

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
кафедра дефектологии, русского языка и социальной работы**

**СОГЛАСОВАНО**

Руководитель направления  
подготовки  
31.05.03 Стоматология

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
«26» августа 2025 г.

**УТВЕРЖДАЮ**

Зав. кафедрой ортопедической  
стоматологии

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
/А.А.Долгалев /  
«26» августа 2025 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине**

Наименование дисциплины	<b>Комплексная реабилитация пациентов с аномалиями и деформациями зубочелюстной системы</b>
Направление подготовки	31.05.03 Стоматология
Направленность (профиль)	Стоматология
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

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

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
ПК-2	Оказание медицинской помощи взрослым при ортопедических стоматологических заболеваниях

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

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
ПК-2	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
<b>Всего</b>		<b>50 заданий</b>

### 3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1	ПК-2	<b>Продолжите предложение</b> Сколько классов аномалий прикуса выделил Энгль?	три
2	ПК-2	<b>Продолжите предложение</b> Термин «дистальный» прикус соответствует в классификации Энгля классу:	II
3	ПК-2	<b>Продолжите предложение</b> III класс по Энглю соответствует термину:	мезиальный прикус
4	ПК-2	<b>Продолжите предложение</b> Мезиальный щечный бугорок верхнего первого моляра расположен впереди межбугровой фиссуры нижнего первого моляра. Это соответствует:	II классу Энгля
	ПК-2	<b>Продолжите предложение</b> Мезиальный щечный бугорок верхнего первого моляра находится позади межбугровой	III классу Энгля

		фиссуры первого нижнего моляра. Это соответствует:	
5	ПК-2	<p>Пациентка А, 28 лет обратилась в клинику кафедры ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида при разговоре и улыбке.</p> <p>При осмотре полости рта:</p> <p>а) Интактные зубные ряды;</p> <p>б) Нейтральная (физиологическая) в сагиттальной плоскости (1 класс по Энгля);</p> <p>в) Скученное положение передней группы зубов верхней и нижней челюстей;</p> <p>г) Тортоаномалия верхних клыков;</p> <p>д) Множественные кариозные поражения (III класс по Блэку);</p> <p>е) Форма верхней и нижней зубных дуг приближается к седловидной.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>1. Определите план диагностических мероприятий;</p> <p>2. Поставьте диагноз;</p> <p>3. Объясните термин «тортоаномалия зуба»;</p> <p>4. Объясните механизм возникновения кариозного процесса;</p> <p>5. Предложите план комплексной реабилитации данной патологии с применением современных технологий в стоматологии;</p> <p>6. Объясните морфологические изменения, происходящие в зубочелюстной системе человека при проведении ортодонтического лечения аномалий окклюзии.</p>	<p>1. Блок диагностических мероприятий обязательно должен включать в себя следующие методы:</p> <p>1.1. Клиническое обследование пациента, проводимое по традиционной схеме (опрос, внешний осмотр, осмотр полости рта). Опрос служит для получения паспортных и аналитических данных, сроков прорезывания молочных и постоянных зубов, положение тела во время сна, наличие вредных привычек, профессиональных вредностей. Внешний осмотр (осмотр лица и фигуры) позволяет оценить конституциональные особенности, осанку, лицевые признаки (симметричность левой и правой половины лица, пропорциональность лица по вертикали, профиль лица).</p> <p>При осмотре полости рта проводится осмотр зубов (зубная формула), осмотр зубных рядов, альвеолярных отростков и определение окклюзии зубных рядов (прикуса). Проводится оценка расположения уздечек верхней и нижней губ, языка, расположение и размер языка, изучение конфигурации неба.</p> <p>1.2. Специальные (дополнительные) методы диагностики:</p> <p>1.2.1.</p>

			<p>Антропометрические исследования лица и головы пациента, построенные на закономерностях строения лицевого и мозгового черепа, пропорциональности соотношения разных отделов головы и отношений их к определенным плоскостям. Изучение проводится на гнатостатических моделях челюстей, на лице пациента, на фотографиях лица и телерентгенограммах.</p> <p>1.2.2.</p> <p>Антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей, на которых измеряют зубы (ширину, высоту и толщину, сравнивая полученные данные с данными сводных размеров молочных зубов по Ветцелю и постоянных по Устименко). На гипсовых моделях определяют взаимоотношение размеров зубов по Тонну, выявившему пропорциональную взаимосвязь между суммой ширины коронок постоянных верхних и нижних резцов при физиологической окклюзии.</p> <p>Соответствующая величина носит название индекса Тонна.</p> <p>1.2.3. Измерения зубных рядов проводит с трансверсальной и сагиттальной плоскости по методу Пона, Линдера и Харта, Слабковской</p>
--	--	--	--

			<p>(показатели ширины в области клыков), и Коркхауза соответственно, сравнивая с данными норм, представленных в таблице авторов.</p> <p>Измерение лонгитудинальной длины зубных рядов проводят по методу Нанса лигатурной проволокой. Величина зубного ряда в норме равна сумме мезиодистальных размеров зубов.</p> <p>Измерения апипального базиса, используя измерительные точки для определения ширины и длины апипальных базисов челюстей по Хаусу. Полученные данные определяют зависимость ширины в мм зубных рядов, ширины и длины апипального базиса челюстей от размеров 12-ти зубов (по Н.Г. Снагиной).</p> <p>1.2.4. Графические методы изучения формы зубных рядов проводят при помощи симметричности (изучение месторасположения зубов в трансверсальном и сагиттальном направлениях). Для экспресс-диагностики применяют орто-крест (ортодонтический крест из прозрачной пластины, на которой нанесен крест с миллиметровыми делениями или миллиметровая сетка через 1 или 2 мм). При проведении</p>
--	--	--	--

			<p>фотосимметроскопии основан на симметроскопии диагностических моделей с последующим фотографированием в определенном режиме. Фотографию моделей со спроецированной на нее миллиметровой сеткой в дальнейшем изучают и измеряют. Изучение геометрически-графических репродукций на основании изображения нормальной индивидуальной формы зубных рядов применяют методики Бовильда, Гизи, Холи, Хербера, Хербста, Шварца.</p> <p>1.2.5.</p> <p>Рентгенологические методы обследования включают внутри-и внеротовые методы рентгенографии. К первым относятся прицельные снимки зубов, срединного шва. Ко вторым относятся панорамная рентгенография челюстей, ортопантомография, томография ВНЧС, телерентгенография в прямой и боковой проекциях..</p> <p>1.2.6.</p> <p>Функциональные методы исследования мышц челюстно-лицевой области, ВНЧС, пародонта. К этим методам относятся электромиография, миоэлектрометрия, артрофонография, реография, аксиография, периотестеметрия, реопарадоитография,</p>
--	--	--	---

			<p>электроодонтодиагностика, гнатодинамометрия, гнатография.</p> <p>2. Диагноз: Аномалия положения отдельных зубов (сгученное положение передних зубов, тортоаномалия <u>13</u> и <u>23</u>. Аномалия зубных рядов (нарушение их формы и размера). Физиологическая или нейтральная окклюзия в сагиттальной плоскости (1 класс по Энгля). При постановки диагноза использовалась Классификация аномалий зубов челюстей кафедры ортодонтии и детского протезирования ММСИ (1990 год).</p> <p>3. Тортоаномалия это поворот зуба вокруг вертикальной оси. Относится к аномалиям положения зубов.</p> <p>4. Множественный кариозный процесс на контактных поверхностях передних зубов связан с нарушением процесса самоочищения зубов и невозможностью проведения гигиенических мероприятий в полости рта с целью профилактики кариеса (чистка зубов на контактных поверхностях щетками, зубочистками, флоссами и суперфлоссами). Задержка остатков пищи между передними зубами.</p> <p>5. С целью лечения данной</p>
--	--	--	--

			<p>аномалии окклюзии эффективно применить Эдждайс-технику, в частности технику прямой дуги, позволяющей привести в идеальное положение аномалийно расположенные зубы, а следовательно размер и форму аномалийных зубных рядов в 3-х взаимно-перпендикулярных плоскостях за счет конструктивных особенностей данной системы, применения ортодонтических дуг, выполненных из металлов с эффектом запоминания формы. Гарантия успеха зависит от последовательности выполнения следующих фаз ортодонтической коррекции ТПД: 1) Нивелирование зубных рядов (достигается одинаковый уровень положения режущих краев резцоважевательных поверхностей боковых зубов; 2) Выравнивание зубов (устраняются повороты зубов в горизонтальной и вертикальной плоскости); 3) Коррекция кривой Шпее (нормализуется форма зубного ряда. Закрываются промежутки зубами. Достигается соотношение моляров и клыков по 1 классу); 4) Заключительная фаза лечения (с применением интрамаксиллярных резиновых тяг достигаются</p>
--	--	--	--

			<p>множественные фиссурнобугорновые контакты); 5) Ретенция.</p> <p>После проведения ортодонтической коррекции необходимо провести реставрационные мероприятия на зубах передней группы с применением современных фотокомпозиционных материалов.</p> <p>6. Морфологические изменения при ортодонтической терапии происходят в:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) альвеолярной кости;</li><li>2) периодонте;</li><li>3) твердых тканях корнях (возможно в дентине) по Райтену.</li></ol> <p>При применении ортодонтической силы периодонт подвергается сдавлению на противоположной стороне приложения силы и растяжению на стороне приложения силы. Межалвеолярная, богатая соединительными тяжами ткань, в дальнейшем приводит в действие синхронно оба процесса-рассасывание и наращивание альвеолярной кости. Благодаря изменениям в периодонте альвеолярная кость реагирует на:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) давление в результате резорбации кости;</li><li>2) растяжение в результате оппозиции кости.</li></ol> <p>Движение зуба оказывается возможным благодаря:</p>
--	--	--	--

			<p>1) перестройке связок</p> <p>2) рассасыванию и наращиванию альвеолярной кости</p> <p>3) сохранению целостности твердых тканей корня (цемента)</p> <p>4) изменению топографического положения зуба, происходящему во времени как всеохватывающий, хорошо скоординированный, синхронно управляемый биологический процесс.</p>
6	ПК-2	<p>Пациентка А, 25 лет обратилась с основными жалобами на нарушение внешнего вида, выступание передних зубов из под верхней губы, наличие щелей между зубами, затруднения при откусывании твердой пищи передними зубами.</p> <p>При осмотре полости рта:</p> <p>а) Интактные зубные ряды;</p> <p>б) Наличие диастемы и трем между передними зубами верхней челюсти;</p> <p>в) Дистальная окклюзия (1 класс, 1 подкласс по Энглю) в сагиттальной плоскости;</p> <p>г) Наличие сагиттальной щели в 3 мм между передними зубами верхней и нижней челюсти.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>1. Перечислите классификации зубочелюстных аномалий с описанием принципа построения их;</p> <p>2. Поставьте диагноз;</p> <p>3. Расшифруйте понятие «Эджуайс-техника», перечислите виды брекет-системы, которые вы знаете;</p> <p>4. Ответьте на вопрос; «Возможно ли использование внеротовой тяги при лечении данной патологии?» Если возможно, то какой и с какой целью?</p> <p>5. Определите план профилактических мероприятий в ретенционном периоде с целью предупреждения развития рецидива и эффекта «двойного прикуса».</p>	<p>Существует огромное количество аномалий, которые имеют схожую клиническую картину. В связи с этим были приложены всевозможные классификации, позволяющие упорядочить и систематизировать различные виды зубочелюстных аномалий. Систематизация аномалий дает возможность выбрать правильный подход к их пониманию, изучить этиолопатогенетические факторы их возникновения. В зависимости от принципа построения различают этиопатогенетические, функциональные и морфологические классификации.</p> <p>Этиопатогенетическая классификация Канторовича (1932 год) - эндогенные аномалии, вызванные</p>

			<p>наследственными причинами (глубокий прикус, диастема);</p> <p>- экзогенные аномалии, вызванные внешними условиями (сжатие или искривление альвеолярного отростка, искривление тела челюсти, задержка роста челюстей в связи с потерей зубов).</p> <p>Однако по мнению В.Ю. Курляндского, деление аномалий по этиологическому принципу не нашло признания, поскольку этнологию часто установить не удастся.</p> <p>Функциональная классификация А.Я. Катца (1933 год)</p> <p>В основу положено представление о формировании зубочелюстных аномалий в зависимости от функционального состояния мышц челюстно-лицевой области.</p> <p>1-ый класс характеризуется изменением строения зубных рядов впереди первых неомеров в результате превалирования вертикальных (дробящих) движений н/ч.</p> <p>2-ой класс свойственен 2 классу Энгля, характеризуется слабо функционирующими мышцами, выдвигающими н/ч.</p> <p>3-ий класс соответствует 3 классу Энгля, что, по мнению Катца, связано с превалированием функции мышц,</p>
--	--	--	---

			<p>выдвигающих н/ч.</p> <p>Морфологические классификации</p> <p>Морфологические классификации характеризуются изменениями в строении зубов, зубных рядов, челюстных костей, а также систематизируют виды нарушений соотношения зубных рядов, их окклюзии (мышцами).</p> <p><u>Классификация Энгля (1898 г.).</u> В ее основе лежит вид смыкания первых моляров. Автор выделил 2 класса, а во втором классе – 2 подкласса.</p> <p><u>Классификация П. Симона (1919 г.).</u> Автор построил свою классификацию на принципе определения отклонений в развитии зубочелюстной системы относительно трех взаимно перпендикулярных плоскостей черепа: сагиттальной, франкфуртской (горизонтальной) и фронтальной (вертикальной). Автор выделил в своей классификации anomalies положения зубов и anomalies строения зубных рядов и челюстей.</p> <p><u>Классификация В.Ю. Курляндского (1957 г.).</u> Автор выделил в своей классификации 1) Anomalies формы и расположения зубов; 2) Anomalies зубных рядов; 3) Anomalies соотношения зубных</p>
--	--	--	--

			<p>рядов. Однако в классификацию В.Ю. Курляндского во всех трех группах нет четной согласованности названия группы с представленным в ней аномалиями.</p> <p><u>Классификация Х.А. Каламкарова (1872 г.).</u></p> <p>Наиболее распространенной является классификация данного автора, согласно которой все зубочелюстные аномалии делятся на аномалии развития зубов, челюстных костей и сочетание аномалии.</p> <p>Классификация аномалий окклюзии зубных рядов (Л.С. Персин, 1989 г.). Данная классификация выдержана в данном ключе: аномалии смыкания зубных рядов в сагиттальной, вертикально, трансверсальной плоскостях характеризуются видом смыкания зубов. Автор выделяет следующие положения в своей классификации: 1) Аномалии окклюзии зубных рядов; 2) Аномалии окклюзии пар зубов-антагонистов.</p> <p>Классификация аномалий зубов и челюстей кафедры ортодонтии и детского протезирования ММСИ (1990 г.).</p> <p>В основу данной классификации легли данные А.А. Аникиенко и Л.И. Камышевой (1969 г.), авторы выделяют следующие основные</p>
--	--	--	--

			<p>виды аномалий:</p> <p>1) Аномалии зубов; 2) Аномалии зубного ряда; 3) Аномалии челюстей и их отдельных анатомических частей.</p> <p>2. Диагноз: Дистальная окклюзия, вертикальная резцовая дизокклюзия. При постановке диагноза использовалась классификация Л.С. Персина (1989 г.)</p> <p>3. «Edqwise» в переводе с английского означает буквально «край в край», т.е. ортодонтические дуги, являющиеся основным силовым элементом данной техники, вводится в замковое приспособление – брекет, имеющий плоскую прорезь. Название «Эджуайс-техника» формировалась по пути создания и совершенствования аппаратуры для периодической или квадратной по форме проволоки.</p> <p>Основные виды брекет-систем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- стандартная Эджуайс-техника;</li> <li>- техника сдвоенных дуг по Dr.Johnson (USA);</li> <li>- техника облегченных дуг по Dr.Begg (Австралия);</li> <li>- биопрогрессивная техника по Dr. Riecest (USA);</li> <li>- техника прямой дуги (США) по Dr. Alexander.</li> </ul> <p>4. При лечении данного вида патологии</p>
--	--	--	--

			<p>целесообразно использовать брекет-систему в сочетании с внеротовыми ортодонтическими аппаратами в виде лицевой маски и шейной эластичной тягой с силовым модулем с целью дистализации боковой группы зубов верхней челюсти. Такие аппараты необходимо носить по 8-10 часов непрерывно в течении суток (преимущественно в ночное время), до тех пор пока 1 моляры не установятся по 1 классу.</p> <p>5. В ретенционном периоде с целью профилактики рецидива и развития эффекта «двойного» прикуса из традиционно применяемых ретенционных аппаратов целесообразно применить съемную пластину с наклонно плоскостью и вестибулярной дугой. Из современных ретенционных аппаратов-эластопозиционеры, изготовленные методом вакуумного прессования на аппаратах «Био-стар» или «Мини-стар» (Германия), в дальнейшем заменить данные аппараты несъемными ленточными или проволочными ретейнерами.</p>
7	ПК-2	<p>Жалобы: Пациентка Н., 22 лет, обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на неправильное положение зубов. Анамнез жизни: инфекционные и аллергические заболевания отрицает. Анамнез болезни: ранее ортодонтическое лечение не</p>	<p>Предварительный диагноз: Меziальная окклюзия. Сагиттальная резцовая дизокклюзия. Двусторонняя</p>

		<p>проводилось. Осмотр лица: лицо симметрично, профиль вогнутый, высота нижней трети увеличена, подбородок выступает вперед, верхняя губа западает, носогубные складки сглажены. Открывание рта полное, свободное, безболезненное. При пальпации и аускультации ВНЧС патология не выявлена. Поднижнечелюстные лимфоузлы не пальпируются с обеих сторон. Осмотр полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических элементов.</p> <p>Зубная формула:        П П П П П        7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7        7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 0 7        П П</p> <p>Средняя линия между центральными резцами нижней челюсти смещена влево на 2,0 мм. Мезиально-щечный бугор 16 контактирует с точкой между 46 и 47, а бугры 26 – с буграми 37. Щечные бугры верхних премоляров контактируют с продольными фиссурами антагонистов. 14 и 24 повернуты вокруг продольной оси. Нижние резцы наклонены язычно. Сагиттальная щель – 5,0 мм. На диагностических моделях челюстей длина переднего отрезка верхней зубной дуги по методу Коркхауза уменьшена на 3,0 мм, а нижней – увеличена на 1,0 мм. Ширина зубного ряда верхней челюсти по методу Пона уменьшена в области премоляров на 4,0 мм, в области моляров – на 4,0 мм.</p> <p>Задание:        1. Поставить предварительный диагноз.        2. Определить дополнительные методы обследования.        3. Составить план лечения.</p>	<p>палатинальная окклюзия. Сужение и укорочение верхнего, удлинение нижнего зубных рядов, тортоаномалия 4 4. Дифференциальная диагностика: гнатической и зубо-альвеолярной форм мезиальной и перекрестной окклюзии. Дополнительные методы исследования: антропометрические методы, методы лучевой диагностики (ортопантомография челюстей и телерентгенография головы в боковой проекции).</p> <p>Окончательный диагноз: Мезиальная окклюзия. Сагиттальная резцовая дизокклюзия. Двусторонняя палатинальная окклюзия. Сужение и укорочение верхнего, удлинение нижнего зубных рядов, тортоаномалия 4 4.</p> <p>План лечения: несъемная техника на верхнюю и нижнюю зубные дуги.</p>
8	ПК-2	<p>В стоматологическую клинику обратилась пациентка С., 18 лет с жалобами на неправильное положение зубов в переднем отделе и эстетические нарушения.</p> <p>Анамнез жизни: инфекционные и аллергические заболевания отрицает.</p> <p>Анамнез болезни: ортодонтическое лечение не проводилось. Осмотр лица: лицо симметрично, непропорционально (нижняя треть удлинена), лицевой профиль прямой, челюстной – вогнутый; смыкание губ неправильное (линия Клейна верхней губы смещена вовнутрь), неполное; глубина преддверия полости рта в норме; открывание рта полное,</p>	<p>Предварительный диагноз: нейтральная, прямая резцовая окклюзия, сужение, укорочение верхней зубной дуги, супра- и вестибулопозиция клыков верхней челюсти. Дифференциальная диагностика: гнатической и зубо-альвеолярной форм мезиальной и перекрестной окклюзии.</p>

		<p>свободное, безболезненное; при пальпации и аускультации ВНЧС патологии не выявлено; регионарные лимфоузлы не пальпируются.</p> <p>Осмотр полости рта: смыкание первых постоянных моляров соответствует I-му классу по Энгля; резцы смыкаются режущими краями; клыки верхней челюсти находятся в супра- и вестибулопозиции.</p> <p>Зубная формула:</p> <p>7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7  7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7  пс п</p> <p>Смыкание первых постоянных моляров соответствует I классу по Энгля. Резцы смыкаются режущими краями. Клыки верхней челюсти находятся в супра- и вестибулопозиции.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулировать предварительный диагноз по классификации МГМСУ.</li> <li>2. Определить дополнительные методы исследования.</li> <li>3. Сформулировать окончательный диагноз по классификации МГМСУ.</li> <li>4. Составить план лечения</li> </ol>	<p>Дополнительные методы исследования: антропометрические методы, методы лучевой диагностики (ортопантомография челюстей и телерентгенография головы в боковой проекции).</p> <p>Окончательный диагноз: скелетная мезиальная окклюзия (верхняя микрогнатия), антеинклинация верхней челюсти, тенденция к вертикальному типу роста, зубоальвеолярная нейтральная окклюзия (I класс по Энгля), прямая резцовая окклюзия, сужение зубных дуг, укорочение верхней зубной дуги, ретрузия верхних резцов, супра- и вестибулопозиция клыков верхней челюсти.</p> <p>План лечения:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) устранение аномалий положения зубов, коррекция формы и размеров верхней зубной дуги – расширение и удлинение при помощи несъемной техники (брекет-системе);</li> <li>2) коррекция окклюзии (максилло-мандибулярного соотношения) применением ортопедических конструкций (лицевой маски);</li> <li>3) миогимнастика для нормализации смыкания губ.</li> </ol>
9	ПК-2	<p>Пациент К., 19 лет обратился к врачу-ортодонт с жалобами на неправильное положение зубов.</p> <p>Анамнез: 15 и 25 зубы удалены в возрасте 11 лет по ортодонтическим показаниям, в этот период</p>	<p>Глубокая окклюзия 2 степени, дистальная окклюзия, сужение зубных рядов,</p>

		<p>проводилось ортодонтическое лечение при помощи съемного пластиночного аппарата с вестибулярной дугой от 13 до 23 зуба, лечение не было закончено.</p> <p>Объективно: лицо симметрично, высота нижней трети лица уменьшена, подбородочная складка выражена, тип профиля выпуклый. Величина открывания рта 28 мм, движения в височно-нижнечелюстных суставах не симметричные, отмечается девиация.</p> <p>Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей. Межзубные десневые сосочки и маргинальный край десны в области нижних фронтальных зубов гиперемированы отечны, при зондировании отмечается кровоточивость, с язычной стороны 32, 41 зубов и вестибулярной 31, 41 зубов патологические зубодесневые карманы глубиной 3-4 мм. Смыкание зубов по сагиттали: бугорковое - 13 зуб смыкается с 44, 23 с 34, 14 с 45, 24 с 35, при этом 16 смыкается с 46, и 26 с 36 зубом. По трансверзали отмечается правильное фиссурно-бугорковое смыкание за исключением области 13/44, 14/45 зубов – обратное перекрытие. Глубина режцового перекрытия 2/3 коронки, центральная линия не совпадает. Верхний зубной ряд равномерно сужен в области премоляров и моляров, нижний зубной ряд сужен, асимметрично - сужение наиболее выражено в области премоляров справа. Отмечается значительная скученность нижних фронтальных зубов, поворот по оси 22 зуба.</p> <p>П П 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37</p> <p>П По окружности 32, 31, 41,42 зубов над - и поддесневой зубной камень. Жевательные поверхности 16, 26, 46 зубов покрыты пломбами из композита, краевое прилегание не нарушено.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.</li> <li>2. Составьте план терапевтического лечения.</li> <li>3. Составьте план ортодонтического лечения.</li> <li>4. Перечислите ошибки и осложнения прерванного предыдущего ортодонтического лечения.</li> <li>5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта пациенту с заболеваниями пародонта.</li> </ol>	<p>скученность фронтальных зубов. Локализованный пародонтит легкой степени тяжести в области 32, 31 ,41, 42 зубов.</p> <p>2. Удаление над - и поддесневой зубного камня, применение в течение 4-7 дней солевых растворов для полоскания для устранения отека и экссудации, 4-7 дней полоскания растворами антисептиков – с триклозаном или хлоргексидином 7-14 дней – пасты и ополаскиватели с экстрактами трав («Parodontax», «Лесной бальзам» и др.) .</p> <p>3. Удаление 35, 45 зубов. Лечение при помощи несъемной ортодонтической техники, например Damon 3, без удаления зубов. Ретенционный период при помощи несъемного стекловолоконного ретейнера и съемного ретейнера – LM-активатор.</p> <p>4. Ошибка удаление только верхних премоляров, осложнение – формирование неправильных окклюзионных контактов, скученность нижних фронтальных зубов, развитие локализованного пародонтита.</p>
10	ПК-2	Установите соответствие задач при	1-В, 2-А, 3-Б

		протезировании пациентов с зубочелюстными аномалиями применяемому аппаратурному методу:			
1	Определение центрального соотношения челюстей при асимметрии и перекрестном прикусе	А	Использование лицевой дуги, артикулятора и методики поэтапного увеличения высоты прикуса с помощью временных конструкций		
2	Восстановление окклюзионной поверхности при выраженной стертости зубов и снижении высоты нижнего отдела лица	Б	Изучение диагностических моделей, анализ фотометрии, расчет индекса Пона, использование правила Эшенбаха		
3	Планирование протяженности мостовидного протеза при суженной атрофированной альвеолярной дуге	В	Изготовление индивидуальной ложки и использование функциональных проб		
11		Установите соответствие класса деформации зубных рядов при частичной адентии по классификации Курляндского с особенностями протезирования:			1-В, 2-Б, 3-А
1	Класс I	А	Предпочтение несъемным конструкциям (мостовидные, адгезивные протезы) с учетом эстетики и типа прикуса		
2	Класс II	Б	Планирование конструкции, предотвращающей смещение протеза (бюгель с опорно-удерживающими кламмерами, телескопические коронки)		

		3	Класс III	В	Показаны бюгельные протезы с кламмерной или замковой фиксацией, дентальная имплантация																	
12		<p>Установите соответствие осложнения зубочелюстной аномалии и цели ортопедического лечения:</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Патологическая стираемость</td> <td>А</td> <td>Коррекция нёбной поверхности</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Травматическая окклюзия</td> <td>Б</td> <td>Восстановление высоты прикуса</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Нарушения речи</td> <td>В</td> <td>Избирательное шлифование</td> </tr> </table>				1	Патологическая стираемость	А	Коррекция нёбной поверхности	2	Травматическая окклюзия	Б	Восстановление высоты прикуса	3	Нарушения речи	В	Избирательное шлифование	1-Б, 2-В, 3-А				
1	Патологическая стираемость	А	Коррекция нёбной поверхности																			
2	Травматическая окклюзия	Б	Восстановление высоты прикуса																			
3	Нарушения речи	В	Избирательное шлифование																			
13		<p>Установите соответствие клинического признака аномалии применяемому диагностическому методу:</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Снижение высоты лица</td> <td>А</td> <td>Изучение моделей в артикуляторе</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Асимметрия зубных рядов</td> <td>Б</td> <td>Определение центральной окклюзии</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Нарушения функции ВНЧС</td> <td>В</td> <td>ВРентгенография ВНЧС</td> </tr> </table>				1	Снижение высоты лица	А	Изучение моделей в артикуляторе	2	Асимметрия зубных рядов	Б	Определение центральной окклюзии	3	Нарушения функции ВНЧС	В	ВРентгенография ВНЧС	1-Б, 2-А, 3-В				
1	Снижение высоты лица	А	Изучение моделей в артикуляторе																			
2	Асимметрия зубных рядов	Б	Определение центральной окклюзии																			
3	Нарушения функции ВНЧС	В	ВРентгенография ВНЧС																			
14		<p>Установите соответствие</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Аденция</td> <td>А</td> <td>Отсутствие одного или нескольких зубов</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Гиподентия</td> <td>Б</td> <td>Полное отсутствие зубов</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Гиперденция</td> <td>В</td> <td>Наличие сверхкомплектных зубов</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Олигодентия</td> <td>Г</td> <td>Отсутствие большого</td> </tr> </table>				1	Аденция	А	Отсутствие одного или нескольких зубов	2	Гиподентия	Б	Полное отсутствие зубов	3	Гиперденция	В	Наличие сверхкомплектных зубов	4	Олигодентия	Г	Отсутствие большого	1-В, 2-А, 3-В, 4-Г, 5-Д
1	Аденция	А	Отсутствие одного или нескольких зубов																			
2	Гиподентия	Б	Полное отсутствие зубов																			
3	Гиперденция	В	Наличие сверхкомплектных зубов																			
4	Олигодентия	Г	Отсутствие большого																			

		тия		количества зубов	
		5	Сверхком плектные зубы	Д	Лишние зубы сверх нормы
15	ПК-2	Этапы получения анатомических слепков включает:  А.Оформление краев слепков; Б.Выбор слепочного материала; В.Подбор стандартной ложки; Г.Замешивание слепочного материала; Д.Изготовление индивидуальной ложки; Е.Выведение ложки со слепком; Ж.Оценку слепка; З.Установку ложки со слепочным материалом.			ВБГЗАЕЖ
16	ПК-2	Укажите правильную последовательность комплексного лечения болезней пародонта:  А.Ортодонтическое лечение; Б.Физиотерапевтическое лечение; В.Временное шинирование; Г.Кюретаж; Д.Избирательнаяпришлифовка зубов; Е.Постоянное шинирование; Ж.Протезирование зубов и зубных рядов.			ВДГБАЕЖ
17	ПК-2	Обследование больного с патологической стираемостью зубов проводят в следующей последовательности: А.Осмотр полости рта; Б.Опрос больного; В.Снятие диагностических слепков; Г.Внешний осмотр; Д.Пальпация ВНЧС и жевательных мышц; Е.Анализ диагностических моделей; Ж.Рентгенологическое исследование зубов и челюстей; З.Электомиография жевательных мышц; И.Электроодонтодиагностика; К.Томография ВНЧС.			БГАДВЕИЖКЗ
18	ПК-2	Укажите правильную последовательность препарирования зубов под безметалловую коронку.  А.Сепарация апроксимальных поверхностей зуба; Б.Препарирование вестибулярной и оральной поверхности зуба; В.Удаление неровностей на поверхности культи и её полировка; Г.Препарирование окклюзионной поверхности зуба; Д.Создание маркерной борозды в области шейки зуба и формирование уступа.			ДАБГВ
19	ПК-2	Укажите правильную последовательность клинических этапов протезирования пациентов с полной потерей зубов:  А.Припасовка индивидуальных ложек и получение			БАГВЕД

		<p>функциональных оттисков;  Б.Обследование, постановка диагноза, определение плана лечения и получение анатомических оттисков;  В.Проверка конструкций протезов и правильность определения центрального соотношения;  Г.Определение и фиксация центрального соотношения челюстей;  Д.Проверка адаптации к протезам и при необходимости их коррекция;  Е.Припасовка и наложение протезов в полости рта.</p>	
20	ПК-2	<p><b>Мезиальный щечный бугор первого верхнего моляра располагается в межбугровой фиссуре первого нижнего моляра, что соответствует классу Энгля:</b>  А.первому  Б.второму (подкласс1)  В.второму (подкласс2)  Г.третьему</p>	А
21	ПК-2	<p><b>Глубина кривой Шпее в норме не превышает</b>  А.1,5мм  Б.1мм  В.3мм  Г.2мм</p>	А
22	ПК-2	<p><b>В норме верхние резцы перекрывают нижние на</b>  А.1/3  Б.1/2  В.1/4  Г.2/3</p>	А
23	ПК-2	<p><b>Корни молочных резцов формируются к</b>  А.2-м годам  Б.6-и месяцам  В.3,5 годам  Г.1,5 годам</p>	А
24	ПК-2	<p><b>Корни молочных клыков формируются к</b>  А.3,5 годам  Б.6-и месяцам  В.2-м годам  Г.1,5 годам</p>	А
25	ПК-2	<p><b>Корни молочных моляров</b></p>	А

		<b>формируются к</b> А.3-м годам Б.6-и месяцам В.2-м годам Г.1,5 годам	
26	ПК-2	<b>Форма верхнего зубного ряда в прикусе молочных зубов соответствует</b> А.полукругу Б.полуэллипсу В.V-образная Г.Параболе	А.
27	ПК-2	<b>Образование мезиальной ступени между дистальными поверхностями вторых молочных моляров характерно для формирования окклюзии</b> А.физиологической Б.дистальной В.мезиальной Г.перекрестной	А.
28	ПК-2	<b>Форма верхнего зубного ряда постоянных зубов соответствует:</b> А.полуэллипсу Б.полукругу В.V-образная Г.Параболе	А.
29	ПК-2	<b>Форма нижнего зубного ряда постоянных зубов соответствует:</b> А.параболе Б.полуэллипсу В.полукругу Г.V-образная	А.
30	ПК-2	<b>Причинами аномалий могут быть</b> А.все вышеперечисленное Б.неправильное вскармливание В.вредные привычки Г.рахит	А.
31	ПК-2	<b>Ортопантомограмма позволяет оценить состояние пародонта</b> А.всех зубов двух зубных рядов Б.боковой группы зубов В.передней группы зубов Г.всех зубов одного зубного ряда	А.
32	ПК-2	<b>Электромиография регистрирует</b> А.биопотенциал мышц Б.тонус мышц	А.

		В.движения ниж чел Г.движения суставн головки	
33	ПК-2	<b>Электромиотонометрия регистрирует</b> А.тонус мышц Б.биопотенциал мышц В.движения ниж чел Г.движения суставн головки	А.
34	ПК-2	<b>Аксиография регистрирует</b> А.движения суставной головки Б.биопотенциал мышц В.тонус мышц Г.движения ниж чел	А.
35	ПК-2	<b>Артрофонография регистрирует</b> А.шумы в ВНЧС Б.биопотенциал мышц В.движения ниж чел Г.движения суставн головки	А.
36	ПК-2	<b>Низкое прикрепление уздечки верх губы является причиной</b> А.латерального положения центр резцов, диастемы Б.дистальной окклюзии В.ретенции центр резцов верх челюсти Г.транспозиции резцов	А.
37	ПК-2	<b>Привычка сосания большого пальца приводит к</b> А.вертик резцовой дизокклюзии Б.мезиальной окклюзии В.протрузии ниж резцов Г.глуб рез дизокклюзии	А.
38	ПК-2	<b>Причиной множественных трем может являться</b> А.Все перечисленное Б.Макроглоссия В.Макрогная Г.Микроденция	А.
39	ПК-2	<b>Положение языка между зубами приводит к</b> А.вертикальная резцовая дизокклюзия Б.мезиальная окклюзия В.дистальная окклюзия Г.глубокая резцовая окклюзия	А.
40	ПК-2	<b>Прикусывание пальца приводит к</b> А.протрузии резцов верх чел и ретрузии резц ниж чел	А.

		Б.выдвижение ниж чел В.прикусыванию щек Г.травме языка	
41	ПК-2	<b>Недостаток фтора в питьевой воде является фактором</b> А.экзогенным общим Б.эндогенным общим В.эндогенным местным Г.экзогенным местным	А.
42	ПК-2	<b>Наличие сверхкомплектных зубов относится к аномалии</b> А.количества Б.положения В.размера Г.формы	А.
43	ПК-2	<b>Адентия относится к аномалии зубов</b> А.количества Б.сроков прорезывания В.размера Г.формы	А.
44	ПК-2	<b>Ранняя потеря молочных моляров может привести к</b> А.наклону соседних зубов в сторону дефекта Б.вертикальная резцовая дизокклюзия В.диастеме Г.удлинению зубной дуги	А.
45	ПК-2	<b>Нарушение носового дыхания приводит к аномалии зуб ряда</b> А.сужению верхней Б.уплощение верх во фронт отделе В.расширению нижней Г.сужению нижней	А.
46	ПК-2	<b>Аномалии развития зубочелюстной системы являются симптомом нарушения развития</b>  А. всего организма; Б. костно-мышечного аппарата всей зубочелюстной системы; В. костных структур челюстно-лицевой области; Г. челюстей; Д. эндокринной системы	А.
47	ПК-2	<b>Вне зависимости от степени внешней</b>	А.

		<p><b>аномалии или деформации, приступая к лечению, необходимо оценивать</b></p> <p>А. все параметры лицевого скелета пациента;</p> <p>Б. только возрастные особенности изменения челюстно-лицевой области пациента;</p> <p>В. только индивидуальные пожелания пациента;</p> <p>Г. только тип аномалии челюстно-лицевой аномалии или деформации;</p> <p>Д. только этнические особенности строения челюстно-лицевой области пациента.</p>	
48	ПК-2	<p><b>Всем пациентам с патологией прикуса необходимо консультация врача</b></p> <p>А. оториноларинголога;</p> <p>Б. гастроэнтеролога;</p> <p>В. офтальмолога;</p> <p>Г. психиатра;</p> <p>Д. эндокринолога.</p>	А.
49	ПК-2	<p><b>Диагностика любой из описываемых врожденной или приобретенной аномалии или деформации зубочелюстной системы и лицевого скелета невозможна без</b></p> <p>А. КЛКТ;</p> <p>Б. МРТ;</p> <p>В. антропометрии;</p> <p>Г. прицельного рентгенологического снимка;</p> <p>Д. телерентгенографии.</p>	А.
50	ПК-2	<p><b>Для пациентов с аномалиями и дефектами челюстно-лицевой области</b></p> <p>А. требуется полная комплексная реабилитация;</p> <p>Б. реабилитация не требуется;</p> <p>В. реабилитация требуется в исключительных случаях;</p> <p>Г. требуется специфическая реабилитация;</p>	А.

		Д. требуется только физическая реабилитация.	
--	--	--	--

Разработан:  
доцент кафедры  
ортопедической стоматологии

О.Ю.Хорев