

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
кафедра ортодонтии**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления  
подготовки

31.08.77 Ортодонтия

/В.М. Водолацкий/

«*ВТ*» *маг* 2024 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. Кафедрой Ортодонтии

/В.М. Водолацкий/

«*ВТ*» *маг* 2024 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине**

Наименование дисциплины	<b>Ортодонтия Клиническая практика №3</b>
Направление подготовки	31.08.77 « Ортодонтия»
Направленность (профиль)	Подготовка кадров высшей квалификации
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2024

## 1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
<b>УК-1</b>	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
<b>ПК-5</b>	Готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

## 2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
<b>УК-1</b>	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	15 с эталоном ответов
<b>ПК-5</b>	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	15 с эталоном ответов

## 3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1	УК-1	Постнатальная профилактика зависит: а) от возраста ребёнка б) от возраста отца в) от возраста матери г) от возраста сестры д) от возраста брата	А
2	УК-1	Плотно и низко прикрепленная уздечка верхней	В

		<p>губы может формировать:</p> <p>а) Дистопию клыков</p> <p>б) Тремы</p> <p>в) Диастему</p> <p>г) Адентию постоянных зубов</p> <p>д) Микрогению</p>	
3	УК-1	<p>Длительное применение соски-пустышки вызывает :</p> <p>а) Протруссию резцов верхней челюсти и открытый прикус</p> <p>б) Ретруссию резцов и глубокий прикус</p> <p>в) Перекрестный прикус</p> <p>г) Макроглоссию</p> <p>д) Вторичную адентию</p>	А
4	УК-1	<p>Неправильное искусственное вскармливание приводит к:</p> <p>а) Недоразвитию верхней челюсти</p> <p>б) Недоразвитию нижней челюсти с ее дистальным положением</p> <p>в) Раннее прорезывание зубов</p> <p>г) Задержка роста лицевого скелета</p> <p>д) Нарушение развития мозгового отдела черепа</p>	Б
5	УК-1	<p>Функция сосания играет важную роль в стимуляции роста:</p> <p>а) Молочных зубов</p> <p>б) Верхней челюсти</p> <p>в) Нижней челюсти</p> <p>г) Лицевого скелета</p> <p>д) Языка</p>	В
6	УК-1	<p>Использование соски-пустышки приемлемо до:</p> <p>а) до прорезывания нижних фронтальных молочных зубов</p> <p>б) до прорезывания верхних центральных молочных зубов</p> <p>в) до прорезывания нижних центральных молочных зубов</p> <p>г) первых нескольких месяцев после рождения</p> <p>д) до прорезывания верхних фронтальных молочных зубов</p>	Б
7	УК-1	<p>Какова основная цель ортодонтической диагностики?</p> <p>А) Определение стоимости лечения</p> <p>Б) Оценка состояния зубов и костных структур для проектирования оптимального плана лечения</p> <p>В) Выбор цвета брекетов</p> <p>Г) Определение наличия кариеса</p> <p>Д) Оценка общего состояния здоровья пациента</p>	Б

8	УК-1	<p>Что врач-ортодонт должен обсудить с пациентом на первичной консультации?</p> <p>А) Только стоимость лечения</p> <p>Б) Возможные осложнения после лечения</p> <p>В) Примерный индивидуальный план лечения и рекомендации по гигиене</p> <p>Г) Только выбор типа ортодонтического аппарата</p> <p>Д) Только длительность лечения</p>	В
9	УК-1	<p>Что является обязательным элементом диагностического обследования перед началом ортодонтического лечения?</p> <p>А) Анализ крови на гормоны</p> <p>Б) Психологическое тестирование пациента</p> <p>В) Снятие слепков (оттисков) и рентгенологическое обследование</p> <p>Г) Электромиография жевательных мышц</p> <p>Д) Консультация с диетологом</p>	В
10	УК-1	<p>Каковы оптимальные показатели температуры воздуха в ортодонтическом кабинете во время приема пациентов</p> <p>А) +18°C до +25°C</p> <p>Б) +16°C до +20°C</p> <p>В) +20°C до +24°C</p> <p>Г) +22°C до +26°C</p> <p>Д) +24°C до +28°C</p>	А
11	УК-1	<p>Какой элемент сбора жалоб является НАИБОЛЕЕ информативным для планирования ортодонтического лечения?</p> <p>а) "Мне не нравится моя улыбка"</p> <p>б) "У меня щель между передними зубами"</p> <p>в) "Я не могу полноценно откусывать твердую пищу, так как боковые зубы смыкаются раньше передних"</p> <p>г) "Мне сказали, что у меня кривые зубы"</p>	В
12	УК-1	<p>Преждевременная потеря молочных резцов и клыков верхней челюсти вызывает:</p>	Б

		<p>а) Смещение верхней челюсти вперед  б) Смещение нижней челюсти вперед  в) Смещение нижней челюсти кзади  г) Смещение верхней челюсти назад  д) Никак не сказывается на положении челюстей</p>	
13	УК-1	<p>Применение соски-пустышки допустимо:  а) До 15 мес.  б) До 12 мес.  в) До 6 мес.  г) До 2-3 лет  д) До 4,5-6 лет</p>	В
14	УК-1	<p>Врачебная тактика при наличии ретенированных клыков верхней челюсти у подростка:  а) Удаление ретенированных клыков при их вертикальном расположении и недостатке места  б) Удаление ретенированных клыков при наличии для них места и вертикального их расположения  в) Удаление ретенированных клыков при горизонтальном положении и аномальной формы  г) Создание места и перемещение клыков в зубной ряд при помощи ортодонтического аппарата</p>	Г
15	УК-1	<p>Неправильное искусственное вскармливание приводит к :  а) Недоразвитию верхней челюсти  б) Недоразвитию нижней челюсти с ее дистальным положением  в) Раннее прорезывание зубов  г) Задержка роста лицевого скелета  д) Нарушение развития мозгового отдела черепа</p>	Б
16	УК-1	<p>Виды аппаратов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Съёмная пластинка с винтом</li> <li>2. Брекет-система</li> <li>3. Трейнер</li> <li>4. Лицевая маска</li> </ol> <p>Назначение:  А) Коррекция положения отдельных зубов и формы зубных рядов  Б) Стимуляция роста верхней челюсти при дистальной окклюзии  В) Исправление аномалий прикуса путём постоянного воздействия на зубы  Г) Миофункциональная тренировка и устранение вредных привычек</p>	1А2В3Г4Б

17	УК-1	<p>Признаки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нижние резцы перекрывают верхние</li> <li>2. Дистальное положение нижней челюсти, выраженная подбородочная складка</li> <li>3. Мезиальное положение нижней челюсти, массивный подбородок</li> <li>4. Щель между верхними и нижними резцами при смыкании боковых зубов</li> </ol> <p>Виды аномалий:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>А) Дистальная окклюзия (II класс по Энглию)</li> <li>Б) Глубокое резцовое перекрытие</li> <li>В) Мезиальная окклюзия (III класс по Энглию)</li> <li>Г) Открытый прикус</li> <li>Д) Перекрёстный прикус</li> </ol>	1B2A3B4Г
18	УК-1	<p>Установите правильную последовательность этапов планирования лечения на брекет-системе</p> <p>Этапы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>А) Изготовление и наложение брекет-системы</li> <li>Б) Диагностика (снятие слепков, анализ ТРГ, фотопротокол)</li> <li>В) Определение целей лечения и составление плана</li> <li>Г) Снятие брекет-системы и фиксация результатов</li> <li>Д) Закрепление результатов (ретенционный период)</li> <li>Е) Активное лечение (коррекция дуг, использование эластиков и др.)</li> </ol>	БВАЕГД
19	УК-1	<p>Этапы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>А) Нанесение праймера (адгезива) на эмаль</li> <li>Б) Полировка зуба неабразивной пастой</li> <li>В) Изоляция рабочего поля от влаги</li> <li>Г) Травление эмали ортофосфорной кислотой</li> <li>Д) Промывание и высушивание поверхности зуба</li> <li>Е) Позиционирование и фиксация брекета</li> </ol>	БВГДАЕ
20	УК-1	<p>Ситуация: На консультацию к ортодонту привели пациента 9 лет. При осмотре выявлена ложная прогения (мезиальное соотношение зубных рядов в переднем отделе), вызванная привычным выдвиганием нижней челюсти вперед. В состоянии физиологического покоя и при осторожном смыкании зубов в привычной окклюзии определяется сагиттальная щель между резцами 3 мм. Принудительное смещение нижней челюсти в положение задней окклюзии позволяет достичь нейтрального соотношения первых моляров.</p> <p>Вопрос:</p> <p>Опишите последовательность действий</p>	<p>Сбор подробного анамнеза. Особое внимание уделяется привычке выдвигать челюсть: когда появилась, в каких ситуациях проявляется, может ли пациент контролировать это движение. Уточняется наличие ЛОР-проблем (нарушение носового дыхания), вредных оральных привычек.</p>

		<p>ортодонта для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения в данном клиническом случае. В ответе перечислите и обоснуйте необходимые диагностические этапы, начиная со сбора анамнеза.</p>	<p>Клиническое исследование.</p> <p>Внеоральный осмотр: оценка профиля и симметрии лица в покое и при улыбке.</p> <p>Внутриротовой осмотр: оценка состояния слизистой, уздечек, прикуса в привычной и принудительно установленной задней окклюзии.</p> <p>Функциональные пробы.</p> <p>Диагностические модели челюстей. Изготавливаются гипсовые модели.</p> <p>Рентгенологическая диагностика.</p> <p>Ортопантограмма (ОПТГ): для оценки общего состояния зубов и зачатков постоянных зубов.</p> <p>Телерентгенограмма (ТРГ) головы в боковой проекции. Это ключевой этап. Снимок обязательно делается в положении задней окклюзии (с использованием воскового шаблона).</p> <p>Фотографирование (фотопротокол).</p>
21	УК-1	<p>Пациенту 12 лет выставлен диагноз: «Дистальная окклюзия, обусловленная недоразвитием и дистальным положением нижней челюсти на фоне ротового дыхания». Объясните патогенетическую взаимосвязь между хроническим ротовым дыханием и формированием данной аномалии прикуса. В ответе опишите последовательность патологических изменений, затрагивающих положение языка, мышцы, рост челюстей и</p>	<p>Хроническое ротовое дыхание, часто вызванное гипертрофией аденоидов, искривлением носовой перегородки или аллергическим ринитом, является ключевым этиологическим фактором в формировании дистальной окклюзии и</p>

		положение зубов.	недоразвития нижней челюсти
22	УК-1	Пациентке 25 лет проведено ортодонтическое лечение по поводу скученности зубов и сужения верхнего зубного ряда. Лечение завершено, брекет-система снята. Объясните, почему без обязательного ретенционного периода (периода закрепления результатов) с высокой вероятностью произойдет рецидив — частичный возврат зубов к исходному положению. В ответе опишите биомеханические и биологические процессы в тканях пародонта, которые обосновывают необходимость длительной фиксации достигнутого результата.	После активного ортодонтического перемещения зубов рецидив является закономерным биологическим процессом, предотвратить который можно только длительным ретенционным периодом. Это обусловлено комплексом взаимосвязанных факторов.
23	УК-1	Пациент 15 лет проходит лечение на брекет-системе. Через месяц после активации он жалуется на выраженную болезненность при накусывании на один из верхних боковых зубов. При осмотре зуб реагирует на перкуссию (постукивание), зондирование коронки безболезненно, на десне в проекции корня видно небольшое свищевое отверстие.	Наиболее вероятный диагноз - обострение хронического верхушечного периодонтита (периодонтального абсцесса) ранее леченного или нелеченного зуба, спровоцированное ортодонтической нагрузкой.
24	УК-1	У пациента с брекетами через сутки после активации дуги один из резцов стал заметно подвижнее остальных и болит при лёгком касании. При осмотре коронка зуба интактна. Назовите наиболее вероятную причину и ваше первое действие.	Чрезмерная ортодонтическая сила, вызвавшая гиалиноз периодонта и явления резорбции (патологическую подвижность). Первое действие - немедленно ослабить нагрузку на этот зуб, сняв с него лигатуру или изогнув дугу
1	ПК – 5	К неотложным состояниям в ортодонтии НЕ относится: а) Острая боль от травмирующей дуги б) Анафилактический шок на материал брекета в) Отклеивание одного брекета на моляре без травмы слизистой г) Глубокий порез губы отлетевшей лигатурой	В
2	ПК – 5	Первое действие при травме слизистой щеки от конца ортодонтической дуги: а) Назначить антибиотик б) Загнуть конец дуги ортодонтическими кусачками или наложить защитный воск в) Снять дугу полностью г) Рекомендовать полоскание содой	Б
3	ПК – 5	Наиболее информативный метод для экстренной диагностики возможной резорбции	Б

		<p>корня при боли в зубе под ортодонтической нагрузкой:</p> <p>а) Термодиагностика</p> <p>б) Прицельная визиография (внутриротовая рентгенография)</p> <p>в) Перкуссия</p> <p>г) ЭОД (электроодонтометрия)</p>	
4	ПК – 5	<p>Признак, указывающий на развитие острого верхушечного периодонтита зуба под ортодонтической нагрузкой:</p> <p>а) Боль при жевании</p> <p>б) Чувство «выросшего зуба», болезненная перкуссия, возможная небольшая подвижность</p> <p>в) Ноющая боль от холодного</p> <p>г) Наличие кариозной полости</p>	Б
5	ПК – 5	<p>При подозрении на аллергическую реакцию на материал ортодонтического аппарата необходимо:</p> <p>а) Продолжить лечение, назначив антигистаминные</p> <p>б) Немедленно снять аппарат, направить на аллергопробы, заменить материал</p> <p>в) Назначить кортикостероидную мазь</p> <p>г) Рекомендовать полоскание травами</p>	Б
6	ПК – 5	<p>У пациента с брекетами внезапно развился выраженный отек десны вокруг одного зуба с пульсирующей болью. Наиболее вероятный диагноз:</p> <p>а) Гипертрофический гингивит</p> <p>б) Острый гнойный периодонтит (периостит)</p> <p>в) Обострение хронического пульпита</p> <p>г) Травма десны</p>	Б
7	ПК – 5	<p>Тактика при жалобе на боль в ВНЧС (щелчки, боль при открывании) у пациента на 3-й месяц лечения брекетами:</p> <p>а) Назначить НПВС и продолжить лечение</p> <p>б) Проанализировать окклюзионные контакты, прикус на каппе, исключить суперконтакты, снять эластики, при необходимости — консультация гнатолога</p> <p>в) Рекомендовать жевать на одной стороне</p> <p>г) Сразу снять брекет-систему</p>	Б
8	ПК – 5	<p>Первая помощь при вдыхании или проглатывании мелкого ортодонтического элемента (например, кнопки):</p> <p>а) Вызвать рвоту</p> <p>б) Немедленно направить к хирургу или в рентгенологическое отделение для локализации инородного тела</p> <p>в) Дать выпить много воды</p> <p>г) Назначить слабительное</p>	Б

9	ПК – 5	<p>Экстренным состоянием, требующим срочного снятия ортодонтического аппарата, является:</p> <p>а) Небольшая болезненность зубов после активации</p> <p>б) Развитие язвенно-некротического гингивита (гингивита Венсана) на фоне плохой гигиены</p> <p>в) Появление белого пятна на эмали</p> <p>г) Отклеивание двух брекетов</p>	Б
10	ПК – 5	<p>Для дифференциальной диагностики боли, вызванной ортодонтическим перемещением, от боли при пульпите используют:</p> <p>а) Визуальный осмотр</p> <p>б) Характер боли: ортодонтическая — диффузная, ноющая, от давления; пульпитная — приступообразная, от температурных раздражителей</p> <p>в) Наличие кариозной полости</p> <p>г) Состояние десны</p>	Б
11	ПК – 5	<p>При остром развитии перикоронита (воспаления капюшона) у пациента с брекетами и прорезывающимся зубом мудрости тактика ортодонта:</p> <p>а) Самостоятельно иссечь капюшон</p> <p>б) Направить к хирургу-стоматологу, снять тяги с этой области, назначить антисептики и противовоспалительную терапию</p> <p>в) Продолжить лечение без изменений</p> <p>г) Снять брекет-систему</p>	Б
12	ПК – 5	<p>Признак, позволяющий заподозрить патологическую резорбцию корня при плановом осмотре:</p> <p>а) Подвижность зуба I степени</p> <p>б) Изменение контура корня или его укорочение на контрольном рентгеновском снимке</p> <p>в) Боль при накусывании</p> <p>г) Изменение цвета зуба</p>	Б
13	ПК – 5	<p>При жалобе на онемение (парестезию) в области подбородка или нижней губы у пациента с брекетами на нижней челюсти необходимо заподозрить:</p> <p>а) Аллергию</p> <p>б) Давление на нижнечелюстной канал (резорбцию или смещение корней моляров в область канала)</p> <p>в) Невралгию тройничного нерва</p> <p>г) Побочное действие анестетика</p>	Б
14	ПК – 5	<p>Тактика при отклеивании брекета с последующим его проглатыванием, если пациент не испытывает дискомфорта:</p> <p>а) Вызвать скорую</p> <p>б) Направить к врачу-рентгенологу для контроля прохождения инородного тела по</p>	Б

		ЖКТ, временно исключить этот зуб из системы в) Назначить слабительное г) Не предпринимать действий	
15	ПК – 5	Для диагностики состояния пульпы зуба, подлежащего значительному перемещению, перед началом лечения используют: а) Только осмотр б) ЭОД (электроодонтометрию) для определения витальности в) Термопробу г) Перкуссию	Б
16	ПК – 5	Установите соответствие между клинической ситуацией (неотложным состоянием) и первоочередным действием врача-ортодонта.  Ситуации:  1. Пациент на приеме жалуется на ощущение «выросшего» зуба и острую боль при малейшем прикосновении к нему. Зуб под ортодонтической нагрузкой. 2. У пациента с брекетами на нижней челюсти внезапно появилось онемение (парестезия) половины нижней губы и подбородка. 3. Через 20 минут после фиксации брекетов у пациента развился отек слизистой щек, губ, зуд, затрудненное дыхание. 4. При осмотре обнаружен глубокий кровоточащий порез слизистой щеки от длинного конца ортодонтической дуги.  Действия: А) Немедленное введение антигистаминных препаратов, срочное снятие аппаратуры, вызов скорой помощи при признаках отека Квинке. Б) Немедленная прицельная визиография для исключения резорбции или смещения корня в нижнечелюстной канал, снятие нагрузки с зубов в этой зоне, консультация челюстно-лицевого хирурга. В) Загнуть конец дуги ортодонтическими кусачками или наложить защитный воск, назначить местные антисептики для слизистой. Г) Снять нагрузку с зуба (убрать дугу из паза брекета, снять пружину/эластик), направить на прицельный рентгеновский снимок для исключения острого периодонтита или резорбции	1Г, 2Б, 3А, 4В
17	ПК – 5	Установите соответствие между симптомом/жалобой пациента с брекетами и наиболее вероятным диагнозом,	1Б, 2Г, 3А, 4В

		<p>требующим дифференциальной диагностики.</p> <p>Симптомы/Жалобы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Приступы острой, самопроизвольной, иррадирующей боли, усиливающейся от горячего. Зуб имеет большую пломбу.</li> <li>2. Постоянная ноющая боль в нескольких зубах, усиливающаяся при накусывании. Появилась через 12-24 часа после плановой активации аппаратуры.</li> <li>3. Острая локальная боль, отек и гиперемия десны в одном межзубном промежутке, возможное гнойное отделяемое.</li> <li>4. Боль и щелчки в области ВНЧС при жевании и открывании рта, чувство усталости в жевательных мышцах.</li> </ol> <p>Диагнозы:</p> <p>А) Острый гнойный локальный гингивит/периодонтит (часто вызван попаданием инородного тела под десну).</p> <p>Б) Острый пульпит (не связан напрямую с ортодонтией, но может манифестировать на фоне лечения).</p> <p>В) Дисфункция ВНЧС, вызванная изменением окклюзии в процессе лечения.</p> <p>Г) Болевой синдром, связанный с физиологическим перемещением зубов (нормальная реакция на ортодонтическую силу).</p>	
18	ПК – 5	<p>Установите правильную последовательность действий при жалобе пациента на острую боль в зубе под ортодонтической нагрузкой.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>А) Назначить обезболивающее</li> <li>Б) Провести визуальный осмотр и сбор анамнеза</li> <li>В) Снять нагрузку с зуба (эластик, пружину, вывести из дуги)</li> <li>Г) Выполнить прицельную рентгенографию</li> <li>Д) Отправить пациента к стоматологу-терапевту/эндодонтисту</li> </ol>	Б В Г Д А
19	ПК – 5	<p>Установите правильную последовательность оказания первой помощи при травме слизистой оболочки от ортодонтической дуги с образованием глубокой язвы.</p> <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>А) Рекомендовать щадящую диету и антисептические полоскания</li> <li>Б) Обработать рану антисептическим раствором</li> </ol>	Г В Б А

		<p>В) Остановить кровотечение (прижать марлевым тампоном)</p> <p>Г) Устранить травмирующий элемент (загнуть дугу, наложить воск)</p>	
20	ПК – 5	<p>У пациента, проходящего активное ортодонтическое лечение, на плановом осмотре вы отмечаете незначительную подвижность верхних центральных резцов. Какие ваши дальнейшие диагностические действия для исключения патологической резорбции корней? Опишите последовательность и обоснуйте выбор методов.</p>	<p>Первым и обязательным шагом является направление пациента на прицельную рентгенографию или, предпочтительнее, конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ) области подозрительных зубов. Рентген позволяет визуализировать контуры корней, их длину и выявить признаки апикального укорочения или латеральной резорбции. Параллельно проводится электроодонтометрия (ЭОД) для оценки жизнеспособности пульпы, так как резорбция может сопровождаться снижением её чувствительности. Необходимо проанализировать вектор и величину ортодонтических сил, приложенных к этим зубам. На основании полученных данных принимается решение о необходимости «периода отдыха» (временного прекращения активного перемещения) и коррекции плана лечения.</p>
21	ПК – 5	<p>Пациент экстренно обратился с жалобой на глубокую кровоточащую язву на слизистой щеки, возникшую из-за длинного и острого конца ортодонтической дуги. Опишите ваши неотложные действия в кабинете и дальнейшие рекомендации пациенту.</p>	<p>Первоочередная задача — немедленно устранить травмирующий фактор: с помощью ортодонтических щипцов загнуть выступающий конец дуги или наложить на него защитный воск. Затем необходимо провести антисептическую</p>

			<p>обработку раны (например, раствором хлоргексидина) и остановить кровотечение стерильным марлевым тампоном. Пациенту даются четкие рекомендации: соблюдать щадящую диету, избегать раздражающей пищи, применять антисептические полоскания и заживляющие гели (с декспантенолом). Назначается повторный осмотр через 1-2 дня для контроля заживления. Важно также проверить всю дугу на наличие других травмирующих элементов.</p>
22	ПК – 5	<p>У пациента, недавно начавшего лечение с применением межчелюстных эластиков II класса, появились жалобы на боль, щелчки в ВНЧС и чувство усталости в жевательных мышцах. Как вы будете проводить диагностику для определения причины: дисфункция ВНЧС, связанная с лечением, или иная патология?</p>	<p>Диагностика начинается с тщательного сбора анамнеза, уточнения связи симптомов с началом использования эластиков. Проводится клинический осмотр ВНЧС: пальпация суставов и жевательных мышц для выявления болезненности, аускультация щелчков/крепитации, оценка объема и траектории открывания рта. Обязательным является окклюзионный анализ с помощью артикуляционной бумаги для выявления суперконтактов, которые могли возникнуть из-за перемещения зубов. На основании этого принимается решение о необходимости дополнительных исследований (например, УЗИ или МРТ ВНЧС) или коррекции ортодонтической тактики (ослабление или</p>

			изменение вектора эластичной тяги, использование разобщающей каппы).
23	ПК – 5	Какой вид рентгенологического исследования является обязательным для экстренной диагностики при подозрении на патологическую резорбцию корня зуба под ортодонтической нагрузкой?	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография (визиография) или КЛКТ (конусно-лучевая компьютерная томография) данного зуба.
24	ПК – 5	Какие два первоочередных действия необходимо выполнить при обнаружении у пациента с брекетами глубокой язвы на слизистой щеки от конца ортодонтической дуги?	1) Немедленно устранить травмирующий фактор (загнуть конец дуги или наложить защитный воск); 2) Обработать рану антисептиком и остановить кровотечение.