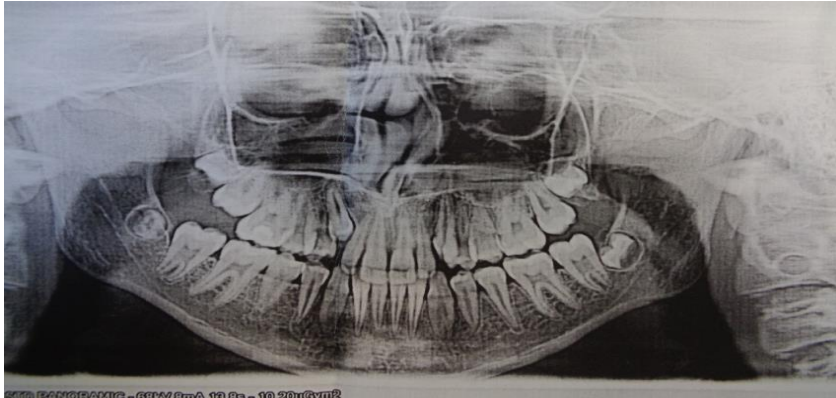
В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. Латеральные резцы расположены небно, скученность зубов, смещение центра, дефицит места для зубов

Задание:

1. Поставьте диагноз. Класс по Энгля. Аномалии отдельных зубов.
2. Составьте план лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10





Пациентка И., 16 лет, обратилась в клинику с жалобами на эстетический недостаток и неправильный прикус.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.

В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. вестибулярное положение 23 зубов, отсутствие 13 зуба в полости рта

Задание:

1. Поставьте диагноз. Опишите ОПТГ.
2. Тактика лечения

1.2. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Стоматология ортопедическая"

1.2.1. Контрольные вопросы

1. Организационные принципы работы ортопедического отделения стоматологической поликлиники. Основные качественные и количественные показатели работы врача-ортопеда и ортопедического отделения в целом. Профилактическая направленность в деятельности ортопедических отделений.
2. Организация работы врача-стоматолога на ортопедическом приеме. Учетно-отчетная и финансовая документация. Оценка деятельности врача - ортопеда.
3. Методы обследования ортопедических больных.
4. ВИЧ — инфекция на ортопедическом приеме. Меры предупреждения.
5. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти — окклюдаторы и артикуляторы. Правила работы с ними.
6. Классификация зубных протезов. Особенности передачи жевательного давления при применении различных конструкций протезов.
7. Морфо-функциональное строение слизистой оболочки полости рта. Понятие о податливости и подвижности слизистой оболочки. Их значение при лечении съемными конструкциями протезов.
8. Изменения в зубочелюстной системе с частичными дефектами зубных рядов. Патогенез. Клиника. Методы профилактики
9. Методы определения центрального соотношения челюстей при I, II и III типах дефектов по Бетельману
10. Показания к восстановлению дефектов зубов вкладками. Принципы препарирования полостей первого и второго класса по Блеку ("ОМ" и "ОД"). Последовательность клинико-лабораторных этапов изготовления.
11. Дефекты коронки зуба. Степень разрушения твердых тканей коронки зуба (ИРОПЗ). Профилактическая значимость искусственных коронок.
12. Показания к восстановлению дефектов зубов вкладками. Принципы препарирования полостей первого и второго класса по Блеку ("ОМ" и "ОД"). Последовательность клинико-лабораторных этапов изготовления.
13. Дефекты коронки зуба. Степень разрушения твердых тканей коронки зуба (ИРОПЗ). Профилактическая значимость искусственных коронок. Последовательность клинико—лабораторных этапов изготовления металлических штампованных коронок.
14. Эстетические конструкции искусственных коронок. Их разновидности. Показания к применению.
15. Технология изготовления безметалловых конструкций протезов.
16. Показания к лечению патологии твердых тканей зубов и частичного отсутствия зубов металлокерамическими несъемными протезами. Особенности препарирования зубов, клинико-лабораторные этапы изготовления.

17. Отсутствие коронки зуба. Показания к применению различных конструкций штифтовых зубов. Клинико-лабораторные этапы лечения штифтовыми конструкциями.
18. Показания к использованию и сохранению корней при ортопедическом лечении. Типы корней. Разновидности штифтовых конструкций.
19. Показания к лечению цельнолитыми мостовидными протезами. Особенности препарирования зубов. Методика получения двойного уточненного слепка. Клинико-лабораторные этапы их изготовления
20. Клинические и технологические особенности лечения комбинированными зубными протезами.
21. Системы фиксации бюгельных протезов. Характеристика балочной, телескопической, замковой систем фиксации. Показания к применению.
22. Период адаптации к зубным протезам. Наставления больному.
23. Врачебные и технологические ошибки при лечении съемными протезами при частичном отсутствии зубов.
24. Пародонт. Морфо-функциональное строение и биомеханика пародонта.
25. Непосредственное протезирование. Конструкции имедиат-протезов. Показания. Методы изготовления.
26. Повышенная стираемость твердых тканей зубов. Локализованная форма. Этиология. Клиника. Диагностика, лечение.
27. Повышенная стираемость твердых тканей зубов. Генерализованная форма. Этиология. Клиника. Диагностика, лечение.
28. Деформации зубных рядов и прикуса при частичном отсутствии зубов. Патогенез, клинические формы. Диагностика. Методы лечения.
29. Виды и методы имплантации.
30. Имплантат. Определение. Конструктивные особенности основных видов имплантатов. Требования к конструкционным материалам Эстетика в ортопедической стоматологии.
31. Реализация эстетических закономерностей в конструировании съемных зубных протезов.
32. Влияние съемных пластиночных протезов на ткани протезного ложа. Клинические проявления стоматитов. Дифференциальная диагностика, онкологическая настороженность. Лечение. Профилактика.
33. Особенности строения и функции ВНЧС.
34. Методы обследования при заболеваниях ВНЧС.
35. Методы ортопедического и комплексного лечения при заболеваниях ВНЧС

36. Избирательное шлифование зубов как первый этап ортопедического лечения в комплексном лечении заболевания пародонта. Цель и задачи избирательного шлифования. Методика проведения. Осложнения.

37. Кламмер. Виды кламмеров и их составные части. Роль кламмеров при распределении жевательного давления.

38. Особенности ортопедического лечения с опорой на дентальные имплантаты и мини-имплантаты.

39. Особенности ортопедического лечения при хронических заболеваниях слизистой оболочки. Материалы.

40. Гальваноз. Клиника, диагностика, лечение.

1.2.2. Тестовые задания

1. Площадь кабинета ортопедической стоматологии должна составлять

- 1) 13,7 кв.м
- 2) 10 кв.м
- 3) 20 кв.м
- 4) не менее 14 кв.м.

2. На каждое дополнительное кресло в стоматологическом кабинете выделяется площадь

- 1) 10 кв.м
- 2) 14 кв.м
- 3) 7 10 кв.м
- 4) 5 кв.м
- 5) 13,7 кв.м.

3. Стены в стоматологическом кабинете должны быть

- 1) оклеены обоями светлых тонов
- 2) покрашены масляной краской светлых тонов
- 3) побелены
- 4) не имеет значения.

4. Укажите правильную последовательность этапов обработки стоматологического инструментария

- 1) контроль качества стерилизации
- 2) предстерилизационная очистка
- 3) дезинфекция
- 4) стерилизация.

5) верно 2, 4, 3, 1

6) верно 3, 2, 4, 1

5. Дезинфекция проводится с целью удаления с инструментов, оттисков и др.

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

6. Предстерилизационная обработка проводится с целью удаления с инструментов

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

7. Стерилизация проводится с целью удаления с инструментов

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

8. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре

- 1) 125°C – 45 мин
- 2) 160°C – 40 мин
- 3) 180°C – 45 мин
- 4) 180°C – 60 мин
- 5) 200°C – 90 мин.

9. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают

- 1) зеркала, изделия из стекла
- 2) наконечники
- 3) боры
- 4) одноразовые шприцы
- 5) перевязочный материал.

10. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:

- 1) пинцет, зонд
- 2) зеркало, зонд
- 3) зонд, шприц
- 4) зеркало, шприц
- 5) ватные шарики.

11. Автоклавированием стерилизуются

- 1) зеркала
- 2) марлевые тампоны, наконечники
- 3) одноразовый шприц
- 4) пластмассовый шпатель
- 5) боры.

12. В гласперленовом стерилизаторе обрабатываются

- 1) лотки
- 2) эндодонтический инструментарий
- 3) шовный материал
- 4) зеркала
- 5) наконечники.

13. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал

- 1) 1% раствор перекиси водорода
- 2) 6% раствор перекиси водорода
- 3) 2% раствор новокаина

4) 0,5% раствор хлорамина

5) 75% метиловый спирт.

14. После использования боры помещают в

1) дезинфицирующий раствор

2) сухожаровой шкаф

3) гласперленовый стерилизатор

4) «Терминатор»

5) автоклав.

15. Полученные оттиски дезинфицируют у пациентов:

1) ВИЧ инфицированных

2) гепатит инфицированных

3) ВИЧ и гепатит инфицированных

4) всех больных

16. В стоматологической практике для первичного осмотра используются

инструменты:

1) зеркало, гладилка

2) зеркало, зонд

3) зеркало, пинцет

4) пинцет, зонд

5) зонд, штопфер.

17. Наконечник необходимо смазывать

1) 1 раз в неделю

2) 2 раза в день

4) 1 раз в день

4) 1 раз в месяц

18. Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности

1) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез жизни, анамнез данного заболевания

2) анамнез данного заболевания, анамнез жизни, жалобы и субъективное состояние пациента, семейный анамнез

3) жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез данного заболевания, анамнез жизни, семейный анамнез

19. Первым этапом обследования пациента в клинике ортопедической стоматологии является

1) сбор анамнеза

2) внешний осмотр

3) осмотр зубных рядов

4) обследование полости рта

20. Зондирование в клинике ортопедической стоматологии используется

1) для выявления болевой реакции периодонта

2) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок

3) для определения тонуса мышц и податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов

21. Пальпация в клинике ортопедической стоматологии используется

1) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок

2) для выявления болевой реакции периодонта, оценки подвижности зубов

3) для определения рельефа альвеолярных частей, податливости слизистой

оболочки полости рта, наличия скрытых костных выступов, местоположения болевых точек

22. Перкуссия в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для определения тонуса мышц, податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов
- 2) для определения глубины пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для выявления болевой реакции периодонта
- 4) для определения тонуса мышц, выявления характера движения головок нижней челюсти

23. Рентгенография зубов используется для

- 1) выявления функционального состояния зубов и их пародонта
- 2) дифференциальной диагностики пульпитов и периодонтитов
- 3) изучения топографии полости зуба, выявления дефекта твердых тканей, определения проходимости корневых каналов, уточнения состояния периодонта

24. Христиансен, Гельман, Рубинов предложили методы исследования

- 1) жевательной эффективности зубных рядов
- 2) движений нижней челюсти в процессе жевания
- 3) функциональной выносливости опорного аппарата зубов

25. Гнатодинамометр – это устройство для изучения

- 1) жевательной эффективности
- 2) выносливости пародонта
- 3) абсолютной силы жевательных мышц

26. Атрофия костной ткани альвеолы измеряется относительно величины

- 1) межальвеолярной высоты
- 2) анатомической коронки зуба
- 3) клинической коронки зуба

27. За величину атрофии костной ткани альвеолы принимается размер, полученный при зондировании

- 1) с вестибулярной стороны
- 2) с медиальной стороны
- 3) с оральной стороны
- 4) с дистальной стороны
- 5) независимо от стороны, но наибольший

28. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет

- 1) выносливость пародонта
- 2) жевательную эффективность
- 3) степень сохранности зубных рядов

29. Нормой в зубочелюстной системе является

- 1) несущественные морфологические отклонения от оптимума
- 2) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы
- 3) несущественные функциональные отклонения от оптимума
- 4) полноценное пережевывание пищи

30. Патологией называется

- 1) выявленные объективные признаки болезни
- 2) выявленные субъективные признаки болезни
- 3) относительно устойчивое состояние органа, отклоненное от нормы, имеющее биологически отрицательное значение для организма
- 4) совокупность выявленных субъективных и объективных признаков болезни

31. Диагноз – это

- 1) изменения, выявленные с помощью субъективных и объективных методов

- обследования
- 2) выяснение характера морфологических и функциональных нарушений с помощью объективных методов обследования
 - 3) выяснение симптомов, этиологии и патогенеза заболевания
 - 4) краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании, выраженное с помощью медицинских терминов, обозначающих название болезни
- 32. При изучении диагностических моделей важна информация о**
- 1) соотношении зубных рядов
 - 2) форме зубных рядов
 - 3) характере смыкания передних зубов
 - 4) характере атрофии беззубых альвеолярных частей
 - 5) положении зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов
 - 6) все перечисленное
- 33. Под основным заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению, понимают**
- 1) заболевание, которое в зубочелюстной системе возникло первым
 - 2) заболевания с наиболее выраженными клиническими проявлениями
 - 3) заболевание, терапия которого проводится методами ортопедической стоматологии
- 34. Под осложнениями стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению, понимают**
- 1) факторы, отягощающие течение болезни
 - 2) изменения в зубочелюстной системе, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 3) изменения в зубочелюстной системе, патогенетически связанные с основным заболеванием
- 35. Под сопутствующими заболеваниями в клинике ортопедической стоматологии понимают**
- 1) все изменения в полости рта, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 2) заболевания, патогенетически связанные с основным заболеванием
 - 3) болезни зубочелюстной системы или других органов, не имеющие связи с основным стоматологическим заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению
- 36. По назначению искусственные коронки бывают**
- 1) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 2) восстановительными, фиксирующими, опорными, провизорными, шинирующими
 - 3) металлическими, неметаллическими, комбинированными
- 37. По конструкции различают искусственные коронки**
- 1) полными, неполными, окончатými, телескопическими, культевыми
 - 2) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 3) металлическими, фарфоровыми, ситалловыми, пластмассовыми
- 38. Провизорными называют коронки**
- 1) защитные
 - 2) постоянные
 - 3) временные
 - 4) 1 2
 - 5) 1 3
- 39. По материалу для изготовления искусственные коронки могут быть**
- 1) металлическими, неметаллическими, комбинированными
 - 2) пластмассовыми, паяными, комбинированными

- 3) металлическими, литыми, пластмассовыми
 - 4) паяными, полимеризованными, литыми
- 40. Абсолютным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) изменение цвета эмали
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) острый периодонтит
 - 4) заболевания слизистой оболочки полости рта
- 41. Относительным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) атрофия костной ткани лунки на $\frac{2}{3}$ длины корня
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) некачественно запломбированный канал корня
 - 4) разрушение коронковой части зуба более чем на $\frac{1}{2}$
- 42. Для препарирования апроксимальных поверхностей зубов под искусственные коронки применяют**
- 1) карборундовые фасонные головки
 - 2) металлические сепарационные диски
 - 3) вулканитовые диски
 - 4) карборундовые круги
- 43. Для предупреждения расцементировки искусственной штампованной коронки необходимо**
- 1) создать экватор на искусственной коронке
 - 2) чтобы стенки искусственной коронки создать параллельными
 - 3) чтобы край искусственной коронки погружался в зубодесневой желобок
 - 4) чтобы искусственная коронка находилась в контакте с зубами антагонистами
- 44. У лиц молодого возраста край металлической коронки погружается в десневую бороздку на**
- 1) 1,5 мм
 - 2) 1,0 мм
 - 3) 0,5–0,6 мм
 - 4) 0,2 – 0,3 мм
 - 5) минимально, почти на уровне десны
- 45. Форма культи зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку, должна иметь вид**
- 1) цилиндра
 - 2) конуса
 - 3) усеченного конуса
 - 4) обратноусеченного конуса
- 46. Для достижения сцепления керамики с металлической поверхностью каркаса необходимо**
- 1) провести пескоструйную обработку
 - 2) провести пескоструйную обработку и создать окисную пленку
 - 3) провести пескоструйную обработку, обезжирить каркас и создать окисную пленку

47. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывание значительного количества тканей зуба в пришеечной области и формирование уступа обусловлены необходимостью

- 1) улучшения фиксации коронки
- 2) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики
- 3) создания плотного контакта коронки с тканями зуба

48. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее

- 1) 0,1 мм
- 2) 0,2 мм
- 3) 0,3 мм
- 4) 0,5 мм

49. Конусность культи зуба при препарировании под цельнолитую коронку с облицовкой составляет

- 1) $2 - 4^{\circ}$
- 2) $5 - 10^{\circ}$
- 3) $10 - 15^{\circ}$
- 4) $15 - 20^{\circ}$

50. При изготовлении цельнолитой коронки, облицованной пластмассой, естественный зуб препарируют

- 1) с циркулярным уступом
- 2) с вестибулярным уступом
- 2) без уступа

1.2.3. Ситуационные задачи

1. Ситуационная задача 1. У пациента А. отсутствуют следующие зубы: 14,15,24,25,26, наблюдается воспаление краевого периодонта, подвижность зубов I-II степени. Возможно ли изготовление бюгельного протеза? Составьте план ортопедического лечения.
2. Ситуационная задача 2. При проверке конструкции частичного съемного пластиночного протеза на нижней челюсти определили отсутствие контакта слева между искусственными зубами и зубами антагонистами. Какая ошибка допущена при изготовлении протеза и как ее устранить?
3. Ситуационная задача 3. В клинику обратился пациент с жалобами на поломку съемного протеза. При осмотре на протезе были обнаружены белые меловидные пятна и поры. Каковы возможные причины поломки протеза?
4. Ситуационная задача 4. При обследовании больного, которому был изготовлен полный съемный протез, были обнаружены гиперемия слизистой оболочки, отечность. Пациент жаловался на неприятный вкус во рту. Назовите причины данной патологии? Методы устранения?
5. Ситуационная задача 5. При наложении съемного пластиночного протеза у больного усилилось слюноотделение, возникли позывы к рвоте. С чем это связано? Тактика врача.
6. Ситуационная задача 6. Больной К. обратился в поликлинику по причине перелома базиса частичного съемного пластиночного протеза. Протез изготовлен из пластмассы «Фторакс». Можно ли использовать для реставрации другие виды пластмасс? Если да, то какие?
7. Ситуационная задача 7. Больной А. обратился с жалобами на чувствительность зубов при употреблении холодной и горячей пищи. При опросе выяснилось, что он пользуется бюгельным протезом около года. При осмотре была выявлена повышенная стираемость естественных зубов антагонистов. Что явилось причиной стираемости? Методы лечения.
8. Ситуационная задача 8. При осмотре пациента выявлена патологическая подвижность зубов на верхней челюсти I-II степени, отсутствие зубов: 15,14,22,25,26,

обильные назубные отложения. Обоснуйте план лечения, выберите конструкцию протеза.

9. Ситуационная задача 9. При осмотре полости рта на нижней челюсти было выявлено: подвижность передних зубов II-III степени и их наклон вестибулярно. Какой вид шины показан в данной клинической ситуации?
10. Ситуационная задача 10. При осмотре пациента было установлено, что у него дефект зубного ряда 4 класс по Кеннеди, патологическая стираемость II степени. Можно ли провести протезирование бюгельным протезом? Ответ обоснуйте.
11. Ситуационная задача 11. Назовите материалы, используемые для получения вспомогательных оттисков, при изготовлении бюгельных протезов. Можно ли их использовать для получения рабочих оттисков? Почему?
12. Ситуационная задача № 12

Больной 55 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II – III степени, на нижней челюсти, где находится на диспансерном учете ДЗ гр. Прикус глубокий.

Продолжается активное лечение заболевания. Планируется изготовление несъемной шины.

Укажите задачи ортопедического лечения у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания.

1.3. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Стоматология терапевтическая"

Контрольные вопросы

1. Эмаль, дентин, цемент зуба. Строение, химический состав, функции.
2. Современные представления о причинах возникновения и механизме развития кариеса зубов. Распространенность. Интенсивность. Прирост интенсивности. Классификация кариеса зубов.
3. Современные методы лечения различных форм кариеса.
4. Кариес в стадии пятна. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения.
5. Поверхностный кариес. Средний кариес. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Глубокий кариес. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Осложнения при лечении глубокого кариеса и их профилактика.
7. Ошибки и осложнения при лечении кариеса зубов.
8. Профилактика кариеса. Гигиена полости рта, ее лечебно-профилактическое значение.
9. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы. Функции пульпы. Эндодонт, взаимоотношение основных элементов в пульпарно-дентинном комплексе.
10. Острый очаговый пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
11. Острый диффузный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
12. Хронический фиброзный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
13. Хронический гипертрофический пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

14. Хронический гангренозный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
15. Ретроградный пульпит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
16. Биологический метод лечения пульпита. Витально-ампутационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
17. Витально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
18. Девитально-ампутационный метод лечения пульпита. Импрегнационные методы. Показания, механизм действия. Ошибки и осложнения.
19. Девитально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, методика проведения, ошибки и осложнения.
20. Обострение хронического пульпита. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
21. Анатомо-физиологические особенности строения периодонта. Функции периодонта.
22. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, патанатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
23. Хронические очаги инфекции полости рта. Их роль в патогенезе стоматологических и общесоматических заболеваний. Очагово-обусловленные заболевания. Их профилактика и лечение.
24. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита. Патанатомия. Иммунологические аспекты. Современные методы лечения деструктивных форм периодонтита.
25. Хронический фиброзный периодонтит. Обострение хронического периодонтита. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Показания и противопоказания к консервативному методу лечения периодонтита. Показания к односеансному методу лечения, методика проведения.
26. Эндодонтический инструментарий. Классификация, назначение, стандартизация.
27. Инструментальная обработка (препарирование) корневого канала. Методика.
28. Медикаментозная обработка корневого канала.
29. Пломбирование корневого канала. Пломбировочные материалы для корневых каналов. Штифты, методы пломбирования штифтами.
30. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения.
31. Физиотерапия верхушечного периодонтита. Показания, противопоказания, механизм действия, методика проведения.

1.3.2. Тестовые задания

001. Полость рта состоит

- 1) из глотки
- 2) из преддверия полости рта
- 3) из неба
- 4) собственно из полости рта
- 5) все вышеперечисленное

002. Формирование полости рта происходит к концу

- 1) шестого месяца внутриутробного развития
- 2) четвертого месяца внутриутробного развития
- 3) второго месяца внутриутробного развития
- 4) к моменту рождения

5) в течение всей жизни

003. Слизистая оболочка рта состоит

- 1) из 5 слоев
- 2) из 2 слоев
- 3) из 3 слоев
- 4) из 6 слоев
- 5) из 1 слоя

004. Многослойный плоский эпителий слизистой рта в нормальных условиях ороговекает

- 1) на губах
- 2) на мягком небе
- 3) на дне полости рта
- 4) на нитевидных сосочках языка.
- 5) на миндалинах

005. Иннервация слизистой оболочки рта осуществляется

- 1) I, II, III парами черепных нервов
- 2) III, IV, V парами черепных нервов
- 3) V, VII, IX парами черепных нервов
- 4) V, VI парами черепных нервов
- 5) III, VI, IX парами черепных нервов

006. Сосочки языка, не содержащие вкусовые луковицы

- 1) нитевидные
- 2) грибовидные
- 3) листовидные
- 4) желобоватые
- 5) все верные

007. Желобоватые сосочки языка расположены:

- 1) на боковых поверхностях и кончике языка;
- 2) на всей поверхности языка;
- 3) на боковых поверхностях и задних отделах языка;
- 4) на границе корня и тела языка
- 5) на всей дорсальной поверхности языка

008. К малым слюнным железам относятся:

- 1) околоушные;
- 2) поднижнечелюстные;
- 3) щечные;
- 4) губные;
- 5) подъязычные

009. Защитная функция слизистой оболочки рта не обусловлена

- 1) непроницаемостью для микроорганизмов
- 2) проницаемостью для микроорганизмов
- 3) десквамацией эпителия
- 4) гиперкератозом
- 5) лейкоцитами

010. Высокая митотическая активность эпителия слизистой оболочки рта обуславливает функцию

- 1) защитную
- 2) пластическую
- 3) чувствительную
- 4) секреторную
- 5) все вышеперечисленное

11. Количество слюны, которое выделяется у взрослого человека в сутки

- 1) 500 1000 мл
- 2) 1000 1500 мл
- 3) 1500 2000 мл
- 4) 2000 2500 мл
- 5) варьируется

12. Функция слюны, связанная с поддержанием постоянства состава эмали называется:

- 1) защитная
- 2) пластическая
- 3) пищеварительная
- 4) чувствительная
- 5) минерализующая

13. Основная функция антибактериальной системы слюны заключается

- 1) в полном подавлении микрофлоры полости рта
- 2) в контроле количественного и качественного состава микрофлоры полости рта
- 3) в обеспечении гомеостаза полости рта
- 4) в подавлении микрофлоры зубного налета
- 5) в подавлении пародонтопатогенной микрофлоры

14. Системное аутоиммунное заболевание, сопровождающееся сухостью слизистой оболочки полости рта, глаз, изменениями в суставах, носит название:

- 1) синдром Бехчета
- 2) синдром Дауна
- 3) синдром Папийона Лефевра
- 4) синдром Шегрена
- 5) синдром Олдриджа

15. Для стимуляции слюноотделения применяют:

- 1) р р пилокарпина
- 2) прием кислых продуктов
- 3) препараты адреналина
- 4) р р бромида калия
- 5) р р кальция хлорида

16. Биологическая жидкость, содержащая секрет слюнных желез, микрофлору, слущенный эпителий и др., называется:

- 1) плазма
- 2) десневая жидкость
- 3) лимфа
- 4) ротовая жидкость
- 5) слизистый секрет

17. Кислотность слюны находится в пределах:

- 1) 6,0 7,0
- 2) 5,5 6,5
- 3) 6,5 7,5
- 4) 3,3 5,5
- 5) 7,0 8,0

18. Буферная емкость слюны обеспечивается системой:

- 1) белковой
- 2) хлоридной
- 3) фосфатной
- 4) гидрокарбонатной
- 5) верно 1,3,4

19. Соотношение воды и органических минеральных компонентов составляет:

- 1) 99% 1%

- 2) 90% 10%
- 3) 95% 5%
- 4) 99,9% 0,1%
- 5) 50% 50%

20. Растворимость неорганических веществ в слюне повышается с:

- 1) увеличением pH
- 2) уменьшением pH
- 3) не изменяется никогда
- 4) не зависит от pH
- 5) приемом пищи

21. Зубной налет быстро накапливается на вестибулярных поверхностях зубов:

- 1) верхних резцов
- 2) нижних резцов
- 3) верхних молярах
- 4) нижних моляров
- 5) одинаково во всех участках полости рта

22. Пелликула зуба образована:

- 1) коллагеном
- 2) кератином
- 3) гликопротеидами слюны
- 4) органическими кислотами
- 5) минеральными компонентами

23. Для выявления зубного налета используется метод

- 1) зондирование
- 2) окрашивание
- 3) пальпация
- 4) ЭОД
- 5) микробиологический

24. С помощью йодсодержащего раствора можно выявить наличие на зубах:

- 1) кутикулы
- 2) пелликулы
- 3) зубного налета
- 4) зубного камня
- 5) пищевые остатки

25. Слизистая оболочка полости рта состоит из:

- 1) 5 слоев
- 2) 4 слоев
- 3) 3 слоев
- 4) 2 слоев
- 5) 1 слоя

26. Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки полости рта в норме ороговеивает на:

- 1) мягком небе
- 2) дне полости рта
- 3) щеках
- 4) губах
- 5) твердом небе

27. Сбор анамнеза у стоматологического пациента начинают с:

- 1) анамнеза жизни
- 2) анамнеза болезни
- 3) выяснения жалоб
- 4) осмотра полости рта

5) пальпации лимфатических узлов

28. Осмотр стоматологического пациента начинают с:

- 1) осмотра полости рта
- 2) внешнего осмотра
- 3) осмотра лимфатических узлов
- 4) изучения рентгенограммы зубов
- 5) оценки клинического анализа крови

29. Основной метод обследования стоматологического больного:

- 1) рентгенологический
- 2) цитологический
- 3) гистологический
- 4) сбор анамнеза
- 5) аллергологический

30. К первичным элементам поражения относятся:

- 1) пузырь
- 2) эрозия
- 3) афта
- 4) рубец
- 5) трещина

31. К вторичным элементам поражения относятся:

- 1) чешуйка
- 2) бугорок
- 3) узелок
- 4) узел
- 5) пятно

32. Ограниченное изменение цвета слизистой оболочки это:

- 1) бугорок
- 2) рубец
- 3) гнойничок
- 4) узелок
- 5) пятно

33. К дефектам слизистой оболочки относятся:

- 1) волдырь
- 2) пятно
- 3) бугорок
- 4) узелок
- 5) афта

34. Папула, в переводе с латинского, это:

- 1) бугорок
- 2) узелок
- 3) узел
- 4) рубец
- 5) чешуйка

35. Линейный дефект слизистой оболочки это:

- 1) афта
- 2) язва
- 3) эрозия
- 4) трещина
- 5) чешуйка

36. Повреждение слизистой оболочки в пределах эпителия это:

- 1) эрозия
- 2) язва

- 3) чешуйка
- 4) корка
- 5) рубец

37. Патологические процессы, происходящие в эпителии при образовании клеток Тцанка:

- 1) паракератоз
- 2) гиперкератоз
- 3) акантоз
- 4) акантолиз
- 5) гранулез

38. Симптом Никольского определяется при патологическом процессе в слизистой оболочке рта:

- 1) акантозе
- 2) акантолизе
- 3) гиперкератозе
- 4) паракератозе
- 5) папилломатозе

40. Патологические процессы в эпителии, приводящие к образованию пузырьков при простом герпесе:

- 1) папилломатоз
- 2) баллонизирующая дегенерация
- 3) акантоз
- 4) паракератоз
- 5) гиперкератоз

41. Диагностическими клетками при простом герпесе являются:

- 1) гигантские многоядерные клетки
- 2) акантолитические клетки Тцанка
- 3) клетки Лангханса
- 4) многоядерные полиморфные клетки
- 5) ксантомные клетки

42. Диагностическими клетками при вульгарной пузырчатке являются:

- 1) гигантские многоядерные клетки
- 2) акантолитические клетки Тцанка
- 3) клетки Лангханса
- 4) многоядерные полиморфные клетки
- 5) ксантомные клетки

43. Для подтверждения диагноза «вульгарная пузырчатка» используют дополнительный метод исследования:

- 1) аллергологический
- 2) бактериоскопический
- 3) цитологический
- 4) рентгенологический
- 5) клинический анализ крови

44. Для подтверждения диагноза «вторичный сифилис» используют дополнительный метод исследования:

- 1) цитологический
- 2) рентгенологический
- 3) серологический
- 4) клинический анализ крови
- 5) гистологический

45. Для подтверждения диагноза «кандидоз» используют дополнительный метод исследования:

- 1) аллергологический
- 2) рентгенологический
- 3) бактериоскопический
- 4) цитологический
- 5) серологический

46. К основным методам обследования относится:

- 1) рентгенологическое обследование
- 2) цитологическое исследование
- 3) общий клинический анализ крови
- 4) осмотр полости рта
- 5) иммунологическое исследование

47. При исследовании регионарных лимфатических узлов необходимо определить их:

- 1) гиперемию
- 2) болезненность
- 3) абсцедирование
- 4) площадь
- 5) форму

48. К дополнительным методам обследования относится:

- 1) опрос
- 2) осмотр полости рта
- 3) рентгенологическое обследование
- 4) сбор анамнеза
- 5) внешний осмотр

49. Пузырек первичный морфологический элемент поражения при:

- 1) плоском лишае
- 2) простом герпесе
- 3) лейкоплакии
- 4) пузырьчатке
- 5) сифилисе

50. Ороговевающие элементы поражения свойственны:

- 1) пузырьчатке
- 2) кандидозу
- 3) простому герпесу
- 4) ящуре
- 5) лейкоплакии

Ситуационные задачи

Задача № 1.1.

Пациент Р., 34 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в 15 при приеме твердой пищи, боль появилась месяц назад.

Объективно: на жевательной поверхности 15 глубокая кариозная полость, зондирование болезненное по дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Какими дополнительными методами обследования можно подтвердить диагноз?
4. Проведите дифференциальную диагностику.

5. Какой метод обезболивания потребуется?

Задача №1.2.

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная Д., 16 лет, с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности 21 в пришеечной области обнаружено меловидное пятно размером 0,3 см на 0,4 см. При зондировании поверхность пятна гладкая. Со слов больной стало известно, что пятно появилось 3 месяца назад.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

Задача №1.3.

Пациент Л. обратился с целью санации. Жалоб не предъявляет.

Объективно: на вестибулярной поверхности 11 в пришеечной области меловидное пятно с нечеткими границами диаметром до 0,3 см., поверхность пятна гладкая, реакции на температурные раздражители отсутствуют.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

Задача №1.4.

Пациент А., 30 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на быстропроходящую боль от сладкого в 25 зубе, боль появилась месяц назад.

Объективно: На жевательной поверхности 25 кариозная полость в пределах эмали, зондирование безболезненное, реакция на холод безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

5. Какие пломбировочные материалы следует использовать?

Задача № 1.5.

Больной К., 23 года, обратился с жалобами на кратковременные боли от температурных раздражителей в 16 зубе. При осмотре на коронке видимых кариозных полостей не наблюдается, при орошении зуба холодной водой отмечается кратковременная боль.

На внутривисочной рентгенограмме на апроксимально-дистальной поверхности отмечается нарушение структуры твердых тканей зуба в средних слоях дентина.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Какие особенности препарирования таких кариозных полостей?
4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения?
5. Почему при пломбировании необходимо восстановить контактный пункт?

Задача № 1.6.

Больной Р., 26 лет, обратился с жалобами на кратковременные боли в 13 зубе при приеме холодной пищи. 13 зуб год назад был лечен по поводу неосложненного кариеса. Боли появились 2 месяца назад после выпадения пломбы.

Объективно: на контактно-медиальной поверхности 13 зуба кариозная полость средней глубины. Режущий край сохранен. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения?
5. Каковы особенности пломбирования таких полостей?

Задача №1.7.

В клинику терапевтической стоматологии обратился больной К., 24 лет, с жалобами на кратковременные боли в 37 зубе при приеме пищи. Боли появились 2 месяца назад. При объективном осмотре на апроксимально-дистальной поверхности 37 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?

3. Назовите дополнительные методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

Задача №1.8.

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная М., 30 лет, с жалобами на кратковременные боли в 24 зубе при приеме пищи. Боль появилась после выпадения пломбы месяц назад. Объективно: на апроксимально-медиальной поверхности 24 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам полости, реакция на холод болезненная, кратковременная, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы исследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

Задача №1.9.

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная К., 25 лет, с жалобами на кратковременные боли в 17 зубе при приеме пищи. Пять дней назад 17 зуб был лечен по поводу среднего кариеса, пломба выполнена из материала «Эвикрол», прокладка из фосфатного цемента «Унифас».

Объективно: на жевательной поверхности 17 зуба пломба. Перкуссия 17 безболезненна.

1. Каковы причины жалоб пациентки?
2. Перечислите, врачебные ошибки, которые могли привести к данной клинической ситуации.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Какой класс кариозной полости по Блэку?
5. Тактика врача в этой ситуации.

Задача №1.10.

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная А., 45 лет, с жалобами на выпадение пломбы из 12 зуба, боль от холодного, сладкого в 12 зубе.

Из записей в медицинской карте стало известно, что 12 зуб полгода назад лечен по поводу среднего кариеса, пломбирование проведено материалом «Эвикрол».

Объективно: на контактно-латеральной поверхности 12 зуба кариозная полость средней глубины. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод болезненная, кратковременная. Перкуссия безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите возможные причины выпадения пломбы.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
5. Каким пломбировочным материалом целесообразнее провести пломбирование кариозной полости?

Задача №1.11.

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная А. 45 лет с жалобами на выпадение пломбы из 11 зуба.

Объективно: на латеральной поверхности 11 зуба глубокая кариозная полость с разрушением режущего края коронки. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе и дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная, перкуссия безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какое обезболивание следует провести?

1.4. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Стоматология хирургическая"

1.4.1. Контрольные вопросы

1. Основные этапы развития хирургической стоматологии, роль отечественных ученых в ее развитии.
2. Принципы организации хирургической стоматологической помощи населению в городах и сельской местности.
3. Виды хирургической стоматологической помощи: поликлиническая и стационарная, плановая, неотложная, экстренная; особенности оказания помощи в экстремальных ситуациях. Организация и оборудование

хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники, челюстно-лицевого стационара.

4. Специальное оснащение, аппаратура и инструменты для обследования стоматологических больных и проведения операций в челюстно-лицевой области.
5. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Стерилизация инструментов и перевязочного материала, материала для швов шелк, кетгут, нити из синтетических материалов.
6. Медицинская документация в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники. Показатели работы хирурга-стоматолога. Обследование больных с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области.
7. Объективные методы исследования с применением современной диагностической аппаратуры. Показания к лечению стоматологических больных и пострадавших в условиях поликлиники и стационара, подготовка их к госпитализации.
8. Особенности операций на лице: Инструментарий. Виды швов. Особенности операций в полости рта.
9. Удаление зуба как оперативное вмешательство. Показания противопоказания к удалению зуба. Методика удаления. Виды щипцов их назначение. Удаление зубов щипцами. Отдельные моменты удаления зубов щипцами.
10. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней. Техника применения элеваторов различного типа. Методика удаления глубоко расположенных отломков корней. Методика операции удаления третьего моляра на нижней челюсти при неполном прорезывании и неправильном расположении. Обработка раны после удаления зуба.
11. Осложнения во время операции удаления зуба и корней. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание в нее корня при операции на альвеолярном отростке верхней челюсти, лечебная тактика при этих осложнениях, их профилактика.
12. Осложнения после операции удаления зуба. Кровотечение. Способы остановки кровотечений из ран мягких тканей и кости. Альвеолит, луночковая боль, причины, профилактика, лечение. Лечение других послеоперационных осложнений.
13. Профилактика ВИЧ-инфекции. вирусного гепатита. Подготовка рук хирурга к операции. Подготовка ротовой полости к операции. Обработка операционного поля. Формы одежды врача в поликлинике и стационаре.

1.4.2. Тестовые задания

001. Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области:

- 1) височной
- 2) скуловой
- 3) щечной
- 4) околоушно жевательной
- 5) окологлоточного пространства

002. Выраженное затруднение при открывании рта появляется у больных с флегмоной в области:

- 1) скуловой
- 2) поднижнечелюстной
- 3) подглазничной
- 4) щечной области
- 5) околоушно жевательной

003. Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть:

- 1) ксерофтальмия
- 2) выворот век
- 3) потеря зрения
- 4) парез лицевого нерва

004. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

- 1) паротит
- 2) медиастинит
- 3) парез лицевого нерва
- 4) гематома мягких тканей
- 5) тромбоз кавернозного синуса головного мозга

005. Первичный очаг гнойного воспаления, перерастающий в флегмону дна полости рта, локализуется в:

- 1) щечной области
- 2) подвисочной ямке
- 3) жевательной мышце
- 4) околоушной слюнной железе
- 5) поднижнечелюстной области

006. Разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта производят в:

- 1) в подбородочной области
- 2) окаймляющем угол нижней челюсти
- 3) слизистой оболочке по крыловидно-нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

007. Выполняя разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта можно повредить:

- 1) язык
- 2) скуловую ветвь nervus facialis
- 3) корень языка
- 4) околоушную слюнную железу
- 5) поднижнечелюстную слюнную железу

008. Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан:

- 1) в области флюктуации
- 2) в проекции корня языка
- 3) по границе гиперемии кожи
- 4) на протяжении инфильтрата
- 5) в месте наибольшей болезненности

009. При неблагоприятном течении флегмоны подбородочной области инфекция распространяется в:

- 1) средостение
- 2) околоушножевательную область
- 3) околоушную слюнную железу
- 4) подглазничную область
- 5) щечную область

010. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется в:

- 1) околоушножевательную область
- 2) щечную область
- 3) крыловидно-небное венозное сплетение
- 4) венозные синусы головного мозга
- 5) крыловидно-нижнечелюстное пространство

011. Причиной развития флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является воспалительный процесс в области:

- 1) верхней губы

- 2) третьих моляров
- 3) зубов верхней челюсти
- 4) лимфатических узлов щечной области
- 5) периоста с небной стороны

012. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является:

- 1) диплопия
- 2) отек и гиперемия кожи щечных областей
- 3) боль при глотании и открывании рта
- 4) затрудненное открывание рта
- 5) инфильтрат мягких тканей подбородочной области

013. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является:

- 1) отек верхнего века
- 2) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- 3) отек и гиперемия кожи щечной области
- 4) гиперемия кожи в области нижней губы
- 5) инфильтрат и гиперемия кожи околоушно-жевательной области

014. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать от:

- 1) ангины Людвига
- 2) карбункула нижней губы
- 3) абсцедирующего паротита
- 4) флегмоны височной области
- 5) обострения хронического верхнечелюстного синусита

015. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной ямки является:

- 1) симптом «песочных часов»
- 2) отек губо-щечной складки
- 3) отек и гиперемия кожи в подглазничной области
- 4) гиперемия кожи в области нижней губы
- 5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области

016. Оперативный доступ при вскрытии абсцесса крылонебной ямки производят по переходной складке на уровне:

- 1) 876|678
- 2) 654|456
- 3) 321|123
- 4) 876|678

017. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

- 1) асимметрия лица
- 2) затрудненное открывание рта
- 3) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- 4) боль при глотании и движении языка
- 5) отек и гиперемия кожи в щечных областях

018. Типичный разрез при вскрытии флегмоны языка производят:

- 1) дугообразно вдоль угла нижней челюсти
- 2) в подбородочной области по средней линии
- 3) по крыловидно-нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

019. При вскрытии флегмоны языка можно повредить:

- 1) лицевой нерв
- 2) лицевую артерию
- 3) щитовидную железу

4) подъязычную слюнную железу

5) артерии и вены языка

020. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти являются:

1) подвижность всех зубов на челюсти

2) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без четких границ, положительный симптом нагрузки

3) муфтообразный, без четких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов

4) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с четкими границами, отрицательный симптом Венсана

021. Лечение больных хроническим одонтогенным остеомиелитом челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в :

1) секвестрэктомии

2) санации полости рта

3) антибактериальной терапии

4) периостотомии в области причинного зуба

5) антибактериальной терапии, секвестрэктомии

022. Оперативное лечение больного с травматическим остеомиелитом челюсти заключается в :

1) удалении секвестров

2) ревизии костной раны

3) репозиции и фиксации отломков

4) ревизии костной раны, удалении секвестров

5) ревизии костной раны, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков

023. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо:

1) провести синусотомию

2) динамическое наблюдение

3) промыть пазуху антисептиком, провести тугую тампонаду устья лунки после образования в ней сгустка крови

4) укрыть лунку йодоформным тампоном

5) выскаблить полипы из верхнечелюстной пазухи через лунку

024. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид:

1) гноя

2) лимфы

3) крови

4) мутной жидкости

5) прозрачной опалесцирующей жидкости

025. Основным методом лечения больного с врожденным свищем шеи является его:

1) перевязка

2) иссечение

3) прошивание

4) криодеструкцию

5) склерозирование

026. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерны изменения костной ткани:

1) в виде «тающего сахара»

2) с нечеткими границами в области одного или нескольких зубов

3) в виде нескольких полостей с четкими контурами

4) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

5) с образованием секвестра

027. Основным методом лечения кист небольшого размера является:

- 1) цистэктомия
- 2) криодеструкция
- 3) склерозирование
- 4) частичная резекция челюсти
- 5) выскабливание через лунку удаленного зуба

028. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:

- 1) прорастание кисты в полость носа
- 2) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
- 3) небольшие размеры (в области 3 х зубов)
- 4) большие размеры (в области 3 х зубов)
- 5) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

029. Операция «ороназальная цистотомия» проводится у больных при радикулярных кистах:

- 1) оттеснивших полость носа
- 2) нижней челюсти больших размеров
- 3) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
- 4) прорастающих в верхнечелюстную пазуху
- 5) расположенных в области трех и более зубов верхней челюсти

030. Подготовка к операции «цистэктомия» включает пломбирование:

- 1) корня «причинного» зуба
- 2) корня всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов антагонистов
- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

031. Подготовка к операции «цистотомия» включает пломбирование:

- 1) корня «причинного» зуба
- 2) корней всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов антагонистов
- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

032. Двухэтапная «цистэктомия», при локализации радикулярной кисты на верхней челюсти, проводится в тех случаях когда киста больших размеров:

- 1) прорастает поднадкостнично
- 2) отсекает дно верхнечелюстной пазухи
- 3) располагается во фронтальном отделе
- 4) располагается в области премоляров
- 5) часто нагнаивается

033. Основным методом лечения большого с фиброматозом является:

- 1) химиотерапия
- 2) лучевая терапия
- 3) комбинированное лечение
- 4) иссечение новообразования вместе с надкостницей
- 5) резекция челюсти

034. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:

- 1) ограниченным участком ороговения десны
- 2) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- 3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 4) синюшно бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

035. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) болезненным дефектом костной ткани челюсти
 - 2) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
 - 3) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
 - 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
 - 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
036. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:
- 1) костными изменениями типа «тающего сахара»
 - 2) костными изменениями « матового стекла»
 - 3) деструкцией кости в виде множественных очагов
 - 4) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежением с четкими границами, разделенными костными перегородками
 - 5) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении
037. Клиническая картина составной одонтомы характеризуется:
- 1) свищами на кожи
 - 2) контрактурой челюстей
 - 3) бессимптомным течением
 - 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
 - 5) наличием острых краев в области альвеолярного отростка
038. Рентгенологическая картина сложной адантомы характеризуется:
- 1) отсутствием костных изменений в области одонтомы
 - 2) ограниченной гомогенной тенью плотнее кости с ободком просветления
 - 3) резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти с ободком затемнения
 - 4) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти
 - 5) наличием зачатка несформировавшегося зуба
039. Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно:
- 1) очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
 - 2) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
 - 3) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
 - 4) наличие кисты с зачатком зуба
 - 5) наличие секвестра
040. Основными методами лечения больных с кавернозной гемангиомой являются:
- 1) прошивание
 - 2) электрорезекция
 - 3) лучевое воздействие
 - 4) склерозирующая терапия
 - 5) криодеструкция, лазерокоагуляция
041. Клиническая картина острого сиаладенита характеризуется:
- 1) синдромом Харвата
 - 2) незначительным уплотнением железы
 - 3) болью, увеличением железы, гипосаливацией
 - 4) болью, увеличением железы, гиперсаливацией
 - 5) наличием ксеростомии и уплотнением слюнной железы
042. Лечение больного с острым сиаладенитом заключается в :
- 1) назначении десенсибилизирующей терапии
 - 2) удалении пораженной железы
 - 3) введении в проток гипертонического раствора
 - 4) стимуляции слюноотделения, проведении противовоспалительной и общеукрепляющей терапии
 - 5) промывании железы

043. Удлинении и уплощении средней зоны лица свидетельствует в пользу перелома:

- 1) нижней челюсти
- 2) скуловых костей с обеих сторон
- 3) верхней челюсти (суборбитальном)
- 4) альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) корней фронтальной группы зубов верхней челюсти

044. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:

- 1) отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) переломе скуловых костей
- 4) сочетанных переломах верхней челюсти
- 5) комбинированных повреждениях верхней челюсти

045. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствуют:

- 1) симптом Малевича
- 2) положительная реакция Вассермана
- 3) положительный тест двойного пятна
- 4) снижение количества [альбуминов](#) в крови
- 5) наличие крепитации в области сосцевидных отростков

046. Характерным симптомом при двустороннем переломе мышечкового отростка является:

- 1) открытый прикус
- 2) кровотечение из носа
- 3) разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка
- 4) передний вывих нижней челюсти
- 5) смещение средней линии

047. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху состоит в проведении:

- 1) радикальной операции гайморотомии
- 2) остеотомии верхней челюсти
- 3) спиц Киршнера через скуловую кость по методу Макиенко
- 4) радикальной операции гайморотомии с репозицией отломков
- 5) бимаксилярного шинирования

048. Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости состоит в:

- 1) контурной пластики
- 2) остеотомии скуловой кости
- 3) радикальной гайморотомии с репозицией отломков
- 4) бимаксилярном шинировании
- 5) проведении спиц Киршнера по методу Макиенко

049. Отсроченная первичная [хирургическая](#) обработка ран лица проводится с момента ранения в течении:

- 1) первого часа
- 2) 8-12 часов
- 3) 24-48 часов
- 4) 3 суток
- 5) 8 суток

050. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

- 1) на 4-5 сутки
- 2) на 1-2 сутки
- 3) после эпителизации раны
- 4) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

5) на 6-8 сутки

1.4.3. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА № 1

Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли при глотании, а так же боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в ухо. Наличие увеличенных лимфоузлов в правой подчелюстной области. Местно: рот открывается на 2,0 см. В подчелюстной области справа пальпируются увеличенные, болезненные лимфоузлы. Жевательная поверхность 2/3 коронковой части 48 покрыта гиперемизированной, отечной слизистой оболочкой, пальпация которой болезненна, из под капюшона отмечается гнойное отделяемое.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 3) Какова тактика врача в данной ситуации?

ЗАДАЧА № 2.

Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области 38. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2,5 см, слизистая оболочка над 38 отечна, гиперемизирована, дистальная часть жевательной поверхности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону преддверия рта.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Определите показания и противопоказания к удалению 38.
- 3) Техника удаления 38.

ЗАДАЧА №3.

Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть 27. При рентгенологическом исследовании 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 27, при ревизии лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

ВОПРОС:

Поставьте диагноз.

- 1) Какие симптомы прободения верхнечелюстной пазухи? Как установить клинически наличия перфорации?
- 2) Тактика врача в данном случае.

ЗАДАЧА № 4.

Больной, 48 лет, во время удаления корней 26, обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Определите тактику врача в данной ситуации.
- 3) Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления, и каким способом?

ЗАДАЧА №5.

Больная, 63 лет, в тяжелом состоянии поступила в клинику с жалобами на резкие постоянно ноющие боли в области правой половины головы, невозможность глотания, открывание рта, общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C. Из анамнеза выявлено, что два дня назад в поликлинике по месту жительства производилось удаление 18,17 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление, боли в области верхней челюсти усиливались, распространялись на всю правую половину головы, прогрессировало ограничение открывания рта, нарастали боли при глотании. Объективно: кожные покровы бледные, лицо покрыто холодным потом, на вопросы врача отвечает вяло. Температура тела при поступлении 41,2°C. Определяется отек мягких тканей в височной и околоушно-жевательных областях справа (симптом «песочных часов»), а так же отек верхнего и нижнего век правого глаза. Кожа правой височной области в цвете не изменена, однако при пальпации в толще височной мышцы определяется резко болезненный, плотный, с нечеткими контурами воспалительный инфильтрат. Флюктуации не определяется. Открывание рта невозможно, отмечаются лишь незначительные резко болезненные боковые движение нижней челюсти. В полости рта слизистая оболочка переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 16 и отсутствующих 18, 17 гиперемирована, отечна. При пальпации по направлению к бугру верхней челюсти определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. Так же наблюдается отек слизистой оболочки мягкого неба и верхних отделов боковой стенки глотки справа.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Составьте план лечения.

3) Укажите локализацию и направление разрезов, которые необходимо провести для адекватного вскрытия воспалительного очага.

4) Укажите особенности данного оперативного вмешательства.

ЗАДАЧА № 6.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющие боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в левую затылочную область, висок. Так же беспокоят боли при глотании, отмечает ограничение открывание рта. Повышение температуры тела до 37,5°C. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В течении 4-х дней боли в зубе прошли, однако накануне обращения к врачу появились боли при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра, которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. Объективно: определяется единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта 1,0-1,5 см, резко болезненное в области верхней челюсти, в задних ее отделах слева. При внутриротовом осмотре: коронковая часть 27 частично разрушена, перкуссия слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне 26 27 28 отечна, гиперемирована, пальпация альвеолярного отростка безболезненна. При пальпации за бугром верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 27 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.

ВОПРОС:

1) Поставьте диагноз, составьте план лечения.

2) Опишите методику оперативного вмешательства.

3) Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывание рта и болезненность при глотании.

ЗАДАЧА №7.

Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Заболевание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела 39,4°C. Несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко

болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 47 46 34 35 36 разрушены.

ВОПРОС:

- 1)Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2)Укажите возможные причины возникновения заболевания.
- 3)Составьте план обследования и лечения.
- 4)Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

ЗАДАЧА №8.

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит так же затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличилась, боли и симптомы нарушения функции нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела 38,5°C. В обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, , больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограниченно собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Слизистая оболочка обеих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

ВОПРОС:

- 1)Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- 2)Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?
- 3)Опешите методику оперативного лечения.

ЗАДАЧА 9.

Больная, 39 лет, поступила с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой поднижнечелюстной области, ограниченное болезненное открывание рта, боли в 45, усиливающиеся при накусывании, общую слабость, недомогание, повышении температуры тела до 38,0°C. 45 заболел 10 дней назад. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, к врачу не обращалась. Два дня назад появилась и начала быстро увеличиваться болезненная припухлость в правой поднижнечелюстной области. При этом боли в 45 несколько уменьшились. Обратилась к врачу. Объективно: в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой инфильтрат, занимающий всю область. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку. Определяется незначительный участок флюктуации в центре инфильтрата. Коллатеральный отек распространяется на поднижнечелюстную, нижние отделы щечной области, верхние отделы шеи справа, а так же подподбородочную область. Открывание рта 1,0-1,5 см, болезненное. В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области отечна, пальпация болезненна, боли иррадируют в поднижнечелюстную область. В коронковой части 45 имеется глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия безболезненная. При рентгенологическом исследовании в области верхушек корней 45 определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами. Зуб ранее лечен, каналы запломбированы не полностью.

ВОПРОС:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Опишите методику оперативного вмешательства.
- 3)Укажите анатомические границы поднижнечелюстной области.

ЗАДАЧА №10.

В стоматологический стационар поступила больная, 42 лет, с жалобами на постоянные ноющие боли в горле справа, резко усиливающиеся при глотании, резкое ограничение открывание рта, общую слабость, недомогание озноб, повышение температуры тела до 38,5°C. При осмотре обнаружен воспалительный инфильтрат, резко болезненный в области боковой стенки глотки справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Коронковая часть 48 разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Кроме того, внимание врачей было обращено на наличие болезненного, подвижного опухолевидного образования с четкими контурами, мягко-эластичной консистенции в толще правой щеки. Больная сообщала, что 2 года назад ей был поставлен диагноз: липома правой щечной области, но от предложения оперативного лечения она воздержалась. После проведенного обследования больной был поставлен диагноз: абсцесс окологлоточного пространства. Произведено удаление 48, абсцесс вскрыт внутриротовым путем, получен гной. Больная госпитализирована. Однако после проведенного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться, явления воспаления нарастали. Через несколько часов диагноз был изменен: флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Произведено повторное оперативное вмешательство внеротовым доступом. Получено большое количество гнойного отделяемого. После этого состояние больной начало улучшаться.

ВОПРОС:

1) Почему после первого оперативного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться?

2) Как могло повлиять наличие липомы щечной области на тактику оперативного и консервативного лечения?

3) Опишите методику вскрытия флегмоны внеротовым доступом.

ЗАДАЧА №11.

Больному показано удаление 26 по поводу хронического периодонтита.

ВОПРОС:

1) Выберите метод обезболивания.

2) Назовите нервы, иннервирующие 26 зуб и окружающие мягкие ткани.

3) Назовите среднюю зону обезболивания.

4) Перечислите анестетики, которые можно использовать у данного больного.

5) Назовите инструмент, необходимый для удаления.

1.5. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Стоматология детская"

1.5.1. Контрольные вопросы

1. Организация рабочего места врача-стоматолога (нормативы и требования). Учетная и отчетная документация. Количественные и качественные показатели работы врача-стоматолога.
2. Методы обследования стоматологического больного. Сущность и значение основных и дополнительных методов обследования.
3. Кариес зуба. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
4. Методы лечения кариеса зубов.
5. Ошибки и осложнения, возникающие при диагностике и лечении кариеса зубов.
6. Профилактика кариеса зубов.
7. Некариозные поражения зубов, возникающие до прорезывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Некариозные поражения зубов, возникающие после прорезывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
9. Травма зуба. Классификация. Выбор метода лечения.

10. Анатомия полости зуба и корневых каналов.
11. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы зуба и периодонта. Этиопатогенез воспалительных процессов. Классификация.
12. Пульпиты. Клиника, диагностика. Методы лечения.
13. Пародонтиты. Клиника, диагностика. Методы лечения.
14. Эндодонтическое лечение зубов. Инструменты, оборудование, методики прохождения и пломбирования корневых каналов.
15. Ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении, профилактика.
16. Анатомо-физиологические данные о пародонте. Терминология и классификация болезней пародонта.
17. Методы обследования при заболеваниях пародонта.
18. Гингивит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
19. Пародонтит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
20. Пародонтоз, пародонтолиз, пародонтомы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
21. Комплексное лечение заболеваний пародонта.
22. Профилактика заболеваний пародонта.
23. Анатомо-физиологические данные о строении слизистой оболочки полости рта. Элементы поражения. Классификация заболеваний слизистой оболочки рта.
24. Травматические поражения слизистой оболочки рта.
25. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта.
26. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта:
27. Аллергические поражения слизистой оболочки рта.
28. Изменение слизистой оболочки рта при системных заболеваниях и болезнях обмена.
29. Изменение слизистой оболочки рта при дерматозах.
30. Аномалии и самостоятельные заболевания языка.
31. Хейлиты. Хронические трещины губ.
32. Предраковые состояния и злокачественные новообразования слизистой оболочки рта и красной каймы губ.

1.5.2. Тестовые задания

1. Перевязочный материал стерилизуют:
 - а) автоклавированием
 - б) в сухожаровом шкафу
 - в) кипячением.

2. Для обследования тканей пародонта используется:

- а) стоматологический зонд;
- б) экскаватор;
- в) гладилка;
- г) пародонтальный зонд.

Количество временных зубов в полости рта ребёнка:

- а) 10; б) 12; в) 16; г) 20; д) 24

4. В молочном прикусе отсутствуют зубы:

- а) боковые резцы
- б) клыки
- в) премоляры

5. Количество зубов у годовалого ребенка:

- а) 2; б) 4; в) 8; г) 12

6. Перкуссией зуба оценивается состояние:

- а) пульпы; б) периодонта.

7. Реакция ротовой жидкости кислая при pH:

- а) больше 7; б) меньше 7; в) равном 7

8. Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода:

- а) на 4 5 й неделе
- б) на 6 7 й неделе
- в) на 8 9 й неделе
- г) на 10 16 неделе

9. Из эпителия образуется:

- а) эмаль
- б) дентин
- в) пульпа.

10. Молочные боковые резцы сначала прорезаются на:

- а) верхней челюсти
- б) нижней челюсти.

11. Сосочки языка, не содержащие вкусовые луковицы:

а) нитевидные; б) грибовидные; в) листовидные; г) желобоватые.

12. Для осмотра полости рта используют инструменты:

а) зеркало; б) зонд; в) шпатель; г) пинцет;
д) экскаватор; е) штопфер; ж) гладилку.

13. Стерилизация инструментов производится способом:

а) сухожаровым; б) автоклавированием;
в) кипячением; г) ультразвуковым

14. Слизистая оболочка полости рта включает слои:

а) эпителиальный; б) собственно слизистый;
в) мышечный; г) подслизистый.

15. Зондирование дает возможность:

а) определить глубину пародонтального кармана
б) обнаружить кариозную полость
в) оценить размеры кариозной полости
г) выявить сообщение кариозной полости с полостью зуба
д) оценить состояние периодонта
е) выявить патологию прикуса.

При ортогнатическом прикусе все зубы имеют контакт с двумя антагонистами:

а) да; б) нет.

У годовалого ребенка количество зубов:

а) 6; б) 8; в) 10; г) 12.

16. Основным направлением первичной профилактики является комплекс мер, направленных на:

а) предупреждение возникновения заболевания;
б) лечение и предупреждение осложнений заболевания;
в) восстановление утраченных функций.

17. Из минеральных компонентов эмали основными являются кристаллы

а) гидроксиапатита; б) карбонатапатита;
в) фторапатита; г) хлорапатита.

18. Наиболее резистентны к кариесу участки зубов в области:

а) шейки; б) контактных поверхностей;
в) фиссур; г) режущего края.

19. Наиболее высокая минерализация эмали наблюдается в ее слое:

- а) глубококом; б) поверхностном.

20. Правый молочный клык на верхней челюсти обозначается:

- а) 53; б) 13; в) 33; г) 63.

21. По международной классификации ВОЗ зуб 36 это:

- а) правый первый верхний постоянный моляр;
б) левый нижний второй молочный моляр;
в) левый нижний первый постоянный моляр;
г) левый нижний второй премоляр.

22. Эмаль «строят» клетки:

- а) остеобласты; б) фибробласты; в) цементобласты;
г) энамелобласты; д) одонтобласты.

23. При внешнем осмотре пациента можно оценить:

- а) преддверие полости рта;
б) температуру тела;
в) уздечку языка;
г) психоэмоциональное состояние.

24. При помощи какого стоматологического инструмента определяется подвижность зубов:

- а) зеркала;
б) зонда;
в) пинцета;
г) шпателя.

25. Важные минералы, необходимые для прочности костей и зубов – это:

- а) железо; б) фосфор; в) кальций; г) натрий.

26. Эндодонтические инструменты:

- а) зонд; б) пульпэкстрактор; в) дрельбор;
г) пинцет; д) рашпиль; е) гладилка.

27. Полость рта ограничена:

а) полостью носа; б) губами и щеками; в) твердым и мягким небом;

- г) дном полости рта; д) языком.

28. Зуб состоит из следующих частей:

- а) коронка, шейка, корень;
 - б) эмаль, цемент, кость;
 - в) дентин, цемент, фиссура;
 - г) вестибулярной, оральной, контактной.
29. Анатомическая шейка зуба – это:
- а) место, разделяющее зуб на две части;
 - б) переход эмали в цемент корня;
 - в) переход надальвеолярной части в подальвеолярную;
 - г) экватор зуба.
30. Интенсивность кариеса временных зубов определяется индексом:
- а) КПУз; б) КПУп; в) кп(з).
31. Интенсивность кариеса зубов пациента выражается:
- а) суммой кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного пациента;
 - б) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов к возрасту пациента;
 - в) средним показателем индивидуальной суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов.
32. Интенсивность кариеса в сменном прикусе определяется индексом:
- а) КПУз; б) КПУп; в) кпз; г) КПУ кп.
33. Во временной окклюзии на каждой челюсти имеется:
- а) 4 резца, 2 клыка, 2 премоляра;
 - б) 4 резца, 2 клыка, 4 моляра;
 - в) 4 резца, 2 клыка, 2 премоляра, 2 моляра;
 - г) 4 резца, 2 клыка, 1 премоляр, 1 моляр.
34. Минерализация премоляров начинается:
- а) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения;
 - б) во втором полугодии после рождения;
 - в) в 2,5 3,5 года; г) в 4 5 лет.
35. Распространённость кариеса 65% это уровень распространённости по ВОЗ:
- а) низкий; б) средний; в) высокий.
36. Интенсивность кариеса 3,3 относится к уровню интенсивности кариеса по ВОЗ:
- а) очень низкому; б) низкому; в) среднему;
 - г) высокому; д) очень высокому.
37. Редукция кариеса выражается в:

а) целых числах; б) относительных единицах; в) процентах.

38. Для витального окрашивания эмали зубов используют:

а) эритрозин; б) фуксин;
в) йодистый калий; г) метиленовый синий.

39. Важные минералы, необходимые для прочности костей и зубов – это:

а) железо; б) фосфор; в) кальций; г) натрий.

40. Для осмотра полости рта используются:

а) зеркало; б) зонд; в) шпатель;
г) пинцет; д) экскаватор; е) гладилка.

41. Слизистая оболочка полости рта включает слои:

а) эпителиальный; б) собственно слизистый;
в) мышечный; г) подслизистый.

42. Показатели интенсивности кариеса, соответствующие среднему уровню по классификации ВОЗ:

а) 2,5; б) 2,6; в) 2,7; г) 3,5; д) 4,4; е) 4,5.

43. Для оценки состояния гигиены полости рта используют индекс:

1)КПУ 2)ИГР У 3)СРІТN 4)РМА

2.Какое прикрепление уздечки верхней губы вызывает изменения в пародонте?

1) широкое

2)высокое

3)низкое

4)глубокое

44.Под действием йода при проведении пробы Шиллера Писарева окрашивается

1) эпителий десны

2)неорганические вещества

3)гликоген

4)микроорганизмы

45.Проба Шиллера –Писарева положительна

1)у детей до трех лет

2)у подростков

3)при наличии воспаления тканей пародонта

4)правильно 1 и 3

5)правильно 1 и 2

46. Какое преддверие полости рта может вызвать изменения в тканях пародонта?

1)широкое

2)мелкое

3)узкое

4)глубокое

47.Индекс CRITN определяется с помощью зонда

1)стоматологического

2)пуговчатого

3)штыковидного

4)любого

48.При регистрации индекса CRITN секстант считается исключенным

1)при наличии кариеса

2)при наличии флюороза

3)при отсутствии зубов

4)при скученности зубов

49.Индекс РМА помогает выявить

1)тяжесть воспаления в десне

2)зубной налет

3)кровоточивость

4)поддесневой зубной камень

50.При регистрации индекса CRITN у детей до 15 лет осматривают индексных зубов

1)4 2)6 3)10 4)12

Ситуационные задачи

Задача №1.

В поликлинику на прием обратилась мама с ребенком в возрасте 10 месяцев. Жалобы на отказ от пищи. Из анамнеза было выявлено токсикоз мамы в первую половину беременности, искусственном вскармливании. На ночь мама оставляет бутылочку со смесью малышу в кровати. Объективно: на вестибулярной и небной поверхностях 52, 51, 61, 62

зубов в пришеечной области кариозные полости средней глубины. Дентин пигментированный, плотный. Эмаль по периферии полостей белая, хрупкая. При удалении дентина экскаватором отмечается болезненность в области эмалево-дентинной границы.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Назначьте местное и общее лечение ребенку.
- 4 Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №2.

Больной 14 лет, обратился с жалобами боли в 16, возникающие во время приема жесткой и холодной пищи. Из анамнеза: 16 был лечен по поводу кариеса, 2 месяца назад пломба частично выпала, появились боли на температурные и механические раздражители.

Объективно: конфигурация лица без видимых изменений.

Рот открывает в полном объеме. На жевательной поверхности 16 глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином и остатками пломбы из амальгамы, резкая боль при зондировании по дну кариозной полости, реакция на холодное кратковременная, перкуссия безболезненная, ЭОД 10 мкА. Прикус ортогнатический. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение ребенку.
- 4 Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №3.

Больной К., 15 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие белого пятна в пришеечной области левого нижнего клыка. Из анамнеза: пятно появилось полгода назад, с течением времени увеличилось в размере. При осмотре 33 в пришеечной области определяется меловидное пятно с матовым оттенком. Эмаль тусклая, шероховатая. Пятно окрашивается 2% раствором метиленового синего. Реакция на температурные раздражители отрицательная.

- 1 Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
- 2 Назовите наиболее вероятный (предварительный) диагноз.
- 3 Перечислите данные условия задачи, подтверждающие диагноз.
- 4 Подтвердите предварительный диагноз, используя дополнительные методы
- 5 Назначьте лечение.

Задача №4.

В детскую стоматологическую поликлинику обратилась мама с ребенком 5 лет для профилактического осмотра.

Объективно: кожные покровы чистые, Конфигурация лица нарушена, рот открывает в полном объеме. Носогубные и подбородочные складки умеренно выражены. Губы смыкаются без напряжения. Уздечки губ и языка прикреплены физиологично. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. ИГ = 1,9, РНР = 0,8.

На контактных поверхностях 84 и 85 зубов кариозные полости в пределах эмали и дентина, зондирование слабо болезненно по эмалево-

дентинному соединению, перкуссия безболезненна, реакция на холод слабо

болезненна, быстро проходящая.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №5.

В детскую стоматологическую поликлинику обратился пациент 13 лет с жалобами на наличие кариозной полости в 26 зубе, боль от холодного, сладкого, быстро проходящая после устранения раздражающего фактора. Зуб беспокоит в течение трех недель.

Объективно в полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. ИГР-У = 2,0, СРІТN = 2 На жевательной поверхности

26

зуба

кариозная

полость,

заполненная

размягченным

дентином, зондирование слабо болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная. ЭОД = 3 мА.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №6.

В детскую стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта обратилась мама с ребенком 10 лет.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, рот открывается в полном объеме.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренной влажности. УИГ = 0,9, КПИ = 0,3. На дистальной поверхности 14 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование слабо болезненно по стенкам кариозной полости, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №7.

Больная К., 15-ти лет, обратилась с целью санации после исправления прикуса с помощью брекет - системы.

При осмотре конфигурация лица без видимых изменений, фронтальные зубы видны в линии улыбки. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей отмечаются округлые дефекты эмали глубиной 0,5 мм, чувствительные к холодной и сладкой пище.

Поставьте предварительный диагноз.

- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта

Задача №9.

Пациентка 12 лет. Во время профилактического осмотра в школе были выявлены пятна белого цвета в пришеечной области 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 32, 31, 41, 42, 43 зубов. Скопление мягкого зубного налета на вестибулярной поверхности зубов.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Назовите возможную причину возникновения дефектов.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта

Задача №10.

В детскую стоматологическую Поликлинику с целью санации обратился пациент С. 13 лет с жалобами на наличие кариозной полости в 46 зубе, боль в этом зубе от холодного, сладкого, быстро проходящая после устранения раздражающего фактора. Зуб беспокоит в течение 7-10 дней. Объективно в полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. На жевательной поверхности 46 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная. ЭОД = 5 мА.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Назовите возможную причину возникновения дефектов.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №11.

В детскую стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта обратилась мама с ребенком 8,5 лет. Объективно: конфигурация лица не нарушена, рот открывается в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренной влажности. На дистальной поверхности 54 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование слабо болезненно по стенкам кариозной полости, реакция на холод слабо

болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная.

- 1 Поставьте предполагаемый диагноз.
- 2 Назовите возможную причину возникновения дефектов.
- 3 Проведите местное и общее лечение ребенку
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта

Задача №12.

Больная К., 17-ти лет, обратилась с целью санации после исправления прикуса с помощью брекет - системы. При осмотре конфигурация лица без видимых изменений, фронтальные зубы видны в линии улыбки. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов нижней челюстей отмечаются белые тусклые пятна, чувствительные к холодной и сладкой пище.

- 1 Поставьте предполагаемый диагноз.
- 2 Назовите возможную причину возникновения дефектов.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №13.

В стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта обратился пациент 8 лет.

Объективно:

лицо

симметрично,

пропорционально.

оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. На жевательной поверхности 16 глубокая кариозная полость. Зондирование дна полости болезненно. Перкуссия вертикальная безболезненна.

Реакция на холод болезненная, быстро проходящая. На жевательной поверхности 36 и 46 зубов глубокие пигментированные фиссуры.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные методы обследования, подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №14.

На прием обратилась Т. 9 лет с жалобами на наличие кариозных полостей в 36 и 46 зубах.

Объективно: На жевательной поверхности 36 глубокая кариозная полость, выполненная пигментированным дентином. Зондирование дна кариозной полости 36 зуба слабо болезненно. Реакция на холод болезненная, быстро проходящая. На жевательной поверхности 46 пломба, на щечной поверхности 46 кариозная полость средней глубины, зондирование эмалево-дентинной границы слабо болезненно, реакция на холод болезненная, быстро проходящая. Перкуссия 46, 36 зубов безболезненная.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные методы обследования, подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

1.6. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Функциональная диагностика в стоматологии."

1.6.1. Контрольные вопросы

1. Клинические методы обследования больного.

2. Параклинические (инструментальные, лабораторные, рентгенологические) методы обследования больного.
3. Протезирование дефектов твердых тканей зубов вкладками: показания и противопоказания.
4. Классификации дефектов твердых тканей зубов.
5. Биологические факторы препарирования.
6. Принципы формирования полостей под вкладки в зависимости от локализации дефекта.
7. Гнатодинамометрия, как метод выявления силы развиваемой жевательной мускулатурой и измерения усилия сжатия мышечного аппарата на ткани пародонта зубов при нормальных и патологических состояниях зубочелюстной системы в различных участках зубного ряда.
8. Клинические функциональные пробы в ортопедической стоматологии.
9. Основные методологические принципы, функциональной диагностики.

1.6.2. Тестовые задания

1. Площадь кабинета стоматологии должна составлять

- 1) 13,7 кв.м
- 2) 10 кв.м
- 3) 20 кв.м
- 4) не менее 14 кв.м.

2. На каждое дополнительное кресло в стоматологическом кабинете выделяется площадь

- 1) 10 кв.м
- 2) 14 кв.м
- 3) 7 10 кв.м
- 4) 5 кв.м
- 5) 13,7 кв.м.

3. Стены в стоматологическом кабинете должны быть

- 1) оклеены обоями светлых тонов
- 2) покрашены масляной краской светлых тонов
- 3) побелены
- 4) не имеет значения.

4. Укажите правильную последовательность этапов обработки стоматологического инструментария

- 1) контроль качества стерилизации
- 2) предстерилизационная очистка
- 3) дезинфекция
- 4) стерилизация.

5) верно 2, 4, 3, 1

6) верно 3, 2, 4, 1

5. Дезинфекция проводится с целью удаления с инструментов, оттисков и др.

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

6. Предстерилизационная обработка проводится с целью удаления с инструментов

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

7. Стерилизация проводится с целью удаления с инструментов

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

8. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре

- 1) 125°C – 45 мин
- 2) 160°C – 40 мин
- 3) 180°C – 45 мин
- 4) 180°C – 60 мин
- 5) 200°C – 90 мин.

9. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают

- 1) зеркала, изделия из стекла
- 2) наконечники
- 3) боры
- 4) одноразовые шприцы
- 5) перевязочный материал.

10. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:

- 1) пинцет, зонд
- 2) зеркало, зонд
- 3) зонд, шприц
- 4) зеркало, шприц
- 5) ватные шарики.

11. Автоклавированием стерилизуются

- 1) зеркала
- 2) марлевые тампоны, наконечники
- 3) одноразовый шприц
- 4) пластмассовый шпатель
- 5) боры.

12. В гласперленовом стерилизаторе обрабатываются

- 1) лотки
- 2) эндодонтический инструментарий
- 3) шовный материал
- 4) зеркала
- 5) наконечники.

13. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал

- 1) 1% раствор перекиси водорода
- 2) 6% раствор перекиси водорода
- 3) 2% раствор новокаина

4) 0,5% раствор хлорамина

5) 75% метиловый спирт.

14. После использования боры помещают в

1) дезинфицирующий раствор

2) сухожаровой шкаф

3) гласперленовый стерилизатор

4) «Терминатор»

5) автоклав.

15. Полученные оттиски дезинфицируют у пациентов:

1) ВИЧ инфицированных

2) гепатит инфицированных

3) ВИЧ и гепатит инфицированных

4) всех больных

16. В стоматологической практике для первичного осмотра используются

инструменты:

1) зеркало, гладилка

2) зеркало, зонд

3) зеркало, пинцет

4) пинцет, зонд

5) зонд, штопфер.

17. Наконечник необходимо смазывать

1) 1 раз в неделю

2) 2 раза в день

4) 1 раз в день

1.2. раз в месяц

18. Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности

1) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез жизни, анамнез данного заболевания

2) анамнез данного заболевания, анамнез жизни, жалобы и субъективное состояние пациента, семейный анамнез

3) жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез данного заболевания, анамнез жизни, семейный анамнез

19. Первым этапом обследования пациента в клинике ортопедической стоматологии является

1) сбор анамнеза

2) внешний осмотр

3) осмотр зубных рядов

4) обследование полости рта

20. Зондирование в клинике ортопедической стоматологии используется

1) для выявления болевой реакции периодонта

2) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок

3) для определения тонуса мышц и податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов

21. Пальпация в клинике ортопедической стоматологии используется

1) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок

2) для выявления болевой реакции периодонта, оценки подвижности зубов

3) для определения рельефа альвеолярных частей, податливости слизистой

оболочки полости рта, наличия скрытых костных выступов, местоположения болевых точек

22. Перкуссия в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для определения тонуса мышц, податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов
- 2) для определения глубины пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для выявления болевой реакции периодонта
- 4) для определения тонуса мышц, выявления характера движения головок нижней челюсти

23. Рентгенография зубов используется для

- 1) выявления функционального состояния зубов и их пародонта
- 2) дифференциальной диагностики пульпитов и периодонтитов
- 3) изучения топографии полости зуба, выявления дефекта твердых тканей, определения проходимости корневых каналов, уточнения состояния периодонта

24. Христиансен, Гельман, Рубинов предложили методы исследования

- 1) жевательной эффективности зубных рядов
- 2) движений нижней челюсти в процессе жевания
- 3) функциональной выносливости опорного аппарата зубов

25. Гнатодинамометр – это устройство для изучения

- 1) жевательной эффективности
- 2) выносливости пародонта
- 3) абсолютной силы жевательных мышц

26. Атрофия костной ткани альвеолы измеряется относительно величины

- 1) межальвеолярной высоты
- 2) анатомической коронки зуба
- 3) клинической коронки зуба

27. За величину атрофии костной ткани альвеолы принимается размер, полученный при зондировании

- 1) с вестибулярной стороны
- 2) с медиальной стороны
- 3) с оральной стороны
- 4) с дистальной стороны
- 5) независимо от стороны, но наибольший

28. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет

- 1) выносливость пародонта
- 2) жевательную эффективность
- 3) степень сохранности зубных рядов

29. Нормой в зубочелюстной системе является

- 1) несущественные морфологические отклонения от оптимума
- 2) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы
- 3) несущественные функциональные отклонения от оптимума
- 4) полноценное пережевывание пищи

30. Патологией называется

- 1) выявленные объективные признаки болезни
- 2) выявленные субъективные признаки болезни
- 3) относительно устойчивое состояние органа, отклоненное от нормы, имеющее биологически отрицательное значение для организма
- 4) совокупность выявленных субъективных и объективных признаков болезни

31. Диагноз – это

- 1) изменения, выявленные с помощью субъективных и объективных методов

- обследования
- 2) выяснение характера морфологических и функциональных нарушений с помощью объективных методов обследования
 - 3) выяснение симптомов, этиологии и патогенеза заболевания
 - 4) краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании, выраженное с помощью медицинских терминов, обозначающих название болезни
- 32. При изучении диагностических моделей важна информация о**
- 1) соотношении зубных рядов
 - 2) форме зубных рядов
 - 3) характере смыкания передних зубов
 - 4) характере атрофии беззубых альвеолярных частей
 - 5) положении зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов
 - 6) все перечисленное
- 33. Под основным заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению, понимают**
- 1) заболевание, которое в зубочелюстной системе возникло первым
 - 2) заболевания с наиболее выраженными клиническими проявлениями
 - 3) заболевание, терапия которого проводится методами ортопедической стоматологии
- 34. Под осложнениями стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению, понимают**
- 1) факторы, отягощающие течение болезни
 - 2) изменения в зубочелюстной системе, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 3) изменения в зубочелюстной системе, патогенетически связанные с основным заболеванием
- 35. Под сопутствующими заболеваниями в клинике ортопедической стоматологии понимают**
- 1) все изменения в полости рта, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 2) заболевания, патогенетически связанные с основным заболеванием
 - 3) болезни зубочелюстной системы или других органов, не имеющие связи с основным стоматологическим заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению
- 36. По назначению искусственные коронки бывают**
- 1) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 2) восстановительными, фиксирующими, опорными, провизорными, шинирующими
 - 3) металлическими, неметаллическими, комбинированными
- 37. По конструкции различают искусственные коронки**
- 1) полными, неполными, окончатými, телескопическими, культевыми
 - 2) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 3) металлическими, фарфоровыми, ситалловыми, пластмассовыми
- 38. Провизорными называют коронки**
- 1) защитные
 - 2) постоянные
 - 3) временные
 - 4) 1 2
 - 5) 1 3
- 39. По материалу для изготовления искусственные коронки могут быть**
- 1) металлическими, неметаллическими, комбинированными
 - 2) пластмассовыми, паяными, комбинированными

- 3) металлическими, литыми, пластмассовыми
 - 4) паяными, полимеризованными, литыми
- 40. Абсолютным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) изменение цвета эмали
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) острый периодонтит
 - 4) заболевания слизистой оболочки полости рта
- 41. Относительным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) атрофия костной ткани лунки на $\frac{2}{3}$ длины корня
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) некачественно запломбированный канал корня
 - 4) разрушение коронковой части зуба более чем на $\frac{1}{2}$
- 42. Для препарирования апроксимальных поверхностей зубов под искусственные коронки применяют**
- 1) карборундовые фасонные головки
 - 2) металлические сепарационные диски
 - 3) вулканитовые диски
 - 4) карборундовые круги
- 43. Для предупреждения расцементировки искусственной штампованной коронки необходимо**
- 1) создать экватор на искусственной коронке
 - 2) чтобы стенки искусственной коронки создать параллельными
 - 3) чтобы край искусственной коронки погружался в зубодесневой желобок
 - 4) чтобы искусственная коронка находилась в контакте с зубами антагонистами
- 44. У лиц молодого возраста край металлической коронки погружается в десневую бороздку на**
- 1) 1,5 мм
 - 2) 1,0 мм
 - 3) 0,5–0,6 мм
 - 4) 0,2 – 0,3 мм
 - 5) минимально, почти на уровне десны
- 45. Форма культи зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку, должна иметь вид**
- 1) цилиндра
 - 2) конуса
 - 3) усеченного конуса
 - 4) обратноусеченного конуса
- 46. Для достижения сцепления керамики с металлической поверхностью каркаса необходимо**
- 1) провести пескоструйную обработку
 - 2) провести пескоструйную обработку и создать окисную пленку
 - 3) провести пескоструйную обработку, обезжирить каркас и создать окисную пленку

47. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывание значительного количества тканей зуба в пришеечной области и формирование уступа обусловлены необходимостью

- 1) улучшения фиксации коронки
- 2) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики
- 3) создания плотного контакта коронки с тканями зуба

48. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее

- 1) 0,1 мм
- 2) 0,2 мм
- 3) 0,3 мм
- 4) 0,5 мм

49. Конусность культи зуба при препарировании под цельнолитую коронку с облицовкой составляет

- 1) $2 - 4^{\circ}$
- 2) $5 - 10^{\circ}$
- 3) $10 - 15^{\circ}$
- 4) $15 - 20^{\circ}$

50. При изготовлении цельнолитой коронки, облицованной пластмассой, естественный зуб препарируют

- 1) с циркулярным уступом
- 2) с вестибулярным уступом
- 3) без уступа

1.6.3. Ситуационные задачи

1. Ситуационная задача 1. У пациента А. отсутствуют следующие зубы: 14, 15, 24, 25, 26, наблюдается воспаление красного периодонта, подвижность зубов I-II степени. Возможно ли изготовление бюгельного протеза? Составьте план ортопедического лечения.

2. Ситуационная задача 2. При проверке конструкции частичного съемного пластиночного протеза на нижней челюсти определили отсутствие контакта слева между искусственными зубами и зубами антагонистами. Какая ошибка допущена при изготовлении протеза и как ее устранить?
3. Ситуационная задача 3. В клинику обратился пациент с жалобами на поломку съемного протеза. При осмотре на протезе были обнаружены белые меловидные пятна и поры. Каковы возможные причины поломки протеза?
4. Ситуационная задача 4. При обследовании больного, которому был изготовлен полный съемный протез, были обнаружены гиперемия слизистой оболочки, отечность. Пациент жаловался на неприятный вкус во рту. Назовите причины данной патологии? Методы устранения?
5. Ситуационная задача 5. При наложении съемного пластиночного протеза у больного усилилось слюноотделение, возникли позывы к рвоте. С чем это связано? Тактика врача.
6. Ситуационная задача 6. Больной К. обратился в поликлинику по причине перелома базиса частичного съемного пластиночного протеза. Протез изготовлен из пластмассы «Фторакс». Можно ли использовать для реставрации другие виды пластмасс? Если да, то какие?
7. Ситуационная задача 7. Больной А. обратился с жалобами на чувствительность зубов при употреблении холодной и горячей пищи. При опросе выяснилось, что он пользуется бюгельным протезом около года. При осмотре была выявлена повышенная стираемость естественных зубов антагонистов. Что явилось причиной стираемости? Методы лечения.

8. Ситуационная задача 8. При осмотре пациента выявлена патологическая подвижность зубов на верхней челюсти I-II степени, отсутствие зубов: 15,14,22,25,26, обильные назубные отложения. Обоснуйте план лечения, выберите конструкцию протеза.
9. Ситуационная задача 9. При осмотре полости рта на нижней челюсти было выявлено: подвижность передних зубов II-III степени и их наклон вестибулярно. Какой вид шины показан в данной клинической ситуации?
10. Ситуационная задача 10. При осмотре пациента было установлено, что у него дефект зубного ряда 4 класс по Кеннеди, патологическая стираемость II степени. Можно ли провести протезирование бюгельным протезом? Ответ обоснуйте.

1.7. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины " Симуляционный курс "

1.7.1. Контрольные вопросы

1. Организация рабочего места врача-стоматолога (нормативы и требования). Учетная и отчетная документация. Количественные и качественные показатели работы врача-стоматолога.
2. Методы обследования стоматологического больного. Сущность и значение основных и дополнительных методов обследования.
3. Кариез зуба. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
4. Методы лечения кариеса зубов.
5. Ошибки и осложнения, возникающие при диагностике и лечении кариеса зубов.
6. Профилактика кариеса зубов.
7. Некариозные поражения зубов, возникающие до прорезывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Некариозные поражения зубов, возникающие после прорезывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
9. Травма зуба. Классификация. Выбор метода лечения.
10. Анатомия полости зуба и корневых каналов.
11. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы зуба и периодонта. Этиопатогенез воспалительных процессов. Классификация.
12. Пульпиты. Клиника, диагностика. Методы лечения.
13. Периодонтиты. Клиника, диагностика. Методы лечения.
14. Эндодонтическое лечение зубов. Инструменты, оборудование, методики прохождения и пломбирования корневых каналов.
15. Ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении, профилактика.
16. Анатомо-физиологические данные о пародонте. Терминология и классификация болезней пародонта.

17. Методы обследования при заболеваниях пародонта.
18. Гингивит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
19. Пародонтит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
20. Пародонтоз, пародонтолиз, пародонтомы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
21. Комплексное лечение заболеваний пародонта.
22. Профилактика заболеваний пародонта.
23. Анатомо-физиологические данные о строении слизистой оболочки полости рта. Элементы поражения. Классификация заболеваний слизистой оболочки рта.
24. Травматические поражения слизистой оболочки рта.
25. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта.
26. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта:
27. Аллергические поражения слизистой оболочки рта.
28. Изменение слизистой оболочки рта при системных заболеваниях и болезнях обмена.
29. Изменение слизистой оболочки рта при дерматозах.
30. Аномалии и самостоятельные заболевания языка.
31. Хейлиты. Хронические трещины губ.
32. Предраковые состояния и злокачественные новообразования слизистой оболочки рта и красной каймы губ.

1.7.2. Тестовые задания

2. Перевязочный материал стерилизуют:
 - а) автоклавированием
 - б) в сухожаровом шкафу
 - в) кипячением.
2. Для обследования тканей пародонта используется:
 - а) стоматологический зонд;
 - б) экскаватор;
 - в) гладилка;
 - г) пародонтальный зонд.
3. Количество временных зубов в полости рта ребёнка:
 - а)10; б)12; в)16; г) 20; д)24

4. В молочном прикусе отсутствуют зубы:
- а) боковые резцы
 - б) клыки
 - в) премоляры
5. Количество зубов у годовалого ребенка:
- а) 2; б) 4; в) 8; г) 12
6. Перкуссией зуба оценивается состояние:
- а) пульпы; б) периодонта.
7. Реакция ротовой жидкости кислая при рН:
- а) больше 7; б) меньше 7; в) равном 7
8. Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода:
- а) на 4 5 й неделе
 - б) на 6 7 й неделе
 - в) на 8 9 й неделе
 - г) на 10 16 неделе
9. Из эпителия образуется:
- а) эмаль
 - б) дентин
 - в) пульпа.
10. Молочные боковые резцы сначала прорезаются на:
- а) верхней челюсти
 - б) нижней челюсти.
11. Сосочки языка, не содержащие вкусовые луковицы:
- а) нитевидные; б) грибовидные; в) листовидные; г) желобоватые.
12. Для осмотра полости рта используют инструменты:
- а) зеркало; б) зонд; в) шпатель; г) пинцет;
 - д) экскаватор; е) штопфер; ж) гладилку.
13. Стерилизация инструментов производится способом:
- а) сухожаровым; б) автоклавированием;
 - в) кипячением; г) ультразвуковым

14. Слизистая оболочка полости рта включает слои:

- а) эпителиальный;
- б) собственно слизистый;
- в) мышечный;
- г) подслизистый.

15. Зондирование дает возможность:

- а) определить глубину пародонтального кармана
- б) обнаружить кариозную полость
- в) оценить размеры кариозной полости
- г) выявить сообщение кариозной полости с полостью зуба
- д) оценить состояние периодонта
- е) выявить патологию прикуса.

При ортогнатическом прикусе все зубы имеют контакт с двумя антагонистами:

- а) да;
- б) нет.

У годовалого ребенка количество зубов:

- а) 6;
- б) 8;
- в) 10;
- г) 12.

16. Основным направлением первичной профилактики является комплекс мер, направленных на:

- а) предупреждение возникновения заболевания;
- б) лечение и предупреждение осложнений заболевания;
- в) восстановление утраченных функций.

17. Из минеральных компонентов эмали основными являются кристаллы

- а) гидроксиапатита;
- б) карбонатапатита;
- в) фторапатита;
- г) хлорапатита.

18. Наиболее резистентны к кариесу участки зубов в области:

- а) шейки;
- б) контактных поверхностей;
- в) фиссур;
- г) режущего края.

19. Наиболее высокая минерализация эмали наблюдается в ее слое:

- а) глубоком;
- б) поверхностном.

20. Правый молочный клык на верхней челюсти обозначается:

- а) 53;
- б) 13;
- в) 33;
- г) 63.

21. По международной классификации ВОЗ зуб 36 это:

- а) правый первый верхний постоянный моляр;
- б) левый нижний второй молочный моляр;

в) левый нижний первый постоянный моляр;

г) левый нижний второй премоляр.

22. Эмаль «строят» клетки:

а) остеобласты; б) фибробласты; в) цементобласты;

г) энамелобласты; д) одонтобласты.

23. При внешнем осмотре пациента можно оценить:

а) преддверие полости рта;

б) температуру тела;

в) уздечку языка;

г) психоэмоциональное состояние.

24. При помощи какого стоматологического инструмента определяется подвижность зубов:

а) зеркала;

б) зонда;

в) пинцета;

г) шпателя.

25. Важные минералы, необходимые для прочности костей и зубов – это:

а) железо; б) фосфор; в) кальций; г) натрий.

26. Эндодонтические инструменты:

а) зонд; б) пульпэкстрактор; в) дрельбор;

г) пинцет; д) рашпиль; е) гладилка.

27. Полость рта ограничена:

а) полостью носа; б) губами и щеками; в) твердым и мягким небом;

г) дном полости рта; д) языком.

28. Зуб состоит из следующих частей:

а) коронка, шейка, корень;

б) эмаль, цемент, кость;

в) дентин, цемент, фиссура;

г) вестибулярной, оральной, контактной.

29. Анатомическая шейка зуба – это:

а) место, разделяющее зуб на две части;

- б) переход эмали в цемент корня;
- в) переход надальвеолярной части в подальвеолярную;
- г) экватор зуба.
30. Интенсивность кариеса временных зубов определяется индексом:
- а) КПУз; б) КПУп; в) кп(з).
31. Интенсивность кариеса зубов пациента выражается:
- а) суммой кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного пациента;
- б) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов к возрасту пациента;
- в) средним показателем индивидуальной суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов.
32. Интенсивность кариеса в сменном прикусе определяется индексом:
- а) КПУз; б) КПУп; в)кпз; г) КПУ кп.
33. Во временной окклюзии на каждой челюсти имеется:
- а) 4 резца, 2 клыка, 2 премоляра;
- б) 4 резца, 2 клыка, 4 моляра;
- в) 4 резца, 2 клыка, 2 премоляра, 2 моляра;
- г) 4 резца, 2 клыка, 1 премоляр, 1 моляр.
34. Минерализация премоляров начинается:
- а) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения;
- б) во втором полугодии после рождения;
- в) в 2,5 3,5 года; г) в 4 5 лет.
35. Распространённость кариеса 65% это уровень распространённости по ВОЗ:
- а) низкий; б) средний; в) высокий.
36. Интенсивность кариеса 3,3 относится к уровню интенсивности кариеса по ВОЗ:
- а) очень низкому; б) низкому; в) среднему;
- г) высокому; д) очень высокому.
37. Редукция кариеса выражается в:
- а) целых числах; б) относительных единицах; в) процентах.
38. Для витального окрашивания эмали зубов используют:
- а) эритрозин; б) фуксин;
- в) йодистый калий; г) метиленовый синий.
39. Важные минералы, необходимые для прочности костей и зубов – это:
- а) железо; б) фосфор; в) кальций; г) натрий.

40. Для осмотра полости рта используются:

- а) зеркало; б) зонд; в) шпатель;
- г) пинцет; д) экскаватор; е) гладилка.

41. Слизистая оболочка полости рта включает слои:

- а) эпителиальный; б) собственно слизистый;
- в) мышечный; г) подслизистый.

42. Показатели интенсивности кариеса, соответствующие среднему уровню по классификации ВОЗ:

- а) 2,5; б) 2,6; в) 2,7; г) 3,5; д) 4,4; е) 4,5.

43. Для оценки состояния гигиены полости рта используют индекс:

- 1) КПУ 2) ИГР У 3) СРІТN 4) РМА

2. Какое прикрепление уздечки верхней губы вызывает изменения в пародонте?

- 1) широкое
- 2) высокое
- 3) низкое
- 4) глубокое

44. Под действием йода при проведении пробы Шиллера Писарева окрашивается

- 1) эпителий десны
- 2) неорганические вещества
- 3) гликоген
- 4) микроорганизмы

45. Проба Шиллера –Писарева положительна

- 1) у детей до трех лет
- 2) у подростков
- 3) при наличии воспаления тканей пародонта
- 4) правильно 1 и 3
- 5) правильно 1 и 2

46. Какое преддверие полости рта может вызвать изменения в тканях пародонта?

- 1) широкое
- 2) мелкое
- 3) узкое

4)глубокое

47.Индекс СРІТN определяется с помощью зонда

1)стоматологического

2)пуговчатого

3)штыковидного

4)любого

48.При регистрации индекса СРІТN секстант считается исключенным

1)при наличии кариеса

2)при наличии флюороза

3)при отсутствии зубов

4)при скученности зубов

49.Индекс РМА помогает выявить

1)тяжесть воспаления в десне

2)зубной налет

3)кровооточивость

4)поддесневой зубной камень

50.При регистрации индекса СРІТN у детей до 15 лет осматривают индексных зубов

1)4 2)6 3)10 4)12

1.7.3. Ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1



Пациент Ф., 11 лет. Жалобы: задержка прорезывания 11 зуба. Анамнез: 51 зуб выпал в возрасте 7 лет. При осмотре ребенка: смешанный прикус; 55,53,63,75,83,85 зубы – подвижность 1-2 степени, 65,75 – кариозные полости на жевательной поверхности; 16,36 зубы – герметизированные фиссуры, 26,46 - запломбированы, 14,24,25,34 – фиссуры пропускают кончик зонда, цвет эмали обычный; ретенция 11 зуба, тесное положение резцов нижней челюсти, глубокий травмирующий прикус.

Задание:

Назовите возможные причины ретенции 11.
Составьте план комплексного лечения ребенка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2



Пациентка Е., 11 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и эстетический недостаток. При осмотре выявлено увеличение высоты нижней части лица, сглаженность носогубных складок, напряжение мышц околоротовой области. В полости рта: вертикальная щель между резцами до 3 мм. При исследовании функции глотания – «симптом напёрстка» на подбородке, прокладывание языка между зубными рядами

Задание:

Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.
Назовите элементы, которые необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3



Пациентка А., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонт с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости ребенка в лечении. При осмотре полости рта ребенка: справа щёчные бугорки нижних боковых зубов перекрывают щечные бугорки верхних, диастема между медиальными резцами на верхней челюсти, отсутствует латеральный резец на верхней челюсти слева.

Задание:

Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?

С чем надо провести дифференциальную диагностику гиподонтии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4



Пациентка Н., 13 лет. Обратилась к стоматологу с жалобами на нарушение эстетики: неправильное положение клыков, нарушение цвета и формы резцов верхней челюсти.

Объективно: Вестибулярное положение клыков верхней челюсти и их шиповидная форма, вдоль режущего края резцов бороздчатые углубления.

Задание:

Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.

Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения

2.8. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины " Клиническая анатомия "

2.8.1. Контрольные вопросы

1. Анатомо-физиологические особенности строения черепа человека.
2. Анатомо-физиологические особенности строения лицевого черепа в различные возрастные периоды.
3. Анатомо-физиологические особенности строения мозгового черепа в различные возрастные периоды.
4. Методы обследования стоматологического больного. Сущность и значение основных и дополнительных методов обследования.
5. Кариес зуба. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
6. Методы лечения кариеса зубов.
7. Ошибки и осложнения, возникающие при диагностике и лечении кариеса зубов.
8. Профилактика кариеса зубов.
9. Некариозные поражения зубов, возникающие до прорезывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
10. Некариозные поражения зубов, возникающие после прорезывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
11. Травма зуба. Классификация. Выбор метода лечения.
12. Анатомия полости зуба и корневых каналов.
13. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы зуба и периодонта. Этиопатогенез воспалительных процессов. Классификация.
14. Пульпиты. Клиника, диагностика. Методы лечения.
15. Пародонтиты. Клиника, диагностика. Методы лечения.
16. Эндодонтическое лечение зубов. Инструменты, оборудование, методики прохождения и пломбирования корневых каналов.
17. Ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении, профилактика.
18. Анатомо-физиологические данные о пародонте. Терминология и классификация болезней пародонта.
19. Методы обследования при заболеваниях пародонта.
20. Гингивит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
21. Пародонтит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

22. Пародонтоз, пародонтолиз, пародонтомы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
23. Комплексное лечение заболеваний пародонта.
24. Профилактика заболеваний пародонта.
25. Анатомо-физиологические данные о строении слизистой оболочки полости рта. Элементы поражения. Классификация заболеваний слизистой оболочки рта.
26. Травматические поражения слизистой оболочки рта.
27. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта.
28. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта:
29. Аллергические поражения слизистой оболочки рта.
30. Изменение слизистой оболочки рта при системных заболеваниях и болезнях обмена.
31. Изменение слизистой оболочки рта при дерматозах.
32. Аномалии и самостоятельные заболевания языка.
33. Хейлиты. Хронические трещины губ.
34. Предраковые состояния и злокачественные новообразования слизистой оболочки рта и красной каймы губ.

2.8.2. Тестовые задания

1. Перевязочный материал стерилизуют:
 - а) автоклавированием
 - б) в сухожаровом шкафу
 - в) кипячением.
2. Для обследования тканей пародонта используется:
 - а) стоматологический зонд;
 - б) экскаватор;
 - в) гладилка;
 - г) пародонтальный зонд.
3. Количество временных зубов в полости рта ребёнка:
 - а) 10; б) 12; в) 16; г) 20; д) 24
4. В молочном прикусе отсутствуют зубы:
 - а) боковые резцы
 - б) клыки

в) премоляры

5. Количество зубов у годовалого ребенка:

а) 2; б) 4; в) 8; г) 12

6. Перкуссией зуба оценивается состояние:

а) пульпы; б) периодонта.

7. Реакция ротовой жидкости кислая при pH:

а) больше 7; б) меньше 7; в) равном 7

8. Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода:

а) на 4 5 й неделе

б) на 6 7 й неделе

в) на 8 9 й неделе

г) на 10 16 неделе

9. Из эпителия образуется:

а) эмаль

б) дентин

в) пульпа.

10. Молочные боковые резцы сначала прорезаются на:

а) верхней челюсти

б) нижней челюсти.

11. Сосочки языка, не содержащие вкусовые луковицы:

а) нитевидные; б) грибовидные; в) листовидные; г) желобоватые.

12. Для осмотра полости рта используют инструменты:

а) зеркало; б) зонд; в) шпатель; г) пинцет;

д) экскаватор; е) штопфер; ж) гладилку.

13. Стерилизация инструментов производится способом:

а) сухожаровым; б) автоклавированием;

в) кипячением; г) ультразвуковым

14. Слизистая оболочка полости рта включает слои:

а) эпителиальный; б) собственно слизистый;

в) мышечный; г) подслизистый.

15. Зондирование дает возможность:

- а) определить глубину пародонтального кармана
- б) обнаружить кариозную полость
- в) оценить размеры кариозной полости
- г) выявить сообщение кариозной полости с полостью зуба
- д) оценить состояние периодонта
- е) выявить патологию прикуса.

При ортогнатическом прикусе все зубы имеют контакт с двумя антагонистами:

- а) да;
- б) нет.

У годовалого ребенка количество зубов:

- а) 6;
- б) 8;
- в) 10;
- г) 12.

16. Основным направлением первичной профилактики является комплекс мер, направленных на:

- а) предупреждение возникновения заболевания;
- б) лечение и предупреждение осложнений заболевания;
- в) восстановление утраченных функций.

17. Из минеральных компонентов эмали основными являются кристаллы

- а) гидроксиапатита;
- б) карбонатапатита;
- в) фторапатита;
- г) хлорапатита.

18. Наиболее резистентны к кариесу участки зубов в области:

- а) шейки;
- б) контактных поверхностей;
- в) фиссур;
- г) режущего края.

19. Наиболее высокая минерализация эмали наблюдается в ее слое:

- а) глубококом;
- б) поверхностном.

20. Правый молочный клык на верхней челюсти обозначается:

- а) 53;
- б) 13;
- в) 33;
- г) 63.

21. По международной классификации ВОЗ зуб 36 это:

- а) правый первый верхний постоянный моляр;
- б) левый нижний второй молочный моляр;
- в) левый нижний первый постоянный моляр;
- г) левый нижний второй премоляр.

22. Эмаль «строят» клетки:

- а) остеобласты;
- б) фибробласты;
- в) цементобласты;

г) энамелобласты; д) одонтобласты.

23. При внешнем осмотре пациента можно оценить:

- а) преддверие полости рта;
- б) температуру тела;
- в) уздечку языка;
- г) психоэмоциональное состояние.

24. При помощи какого стоматологического инструмента определяется подвижность зубов:

- а) зеркала;
- б) зонда;
- в) пинцета;
- г) шпателя.

25. Важные минералы, необходимые для прочности костей и зубов – это:

- а) железо; б) фосфор; в) кальций; г) натрий.

26. Эндодонтические инструменты:

- а) зонд; б) пульпэкстрактор; в) дрельбор;
- г) пинцет; д) рашпиль; е) гладилка.

27. Полость рта ограничена:

- а) полостью носа; б) губами и щеками; в) твердым и мягким небом;
- г) дном полости рта; д) языком.

28. Зуб состоит из следующих частей:

- а) коронка, шейка, корень;
- б) эмаль, цемент, кость;
- в) дентин, цемент, фиссура;
- г) вестибулярной, оральной, контактной.

29. Анатомическая шейка зуба – это:

- а) место, разделяющее зуб на две части;
- б) переход эмали в цемент корня;
- в) переход надальвеолярной части в подальвеолярную;
- г) экватор зуба.

30. Интенсивность кариеса временных зубов определяется индексом:

- а) КПУз; б) КПУп; в) кп(з).
31. Интенсивность кариеса зубов пациента выражается:
- а) суммой кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного пациента;
 - б) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов к возрасту пациента;
 - в) средним показателем индивидуальной суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов.
32. Интенсивность кариеса в сменном прикусе определяется индексом:
- а) КПУз; б) КПУп; в)кпз; г) КПУ кп.
33. Во временной окклюзии на каждой челюсти имеется:
- а) 4 резца, 2 клыка, 2 премоляра;
 - б) 4 резца, 2 клыка, 4 моляра;
 - в) 4 резца, 2 клыка, 2 премоляра, 2 моляра;
 - г) 4 резца, 2 клыка, 1 премоляр, 1 моляр.
34. Минерализация премоляров начинается:
- а) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения;
 - б) во втором полугодии после рождения;
 - в) в 2,5 3,5 года; г) в 4 5 лет.
35. Распространённость кариеса 65% это уровень распространённости по ВОЗ:
- а) низкий; б) средний; в) высокий.
36. Интенсивность кариеса 3,3 относится к уровню интенсивности кариеса по ВОЗ:
- а) очень низкому; б) низкому; в) среднему;
 - г) высокому; д) очень высокому.
37. Редукция кариеса выражается в:
- а) целых числах; б) относительных единицах; в) процентах.
38. Для витального окрашивания эмали зубов используют:
- а) эритрозин; б) фуксин;
 - в) йодистый калий; г) метиленовый синий.
39. Важные минералы, необходимые для прочности костей и зубов – это:
- а) железо; б) фосфор; в) кальций; г) натрий.
40. Для осмотра полости рта используются:
- а) зеркало; б) зонд; в) шпатель;
 - г) пинцет; д) экскаватор; е) гладилка.
41. Слизистая оболочка полости рта включает слои:

- а) эпителиальный; б) собственно слизистый;
- в) мышечный; г) подслизистый.

42. Показатели интенсивности кариеса, соответствующие среднему уровню по классификации ВОЗ:

- а) 2,5; б) 2,6; в) 2,7; г) 3,5; д) 4,4; е) 4,5.

43. Для оценки состояния гигиены полости рта используют индекс:

- 1)КПУ 2)ИГР У 3)СРІТN 4)РМА

2. Какое прикрепление уздечки верхней губы вызывает изменения в пародонте?

- 1) широкое
- 2) высокое
- 3) низкое
- 4) глубокое

44. Под действием йода при проведении пробы Шиллера Писарева окрашивается

- 1) эпителий десны
- 2) неорганические вещества
- 3) гликоген
- 4) микроорганизмы

45. Проба Шиллера –Писарева положительна

- 1) у детей до трех лет
- 2) у подростков
- 3) при наличии воспаления тканей пародонта
- 4) правильно 1 и 3
- 5) правильно 1 и 2

46. Какое преддверие полости рта может вызвать изменения в тканях пародонта?

- 1) широкое
- 2) мелкое
- 3) узкое
- 4) глубокое

47. Индекс СРІТN определяется с помощью зонда

- 1) стоматологического
- 2) пуговчатого

3)штыковидного

4)любого

48.При регистрации индекса СРТИН секстант считается исключенным

1)при наличии кариеса

2)при наличии флюороза

3)при отсутствии зубов

4)при скученности зубов

49.Индекс РМА помогает выявить

1)тяжесть воспаления в десне

2)зубной налет

3)кровоточивость

4)поддесневой зубной камень

50.При регистрации индекса СРТИН у детей до 15 лет осматривают индексных зубов

1)5 2)6 3)10 4)12

1.8.3. Ситуационные задачи

Задача №1.

В поликлинику на прием обратилась мама с ребенком в возрасте 10 месяцев. Жалобы на отказ от пищи. Из анамнеза было выявлено токсикоз мамы в первую половину беременности, искусственное вскармливание. На ночь мама оставляет бутылочку со смесью малышу в кровати. Объективно: на вестибулярной и небной поверхностях 52, 51, 61, 62

зубов в пришеечной области кариозные полости средней глубины. Дентин пигментированный, плотный. Эмаль по периферии полостей белая, хрупкая.

При удалении дентина экскаватором отмечается болезненность в области эмалево-дентинной границы.

1 Поставьте предварительный диагноз.

2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.

3 Назначьте местное и общее лечение ребенку.

4 Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №2.

Больной 14 лет, обратился с жалобами боли в 16, возникающие во время приема жесткой и холодной пищи. Из анамнеза: 16 был лечен по поводу кариеса, 2 месяца назад пломба частично выпала, появились боли на температурные и механические раздражители.

Объективно: конфигурация лица без видимых изменений.

Рот открывает в полном объеме. На жевательной поверхности 16 глубокая

кариозная полость, выполненная размягченным дентином и остатками пломбы из амальгамы, резкая боль при зондировании по дну кариозной полости, реакция на холодное кратковременная, перкуссия безболезненная, ЭОД 10 мкА. Прикус ортогнатический. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение ребенку.
- 4 Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №3.

Больной К., 15 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие белого пятна в пришеечной области левого нижнего клыка. Из анамнеза: пятно появилось полгода назад, с течением времени увеличилось в размере. При осмотре 33 в пришеечной области определяется меловидное пятно с матовым оттенком. Эмаль тусклая, шероховатая. Пятно окрашивается 2% раствором метиленового синего. Реакция на температурные раздражители отрицательная.

- 1 Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
- 2 Назовите наиболее вероятный (предварительный) диагноз.
- 3 Перечислите данные условия задачи, подтверждающие диагноз.
- 4 Подтвердите предварительный диагноз, используя дополнительные методы
- 5 Назначьте лечение.

Задача №4.

В детскую стоматологическую поликлинику обратилась мама с ребенком 5 лет для профилактического осмотра.
Объективно: кожные покровы чистые, Конфигурация лица нарушена, рот открывает в полном объеме. Носогубные и подбородочные складки умеренно выражены. Губы смыкаются без напряжения. Уздечки губ и языка прикреплены физиологично. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. ИГ = 1,9, РНР = 0,8. На контактных поверхностях 84 и 85 зубов кариозные полости в пределах эмали и дентина, зондирование слабо болезненно по эмалево-

дентинному соединению, перкуссия безболезненна, реакция на холод слабо болезненна, быстро проходящая.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №5.

В детскую стоматологическую поликлинику обратился пациент 13 лет с жалобами на наличие кариозной полости в 26 зубе, боль от холодного, сладкого, быстро проходящая после устранения раздражающего фактора. Зуб беспокоит в течение трех недель.

Объективно в полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. ИГР-У = 2,0, СРІТN = 2 На жевательной поверхности

26
зуба

кариозная
полость,
заполненная
размягченным
дентином, зондирование слабо болезненно по эмалево-дентинной границе,
реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба
безболезненная. ЭОД = 3 мА.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №6.

В детскую стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта обратилась мама с ребенком 10 лет.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, рот открывается в полном объеме.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренной влажности. УИГ = 0,9, КПИ = 0,3. На дистальной поверхности 14 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование слабо болезненно по стенкам кариозной полости, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №7.

Больная К., 15-ти лет, обратилась с целью санации после исправления прикуса с помощью брекет - системы.

При осмотре конфигурация лица без видимых изменений, фронтальные зубы видны в линии улыбки. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей отмечаются округлые дефекты эмали глубиной 0,5 мм, чувствительные к холодной и сладкой пище.

Поставьте предварительный диагноз.

- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта

Задача №9.

Пациентка 12 лет. Во время профилактического осмотра в школе были выявлены пятна белого цвета в пришеечной области 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 32, 31, 41, 42, 43 зубов. Скопление мягкого зубного налета на вестибулярной поверхности зубов.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Назовите возможную причину возникновения дефектов.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта

Задача №10.

В детскую стоматологическую Поликлинику с целью санации

обратился пациент С. 13 лет с жалобами на наличие кариозной полости в 46 зубе, боль в этом зубе от холодного, сладкого, быстро проходящая после устранения раздражающего фактора. Зуб беспокоит в течение 7-10 дней. Объективно в полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. На жевательной поверхности 46 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная. ЭОД = 5 мА.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Назовите возможную причину возникновения дефектов.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

1.9. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения практики "Клиническая. Ортодонтия"

Добавлено примечание (ГО1):

1.9.1. Контрольные вопросы

1. Клинико-лабораторные этапы изготовления штампованных коронок у детей.
2. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппарата с пружиной Коффина.
3. Клинико-лабораторные этапы изготовления и особенности изготовления несъемных протезов в детском возрасте.
4. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппаратов механического действия.
5. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппаратов функционального действия
6. Клинико-лабораторные этапы изготовления моноблока Андресена-Гойпля
7. Измерение моделей по методу Снагиной
8. Измерение моделей по методу Герлаха.
9. Методика определения черепного и лицевого индексов.
10. Особенности изготовления съемных пластиночных протезов в детском возрасте. КЛ этапы.
11. Аппаратура Френкля. Типы. КЛ этапы.
12. Диаграмма Хаулея-Гербера-Гербста. Методика построения.
13. Методика изготовления различных видов пружин для съемных ортодонтических аппаратов механического действия.
14. Проведите функциональную пробу для диагностики дистальной окклюзии.
15. КЛ этапы для изготовления накусочной пластинки Катца.
16. КЛ этапы для изготовления каппы Шварца.
17. Измерение длины переднего отрезка на моделях по методике Корхауза.
18. КЛ этапы для изготовления аппарата Брюкля.
19. Измерение моделей челюстей по методу Тона
20. Измерение моделей челюстей по методу Болтона
21. Измерение моделей челюстей по методу Пона
22. Расшифровка ОПТГ.
23. Расшифровка ТРГ по методике Шварца
24. Расшифровка ТРГ по методике ДиПаоло

25. Особенности изготовления мостовидного протеза в детском возрасте.
26. Измерение моделей челюстей по методике Нансе
27. Изготовление подбородочной пращи. Методика снятия оттиска с подбородка.
28. Измерение длины апикального базиса на гипсовых моделях челюстей
29. КЛ этапы изготовления аппарата с защиткой от языка
30. Определение ширины апикального базиса на гипсовых моделях челюстей
31. КЛ этапы изготовления аппарата механического действия по Калвелису.
32. Техника получения фотостатического снимка и методы его анализа
33. КЛ этапы изготовления съемного ретенционного аппарата.
34. Определение лицевого индекса по методике Гарсон
35. КЛ этапы изготовления аппарата Гашимова.
36. Методы измерения моделей челюстей в трансверзальном направлении
37. КЛ этапы изготовления пропульсора Мюллеманана.
38. Методика изгибания вестибулярной дуги
39. Последовательность миены дуг при лечении эджуайз-техникой.
40. КЛ этапы изготовления каппы Бынина.

1.9.2. Тестовые задания

001. К моменту рождения в норме нижняя челюсть
 - 1) меньше верхней
 - 2) больше верхней
 - 3) равна верхней
002. В беззубом рте новорожденного десневые валики имеют форму
 - 1) полуэллипса
 - 2) полукруга
003. Нижняя челюсть новорожденного расположена дистальнее верхней на расстоянии
 - 1) до 5 мм
 - 2) до 10 мм
 - 3) до 14 мм
004. Вертикальная щель между десневыми валиками в норме достигает
 - 1) 2,5 мм
 - 2) 5 мм
 - 3) 7,5 мм
005. Порядок прорезывания молочных зубов
 - 1) I II III IV V
 - 2) I II IV III V
 - 3) II I III IV V
006. Зубные ряды в прикусе молочных зубов имеют форму
 - 1) полуэллипса
 - 2) полукруга
 - 3) параболы
007. Дистальные поверхности молочных моляров трехлетнего ребенка в норме располагаются
 - 1) в одной плоскости
 - 2) с мезиальной ступенью
 - 3) с дистальной ступенью
008. Фронтальные зубы 3 летнего в норме располагаются

- 1) с тремами
 - 2) без трем
 - 3) только с диастемой
009. Щечные бугорки нижних молочных моляров 3 летнего ребенка располагаются
- 1) вестибулярнее щечных бугорков верхних моляров
 - 2) на одном уровне со щечными бугорками верхних моляров
 - 3) в продольной фиссуре верхних моляров
010. Небные бугорки молочных моляров 3 летнего ребенка располагаются
- 1) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров
 - 2) в продольной фиссуре нижних моляров
 - 3) вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров
011. Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные продолжается
- 1) от 5 до 8 лет
 - 2) от 4 до 6 лет
 - 3) от 3 до 4 лет
012. Активный рост челюстей ребенка в период подготовки к смене зубов происходит
- 1) во фронтальном отделе
 - 2) в позадимолярной области
 - 3) в позадимолярной области и во фронтальном отделе
013. Наличие трем между зубами в переднем отделе зубных рядов 5 летнего ребенка
- 1) признак аномалии
 - 2) признак нормального развития
 - 3) не имеет диагностического значения
014. Физиологическая стираемость молочных 5 летнего ребенка в норме происходит
- 1) во фронтальном отделе
 - 2) в боковых отделах
 - 3) во фронтальном и боковых отделах
015. Дистальные поверхности вторых молочных моляров 6 летнего ребенка располагаются
- 1) в одной вертикальной плоскости
 - 2) с мезиальной ступенькой
 - 3) с дистальной ступенькой
016. Порядок прорезывания постоянных зубов
- 1) 6 1 2 3 4 5 7
 - 2) 1 2 4 5 3 6
 - 3) 6 1 2 4 3 5 7
017. Форма верхнего зубного ряда взрослого человека в норме
- 1) полукруг
 - 2) полуэллипс
 - 3) парабола
018. Форма нижнего зубного ряда взрослого человека в норме
- 1) полукруг
 - 2) полуэллипс
 - 3) парабола
019. Небные бугорки верхних боковых зубов в норме контактируют с
- 1) продольными фиссурами нижних
 - 2) язычными бугорками нижних
 - 3) вестибулярными бугорками нижних
020. Щечные бугорки нижних боковых зубов в норме контактируют
- 1) с небными бугорками верхних
 - 2) с продольными фиссурами верхних
 - 3) со щечными бугорками верхних

021. Каждый зуб верхней челюсти антагонирует в норме
- 1) с одноименным и впередистоящим зубами НЧ
 - 2) одноименным и позадистоящим зубами НЧ
 - 3) одноименным зубом
022. Нижнее 1|1 имеют в норме по
- 1) одному антагонисту на ВЧ
 - 2) два антагониста на ВЧ
 - 3) три антагониста на ВЧ
023. Верхнее 8|8 имеют в норме по
- 1) одному антагонисту на НЧ
 - 2) два антагониста на НЧ
 - 3) три антагониста на НЧ
024. Глубина резцового перекрытия в норме не превышает
- 1) 1/2 высоты коронки резцов НЧ
 - 2) 1/3 высоты коронки резцов НЧ
 - 3) 2/3 высоты коронки резцов НЧ
025. Резцы ВЧ в норме контактируют с резцами НЧ
- 1) небной поверхностью
 - 2) режущим краем
 - 3) вестибулярной поверхностью
026. Резцы НЧ в норме контактируют с резцами ВЧ
- 1) язычной поверхностью
 - 2) режущим краем
 - 3) вестибулярной поверхностью
027. Зубная дуга верхней челюсти
- 1) больше альвеолярной дуги
 - 2) меньше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
028. Базальная дуга верхней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
029. Зубная дуга нижней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
030. Базальная дуга нижней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
031. Передний щечный бугорок верхнего 6 в норме контактирует с
- 1) задним щечным бугорком нижнего 6
 - 2) межбугорковой фиссурой нижнего 6
 - 3) контактной точкой между нижними 6 и 5
032. Бугорок верхнего 3 в норме располагается
- 1) между нижним 3 и 4
 - 2) на уровне бугорка нижнего 3
 - 3) между 3 и 2
033. Окклюзия — это смыкание зубных рядов
- 1) при привычном положении НЧ
 - 2) в состоянии физиологического покоя
 - 3) при смещении нижней челюсти вперед на половину ширины коронок моляров

034. Сроки прорезывания молочных зубов
- 1) 4 6 месяцев – II и I, 6 8 III, 8 10 мес. IV, 10 12 мес. V
 - 2) 6 8 месяцев I, 8 12 мес. II, 12 16 мес. III, 16 20 мес. IV
035. Сроки прорезывания постоянных зубов
- 1) 6 7 лет, 1 7 8 лет, 2 8 9 лет, 4 9 11 лет, 3 10 12 лет
 - 2) 6 6 7 лет, 1 7 8 лет, 2 8 9 лет, 4 9 11 лет, 3 9 10 лет, 5 10 11 лет, 7 11 12 лет
 - 3) 1 6 7 лет, 2 7 8 лет, 3 8 9 лет, 4 10 12 и 5 11 13 лет
036. Гиперодонтия возникает при
- 1) наличии сверхкомплектных зубов
 - 2) отсутствии зачатков зубов
 - 3) ретенции зубов
037. Гиподонтия возникает при
- 1) наличии сверхкомплектных зубов
 - 2) отсутствии зачатков зубов
 - 3) задержке прорезывания зубов
038. Макродонтия относится к аномалии
- 1) размеров зубов
 - 2) формы зубов
 - 3) структуры зубов
039. Микродонтия это
- 1) увеличение размеров зубов
 - 2) уменьшение размеров зубов
 - 3) уменьшение количества зубов
040. Макродонтия это
- 1) уменьшение размеров зубов
 - 2) увеличение количества зубов
 - 3) увеличение размеров зубов
041. Тортоаномалия это:
- 1) высокое положение зуба
 - 2) поворот зуба вокруг вертикальной оси
 - 3) вестибулярный наклон зуба
042. Ретенция зубов относится к аномалиям
- 1) количества зубов
 - 2) сроков прорезывания зубов
 - 3) формирования зубов
043. Адентия зубов относится к аномалиям
- 1) количества зубов
 - 2) сроков прорезывания зубов
 - 3) структуры зубов
044. Супраположение это аномалия положения зубов в направлении
- 1) вертикальном
 - 2) сагитальном
 - 3) трансверсальном
045. Мезиальное положение зуба это смещение зуба
- 1) вперед по зубной дуге
 - 2) назад по зубной дуге
 - 3) в сторону неба
046. Дистальное положение зуба это смещение зуба
- 1) вперед по зубной дуге
 - 2) назад по зубной дуге
 - 3) в сторону неба
047. Инфраположение нижнего клыка это положение зуба

- 1) выше окклюзионной плоскости
 - 2) ниже окклюзионной плоскости
 - 3) вне зубной дуги
048. Классификация Энгля основана на смыкании
- 1) челюстей
 - 2) первых моляров
 - 3) резцов
049. Ключ окклюзии по Энглю это смыкание
- 1) первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей
 - 2) постоянных клыков верхней и нижней челюстей
 - 3) постоянных резцов верхней и нижней челюстей
050. Первый и второй подклассы II класса Энгля различаются положением
- 1) моляров
 - 2) клыков
 - 3) резцов
051. II класс Энгля характеризуется смещением зубов
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) верхней челюсти назад
 - 3) нижней челюсти вперед
052. III класс Энгля характеризуется смещением
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) верхней челюсти вперед
 - 3) нижней челюсти вперед
053. Дистальная окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
054. Мезиальная окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
055. Нейтральная (физиологическая) окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
056. Дистальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) нижней челюсти вперед
 - 3) верхней челюсти назад
057. Мезиальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) нижней челюсти вперед
 - 3) верхней челюсти вперед
058. Дистальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях
- 1) сагитальном
 - 2) вертикальном
 - 3) трансверсальном
059. Мезиальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях
- 1) сагитальном
 - 2) вертикальном
 - 3) трансверсальном
060. Вестибулоокклюзия это смещение

- 1) нижних или верхних боковых зубов в щечную сторону
 - 2) нижних или верхних боковых зубов в оральную сторону
 - 3) только верхних боковых зубов в оральную сторону
061. Лингвоокклюзия это смещение
- 1) верхних боковых зубов орально
 - 2) нижних боковых зубов орально
 - 3) верхних боковых зубов щечно
062. Палатокклюзия это смещение
- 1) верхних боковых зубов орально
 - 2) нижних боковых зубов орально
 - 3) верхних боковых зубов щечно
063. Лингвоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
064. Глубокая резцовая окклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
065. Вестибулоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
066. Палатокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
067. Лингвоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
068. Макрогнатия это
- 1) увеличение челюсти
 - 2) уменьшение челюсти
 - 3) смещение челюсти вперед
069. Микрогнатия относится к аномалиям
- 1) размера челюстей
 - 2) положения челюстей
 - 3) формы челюстей
070. Прогнатия и ретрогнатия относятся к аномалиям
- 1) размера челюстей
 - 2) положения челюстей
 - 3) формы челюстей
071. Функциональное состояние мышц челюстно лицевой области определяют методом
- 1) электромиографии, электромиотонометрии
 - 2) реопарадонттографии
 - 3) артрофонографии
072. Реография области ВНЧС позволяет определить
- 1) сократительную способность мышц челюстно лицевой области
 - 2) гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС
 - 3) движение головок нижней челюсти
073. Электромиотонометрия позволяет определить

- 1) биоэлектрическую активность жевательных мышц
 - 2) сократительную способность жевательных мышц
 - 3) сократительную способность только височных мышц
074. Синхронную работу мышц антагонистов и синергистов позволит определить
- 1) амплитуда ЭМГ
 - 2) временные параметры ЭМГ
 - 3) коэффициент координации в фазе жевательного движения
075. К специальным методам диагностики в ортодонтии относятся
- 1) осмотр полости рта, функциональные работы
 - 2) антропометрические, рентгенологические, функциональные, графические
 - 3) опрос, осмотр, измерение гипсовых моделей челюстей.
076. При аномалии окклюзии необходимо провести
- 1) клиническое обследование
 - 2) антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей, внешней осмотр
 - 3) клиническое обследование и специальные методы диагностики
077. По таблице Ветцеля можно определить
- 1) мезиодистальные размеры коронок молочных зубов
 - 2) мезиодистальные размеры коронок постоянных зубов
 - 3) вертикальные размеры коронок молочных зубов
078. Для предотвращения возникновения зубочелюстных аномалий в пренатальный период [развития ребенка](#) необходимо проводить профилактические мероприятия
- 1) сбалансированный режим питания будущей матери
 - 2) отказ от вредных привычек
 - 3) все вышеперечисленные факторы
079. При ранней потере молочных зубов для профилактики деформаций зубных рядов нужно провести
- 1) стимулирование прорезывания постоянных зубов
 - 2) сошлифовывание нестершихся бугров молочных зубов
 - 3) протезирование
080. О симметричности развития правой и левой половины нижней челюсти позволяют судить
- 1) панорамная рентгенограмма
 - 2) ТРГ боковая проекция
 - 3) ТРГ прямая проекция и ортопантомограмма
081. С целью измерения длины тела верхней челюсти используют
- 1) ортопантомограмму
 - 2) ТРГ прямая проекция
 - 3) ТРГ боковая проекция
082. Метод долгополовой применяется для определения
- 1) длины и ширины нижней челюсти в постоянном прикусе
 - 2) ширины и длины апикального базиса в постоянном прикусе
 - 3) длины и ширины зубных рядов в период прикуса молочных зубов
083. Панорамную рентгенографию применяют в ортодонтии для
- 1) измерения размеров зубов нижней челюсти
 - 2) измерения ширины зубного ряда
 - 3) выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей
084. Для определения размеров апикального базиса челюсти используют
- 1) метод Пона
 - 2) метод Хауса Снагиной
 - 3) индекс Тона
085. Ортопантомографию в ортодонтии применяют для определения
- 1) длины верхней челюсти

- 2) длины нижней челюсти
 - 3) наличия зачатков постоянных зубов
086. Длину переднего отрезка зубного ряда определяют с помощью метода
- 1) Пона
 - 2) Коркхауза
 - 3) Хауса Снагиной
087. Наиболее полное представление о размерах челюстей дает
- 1) антропометрическое изучение строения лица ребенка
 - 2) фотометрический метод
 - 3) телерентгенография головы
088. Индекс Тона применяют для определения
- 1) пропорциональности размеров верхнего и нижнего зубного ряда
 - 2) ширины зубного ряда
 - 3) пропорциональности размеров верхних и нижних резцов
089. Для определения симметричности роста нижней челюсти целесообразно сделать ребенку
- 1) панорамную рентгенограмму нижней челюсти
 - 2) телерентгенограмму в прямой проекции
 - 3) ортопантограмму и телерентгенограмму в прямой проекции
090. Метод Герлаха применяют для определения
- 1) длины тела нижней челюсти
 - 2) ширины зубного ряда
 - 3) пропорциональности размеров боковых и передних сегментов зубных рядов верхней и нижней челюстей
091. Графический метод Хаулея Гербера Гербста применяют для определения
- 1) нарушения длины зубных рядов
 - 2) нарушения ширины зубных рядов
 - 3) нарушения положения зубов и формы зубных рядов
092. Электромиография регистрирует
- 1) движения нижней челюсти
 - 2) движения в ВНЧС
 - 3) биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области
093. Тонус мышц изучается
- 1) в расслабленном и сокращенном состоянии
 - 2) в активном состоянии
 - 3) при выдвигании челюсти
094. Реографией называется метод
- 1) исследования биопотенциалов мышц
 - 2) изучения гемодинамики
 - 3) исследования движения суставных головок
095. Метод электрографии в ортодонтии применяется для
- 1) исследования кровеносных сосудов пародонта
 - 2) исследования ВНЧС
 - 3) изучения функции мышц
096. Для оценки парадонта боковой группы зубов целесообразно использовать
- 1) ТРГ прямую проекцию
 - 2) ортопантографию
 - 3) томографию
097. Латеральное смещение нижней челюсти позволяет определить
- 1) томографию
 - 2) телерентгенографию в прямой проекции
 - 3) ТРГ в боковой проекции

098. Для определения переднего положения нижней челюсти необходим рентгенологический метод

- 1) ТРГ в боковой проекции
- 2) ТРГ в прямой проекции
- 3) ортопантомография

099. для определения пародонта фронтальной группы зубов используется

- 1) ТРГ прямая проекция
- 2) ортопантомография
- 3) панорамная рентгенография челюстей

100. Метод, используемый для определения состояния пародонта отдельных зубов

- 1) ортопантомография
- 2) внутриротовая рентгенография
- 3) панорамная рентгенография

1.9.3. Ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1



Пациент Ф., 11 лет. Жалобы: задержка прорезывания 11 зуба. Анамнез: 51 зуб выпал в возрасте 7 лет. При осмотре ребенка: смешанный прикус; 55,53,63,75,83,85 зубы – подвижность 1-2 степени, 65,75 – кариозные полости на жевательной поверхности; 16,36 зубы – герметизированные фиссуры, 26,46 - запломбированы, 14,24,25,34 – фиссуры пропускают кончик зонда, цвет эмали обычный; ретенция 11 зуба, тесное положение резцов нижней челюсти, глубокий травмирующий прикус.

Задание:

Назовите возможные причины ретенции 11.
Составьте план комплексного лечения ребенка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2



Пациентка Е., 11 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и эстетический недостаток. При осмотре выявлено увеличение высоты нижней части лица, сглаженность носогубных складок, напряжение мышц околоротовой области. В полости рта: вертикальная щель между резцами до 3 мм. При исследовании функции глотания – «симптом напёрстка» на подбородке, прокладывание языка между зубными рядами

Задание:

Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.

Назовите элементы, которые необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3



Пациентка А., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждемости ребенка в лечении. При осмотре полости рта ребенка: справа щёчные бугорки нижних боковых зубов перекрывают щёчные бугорки верхних, диастема между медиальными резцами на верхней челюсти, отсутствует латеральный резец на верхней челюсти слева.

Задание:

Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?

С чем надо провести дифференциальную диагностику гиподонтии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4



Пациентка Н., 13 лет. Обратилась к стоматологу с жалобами на нарушение эстетики: неправильное положение клыков, нарушение цвета и формы резцов верхней челюсти.

Объективно: Вестибулярное положение клыков верхней челюсти и их шиповидная форма, вдоль режущего края резцов бороздчатые углубления.

Задание:

Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5



Пациент Д., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на отсутствие у ребёнка зубов, затруднения при жевании, наличие сухости кожи.

Объективно: Глубокая супраментальная складка, в полости рта единичные зубы шиповидной формы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Язык влажный, чистый. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются

Задание:

Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
Перечислите методы обследования, необходимые для постановки диагноза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6



Пациент Г., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на «неправильный» прикус у ребёнка.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, уменьшение гнатической части лица, выпуклый профиль лица, выраженные супраментальная и носогубные складки, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: адентия зубов на нижней челюсти, нарушение формы зубных рядов, окклюзии, несовпадение центральной линии между верхними и нижними центральными резцами, щель по сагиттали, диастема между 11 и 21.

Задание:

Опишите внешний вид ребёнка (характерные признаки аномалии прикуса).
Поставьте предварительный диагноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7



Пациентка В., 13 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на затруднения при откусывании и пережёвывании пищи, эстетический недостаток, неправильное произношение некоторых звуков.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, увеличение гнатической части лица, губы смыкаются с напряжением, дыхание ротовое, нарушение речеобразования, открывание рта в полном объеме, отмечается вынужденное напряжение круговой мышцы рта и подбородочной мышцы, на подбородке появляются точечные углубления и отмечается «симптом наперстка», лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: Гипоплазия 23 зуба, бугорковый контакт между зубами, отсутствие контактов во фронтальном отделе, щель по вертикали, переднее положение языка.

Задание:

1. Поставьте предварительный ортодонтический диагноз.
2. Перечислите причины, которые могли привести к данной аномалии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8



Пациентка А., 14 лет, жалуется на эстетический недостаток, разрастание десны в области клыков, наличие желто-коричневого пятна на 21 зубе. Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.

В полости рта: слизистая оболочка десны гиперемирована, имеются патологические изменения, на языке отмечается налет желтого цвета, отпечатки зубов. КПУ = 4, ИГПР = 3; проба Шиллера-Писарева положительная, РМА = 18%.

Задание:

2. Поставьте предварительный ортодонтический диагноз.
3. Назовите основные причины развития данной патологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9



Пациент Д., 18 лет, обратился в клинику с жалобами на неправильный прикус, эстетический недостаток.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.

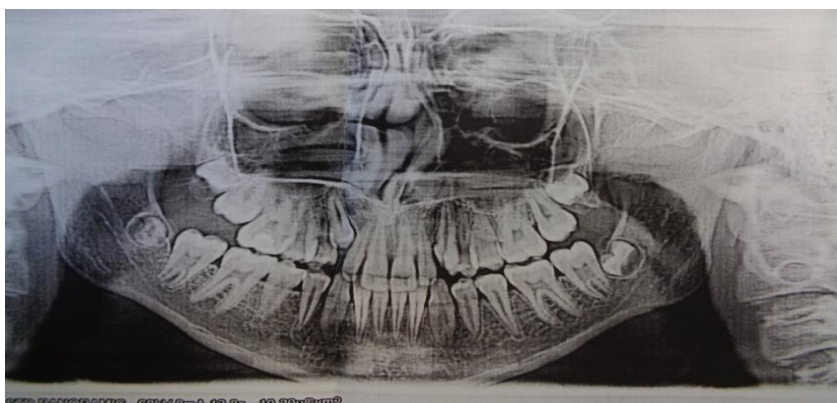
В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. Латеральные резцы расположены небно, скученность зубов, смещение центра, дефицит места для зубов

Задание:

3. Поставьте диагноз. Класс по Энгля. Аномалии отдельных зубов.

4. Составте план лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10



Пациентка И., 16 лет, обратилась в клинику с жалобами на эстетический недостаток и неправильный прикус.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.

В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. вестибулярное положение 23 зубов, отсутствие 13 зуба в полости рта

Задание:

1. Поставьте диагноз. Опишите ОПТГ.
2. Тактика лечения

1.10. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения практики "Клиническая. Поликлиника."

Добавлено примечание ([O2]):

1.10.1. Контрольные вопросы

1. Клинико-лабораторные этапы изготовления штампованных коронок у детей.
2. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппарата с пружиной Коффина.
3. Клинико-лабораторные этапы изготовления и особенности изготовления несъемных протезов в детском возрасте.
4. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппаратов механического действия.
5. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппаратов функционального действия
6. Клинико-лабораторные этапы изготовления моноблока Андресена-Гойпля
7. Измерение моделей по методу Снагиной
8. Измерение моделей по методу Герлаха.
9. Методика определения черепного и лицевого индексов.
10. Особенности изготовления съемных пластиночных протезов в детском возрасте. КЛ этапы.
11. Аппаратура Френкля. Типы. КЛ этапы.
12. Диаграмма Хаулея-Гербера-Гербста. Методика построения.
13. Методика изготовления различных видов пружин для съемных ортодонтических аппаратов механического действия.
14. Проведите функциональную пробу для диагностики дистальной окклюзии.
15. КЛ этапы для изготовления накусочной пластинки Катца.
16. КЛ этапы для изготовления каппы Шварца.
17. Измерение длины переднего отрезка на моделях по методике Корхауза.
18. КЛ этапы для изготовления аппарата бюкля.
19. Измерение моделей челюстей по методу Тона
20. Измерение моделей челюстей по методу Болтона
21. Измерение моделей челюстей по методу Пона
22. Расшифровка ОПТГ.
23. Расшифровка ТРГ по методике Шварца
24. Расшифровка ТРГ по методике ДиПаоло
25. Особенности изготовления мостовидного протеза в детском возрасте.
26. Измерение моделей челюстей по методике Нансе
27. Изготовление подбородочной пращи. Методика снятия оттиска с подбородка.
28. Измерение длины апикального базиса на гипсовых моделях челюстей
29. КЛ этапы изготовления аппарата с защиткой от языка
30. Определение ширины апикального базиса на гипсовых моделях челюстей
31. КЛ этапы изготовления аппарата механического действия по Калвелису.
32. Техника получения фотостатического снимка и методы его анализа

33. КЛ этапы изготовления съемного ретенционного аппарата.
34. Определение лицевого индекса по методике Гарсон
35. КЛ этапы изготовления аппарата Гашимова.
36. Методы измерения моделей челюстей в трансверзальном направлении
37. КЛ этапы изготовления пропульсора Мюллеманана.
38. Методика изгибания вестибулярной дуги
39. Последовательность миены дуг при лечении эджуайз-техникой.
40. КЛ этапы изготовления каппы Бынина.

1.10.2. Тестовые задания

001. К моменту рождения в норме нижняя челюсть
 - 1) меньше верхней
 - 2) больше верхней
 - 3) равна верхней
002. В беззубом рте новорожденного десневые валики имеют форму
 - 1) полуэллипса
 - 2) полукруга
 - 1) параболы
003. Нижняя челюсть новорожденного расположена дистальнее верхней на расстоянии
 - 1) до 5 мм
 - 2) до 10 мм
 - 3) до 14 мм
004. Вертикальная щель между десневыми валиками в норме достигает
 - 1) 2,5 мм
 - 2) 5 мм
 - 3) 7,5 мм
005. Порядок прорезывания молочных зубов
 - 1) I II III IV V
 - 2) I II IV III V
 - 3) II I III IV V
006. Зубные ряды в прикусе молочных зубов имеют форму
 - 1) полуэллипса
 - 2) полукруга
 - 3) параболы
007. Дистальные поверхности молочных моляров трехлетнего ребенка в норме располагаются
 - 1) в одной плоскости
 - 2) с мезиальной ступенью
 - 3) с дистальной ступенью
008. Фронтальные зубы 3 летнего в норме располагаются
 - 1) с тремами
 - 2) без трем
 - 3) только с диастемой
009. Щечные бугорки нижних молочных моляров 3 летнего ребенка располагаются
 - 1) вестибулярнее щечных бугорков верхних моляров
 - 2) на одном уровне со щечными бугорками верхних моляров
 - 3) в продольной фиссуре верхних моляров
010. Небные бугорки молочных моляров 3 летнего ребенка располагаются
 - 1) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров

- 2) в продольной фиссуре нижних моляров
- 3) вестибулярные щечные бугорки нижних моляров
- 011. Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные продолжается
 - 1) от 5 до 8 лет
 - 2) от 4 до 6 лет
 - 3) от 3 до 4 лет
- 012. Активный рост челюстей ребенка в период подготовки к смене зубов происходит
 - 1) во фронтальном отделе
 - 2) в позадимолярной области
 - 3) в позадимолярной области и во фронтальном отделе
- 013. Наличие трем между зубами в переднем отделе зубных рядов 5 летнего ребенка
 - 1) признак аномалии
 - 2) признак нормального развития
 - 3) не имеет диагностического значения
- 014. Физиологическая стираемость молочных 5 летнего ребенка в норме происходит
 - 1) во фронтальном отделе
 - 2) в боковых отделах
 - 3) во фронтальном и боковых отделах
- 015. Дистальные поверхности вторых молочных моляров 6 летнего ребенка располагаются
 - 1) в одной вертикальной плоскости
 - 2) с мезиальной ступенькой
 - 3) с дистальной ступенькой
- 016. Порядок прорезывания постоянных зубов
 - 1) 6 1 2 3 4 5 7
 - 2) 1 2 4 5 3 6
 - 3) 6 1 2 4 3 5 7
- 017. Форма верхнего зубного ряда взрослого человека в норме
 - 1) полукруг
 - 2) полуэллипс
 - 3) парабола
- 018. Форма нижнего зубного ряда взрослого человека в норме
 - 1) полукруг
 - 2) полуэллипс
 - 3) парабола
- 019. Небные бугорки верхних боковых зубов в норме контактируют с
 - 1) продольными фиссурами нижних
 - 2) язычными бугорками нижних
 - 3) вестибулярными бугорками нижних
- 020. Щечные бугорки нижних боковых зубов в норме контактируют
 - 1) с небными бугорками верхних
 - 2) с продольными фиссурами верхних
 - 3) со щечными бугорками верхних
- 021. Каждый зуб верхней челюсти антагонирует в норме
 - 1) с одноименным и впередистоящим зубами НЧ
 - 2) одноименным и позади стоящим зубами НЧ
 - 3) одноименным зубом
- 022. Нижнее 1|1 имеют в норме по
 - 1) одному антагонисту на ВЧ
 - 2) два антагониста на ВЧ
 - 3) три антагониста на ВЧ
- 023. Верхнее 8|8 имеют в норме по

- 1) одному антагонисту на НЧ
 - 2) два антагониста на НЧ
 - 3) три антагониста на НЧ
024. Глубина резцового перекрытия в норме не превышает
- 1) 1/2 высоты коронки резцов НЧ
 - 2) 1/3 высоты коронки резцов НЧ
 - 3) 2/3 высоты коронки резцов НЧ
025. Резцы ВЧ в норме контактируют с резцами НЧ
- 1) небной поверхностью
 - 2) режущим краем
 - 3) вестибулярной поверхностью
026. Резцы НЧ в норме контактируют с резцами ВЧ
- 1) язычной поверхностью
 - 2) режущим краем
 - 3) вестибулярной поверхностью
027. Зубная дуга верхней челюсти
- 1) больше альвеолярной дуги
 - 2) меньше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
028. Базальная дуга верхней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
029. Зубная дуга нижней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
030. Базальная дуга нижней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
031. Передний щечный бугорок верхнего 6 в норме контактирует с
- 1) задним щечным бугорком нижнего 6
 - 2) межбугорковой фиссурой нижнего 6
 - 3) контактной точкой между нижними 6 и 5
032. Бугорок верхнего 3 в норме располагается
- 1) между нижним 3 и 4
 - 2) на уровне бугорка нижнего 3
 - 3) между 3 и 2
033. Окклюзия – это смыкание зубных рядов
- 1) при привычном положении НЧ
 - 2) в состоянии физиологического покоя
 - 3) при смещении нижней челюсти вперед на половину ширины коронок моляров
034. Сроки прорезывания молочных зубов
- 1) 4 6 месяцев – II и I, 6 8 III, 8 10 мес. IV, 10 12 мес. V
 - 2) 6 8 месяцев I, 8 12 мес. II, 12 16 мес. III, 16 20 мес. IV
035. Сроки прорезывания постоянных зубов
- 1) 6 7 лет, 1 7 8 лет, 2 8 9 лет, 4 9 11 лет, 3 10 12 лет
 - 2) 6 7 лет, 1 7 8 лет, 2 8 9 лет, 4 9 11 лет, 3 9 10 лет, 5 10 11 лет, 7 11 12 лет
 - 3) 1 6 7 лет, 2 7 8 лет, 3 8 9 лет, 4 10 12 и 5 11 13 лет
036. Гиперодонтия возникает при
- 1) наличии сверхкомплектных зубов

- 2) отсутствию зачатков зубов
 - 3) ретенции зубов
037. Гиподонтия возникает при
- 1) наличии сверхкомплектных зубов
 - 2) отсутствию зачатков зубов
 - 3) задержке прорезывания зубов
038. Макродонтия относится к аномалии
- 1) размеров зубов
 - 2) формы зубов
 - 3) структуры зубов
039. Микродонтия это
- 1) увеличение размеров зубов
 - 2) уменьшение размеров зубов
 - 3) уменьшение количества зубов
040. Макродонтия это
- 1) уменьшение размеров зубов
 - 2) увеличение количества зубов
 - 3) увеличение размеров зубов
041. Тортоаномалия это:
- 1) высокое положение зуба
 - 2) поворот зуба вокруг вертикальной оси
 - 3) вестибулярный наклон зуба
042. Ретенция зубов относится к аномалиям
- 1) количества зубов
 - 2) сроков прорезывания зубов
 - 3) формирования зубов
043. Адонтия зубов относится к аномалиям
- 1) количества зубов
 - 2) сроков прорезывания зубов
 - 3) структуры зубов
044. Супраположение это аномалия положения зубов в направлении
- 1) вертикальном
 - 2) саггитальном
 - 3) трансверсальном
045. Мезиальное положение зуба это смещение зуба
- 1) вперед по зубной дуге
 - 2) назад по зубной дуге
 - 3) в сторону неба
046. Дистальное положение зуба это смещение зуба
- 1) вперед по зубной дуге
 - 2) назад по зубной дуге
 - 3) в сторону неба
047. Инфраположение нижнего клыка это положение зуба
- 1) выше окклюзионной плоскости
 - 2) ниже окклюзионной плоскости
 - 3) вне зубной дуги
048. Классификация Энгля основана на смыкании
- 1) челюстей
 - 2) первых моляров
 - 3) резцов
049. Ключ окклюзии по Энгля это смыкание
- 1) первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей

- 2) постоянных клыков верхней и нижней челюстей
 - 3) постоянных резцов верхней и нижней челюстей
050. Первый и второй подклассы II класса Энгля различаются положением
- 1) моляров
 - 2) клыков
 - 3) резцов
051. II класс Энгля характеризуется смещением зубов
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) верхней челюсти назад
 - 3) нижней челюсти вперед
052. III класс Энгля характеризуется смещением
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) верхней челюсти вперед
 - 3) нижней челюсти вперед
053. Дистальная окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
054. Мезиальная окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
055. Нейтральная (физиологическая) окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
056. Дистальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) нижней челюсти вперед
 - 3) верхней челюсти назад
057. Мезиальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) нижней челюсти вперед
 - 3) верхней челюсти вперед
058. Дистальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях
- 1) сагиттальном
 - 2) вертикальном
 - 3) трансверсальном
059. Мезиальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях
- 1) сагиттальном
 - 2) вертикальном
 - 3) трансверсальном
060. Вестибулоокклюзия это смещение
- 1) нижних или верхних боковых зубов в щечную сторону
 - 2) нижних или верхних боковых зубов в оральную сторону
 - 3) только верхних боковых зубов в оральную сторону
061. Лингвоокклюзия это смещение
- 1) верхних боковых зубов орально
 - 2) нижних боковых зубов орально
 - 3) верхних боковых зубов щечно
062. Палатокклюзия это смещение
- 1) верхних боковых зубов орально

- 2) нижних боковых зубов орально
 - 3) верхних боковых зубов щечно
063. Лингвоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
064. Глубокая резцовая окклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
065. Вестибулоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
066. Палатокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
067. Лингвоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
068. Макрогнатия это
- 1) увеличение челюсти
 - 2) уменьшение челюсти
 - 3) смещение челюсти вперед
069. Микрогнатия относится к аномалиям
- 1) размера челюстей
 - 2) положения челюстей
 - 3) формы челюстей
070. Прогнатия и ретрогнатия относятся к аномалиям
- 1) размера челюстей
 - 2) положения челюстей
 - 3) формы челюстей
071. Функциональное состояние мышц челюстно лицевой области определяют методом
- 1) электромиографии, электромионометрии
 - 2) реопарадентографии
 - 3) артрофонографии
072. Реография области ВНЧС позволяет определить
- 1) сократительную способность мышц челюстно лицевой области
 - 2) гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС
 - 3) движение головок нижней челюсти
073. Электромионометрия позволяет определить
- 1) биоэлектрическую активность жевательных мышц
 - 2) сократительную способность жевательных мышц
 - 3) сократительную способность только височных мышц
074. Синхронную работу мышц антагонистов и синергистов позволит определить
- 1) амплитуда ЭМГ
 - 2) временные параметры ЭМГ
 - 3) коэффициент координации в фазе жевательного движения
075. К специальным методам диагностики в ортодонтии относятся
- 1) осмотр полости рта, функциональные работы

- 2) антропометрические, рентгенологические, функциональные, графические
 - 3) опрос, осмотр, измерение гипсовых моделей челюстей.
076. При аномалии окклюзии необходимо провести
- 1) клиническое обследование
 - 2) антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей, внешней осмотр
 - 3) клиническое обследование и специальные методы диагностики
077. По таблице Ветцеля можно определить
- 1) мезиодистальные размеры коронок молочных зубов
 - 2) мезиодистальные размеры коронок постоянных зубов
 - 3) вертикальные размеры коронок молочных зубов
078. Для предотвращения возникновения зубочелюстных аномалий в пренатальный период [развития ребенка](#) необходимо проводить профилактические мероприятия
- 1) сбалансированный режим питания будущей матери
 - 2) отказ от вредных привычек
 - 3) все вышеперечисленные факторы
079. При ранней потере молочных зубов для профилактики деформаций зубных рядов нужно провести
- 1) стимулирование прорезывания постоянных зубов
 - 2) сошлифовывание нестершихся бугров молочных зубов
 - 3) протезирование
080. О симметричности развития правой и левой половины нижней челюсти позволяют судить
- 1) панорамная рентгенограмма
 - 2) ТРГ боковая проекция
 - 3) ТРГ прямая проекция и ортопантомограмма
081. С целью измерения длины тела верхней челюсти используют
- 1) ортопантомограмму
 - 2) ТРГ прямая проекция
 - 3) ТРГ боковая проекция
082. Метод долгополовой применяется для определения
- 1) длины и ширины нижней челюсти в постоянном прикусе
 - 2) ширины и длины апикального базиса в постоянном прикусе
 - 3) длины и ширины зубных рядов в период прикуса молочных зубов
083. Панорамную рентгенографию применяют в ортодонтии для
- 1) измерения размеров зубов нижней челюсти
 - 2) измерения ширины зубного ряда
 - 3) выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей
084. Для определения размеров апикального базиса челюсти используют
- 1) метод Пона
 - 2) метод Хауса Снагиной
 - 3) индекс Тона
085. Ортопантомографию в ортодонтии применяют для определения
- 1) длины верхней челюсти
 - 2) длины нижней челюсти
 - 3) наличия зачатков постоянных зубов
086. Длину переднего отрезка зубного ряда определяют с помощью метода
- 1) Пона
 - 2) Коркхауза
 - 3) Хауса Снагиной
087. Наиболее полное представление о размерах челюстей дает
- 1) антропометрическое изучение строения лица ребенка
 - 2) фотометрический метод

3) телерентгенография головы

088. Индекс Тона применяют для определения

1) пропорциональности размеров верхнего и нижнего зубного ряда

2) ширины зубного ряда

3) пропорциональности размеров верхних и нижних резцов

089. Для определения симметричности роста нижней челюсти целесообразно сделать ребенку

1) панорамную рентгенограмму нижней челюсти

2) телерентгенограмму в прямой проекции

3) ортопантограмму и телерентгенограмму в прямой проекции

090. Метод Герлаха применяют для определения

1) длины тела нижней челюсти

2) ширины зубного ряда

3) пропорциональности размеров боковых и передних сегментов зубных рядов верхней и нижней челюстей

091. Графический метод Хаулея Гербера Гербста применяют для определения

1) нарушения длины зубных рядов

2) нарушения ширины зубных рядов

3) нарушения положения зубов и формы зубных рядов

092. Электромиография регистрирует

1) движения нижней челюсти

2) движения в ВНЧС

3) биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области

093. Тонус мышц изучается

1) в расслабленном и сокращенном состоянии

2) в активном состоянии

3) при выдвигании челюсти

094. Реографией называется метод

1) исследования биопотенциалов мышц

2) изучения гемодинамики

3) исследования движения суставных головок

095. Метод электрографии в ортодонтии применяется для

1) исследования кровеносных сосудов пародонта

2) исследования ВНЧС

3) изучения функции мышц

096. Для оценки парадонта боковой группы зубов целесообразно использовать

1) ТРГ прямую проекцию

2) ортопантографию

3) томографию

097. Латеральное смещение нижней челюсти позволяет определить

1) томография

2) телерентгенография в прямой проекции

3) ТРГ в боковой проекции

098. Для определения переднего положения нижней челюсти необходим

рентгенологический метод

1) ТРГ в боковой проекции

2) ТРГ в прямой проекции

3) ортопантомография

099. для определения пародонта фронтальной группы зубов используется

1) ТРГ прямая проекция

2) ортопантомография

3) панорамная рентгенография челюстей

100. Метод, используемый для определения состояния пародонта отдельных зубов

- 1) ортопантомография
- 2) внутриротовая рентгенография
- 3) панорамная рентгенография

1.10.3. Ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1



Пациент Ф., 11 лет. Жалобы: задержка прорезывания 11 зуба. Анамнез: 51 зуб выпал в возрасте 7 лет. При осмотре ребенка: смешанный прикус; 55,53,63,75,83,85 зубы – подвижность 1-2 степени, 65,75 – кариозные полости на жевательной поверхности; 16,36 зубы – герметизированные фиссуры, 26,46 - запломбированы, 14,24,25,34 – фиссуры пропускают кончик зонда, цвет эмали обычный; ретенция 11 зуба, тесное положение резцов нижней челюсти, глубокий травмирующий прикус.

Задание:

Назовите возможные причины ретенции 11.

Составьте план комплексного лечения ребенка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2



Пациентка Е., 11 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и эстетический недостаток. При осмотре выявлено увеличение высоты нижней части

лица, сглаженность носогубных складок, напряжение мышц околоротовой области. В полости рта: вертикальная щель между резцами до 3 мм. При исследовании функции глотания – «симптом напёрстка» на подбородке, прокладывание языка между зубными рядами

Задание:

Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.

Назовите элементы, которые необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3



Пациентка А., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости ребенка в лечении. При осмотре полости рта ребенка: справа щёчные бугорки нижних боковых зубов перекрывают щечные бугорки верхних, диастема между медиальными резцами на верхней челюсти, отсутствует латеральный резец на верхней челюсти слева.

Задание:

Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?

С чем надо провести дифференциальную диагностику гиподонтии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4



Пациентка Н., 13 лет. Обратилась к стоматологу с жалобами на нарушение эстетики: неправильное положение клыков, нарушение цвета и формы резцов верхней челюсти.

Объективно: Вестибулярное положение клыков верхней челюсти и их шиповидная форма, вдоль режущего края резцов бороздчатые углубления.

Задание:

Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5



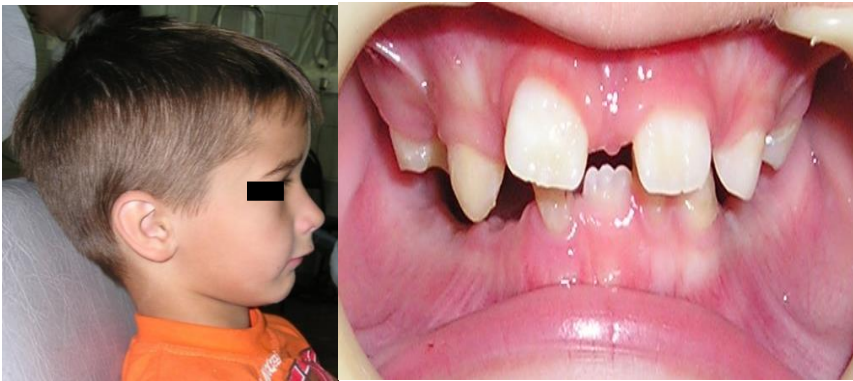
Пациент Д., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на отсутствие у ребёнка зубов, затруднения при жевании, наличие сухости кожи.

Объективно: Глубокая супраментальная складка, в полости рта единичные зубы шиповидной формы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Язык влажный, чистый. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются

Задание:

Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
Перечислите методы обследования, необходимые для постановки диагноза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6



Пациент Г., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на «неправильный» прикус у ребёнка.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, уменьшение гнатической части лица, выпуклый профиль лица, выраженные супраментальная и носогубные складки, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: адентия зубов на нижней челюсти, нарушение формы зубных рядов, окклюзии, несовпадение центральной линии между верхними и нижними центральными резцами, щель по сагиттали, диастема между 11 и 21.

Задание:

Опишите внешний вид ребёнка (характерные признаки аномалии прикуса).
Поставьте предварительный диагноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7



Пациентка В., 13 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на затруднения при откусывании и пережёвывании пищи, эстетический недостаток, неправильное произношение некоторых звуков.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, увеличение гнатической части лица, губы смыкаются с напряжением, дыхание ротовое, нарушение речеобразования, открывание рта в полном объеме, отмечается вынужденное напряжение круговой мышцы рта и подбородочной мышцы, на подбородке появляются точечные углубления и отмечается «симптом наперстка», лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: Гипоплазия 23 зуба, бугорковый контакт между зубами, отсутствие контактов во фронтальном отделе, щель по вертикали, переднее положение языка.

Задание:

1. Поставьте предварительный ортодонтический диагноз.
2. Перечислите причины, которые могли привести к данной аномалии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8



Пациентка А., 14 лет, жалуется на эстетический недостаток, разрастание десны в области клыков, наличие желто-коричневого пятна на 21 зубе. Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.

В полости рта: слизистая оболочка десны гиперемирована, имеются патологические изменения, на языке отмечается налет желтого цвета, отпечатки зубов. КПУ = 4, ИГПР = 3; проба Шиллера-Писарева положительная, РМА = 18%.

Задание:

2. Поставьте предварительный ортодонтический диагноз.
3. Назовите основные причины развития данной патологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9



Пациент Д., 18 лет, обратился в клинику с жалобами на неправильный прикус, эстетический недостаток.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.

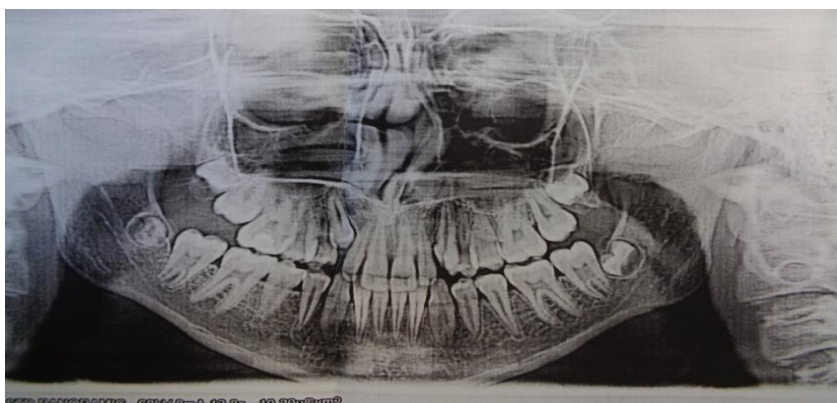
В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. Латеральные резцы расположены небно, скученность зубов, смещение центра, дефицит места для зубов

Задание:

4. Поставьте диагноз. Класс по Энгло. Аномалии отдельных зубов.

5. Составте план лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10



Пациентка И., 16 лет, обратилась в клинику с жалобами на эстетический недостаток и неправильный прикус.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.

В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. вестибулярное положение 23 зубов, отсутствие 13 зуба в полости рта

Задание:

1. Поставьте диагноз. Опишите ОПТГ.
2. Тактика лечения

1.11. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения практики "Поликлиника."

Добавлено примечание ([ОЗ]):

1.11.1. Контрольные вопросы

1. Клинико-лабораторные этапы изготовления штампованных коронок у детей.
2. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппарата с пружиной Коффина.
3. Клинико-лабораторные этапы изготовления и особенности изготовления несъемных протезов в детском возрасте.
4. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппаратов механического действия.
5. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппаратов функционального действия
6. Клинико-лабораторные этапы изготовления моноблока Андресена-Гойпля
7. Измерение моделей по методу Снагиной
8. Измерение моделей по методу Герлаха.
9. Методика определения черепного и лицевого индексов.
10. Особенности изготовления съемных пластиночных протезов в детском возрасте. КЛ этапы.
11. Аппаратура Френкля. Типы. КЛ этапы.
12. Диаграмма Хаулея-Гербера-Гербста. Методика построения.
13. Методика изготовления различных видов пружин для съемных ортодонтических аппаратов механического действия.
14. Проведите функциональную пробу для диагностики дистальной окклюзии.
15. КЛ этапы для изготовления накусочной пластинки Катца.
16. КЛ этапы для изготовления каппы Шварца.
17. Измерение длины переднего отрезка на моделях по методике Корхауза.
18. КЛ этапы для изготовления аппарата брукля.
19. Измерение моделей челюстей по методу Тона
20. Измерение моделей челюстей по методу Болтона
21. Измерение моделей челюстей по методу Пона
22. Расшифровка ОПТГ.
23. Расшифровка ТРГ по методике Шварца
24. Расшифровка ТРГ по методике ДиПаоло
25. Особенности изготовления мостовидного протеза в детском возрасте.
26. Измерение моделей челюстей по методике Нансе
27. Изготовление подбородочной пращи. Методика снятия оттиска с подбородка.
28. Измерение длины апикального базиса на гипсовых моделях челюстей
29. КЛ этапы изготовления аппарата с защиткой от языка
30. Определение ширины апикального базиса на гипсовых моделях челюстей
31. КЛ этапы изготовления аппарата механического действия по Калвелису.
32. Техника получения фотостатического снимка и методы его анализа
33. КЛ этапы изготовления съемного ретенционного аппарата.
34. Определение лицевого индекса по методике Гарсон
35. КЛ этапы изготовления аппарата Гашимова.
36. Методы измерения моделей челюстей в трансверзальном направлении

37. КЛ этапы изготовления пропульсора Мюллеманана.
38. Методика изгибания вестибулярной дуги
39. Последовательность миены дуг при лечении эджуайз-техникой.
40. КЛ этапы изготовления каппы Бынина.

1.11.2. Тестовые задания

001. К моменту рождения в норме нижняя челюсть
 - 1) меньше верхней
 - 2) больше верхней
 - 3) равна верхней
002. В беззубом рте новорожденного десневые валики имеют форму
 - 1) полуэллипса
 - 2) полукруга
 - 1) параболы
003. Нижняя челюсть новорожденного расположена дистальнее верхней на расстоянии
 - 1) до 5 мм
 - 2) до 10 мм
 - 3) до 14 мм
004. Вертикальная щель между десневыми валиками в норме достигает
 - 1) 2,5 мм
 - 2) 5 мм
 - 3) 7,5 мм
005. Порядок прорезывания молочных зубов
 - 1) I II III IV V
 - 2) I II IV III V
 - 3) II I III IV V
006. Зубные ряды в прикусе молочных зубов имеют форму
 - 1) полуэллипса
 - 2) полукруга
 - 3) параболы
007. Дистальные поверхности молочных моляров трехлетнего ребенка в норме располагаются
 - 1) в одной плоскости
 - 2) с мезиальной ступенью
 - 3) с дистальной ступенью
008. Фронтальные зубы 3 летнего в норме располагаются
 - 1) с тремами
 - 2) без трем
 - 3) только с диастемой
009. Щечные бугорки нижних молочных моляров 3 летнего ребенка располагаются
 - 1) вестибулярнее щечных бугорков верхних моляров
 - 2) на одном уровне со щечными бугорками верхних моляров
 - 3) в продольной фиссуре верхних моляров
010. Небные бугорки молочных моляров 3 летнего ребенка располагаются
 - 1) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров
 - 2) в продольной фиссуре нижних моляров
 - 3) вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров
011. Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные продолжается
 - 1) от 5 до 8 лет
 - 2) от 4 до 6 лет

- 3) от 3 до 4 лет
012. Активный рост челюстей ребенка в период подготовки к смене зубов происходит
- 1) во фронтальном отделе
 - 2) в позадиомолярной области
 - 3) в позадиомолярной области и во фронтальном отделе
013. Наличие трем между зубами в переднем отделе зубных рядов 5 летнего ребенка
- 1) признак аномалии
 - 2) признак нормального развития
 - 3) не имеет диагностического значения
014. Физиологическая стираемость молочных 5 летнего ребенка в норме происходит
- 1) во фронтальном отделе
 - 2) в боковых отделах
 - 3) во фронтальном и боковых отделах
015. Дистальные поверхности вторых молочных моляров 6 летнего ребенка располагаются
- 1) в одной вертикальной плоскости
 - 2) с мезиальной ступенькой
 - 3) с дистальной ступенькой
016. Порядок прорезывания постоянных зубов
- 1) 6 1 2 3 4 5 7
 - 2) 1 2 4 5 3 6
 - 3) 6 1 2 4 3 5 7
017. Форма верхнего зубного ряда взрослого человека в норме
- 1) полукруг
 - 2) полуэллипс
 - 3) парабола
018. Форма нижнего зубного ряда взрослого человека в норме
- 1) полукруг
 - 2) полуэллипс
 - 3) парабола
019. Небные бугорки верхних боковых зубов в норме контактируют с
- 1) продольными фиссурами нижних
 - 2) язычными бугорками нижних
 - 3) вестибулярными бугорками нижних
020. Щечные бугорки нижних боковых зубов в норме контактируют
- 1) с небными бугорками верхних
 - 2) с продольными фиссурами верхних
 - 3) со щечными бугорками верхних
021. Каждый зуб верхней челюсти [антагонизирует](#) в норме
- 1) с одноименным и впереди стоящим зубами НЧ
 - 2) одноименным и позади стоящим зубами НЧ
 - 3) одноименным зубом
022. Нижнее 1|1 имеют в норме по
- 1) одному антагонисту на ВЧ
 - 2) два антагониста на ВЧ
 - 3) три антагониста на ВЧ
023. Верхнее 8|8 имеют в норме по
- 1) одному антагонисту на НЧ
 - 2) два антагониста на НЧ
 - 3) три антагониста на НЧ
024. Глубина резцового перекрытия в норме не превышает
- 1) 1/2 высоты коронки резцов НЧ

- 2) 1/3 высоты коронки резцов НЧ
 - 3) 2/3 высоты коронки резцов НЧ
025. Резцы ВЧ в норме контактируют с резцами НЧ
- 1) небной поверхностью
 - 2) режущим краем
 - 3) вестибулярной поверхностью
026. Резцы НЧ в норме контактируют с резцами ВЧ
- 1) язычной поверхностью
 - 2) режущим краем
 - 3) вестибулярной поверхностью
027. Зубная дуга верхней челюсти
- 1) больше альвеолярной дуги
 - 2) меньше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
028. Базальная дуга верхней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
029. Зубная дуга нижней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
030. Базальная дуга нижней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
031. Передний щечный бугорок верхнего 6 в норме контактирует с
- 1) задним щечным бугорком нижнего 6
 - 2) межбугорковой фиссурой нижнего 6
 - 3) контактной точкой между нижними 6 и 5
032. Бугорок верхнего 3 в норме располагается
- 1) между нижним 3 и 4
 - 2) на уровне бугорка нижнего 3
 - 3) между 3 и 2
033. Оклюзия это смыкание зубных рядов
- 1) при привычном положении НЧ
 - 2) в состоянии физиологического покоя
 - 3) при смещении нижней челюсти вперед на половину ширины коронок моляров
034. Сроки прорезывания молочных зубов
- 1) 4 6 месяцев – II и I, 6 8 III, 8 10 мес. IV, 10 12 мес. V
 - 2) 6 8 месяцев I, 8 12 мес. II, 12 16 мес. III, 16 20 мес. IV
035. Сроки прорезывания постоянных зубов
- 1) 6 6 7 лет, 1 7 8 лет, 2 8 9 лет, 4 9 11 лет, 3 10 12 лет
 - 2) 6 6 7 лет, 1 7 8 лет, 2 8 9 лет, 4 9 11 лет, 3 9 10 лет, 5 10 11 лет, 7 11 12 лет
 - 3) 1 6 7 лет, 2 7 8 лет, 3 8 9 лет, 4 10 12 и 5 11 13 лет
036. Гиперодонтия возникает при
- 1) наличии сверхкомплектных зубов
 - 2) отсутствии зачатков зубов
 - 3) ретенции зубов
037. Гиподонтия возникает при
- 1) наличии сверхкомплектных зубов
 - 2) отсутствии зачатков зубов

- 3) задержке прорезывания зубов
- 038. Макродентия относится к аномалии
 - 1) размеров зубов
 - 2) формы зубов
 - 3) структуры зубов
- 039. Микродентия это
 - 1) увеличение размеров зубов
 - 2) уменьшение размеров зубов
 - 3) уменьшение количества зубов
- 040. Макродентия это
 - 1) уменьшение размеров зубов
 - 2) увеличение количества зубов
 - 3) увеличение размеров зубов
- 041. Тортоаномалия это:
 - 1) высокое положение зуба
 - 2) поворот зуба вокруг вертикальной оси
 - 3) вестибулярный наклон зуба
- 042. Ретенция зубов относится к аномалиям
 - 1) количества зубов
 - 2) сроков прорезывания зубов
 - 3) формирования зубов
- 043. Адентия зубов относится к аномалиям
 - 1) количества зубов
 - 2) сроков прорезывания зубов
 - 3) структуры зубов
- 044. Супраположение это аномалия положения зубов в направлении
 - 1) вертикальном
 - 2) сагитальном
 - 3) трансверсальном
- 045. Мезиальное положение зуба это смещение зуба
 - 1) вперед по зубной дуге
 - 2) назад по зубной дуге
 - 3) в сторону неба
- 046. Дистальное положение зуба это смещение зуба
 - 1) вперед по зубной дуге
 - 2) назад по зубной дуге
 - 3) в сторону неба
- 047. Инфраположение нижнего клыка это положение зуба
 - 1) выше окклюзионной плоскости
 - 2) ниже окклюзионной плоскости
 - 3) вне зубной дуги
- 048. Классификация Энгля основана на смыкании
 - 1) челюстей
 - 2) первых моляров
 - 3) резцов
- 049. Ключ окклюзии по Энглию это смыкание
 - 1) первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей
 - 2) постоянных клыков верхней и нижней челюстей
 - 3) постоянных резцов верхней и нижней челюстей
- 050. Первый и второй подклассы II класса Энгля различаются положением
 - 1) моляров
 - 2) клыков

- 3) резцов
051. II класс Энгля характеризуется смещением зубов
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) верхней челюсти назад
 - 3) нижней челюсти вперед
052. III класс Энгля характеризуется смещением
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) верхней челюсти вперед
 - 3) нижней челюсти вперед
053. Дистальная окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
054. Мезиальная окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
055. Нейтральная (физиологическая) окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
056. Дистальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) нижней челюсти вперед
 - 3) верхней челюсти назад
057. Мезиальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) нижней челюсти вперед
 - 3) верхней челюсти вперед
058. Дистальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях
- 1) сагиттальном
 - 2) вертикальном
 - 3) трансверсальном
059. Мезиальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях
- 1) сагиттальном
 - 2) вертикальном
 - 3) трансверсальном
060. Вестибулоокклюзия — это смещение
- 1) нижних или верхних боковых зубов в щечную сторону
 - 2) нижних или верхних боковых зубов в оральную сторону
 - 3) только верхних боковых зубов в оральную сторону
061. Лингвоокклюзия — это смещение
- 1) верхних боковых зубов орально
 - 2) нижних боковых зубов орально
 - 3) верхних боковых зубов щечно
062. Палатокклюзия — это смещение
- 1) верхних боковых зубов орально
 - 2) нижних боковых зубов орально
 - 3) верхних боковых зубов щечно
063. Лингвоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии

- 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
064. Глубокая резцовая окклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
- 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
065. Вестибулоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
066. Палатокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
067. Лингвоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
068. Макрогнатия это
- 1) увеличение челюсти
 - 2) уменьшение челюсти
 - 3) смещение челюсти вперед
069. Микрогнатия относится к аномалиям
- 1) размера челюстей
 - 2) положения челюстей
 - 3) формы челюстей
070. Прогнатия и ретрогнатия относятся к аномалиям
- 1) размера челюстей
 - 2) положения челюстей
 - 3) формы челюстей
071. Функциональное состояние мышц челюстно лицевой области определяют методом
- 1) электромиографии, электромионометрии
 - 2) реопарадонттографии
 - 3) артрофонографии
072. Реография области ВНЧС позволяет определить
- 1) сократительную способность мышц челюстно лицевой области
 - 2) гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС
 - 3) движение головок нижней челюсти
073. Электромионометрия позволяет определить
- 1) биоэлектрическую активность жевательных мышц
 - 2) сократительную способность жевательных мышц
 - 3) сократительную способность только височных мышц
074. Синхронную работу мышц антагонистов и синергистов позволит определить
- 1) амплитуда ЭМГ
 - 2) временные параметры ЭМГ
 - 3) коэффициент координации в фазе жевательного движения
075. К специальным методам диагностики в ортодонтии относятся
- 1) осмотр полости рта, функциональные работы
 - 2) антропометрические, рентгенологические, функциональные, графические
 - 3) опрос, осмотр, измерение гипсовых моделей челюстей.
076. При аномалии окклюзии необходимо провести
- 1) клиническое обследование
 - 2) антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей, внешней осмотр

- 3) клиническое обследование и специальные методы диагностики
- 077. По таблице Ветцеля можно определить
 - 1) мезиодистальные размеры коронок молочных зубов
 - 2) мезиодистальные размеры коронок постоянных зубов
 - 3) вертикальные размеры коронок молочных зубов
- 078. Для предотвращения возникновения зубочелюстных аномалий в пренатальный период развития ребенка необходимо проводить профилактические мероприятия
 - 1) сбалансированный режим питания будущей матери
 - 2) отказ от вредных привычек
 - 3) все вышеперечисленные факторы
- 079. При ранней потере молочных зубов для профилактики деформаций зубных рядов нужно провести
 - 1) стимулирование прорезывания постоянных зубов
 - 2) сошлифовывание нерезшихся бугров молочных зубов
 - 3) протезирование
- 080. О симметричности развития правой и левой половины нижней челюсти позволяют судить
 - 1) панорамная рентгенограмма
 - 2) ТРГ боковая проекция
 - 3) ТРГ прямая проекция и ортопантограмма
- 081. С целью измерения длины тела верхней челюсти используют
 - 1) ортопантограмму
 - 2) ТРГ прямая проекция
 - 3) ТРГ боковая проекция
- 082. Метод долгополовой применяется для определения
 - 1) длины и ширины нижней челюсти в постоянном прикусе
 - 2) ширины и длины апикального базиса в постоянном прикусе
 - 3) длины и ширины зубных рядов в период прикуса молочных зубов
- 083. Панорамную рентгенографию применяют в ортодонтии для
 - 1) измерения размеров зубов нижней челюсти
 - 2) измерения ширины зубного ряда
 - 3) выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей
- 084. Для определения размеров апикального базиса челюсти используют
 - 1) метод Пона
 - 2) метод Хауса Снагиной
 - 3) индекс Тона
- 085. Ортопантографию в ортодонтии применяют для определения
 - 1) длины верхней челюсти
 - 2) длины нижней челюсти
 - 3) наличия зачатков постоянных зубов
- 086. Длину переднего отрезка зубного ряда определяют с помощью метода
 - 1) Пона
 - 2) Коркхауза
 - 3) Хауса Снагиной
- 087. Наиболее полное представление о размерах челюстей дает
 - 1) антропометрическое изучение строения лица ребенка
 - 2) фотометрический метод
 - 3) телерентгенография головы
- 088. Индекс Тона применяют для определения
 - 1) пропорциональности размеров верхнего и нижнего зубного ряда
 - 2) ширины зубного ряда
 - 3) пропорциональности размеров верхних и нижних резцов

089. Для определения симметричности роста нижней челюсти целесообразно сделать ребенку

- 1) панорамную рентгенограмму нижней челюсти
- 2) телерентгенограмму в прямой проекции
- 3) ортопантограмму и телерентгенограмму в прямой проекции

090. Метод Герлаха применяют для определения

- 1) длины тела нижней челюсти
- 2) ширины зубного ряда
- 3) пропорциональности размеров боковых и передних сегментов зубных рядов верхней и нижней челюстей

091. Графический метод Хаулея Гербера Гербста применяют для определения

- 1) нарушения длины зубных рядов
- 2) нарушения ширины зубных рядов
- 3) нарушения положения зубов и формы зубных рядов

092. Электромиография регистрирует

- 1) движения нижней челюсти
- 2) движения в ВНЧС
- 3) биопотенциалы мышц челюстно лицевой области

093. Тонус мышц изучается

- 1) в расслабленном и сокращенном состоянии
- 2) в активном состоянии
- 3) при выдвижении челюсти

094. Реографией называется метод

- 1) исследования биопотенциалов мышц
- 2) изучения гемодинамики
- 3) исследования движения суставных головок

095. Метод электрографии в ортодонтии применяется для

- 1) исследования кровеносных сосудов пародонта
- 2) исследования ВНЧС
- 3) изучения функции мышц

096. Для оценки парадонта боковой группы зубов целесообразно использовать

- 1) ТРГ прямую проекцию
- 2) ортопантомографию
- 3) томографию

097. Латеральное смещение нижней челюсти позволяет определить

- 1) томография
- 2) телерентгенография в прямой проекции
- 3) ТРГ в боковой проекции

098. Для определения переднего положения нижней челюсти необходим

рентгенологический метод

- 1) ТРГ в боковой проекции
- 2) ТРГ в прямой проекции
- 3) ортопантомография

099. для определения пародонта фронтальной группы зубов используется

- 1) ТРГ прямая проекция
- 2) ортопантомография
- 3) панорамная рентгенография челюстей

100. Метод, используемый для определения состояния пародонта отдельных зубов

- 1) ортопантомография
- 2) внутриротовая рентгенография
- 3) панорамная рентгенография

1.11.3. Ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1



Пациент Ф., 11 лет. Жалобы: задержка прорезывания 11 зуба. Анамнез: 51 зуб выпал в возрасте 7 лет. При осмотре ребенка: смешанный прикус; 55,53,63,75,83,85 зубы – подвижность 1-2 степени, 65,75 – кариозные полости на жевательной поверхности; 16,36 зубы – герметизированные фиссуры, 26,46 - запломбированы, 14,24,25,34 – фиссуры пропускают кончик зонда, цвет эмали обычный; ретенция 11 зуба, тесное положение резцов нижней челюсти, глубокий травмирующий прикус.

Задание:

Назовите возможные причины ретенции 11.
Составьте план комплексного лечения ребенка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2



Пациентка Е., 11 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и эстетический недостаток. При осмотре выявлено увеличение высоты нижней части лица, сглаженность носогубных складок, напряжение мышц околоротовой области. В полости рта: вертикальная щель между резцами до 3 мм. При исследовании функции глотания – «симптом напёрстка» на подбородке, прокладывание языка между зубными рядами

Задание:

Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.

Назовите элементы, которые необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3



Пациентка А., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости ребенка в лечении. При осмотре полости рта ребенка: справа щечные бугорки нижних боковых зубов перекрывают щечные бугорки верхних, диастема между медиальными резцами на верхней челюсти, отсутствует латеральный резец на верхней челюсти слева.

Задание:

Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?

С чем надо провести дифференциальную диагностику гиподонтии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4



Пациентка Н., 13 лет. Обратилась к стоматологу с жалобами на нарушение эстетики: неправильное положение клыков, нарушение цвета и формы резцов верхней челюсти.

Объективно: Вестибулярное положение клыков верхней челюсти и их шиповидная форма, вдоль режущего края резцов бороздчатые углубления.

Задание:

Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5



Пациент Д., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на отсутствие у ребёнка зубов, затруднения при жевании, наличие сухости кожи.

Объективно: Глубокая супраментальная складка, в полости рта единичные зубы шиповидной формы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Язык влажный, чистый. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются

Задание:

Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
Перечислите методы обследования, необходимые для постановки диагноза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6



Пациент Г., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на «неправильный» прикус у ребёнка.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, уменьшение гнатической части лица, выпуклый профиль лица, выраженные супраментальная и носогубные складки, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: адентия зубов на нижней челюсти, нарушение формы зубных рядов, окклюзии, несовпадение центральной линии между верхними и нижними центральными резцами, щель по сагиттали, диастема между 11 и 21.

Задание:

Опишите внешний вид ребёнка (характерные признаки аномалии прикуса).
Поставьте предварительный диагноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7



Пациентка В., 13 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на затруднения при откусывании и пережёвывании пищи, эстетический недостаток, неправильное произношение некоторых звуков.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, увеличение гнатической части лица, губы смыкаются с напряжением, дыхание ротовое, нарушение речеобразования, открывание рта в полном объеме, отмечается вынужденное напряжение круговой мышцы рта и подбородочной мышцы, на подбородке появляются точечные углубления и отмечается «симптом наперстка», лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: Гипоплазия 23 зуба, бугорковый контакт между зубами, отсутствие контактов во фронтальном отделе, щель по вертикали, переднее положение языка.

Задание:

1. Поставьте предварительный ортодонтический диагноз.
2. Перечислите причины, которые могли привести к данной аномалии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8



Пациентка А., 14 лет, жалуется на эстетический недостаток, разрастание десны в области клыков, наличие желто-коричневого пятна на 21 зубе. Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.

В полости рта: слизистая оболочка десны гиперемирована, имеются патологические изменения, на языке отмечается налет желтого цвета, отпечатки зубов. КПУ = 4, ИГПР = 3; проба Шиллера-Писарева положительная, РМА = 18%.

Задание:

2. Поставьте предварительный ортодонтический диагноз.
3. Назовите основные причины развития данной патологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9



Пациент Д., 18 лет, обратился в клинику с жалобами на неправильный прикус, эстетический недостаток.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.

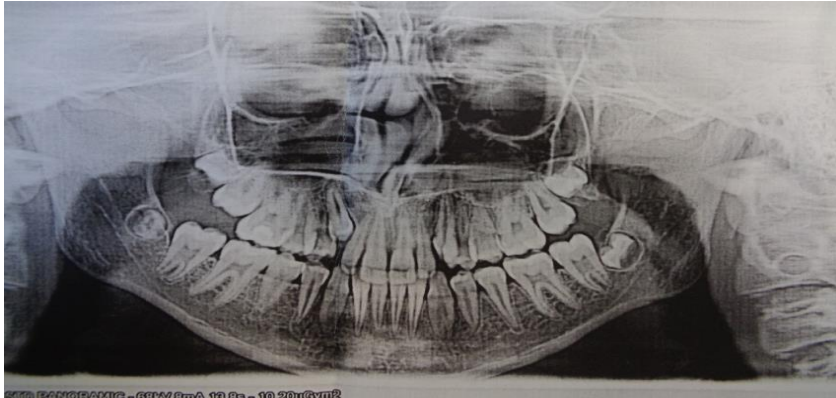
В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. Латеральные резцы расположены небно, скученность зубов, смещение центра, дефицит места для зубов

Задание:

4. Поставьте диагноз. Класс по Энгло. Аномалии отдельных зубов.
5. Составьте план лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10





Пациентка И., 16 лет, обратилась в клинику с жалобами на эстетический недостаток и неправильный прикус.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.

В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. вестибулярное положение 23 зубов, отсутствие 13 зуба в полости рта

Задание:

1. Поставьте диагноз. Опишите ОПТГ.
2. Тактика лечения

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ, ЗАВЕРШИВШИХ ИЗУЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ

2.1. Задания, выявляющие практическую подготовку ординатора

1. Клинико-лабораторные этапы изготовления штампованных коронок у детей.
2. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппарата с пружиной Коффина.
3. Клинико-лабораторные этапы изготовления и особенности изготовления несъемных протезов в детском возрасте.
4. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппаратов механического действия.
5. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппаратов функционального действия
6. Клинико-лабораторные этапы изготовления моноблока Андресена-Гойпля
7. Измерение моделей по методу Снагиной
8. Измерение моделей по методу Герлаха.
9. Методика определения черепного и лицевого индексов.
10. Особенности изготовления съемных пластиночных протезов в детском возрасте. КЛ этапы.
11. Аппаратура Френкля. Типы. КЛ этапы.
12. Диаграмма Хаулея-Гербера-Гербста. Методика построения.
13. Методика изготовления различных видов пружин для съемных ортодонтических аппаратов механического действия.
14. Проведите функциональную пробу для диагностики дистальной окклюзии.
15. КЛ этапы для изготовления накусочной пластинки Катца.
16. КЛ этапы для изготовления каппы Шварца.
17. Измерение длины переднего отрезка на моделях по методике Корхауза.
18. КЛ этапы для изготовления аппарата брюкля.
19. Измерение моделей челюстей по методу Тона
20. Измерение моделей челюстей по методу Болтона
21. Измерение моделей челюстей по методу Пона
22. Расшифровка ОПТГ.
23. Расшифровка ТРГ по методике Шварца
24. Расшифровка ТРГ по методике ДиПаоло
25. Особенности изготовления мостовидного протеза в детском возрасте.
26. Измерение моделей челюстей по методике Нансе
27. Изготовление подбородочной пращи. Методика снятия оттиска с подбородка.
28. Измерение длины апикального базиса на гипсовых моделях челюстей

29. КЛ этапы изготовления аппарата с защиткой от языка
30. Определение ширины апикального базиса на гипсовых моделях челюстей
31. КЛ этапы изготовления аппарата механического действия по Калвелису.
32. Техника получения фотостатического снимка и методы его анализа
33. КЛ этапы изготовления съемного ретенционного аппарата.
34. Определение лицевого индекса по методике Гарсон
35. КЛ этапы изготовления аппарата Гашимова.
36. Методы измерения моделей челюстей в трансверзальном направлении
37. КЛ этапы изготовления пропульсора Мюллеманана.
38. Методика изгибания вестибулярной дуги
39. Последовательность миены дуг при лечении эджуайз-техникой.
40. КЛ этапы изготовления каппы Бынина.

2.2. Тестовые задания

001. К моменту рождения в норме нижняя челюсть
 - 1) меньше верхней
 - 2) больше верхней
 - 3) равна верхней
002. В беззубом рте новорожденного десневые валики имеют форму
 - 1) полуэллипса
 - 2) полукруга
 - 1) параболы
003. Нижняя челюсть новорожденного расположена дистальнее верхней на расстоянии
 - 1) до 5 мм
 - 2) до 10 мм
 - 3) до 14 мм
004. Вертикальная щель между десневыми валиками в норме достигает
 - 1) 2,5 мм
 - 2) 5 мм
 - 3) 7,5 мм
005. Порядок прорезывания молочных зубов
 - 1) I II III IV V
 - 2) I II IV III V
 - 3) II I III IV V
006. Зубные ряды в прикусе молочных зубов имеют форму
 - 1) полуэллипса
 - 2) полукруга
 - 3) параболы
007. Дистальные поверхности молочных моляров трехлетнего ребенка в норме располагаются
 - 1) в одной плоскости
 - 2) с мезиальной ступенью
 - 3) с дистальной ступенью
008. Фронтальные зубы 3 летнего в норме располагаются
 - 1) с тремами
 - 2) без трем
 - 3) только с диастемой
009. Щечные бугорки нижних молочных моляров 3 летнего ребенка располагаются

- 1) вестибулярнее щечных бугорков верхних моляров
 - 2) на одном уровне со щечными бугорками верхних моляров
 - 3) в продольной фиссуре верхних моляров
010. Небные бугорки молочных моляров 3-летнего ребенка располагаются
- 1) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров
 - 2) в продольной фиссуре нижних моляров
 - 3) вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров
011. Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные продолжается
- 1) от 5 до 8 лет
 - 2) от 4 до 6 лет
 - 3) от 3 до 4 лет
012. Активный рост челюстей ребенка в период подготовки к смене зубов происходит
- 1) во фронтальном отделе
 - 2) в позадиомолярной области
 - 3) в позадиомолярной области и во фронтальном отделе
013. Наличие трем между зубами в переднем отделе зубных рядов 5-летнего ребенка
- 1) признак аномалии
 - 2) признак нормального развития
 - 3) не имеет диагностического значения
014. Физиологическая стираемость молочных 5-летнего ребенка в норме происходит
- 1) во фронтальном отделе
 - 2) в боковых отделах
 - 3) во фронтальном и боковых отделах
015. Дистальные поверхности вторых молочных моляров 6-летнего ребенка располагаются
- 1) в одной вертикальной плоскости
 - 2) с мезиальной ступенькой
 - 3) с дистальной ступенькой
016. Порядок прорезывания постоянных зубов
- 1) 6 1 2 3 4 5 7
 - 2) 1 2 4 5 3 6
 - 3) 6 1 2 4 3 5 7
017. Форма верхнего зубного ряда взрослого человека в норме
- 1) полукруг
 - 2) полуэллипс
 - 3) парабола
018. Форма нижнего зубного ряда взрослого человека в норме
- 1) полукруг
 - 2) полуэллипс
 - 3) парабола
019. Небные бугорки верхних боковых зубов в норме контактируют с
- 1) продольными фиссурами нижних
 - 2) язычными бугорками нижних
 - 3) вестибулярными бугорками нижних
020. Щечные бугорки нижних боковых зубов в норме контактируют
- 1) с небными бугорками верхних
 - 2) с продольными фиссурами верхних
 - 3) со щечными бугорками верхних
021. Каждый зуб верхней челюсти [антагонизирует](#) в норме
- 1) с одноименным и впереди стоящим зубами НЧ
 - 2) одноименным и позади стоящим зубами НЧ
 - 3) одноименным зубом

022. Нижнее 1|1 имеют в норме по
- 1) одному антагонисту на ВЧ
 - 2) два антагониста на ВЧ
 - 3) три антагониста на ВЧ
023. Верхнее 8|8 имеют в норме по
- 1) одному антагонисту на НЧ
 - 2) два антагониста на НЧ
 - 3) три антагониста на НЧ
024. Глубина резцового перекрытия в норме не превышает
- 1) 1/2 высоты коронки резцов НЧ
 - 2) 1/3 высоты коронки резцов НЧ
 - 3) 2/3 высоты коронки резцов НЧ
025. Резцы ВЧ в норме контактируют с резцами НЧ
- 1) небной поверхностью
 - 2) режущим краем
 - 3) вестибулярной поверхностью
026. Резцы НЧ в норме контактируют с резцами ВЧ
- 1) язычной поверхностью
 - 2) режущим краем
 - 3) вестибулярной поверхностью
027. Зубная дуга верхней челюсти
- 1) больше альвеолярной дуги
 - 2) меньше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
028. Базальная дуга верхней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
029. Зубная дуга нижней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
030. Базальная дуга нижней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
031. Передний щечный бугорок верхнего 6 в норме контактирует с
- 1) задним щечным бугорком нижнего 6
 - 2) межбугорковой фиссурой нижнего 6
 - 3) контактной точкой между нижними 6 и 5
032. Бугорок верхнего 3 в норме располагается
- 1) между нижним 3 и 4
 - 2) на уровне бугорка нижнего 3
 - 3) между 3 и 2
033. Окклюзия – это смыкание зубных рядов
- 1) при привычном положении НЧ
 - 2) в состоянии физиологического покоя
 - 3) при смещении нижней челюсти вперед на половину ширины коронок моляров
034. Сроки прорезывания молочных зубов
- 1) 4 6 месяцев – II и I, 6 8 III, 8 10 мес. IV, 10 12 мес. V
 - 2) 6 8 месяцев I, 8 12 мес. II, 12 16 мес. III, 16 20 мес. IV
035. Сроки прорезывания постоянных зубов

- 1) 6 6 7 лет, 1 7 8 лет, 2 8 9 лет, 4 9 11 лет, 3 10 12 лет
 - 2) 6 6 7 лет, 1 7 8 лет, 2 8 9 лет, 4 9 11 лет, 3 9 10 лет, 5 10 11 лет, 7 11 12 лет
 - 3) 1 6 7 лет, 2 7 8 лет, 3 8 9 лет, 4 10 12 и 5 11 13 лет
036. Гиперодонтия возникает при
- 1) наличии сверхкомплектных зубов
 - 2) отсутствии зачатков зубов
 - 3) ретенции зубов
037. Гиподонтия возникает при
- 1) наличии сверхкомплектных зубов
 - 2) отсутствии зачатков зубов
 - 3) задержке прорезывания зубов
038. Макродонтия относится к аномалии
- 1) размеров зубов
 - 2) формы зубов
 - 3) структуры зубов
039. Микродонтия это
- 1) увеличение размеров зубов
 - 2) уменьшение размеров зубов
 - 3) уменьшение количества зубов
040. Макродонтия это
- 1) уменьшение размеров зубов
 - 2) увеличение количества зубов
 - 3) увеличение размеров зубов
041. Тортоаномалия это:
- 1) высокое положение зуба
 - 2) поворот зуба вокруг вертикальной оси
 - 3) вестибулярный наклон зуба
042. Ретенция зубов относится к аномалиям
- 1) количества зубов
 - 2) сроков прорезывания зубов
 - 3) формирования зубов
043. Адонтия зубов относится к аномалиям
- 1) количества зубов
 - 2) сроков прорезывания зубов
 - 3) структуры зубов
044. Супраположение это аномалия положения зубов в направлении
- 1) вертикальном
 - 2) саггитальном
 - 3) трансверсальном
045. Мезиальное положение зуба это смещение зуба
- 1) вперед по зубной дуге
 - 2) назад по зубной дуге
 - 3) в сторону неба
046. Дистальное положение зуба это смещение зуба
- 1) вперед по зубной дуге
 - 2) назад по зубной дуге
 - 3) в сторону неба
047. Инфраположение нижнего клыка это положение зуба
- 1) выше окклюзионной плоскости
 - 2) ниже окклюзионной плоскости
 - 3) вне зубной дуги
048. Классификация Энгля основана на смыкании

- 1) челюстей
 - 2) первых моляров
 - 3) резцов
049. Ключ окклюзии по Энгля это смыкание
- 1) первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей
 - 2) постоянных клыков верхней и нижней челюстей
 - 3) постоянных резцов верхней и нижней челюстей
050. Первый и второй подклассы II класса Энгля различаются положением
- 1) моляров
 - 2) клыков
 - 3) резцов
051. II класс Энгля характеризуется смещением зубов
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) верхней челюсти назад
 - 3) нижней челюсти вперед
052. III класс Энгля характеризуется смещением
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) верхней челюсти вперед
 - 3) нижней челюсти вперед
053. Дистальная окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
054. Мезиальная окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
055. Нейтральная (физиологическая) окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
 - 2) II классу Энгля
 - 3) III классу Энгля
056. Дистальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) нижней челюсти вперед
 - 3) верхней челюсти назад
057. Мезиальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов
- 1) нижней челюсти назад
 - 2) нижней челюсти вперед
 - 3) верхней челюсти вперед
058. Дистальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях
- 1) сагитальном
 - 2) вертикальном
 - 3) трансверсальном
059. Мезиальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях
- 1) сагитальном
 - 2) вертикальном
 - 3) трансверсальном
060. Вестибулоокклюзия это смещение
- 1) нижних или верхних боковых зубов в щечную сторону
 - 2) нижних или верхних боковых зубов в оральную сторону
 - 3) только верхних боковых зубов в оральную сторону
061. Лингвоокклюзия это смещение

- 1) верхних боковых зубов орально
 - 2) нижних боковых зубов орально
 - 3) верхних боковых зубов щечно
062. Палатокклюзия это смещение
- 1) верхних боковых зубов орально
 - 2) нижних боковых зубов орально
 - 3) верхних боковых зубов щечно
063. Лингвоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
064. Глубокая резцовая окклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
065. Вестибулоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
066. Палатокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
067. Лингвоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
 - 2) вертикальным аномалиям окклюзии
 - 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
068. Макрогнатия это
- 1) увеличение челюсти
 - 2) уменьшение челюсти
 - 3) смещение челюсти вперед
069. Микрогнатия относится к аномалиям
- 1) размера челюстей
 - 2) положения челюстей
 - 3) формы челюстей
070. Прогнатия и ретрогнатия относятся к аномалиям
- 1) размера челюстей
 - 2) положения челюстей
 - 3) формы челюстей
071. Функциональное состояние мышц челюстно лицевой области определяют методом
- 1) электромиографии, электромиотонометрии
 - 2) реопарадонттографии
 - 3) артрофонографии
072. Реография области ВНЧС позволяет определить
- 1) сократительную способность мышц челюстно лицевой области
 - 2) гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС
 - 3) движение головок нижней челюсти
073. Электромиотонометрия позволяет определить
- 1) биоэлектрическую активность жевательных мышц
 - 2) сократительную способность жевательных мышц
 - 3) сократительную способность только височных мышц
074. Синхронную работу мышц антагонистов и синергистов позволит определить

- 1) амплитуда ЭМГ
 - 2) временные параметры ЭМГ
 - 3) коэффициент координации в фазе жевательного движения
075. К специальным методам диагностики в ортодонтии относятся
- 1) осмотр полости рта, функциональные работы
 - 2) антропометрические, рентгенологические, функциональные, графические
 - 3) опрос, осмотр, измерение гипсовых моделей челюстей.
076. При аномалии окклюзии необходимо провести
- 1) клиническое обследование
 - 2) антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей, внешний осмотр
 - 3) клиническое обследование и специальные методы диагностики
077. По таблице Ветцеля можно определить
- 1) мезиодистальные размеры коронок молочных зубов
 - 2) мезиодистальные размеры коронок постоянных зубов
 - 3) вертикальные размеры коронок молочных зубов
078. Для предотвращения возникновения зубочелюстных аномалий в пренатальный период [развития ребенка](#) необходимо проводить профилактические мероприятия
- 1) сбалансированный режим питания будущей матери
 - 2) отказ от вредных привычек
 - 3) все вышеперечисленные факторы
079. При ранней потере молочных зубов для профилактики деформаций зубных рядов нужно провести
- 1) стимулирование прорезывания постоянных зубов
 - 2) сошлифовывание нестершихся бугров молочных зубов
 - 3) протезирование
080. О симметричности развития правой и левой половины нижней челюсти позволяют судить
- 1) панорамная рентгенограмма
 - 2) ТРГ боковая проекция
 - 3) ТРГ прямая проекция и ортопантомограмма
081. С целью измерения длины тела верхней челюсти используют
- 1) ортопантомограмму
 - 2) ТРГ прямая проекция
 - 3) ТРГ боковая проекция
082. Метод долгополовой применяется для определения
- 1) длины и ширины нижней челюсти в постоянном прикусе
 - 2) ширины и длины апикального базиса в постоянном прикусе
 - 3) длины и ширины зубных рядов в период прикуса молочных зубов
083. Панорамную рентгенографию применяют в ортодонтии для
- 1) измерения размеров зубов нижней челюсти
 - 2) измерения ширины зубного ряда
 - 3) выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей
084. Для определения размеров апикального базиса челюсти используют
- 1) метод Пона
 - 2) метод Хауса Снагиной
 - 3) индекс Тона
085. Ортопантомографию в ортодонтии применяют для определения
- 1) длины верхней челюсти
 - 2) длины нижней челюсти
 - 3) наличия зачатков постоянных зубов
086. Длину переднего отрезка зубного ряда определяют с помощью метода
- 1) Пона

- 2) Коркхауза
 - 3) Хауса Снагиной
087. Наиболее полное представление о размерах челюстей дает
- 1) антропометрическое изучение строения лица ребенка
 - 2) фотометрический метод
 - 3) телерентгенография головы
088. Индекс Тона применяют для определения
- 1) пропорциональности размеров верхнего и нижнего зубного ряда
 - 2) ширины зубного ряда
 - 3) пропорциональности размеров верхних и нижних резцов
089. Для определения симметричности роста нижней челюсти целесообразно сделать ребенку
- 1) панорамную рентгенограмму нижней челюсти
 - 2) телерентгенограмму в прямой проекции
 - 3) ортопантограмму и телерентгенограмму в прямой проекции
090. Метод Герлаха применяют для определения
- 1) длины тела нижней челюсти
 - 2) ширины зубного ряда
 - 3) пропорциональности размеров боковых и передних сегментов зубных рядов верхней и нижней челюстей
091. Графический метод Хаулея Гербера Гербста применяют для определения
- 1) нарушения длины зубных рядов
 - 2) нарушения ширины зубных рядов
 - 3) нарушения положения зубов и формы зубных рядов
092. Электромиография регистрирует
- 1) движения нижней челюсти
 - 2) движения в ВНЧС
 - 3) биоэлектрические потенциалы мышц челюстно-лицевой области
093. Тонус мышц изучается
- 1) в расслабленном и сокращенном состоянии
 - 2) в активном состоянии
 - 3) при выдвигании челюсти
094. Реография называется метод
- 1) исследования биоэлектрических потенциалов мышц
 - 2) изучения гемодинамики
 - 3) исследования движения суставных головок
095. Метод электрографии в ортодонтии применяется для
- 1) исследования кровеносных сосудов пародонта
 - 2) исследования ВНЧС
 - 3) изучения функции мышц
096. Для оценки парадонта боковой группы зубов целесообразно использовать
- 1) ТРГ прямую проекцию
 - 2) ортопантографию
 - 3) томографию
097. Латеральное смещение нижней челюсти позволяет определить
- 1) томографию
 - 2) телерентгенографию в прямой проекции
 - 3) ТРГ в боковой проекции
098. Для определения переднего положения нижней челюсти необходим рентгенологический метод
- 1) ТРГ в боковой проекции
 - 2) ТРГ в прямой проекции

- 3) ортопантомография
- 099. для определения пародонта фронтальной группы зубов используется
 - 1) ТРГ прямая проекция
 - 2) ортопантомография
 - 3) панорамная рентгенография челюстей
- 100. Метод, используемый для определения состояния пародонта отдельных зубов
 - 1) ортопантомография
 - 2) внутриротовая рентгенография
 - 3) панорамная рентгенография

5.11. Тематика контрольных вопросов государственной итоговой аттестации

1. Методы обследования ребенка в клинике. Анатомо-физиологические особенности временных зубов. Сроки прорезывания, формирования, рассасывания корней. Типы резорбции корней зубов. Рентгенологические отличия между физиологической и патологической резорбцией.
2. Строение пародонта в детском возрасте. Классификация заболеваний пародонта. Методы обследования детей с заболеваниями пародонта.
3. Диспансеризация детей с различной стоматологической патологией. Цели, задачи, формирование диспансерных групп.
4. Профилактика стоматологических заболеваний в различные возрастные периоды. Методы и средства профилактики кариеса, некариозных поражений, заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта и зубочелюстных аномалий.
5. Экзогенные и эндогенные средства профилактики кариеса. Состав, свойства, показания, применение.
6. Некариозные заболевания твердых тканей зубов. Классификация. Комплексное лечение некариозных поражений, возникших до прорезывания зубов.
7. Кариес зубов у детей. Влияние внешних и внутренних факторов на течение кариозного процесса. Прогнозирование кариеса у детей и взрослых
8. Кариес зубов у детей. Классификация. Клиника, дифференциальная диагностика кариеса и его осложнений.
9. Пульпиты временных зубов. Этиология. Клиника. Лечение в зависимости от сформированности корней.
10. Пульпиты постоянных зубов. Этиология. Клиника. Лечение в зависимости от сформированности корней.
11. Периодонтиты временных зубов. Этиология, классификация, клиническое течение, диф. диагностика, показания к выбору консервативного и хирургического лечения. Особенности операции удаления зубов у детей.
12. Периодонтиты постоянных зубов. Этиология, классификация, клиническое течение, диф. диагностика, показания к выбору консервативного и хирургического лечения. Особенности лечения периодонтита в зависимости от сформированности корня.
13. Особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей в различные возрастные периоды.
14. Повреждения слизистой оболочки полости рта в различные возрастные периоды. Клиника, лечение.

15. Заболевания тканей пародонта у детей и подростков. Обследование детей с заболеваниями пародонта. Этиология. Клиника. Комплексное лечение. Профилактика.
16. Обезболивание в условиях поликлиники при различных стоматологических патологиях у детей.
17. Пороки развития слизистой оболочки полости рта(короткая добавочная уздечка губ, языка, мелкое преддверие полости рта). Методы исследования. Клиника, лечение.
18. Травматические повреждения твердых и мягких тканей лица у детей. Особенности клиники. Неотложная помощь.
19. Определение глубины преддверия полости рта. Мелкое преддверие полости рта. Клиника. Показания и подготовка к хирургическому лечению.
20. Проявление ВИЧ инфекции у детей. Профилактика ВИЧ инфекции в детской стоматологической поликлинике.
21. Классификация зубочелюстных аномалий.
22. Аномалии отдельных зубов. Этиология, клиника, лечение , профилактика.
23. Аномалии и деформации зубных рядов. Этиология, клиника, лечение , профилактика.
24. Аномалии соотношения челюстей. Этиология, клиника, лечение , профилактика.
25. Пренатальный период развития зубов. Факторы, нарушающие процесс эмбриогенеза.
26. Анатомо-физиологические особенности полости рта новорожденного.
27. Анатомо-физиологические особенности полости рта ребенка в период сменного прикуса.
28. Изучение функции глотания, дыхания, жевания и речи. Причины их нарушения, связь с патологией прикуса.
29. Анатомо-физиологические особенности строения челюстей в различные возрастные периоды.
30. Жевательная и мимическая мускулатура. Значение функции для нормального и аномалийного развития.
31. Применение компьютерной техники в клинике ортодонтии.
32. Морфологические и функциональные изменения в зубочелюстной системе под влиянием ортодонтического лечения
33. Открытый прикус. Этиология. Клиника. Классификация. Методы лечения в различные возрастные периоды.
34. Дистальная окклюзия. Этиология. Клиника. Классификация. Методы лечения в различные возрастные периоды.
35. Глубокий прикус. Этиология. Клиника. Классификация. Методы лечения в различные возрастные периоды. трансверзальные аномалии прикуса. Этиология. Клиника. Классификация. Методы лечения в различные возрастные периоды.
36. Современные методы лечения различных аномалий и деформаций зубных рядов у детей и взрослых.
37. Основные принципы ортодонтического лечения (миогимастика, аппаратурное и аппаратурно-хирургическое лечение, комбинированный метод.)
38. Особенности изготовления съемных пластиночных протезов в детском возрасте.
39. Ретенционные аппараты. Классификация. Показания к использованию

40. Классификация ортодонтической аппаратуры. Элементы функционально-направляющих и функционально-действующих аппаратов
41. КЛ этапы изготовления аппаратов функционального действия.
42. КЛ этапы изготовления аппаратов механического действия
43. Современные аппараты функционального действия
44. Функциональная недостаточность жевательной и мимической мускулатуры как фактор риска аномалий и деформаций ЧЛЮ. Методы лечения.
45. Понятие об ортодонтической нагрузке. Дозирование нагрузки в ортодонтии.
46. Современная несъемная ортодонтическая аппаратура.
47. Врожденная и наследственная патология ЧЛЮ. Ортодонтическое лечение.
48. Аппаратура Френкеля. Элементы конструкции
49. Методы исследования в ортодонтии. Антропометрические и биометрические методы исследования.
50. Рентгенологические методы исследования. Расшифровка ОПТГ, ТРГ.
51. Лабораторные методы исследования. Электромиография. Миотонометрия. Гнатодинамометрия. Репародонтография. Измерение подвижности зубов.
52. Профилактика формирующихся аномалий прикуса у детей.
53. Функциональная норма по Катцу.
54. Патология твердых тканей зубов. Ортопедические методы лечение в детском возрасте.
55. Профилактика стоматологических заболеваний в различные возрастные периоды. Методы и средства профилактики кариеса, некариозных поражений, заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта и зубочелюстных аномалий.
56. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении.