



Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации (далее ДПП ПК) – программа повышения квалификации для специалистов с высшим медицинским образованием по специальности Ортодонтия (код специальности 31.08.77 «Ортодонтия») разработана коллективом кафедры стоматологии ортопедической и материаловедения с курсом ортодонтии взрослых ФГБОУ ВО ПСПБГМУ имени академика И.П. Павлова в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования, утвержденным приказом Минобрнауки России от 26.08.2014г. N 1117 « Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.77 Ортодонтия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» , зарегистрировано в Минюсте России 16.09.2013г. N 29967 (далее ФГОС ВО); приказом Минобрнауки России от 01.07.2013 № 499 (ред. От 15.11.2013) " Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам" (Зарегистрировано в Минюсте России 20.08.2013 № 29444 приказом Минздрава России от 07.10.2015 №700н "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование" Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 №39696) и на основании примерной программы профессиональной переподготовки по стоматологии ортопедической.

ДПП ПК обсуждена на заседании кафедры стоматологии ортопедической и материаловедения с курсом ортодонтии взрослых «11» декабря 2019г., протокол № 5.

Заведующий кафедрой  
профессор, д.м.н.



В.Н. Трезубов

ДПП ПК одобрена цикловой методической комиссией по стоматологии «19» декабря 2019г., протокол № 2.


Председатель цикловой методической комиссии  
профессор, д.м.н.



В.Н. Трезубов

ДПП ПК одобрена цикловой методической комиссией ФПО «24» декабря 2019г., протокол №10

Председатель цикловой методической комиссии  
профессор, д.м.н.

 Н.Л. Шапорова

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Общая характеристика ДПП ПК по специальности 31.08.77 «Ортодонтия»
  - 1.1 Общие положения
  - 1.2. Нормативные документы для разработки ДПП ПК повышение квалификации.
  - 1.3 Требования к уровню подготовки слушателей, необходимому для освоения ДПП ПК.
  - 1.4 Характеристики профессиональной деятельности выпускников ДПП ПК повышения квалификации.
    - 1.4.1 Область профессиональной деятельности выпускников.
    - 1.4.2 Объекты профессиональной деятельности.
    - 1.4.3 Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся обучающиеся.
2. Цель реализации образовательной программы
  - 2.1. Цель ДПОП ПК
  - 2.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания
3. Содержание программы
  - 3.1. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся
  - 3.2. Календарный учебный график
  - 3.3. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий
    - 3.3.1. Учебно-тематическое планирование дисциплины
  - 3.4. Учебно-тематическое планирование дисциплины
4. Формы аттестации и оценочные материалы
  - 4.1 Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине
  - 4.2. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности
    - 4.2.2. Практико-ориентированная часть аттестации
  - 4.3. Ожидаемые результаты обучения
5. Организационно-практические условия.
  - 5.1 Методические материалы и методика, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций
  - 5.2. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности
  - 5.3. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины
    - 5.3.1. Характеристика особенностей технологий обучения в Университете
    - 5.3.2. Особенности работы обучающегося по освоению дисциплины «Стоматология общей практики»
    - 5.3.3. Методические указания для обучающихся по организации самостоятельной работы в процессе освоения дисциплины
    - 5.3.4. Методические указания для обучающихся по подготовке к занятиям
  - 5.4. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины

- 5.4.1. Основная литература:
- 5.4.2. Дополнительная литература:
- 5.4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети Интернет, необходимых для освоения дисциплины
- 6. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем
- 7. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине
- 8. Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе.

## **1. Общая характеристика ДПП ПК по специальности 31.08.77 «Ортодонтия» (подготовка кадров высшей квалификации) повышение квалификации.**

### **1.1 Общие положения**

Образовательная программа дополнительного профессионального образования высшего образования (ДПП ПК) – подготовка кадров высшей квалификации по программе повышения квалификации «Современные методы лечения зубочелюстных аномалий», реализуемая ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, представляет собой систему документов, разработанную и утвержденную высшим учебным заведением самостоятельно с учетом требований рынка труда, на основании федерального государственного образовательного стандарта по соответствующему направлению подготовки высшего профессионального образования.

**Целью** ДПП ПК послевузовского профессионального образования врача по специальности «Ортодонтия» является подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; освоение теоретических основ и практических навыков, формирование у обучающихся врачебного поведения, мышления и умений, обеспечивающих решение профессиональных задач и применение им алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению по профилю «Ортодонтия».

Также ДПП ПК (повышение квалификации) направлена на формирование эффективной, качественной, современной образовательной системы в области «Ортодонтия», призвана обеспечить конкурентоспособность обучающихся в целом на рынке услуг в образовательной, научной, инновационной и профессиональной деятельности.

Квалификация, присваиваемая выпускнику – Врач ортодонт.

### **Срок освоения ДПП ПК**

- в очно-заочной форме обучения составляет 1 месяц (144 часа).

### **Объем ДПП ПК**

Объем программы повышения квалификации по данному направлению составляет 4 зачетных единицы вне зависимости от формы обучения, применяемых образовательных технологий, реализации программы профессиональной переподготовки по индивидуальному учебному плану, в том числе ускоренному обучению.

### **1.2. Нормативные документы для разработки ДПП ПК повышения квалификации**

Нормативную правовую базу разработки данной программы составляют:

1. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации"
2. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 01 июля 2013 г. № 499 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам"
4. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 N 707н (ред. от 15.06.2017) Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" Зарегистрировано в Минюсте РФ 23 октября 2015 г. Регистрационный N 39438
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03 августа 2012 г. № 66н "Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях"

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих"
7. Приказ Министерства образования и науки РФ от 12 сентября 2013 г. № 1061 "Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования"
8. Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 10.05.2016 № 227н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-стоматолог».
9. Приказ Министерства образования и науки РФ от 26 августа 2014 г. N 1115 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики (уровень подготовки кадров высшей квалификации)».
10. Устав государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

### **1.3 Требования к уровню подготовки слушателей, необходимому для освоения ДПП ПК**

К освоению ДПП ПКповышение квалификации по 31.08.77 «Ортодонтия» допускаются лица, имеющие высшее образование - специалитет по специальности «Стоматология общей практики», «Стоматология»; дополнительное профессиональное образование: подготовка в интернатуре/ординатуре по специальности: «Стоматология ортопедическая»; профессиональная переподготовка по специальности «Ортодонтия».

### **1.4 Характеристики профессиональной деятельности выпускников ДПП ПКповышения квалификации**

#### **1.4.1 Область профессиональной деятельности выпускников**

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу повышения квалификации, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

#### **1.4.2 Объекты профессиональной деятельности**

Объектами профессиональной деятельности обучающихся, освоивших программу повышения квалификации, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, предусмотренных при оказании стоматологической помощи и направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

#### **1.4.3 Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся обучающиеся**

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу повышения квалификации:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;

- организационно-управленческая.

*Профилактическая деятельность:*

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения различных возрастно-половых групп путём проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья.

*Диагностическая деятельность:*

- диагностика заболеваний и патологических состояний на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- диагностика неотложных состояний;
- проведение медицинской экспертизы;

*Лечебная деятельность:*

- оказание специализированной медицинской помощи;
- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

*Реабилитационная деятельность:*

- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

*Психолого-педагогическая деятельность:*

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

*Организационно-управленческая деятельность:*

- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
- организация проведения медицинской экспертизы;
- организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ведение учётно-отчётной документации в медицинской организации и её структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учётом требований техники безопасности и охраны труда;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

## **2. Цель реализации образовательной программы**

### **2.1. Цель ДПП ПК**

- Целью изучения ортодонтии как учебной дисциплины является освоение теоретических материалов и практических навыков, формирование у слушателей комплексного подхода к выявлению и лечению зубочелюстных аномалий и деформаций, обеспечивающего решение профессиональных задач и применение ими алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и терапии больных с зубочелюстными аномалиями и деформациями

**Задачи дисциплины:**

- профилактическая деятельность;
- предупреждение возникновения стоматологических заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- участие в проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях стоматологической заболеваемости различных возрастно-половых групп и ее влияния на состояние их здоровья;
- диагностическая деятельность:
- диагностика стоматологических заболеваний и патологических состояний пациентов;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;
- лечебная деятельность:
- оказание стоматологической помощи пациентам;
- участие в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;
- реабилитационная деятельность:
- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями;
- психолого-педагогическая деятельность:
- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- организационно-управленческая деятельность:
- применение основных принципов организации оказания стоматологической помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях стоматологического профиля благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ведение учетно-отчетной документации в медицинских организациях и ее структурных подразделениях;
- организация проведения медицинской экспертизы;
- участие в организации оценки качества оказания стоматологической помощи пациентам;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.
  
- Задачи изучения предмета:
- Формирование основ клинического мышления с умением выявить и обобщить с целью распознавания диагностически значимых признаков у больных с зубочелюстными аномалиями и деформациями. Обучение оказанию всех видов стоматологической помощи больному в соответствии с требованиями системы здравоохранения РФ.

## **2. Планируемые результаты обучения,**

включая описание перечня профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется в результате реализации программы

### **2.1. Перечень приобретаемых профессиональных компетенций с уточнением необходимых трудовых действий (владение), знаний, умений.**

Слушатель, освоивший программу повышения квалификации «Современные методы лечения зубочелюстных аномалий» по специальности «ортодонтия», должен уметь провести обследование пациента, поставить предварительный диагноз, выполнять основные врачебные диагностические и лечебные мероприятия



По каждой зубочелюстной аномалии и деформациям необходимо знать:

- этиологию и патогенез;
- современную классификацию;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- методы диагностики, позволяющие поставить диагноз; в том числе анализ ТРГ
- обоснование тактики ведения больного, методов лечения и прогноз

Знания лечебных мероприятий должны включать все виды воздействий: ортодонтическое хирургическое, комплексное лечение, По отношению ко всем специальным методам лечения, включая оперативное, необходимо знание сущности принципов их проведения и показания к ним.

Кроме того, слушатель должен знать:

- основы законодательства о здравоохранении и основные директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- основы этики и деонтологии в медицине и стоматологии;
- общие вопросы организации ортодонтической помощи в стране,
- клиническую симптоматику и патогенез основных зубочелюстных аномалий и деформаций у взрослых;
- общие и специальные методы исследования в стоматологии
- принципы и варианты выявления и профилактики зубочелюстных аномалий и деформаций
- показания и противопоказания к хирургическому и аппаратурно-хирургическому лечению зубочелюстных аномалий и деформаций у взрослых

*Слушатель должен уметь:*

- самостоятельно проводить клинический осмотр больных с зубочелюстными аномалиями и деформациями;
- определять объем необходимых дополнительных методов обследования (рентгенологических, антропометрических и инструментальных);
- проводить диагностику зубочелюстных аномалий и деформаций, в том числе самостоятельно проводить рентгеноцефалометрический анализ лицевого скелета;
- составлять план проведения лечебных мероприятий;
- определять сроки лечения взрослых больных с зубочелюстными аномалиями;
- прогнозировать предполагаемые результаты ортодонтического и комбинированного лечения;
- самостоятельно проводить клинические этапы лечения съемными ортодонтическими аппаратами (снятие оттисков, отлив моделей, определение конструктивного прикуса, наложение аппарата, коррекции, активирование);
- проводить клинические этапы лечения несъемными ортодонтическими аппаратами (установка ортодонтических замков и колец, наложение силовых элементов (дуг, эластических резиновых тяг, активирование, снятие аппарата и др.);
- проводить контроль гигиены полости рта в процессе ортодонтического лечения, давать рекомендации по уходу за полостью рта;
- проводить контроль состояния пародонта в процессе ортодонтического лечения;
- контролировать состояние твердых тканей зубов, назначать реминерализующую терапию;
- проводить самостоятельный выбор ретенционных аппаратов, клинические этапы их применения;
- оценивать отдаленные результаты ортодонтического лечения.
- уметь вести типовую медицинскую документацию
- владеть организацией работы вспомогательного персонала
- составлять план и проведение санитарно-просветительной работы.

## 2.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

№ п/п	Наименование формы проведения промежуточной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представленные оценочные средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырехбалльная, тахометрическая)
1	Зачет (оценка)	1-я часть зачета: выполнение электронного тестирования (аттестационное испытание промежуточной аттестации с использованием тестовых систем)	Система стандартизированных заданий (тестов)	Описание шкалы оценивания электронного тестирования: – от 0 до 49,9 % выполненных заданий – неудовлетворительно; – от 50 до 69,9% – удовлетворительно; – от 70 до 89,9% – хорошо; – от 90 до 100% – отлично
		2-я часть зачет: выполнение обучающимися практико-ориентированных заданий (аттестационное испытание промежуточной аттестации, проводимое устно с использованием телекоммуникационных технологий)	Практико-ориентированные задания	Критерии оценивания преподавателем практико-ориентированной части экзамена: – соответствие содержания ответа заданию, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию); – умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику; – логичность, последовательность изложения ответа; – наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию; – аргументированность, доказательность излагаемого материала. Описание шкалы оценивания практико-ориентированной части экзамена Оценка «отлично» выставляется за ответ, в котором содержание соответствует теме или заданию, обучающийся глубоко и прочно усвоил учебный материал, последовательно, четко и логически стройно излагает его, демонстрирует

№ п/п	Наименование формы проведения промежуточной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырехбалльная, тахометрическая)
				<p>собственные суждения и размышления на заданную тему, делает соответствующие выводы; умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, приводит материалы различных научных источников, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения задания, показывает должный уровень сформированности компетенций. Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если его ответ соответствует и раскрывает тему или задание, обучающийся показывает знание учебного материала, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей при выполнении задания, правильно применяет теоретические положения при выполнении задания, владеет необходимыми навыками и приемами его выполнения, однако испытывает небольшие затруднения при формулировке собственного мнения, показывает должный уровень сформированности компетенций.</p> <p>Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если его ответ в полной мере раскрывает тему/задание, обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической</p>

№ п/п	Наименование формы проведения промежуточной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырехбалльная, тахометрическая)
				<p>последовательности в изложении учебного материала по заданию, его собственные суждения и размышления на заданную тему носят поверхностный характер. Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если не раскрыта тема, содержание ответа не соответствует теме, обучающийся не обладает знаниями по значительной части учебного материала и не может грамотно изложить ответ на поставленное задание, не высказывает своего мнения по теме, допускает существенные ошибки, ответ выстроен непоследовательно, неаргументированно.</p> <p>Итоговая оценка за экзамен выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов электронного тестирования обучающихся и выполнения ими практико-ориентированной части экзамена</p>

### 3. Содержание программы

включающее: учебный план, календарный учебный график, рабочие программы учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей) (учебно-тематический план)

**3.1. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся**

№	Вид учебной работы	ВСЕГО ЧАСОВ (КЕ)	Всего ЗЕ (недель)
1.	Общее количество часов по учебному плану	144 (144 КЕ)	4
2.	Аудиторные занятия, в том числе	98	
2.1.	Лекции	40	
2.2.	Клинические (практические) занятия	35	
2.3.	Семинары	23	
3.	Самостоятельная работа	40 (40 КЕ)	

4.	<b>Итоговая аттестация и экзамен</b>	6 (6 КЕ)	0,2
----	--------------------------------------	----------	-----

### 3.2. Календарный учебный график

Примерные учебные модули	Недели			
	1 неделя	2 неделя	3 неделя	4 неделя
Организация ортодонтической стоматологической помощи населению	12			
Анатомия, физиология жевательно-речевого аппарата, методы обследования	12			
Прикладное материаловедение.		12		
Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий.		12		
Клиническая картина при зубочелюстных аномалиях.			24	
Методы лечения зубочелюстных аномалий.				18
<b>Самостоятельная работа</b>	12	12	12	12
<b>Итоговая аттестация</b>				<b>6</b>
<b>Итого</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>36</b>

### 3.3. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

**УЧЕБНЫЙ ПЛАН  
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРТОДОНТИЯ»  
«Современные методы лечения зубочелюстных аномалий»**

№ п/п	Название разделов и дисциплин					Форма контроля
			лек ции	пра ктич еск ие зан яти я	са мо ст оя т. ра бо та	
1.	Предмет стоматологии ортодонтической, ее					тестовый

	цели и задачи.					контроль
2.	Составные элементы культуры стоматологического приема. Дезинфекция и стерилизация на ортодонтическом приеме. Профилактика вирусных инфекций в ортопедической и ортодонтической стоматологической клинике.					тестовый контроль
3.	Организация ортопедической стоматологической помощи населению.					тестовый контроль
4.	Анатомия и физиология жевательного аппарата.					тестовый контроль
5.	Прикладное материаловедение.					тестовый контроль
6.	Методы обследования больного в ортопедической стоматологии					зачет
7.	Основы неотложной помощи в стоматологической практике.					тестовый контроль
8.	Предварительное лечение перед протезированием					тестовый контроль
9.	Аномалии и деформации жевательно-речевого аппарата					тестовый контроль
10.	Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий.					тестовый контроль
11.	Классификации зубочелюстных аномалий					зачет
12.	Методы обследования больных с зубочелюстными аномалиями.					зачет
13.	Клиническая картина при зубочелюстных аномалиях.					зачет
14.	Границы ортодонтической терапии					тестовый контроль
15.	Методы лечения зубочелюстных аномалий.					зачет
16.	Лечебные и профилактические ортодонтические аппараты.					зачет
17.	Исправление зубочелюстных аномалий.					
18.	Аппаратурно-хирургическое лечение аномалий зубочелюстной системы у взрослых.					
19.	Осложнения в процессе ортодонтического лечения. Рецидивы.					Тестовый контроль
20.	Ретенционный период лечения зубочелюстных аномалий .					тестовый контроль
21.	Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и парафункций жевательных мышц.					тестовый контроль
22.	Деформации окклюзионной поверхности зубных рядов и их исправление.					зачет
23.	Применение микроимплантатов в ортодонтическом лечении..					тестовый контроль
24.	Особенности ортодонтического лечения при функциональной перегрузке пародонта					
25	Протезирование детей и подростков					

ИТОГО:	ЭКЗ АМЕ Н				

### 3.3.1. Учебно-тематическое планирование дисциплины ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

#### «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии»

№ п/п	Наименование раздела	Всего КЕ (часов)	Всего ЗЕ (недель)	В том числе (часы)				Форма контроля
				Лекции	Практические занятия	Семи- нары	Самост. Работа	
1.	Организация стоматологической помощи	8	0,2	2	2	4	3	Тестирование
2.	Методы обследования	8	0,2	2	4	2	3	Тестирование
3.	Обезболивание	8	0,2	2	2	4	3	Тестирование
4.	Анатомия и физиология	8	0,2	2	4	2	3	Тестирование
5.	Материаловедение	12	0,3	2	6	4	4	Тестирование
6.	Клиническая картина различных патологических состояний	12	0,3	2	6	4	4	Тестирование
7.	Принципы профилактики и лечения .	12	0,4	2	6	4	4	Тестирование
8.	Взаимодействие протеза и организма человека	12	0,4	2	6	4	4	Тестирование
9.	Изготовление лечебных и профилактических аппаратов	13	0,4	6	5	2	5	Тестирование
10.	Ортодонтия	13	0,4	4	4	5	5	Тестирование
11.	Челюстно-лицевая ортопедия	8	0,2	2	2	4	2	Тестирование
12.	Заболевания ВНЧС и их ортопедическое лечение	8	0,2	2	2	4	2	Тестирование
13.	Психология стоматологии	8	0,2	2		6	3	Тестирование
14.	Неотложные состояния	8	0,2	2	4	2	3	Тестирование
15.	Самостоятельная работа	48	1,3					
	<b>Итоговая аттестация</b>	6	0,2					Экзамен
	<b>Итого:</b>	192	5,3	34	53	51	48	

### **3.4. Учебно-тематическое планирование дисциплины ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ « Ортодонтия»**

Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) (рабочие программы учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей))

- Тема 1.** Предмет стоматологии ортодонтической, ее цели и задачи. История развития ортодонтической стоматологии. Разделы ортодонтической стоматологии. Основополагающие теоретические принципы ортодонтической стоматологии. Ортодонтия как раздел ортодонтической стоматологии.
- Тема 2.** Составные элементы культуры стоматологического приема. Дезинфекция и стерилизация на ортодонтическом приеме. Профилактика вирусных инфекций в клинике. Лексическая терминологическая грамотность врачей. Психодиагностика и психокоррекция, проводимые персоналом кабинета (отделения). Врачебная этика и деонтология в стоматологии. Врачебная тайна. Значение врачебной эрудиции, развития клинического мышления, мануальных навыков врача-стоматолога. Меры профилактики микробной, грибковой и вирусной инфекции на ортодонтическом приеме.
- Тема 3.** Организация ортодонтической стоматологической помощи населению. Принцип работы, структура и оснащение кабинета, отделения стоматологической поликлиники, зуботехнической лаборатории. Организация работы врача стоматолога-ортопеда-ортодонта. Учетно-отчетная и финансовая документация на ортодонтическом и ортодонтическом приеме.
- Тема 4.** Анатомия и физиология жевательно-речевого аппарата. Строение и функции жевательно-речевого аппарата. Основные группы зубов, их анатомо-функциональная характеристика. Строение зубных рядов. Факторы, обеспечивающие устойчивость зубов. Окклюзионные кривые и окклюзионная поверхность. Понятие о зубной, альвеолярной и базальной дуге. Строение периодонта, его функции. Выносливость пародонта к жевательному давлению. Особенности строения верхней и нижней челюстей. Мягкие ткани полости рта. Строение слизистой оболочки. Окклюзия и артикуляция. Виды окклюзии. Прикус. Виды прикуса и их классификация. Височно-нижнечелюстной сустав. Жевательные и мимические мышцы и их роль в функции жевания. Типы взаимосвязей между звеньями жевательного аппарата. Физиология акта жевания, его эффективность. Антропометрические закономерности строения лица. Биомеханика жевательного аппарата.
- Тема 5.** Прикладное материаловедение. Отисковые материалы, их классификация. Основные и вспомогательные материалы, применяемые в ортодонтической стоматологии и ортодонтии. Требования, предъявляемые к материалам. Токсическое и аллергическое действие различных материалов, применяемых в ортодонтии на организм больного.
- Тема 6.** Методы обследования больного в ортодонтической стоматологии. Клинические и параклинические методы: инструментальные, рентгенологические и лабораторные методы обследования больного. Методы обследования височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц, изучение диагностических моделей челюстей. Специальные методы обследования полости рта.
- Тема 7.** Основы неотложной помощи в стоматологической практике. Общие вопросы организации медицинской помощи при неотложных состояниях.
- Тема 8.** Предварительное лечение перед протезированием. Оздоровительные мероприятия перед протезированием. Специальные методы подготовки. Показания к депульпированию зубов перед протезированием. Хирургические



методы подготовки к протезированию. Устранение зубочелюстных аномалий и деформаций. Психологическая и психомедикаментозная подготовка больных перед протезированием.

- Тема 9.** Аномалии и деформации жевательно-речевого аппарата. Показания к ортодонтическому лечению взрослых перед протезированием. Особенности исправления зубочелюстных аномалий у взрослых.
- Тема 10.** Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий. Нарушения развития жевательно-речевого аппарата в эмбриональном периоде. Нарушения развития жевательно-речевого аппарата в постэмбриональном периоде.
- Тема 11.** Классификации зубочелюстных аномалий. Классификация Энгля. Классификация ВОЗ, адаптированная в СПбМИ им.акад.И.П.Павлова.
- Тема 12.** Методы обследования больных с зубочелюстными аномалиями. Клинические методы. Параклинические методы. Изучение диагностических моделей челюстей. Изучение формы зубных рядов. Кефалометрические методы исследования. Исследования функционального состояния жевательно-речевого аппарата. Рентгенологические методы исследования.
- Тема 13.** Клиническая картина при зубочелюстных аномалиях. Аномалии величины челюстей. Аномалии положения челюстей в черепе. Аномалии соотношения зубных рядов. Аномалии формы и величины зубных дуг. Аномалии отдельных зубов.
- Тема 14.** Основные принципы ортодонтического лечения. Границы ортодонтической терапии. Особенности ортодонтического лечения у взрослых.
- Тема 15.** Методы лечения зубочелюстных аномалий. Функциональный. Аппаратурный. Хирургический. Аппаратурно-хирургический.. Тканевые изменения в жевательно-речевом аппарате при ортодонтическом лечении аномалий. Активный и ретенционный период ортодонтического лечения
- Тема 16.** Ортодонтические аппараты. Аппараты механического действия (активные). Их разновидности, элементы. Аппараты функционального действия (пассивные): съемные и несъемные. Аппараты комбинированного действия. Внеротовые аппараты. Технология ортодонтических аппаратов.
- Тема 17.**Исправление зубочелюстных аномалий. Лечение верхней макрогнатии. Нижняя макрогнатия. Верхняя и нижняя микрогнатия. Верхняя прогнатия. Верхняя ретрогнатия. Нижняя прогнатия. Нижняя ретрогнатия. Дистальный прикус. Мезиальный прикус.. Чрезмерное резцовое перекрытие. Глубокий прикус. Открытый прикус. Перекрестный прикус. Лечение диастемы. Дистопия зубов. Ретенированные зубы. Лечение инфраокклюзии и супраокклюзии, тортоаномалий и транспозиции зубов. Устранение тесного положения зубов.
- Тема 18.** Ретенционный период лечения зубочелюстных аномалий. Ретенционные аппараты: съемные и несъемные. Ретейнеры. Каппы. Технология ретенционных аппаратов.
- Тема 19.** Осложнения в процессе ортодонтического лечения. Рецидивы. Их причины, профилактика и исправление.
- Тема 20.** Аппаратурно-хирургическое лечение аномалий зубочелюстной системы у взрослых. Показания к хирургическому и аппаратурно-хирургическому лечению. Виды оперативного вмешательства. Прогноз.
- Тема 21.** Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и парафункций жевательных мышц. Строение и функции височно-нижнечелюстного сустава. Артрозы, вывихи, подвывихи, дисфункции ВНЧС. Этиология, патогенез, клиническая картина указанных заболеваний. Влияние снижения альвеолярной высоты. Комплексное лечение заболеваний ВНЧС. Ошибки при ортопедическом и ортодонтическом лечении, ведущие к функциональным перегрузкам ВНЧС.

Этиология, патогенез, диагностика и клинические формы парафункций жевательных мышц. Методы лечения парафункций жевательных мышц.

**Тема 22.** Деформации окклюзионной поверхности зубных рядов и их исправление. Определение понятия «деформация окклюзионной поверхности зубных рядов». Клинические разновидности деформаций. Комплексное исправление деформаций зубных рядов.

**Тема 23.** Применение микроимплантатов в ортодонтическом лечении. Микроимплантаты как опора при ортодонтическом перемещении зубов. Материалы для имплантатов. Типы конструкций имплантатов. Показания и противопоказания к имплантации. Методики имплантации. Особенности ортодонтического лечения у взрослых с использованием микроимплантатов.

**Тема 24.** Особенности ортодонтического лечения при функциональной перегрузке пародонта. Резервные силы пародонта и функциональная перегрузка пародонта, ее патогенез. Клиническая картина состояния жевательного аппарата при заболеваниях пародонта. Задачи ортодонтического лечения. Функциональная перегрузка пародонта. Травматическая окклюзия. Первичный и вторичный травматический синдром, их дифференциальная диагностика. Особенности ортодонтического лечения у взрослых при функциональной перегрузке пародонта.

**Тема 25.** Протезирование детей и подростков. Профилактика деформаций челюстей и окклюзионной поверхности зубных рядов. Протезы, применяемые в детском и подростковом возрасте.

## **4. Формы аттестации и оценочные материалы**

**4.1 Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине**

**4.2. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности**

001. Артикуляция – это:

- 1) вид смыкания зубов в центральной окклюзии;
- 2) всевозможные положения и перемещения нижней челюсти по отношению к верхней; осуществляемые с помощью жевательных мышц;
- 3) вид смыкания зубов в передней окклюзии;
- 4) вид смыкания зубов в боковой окклюзии;
- 5) цепь сменяющих друг друга окклюзий;
- 6) 2+5.

002. Прикус - это характер смыкания зубов в положении окклюзии:

- 1) центральной;
- 2) боковой;
- 3) передней;
- 4) задней.

003. К нормальному прикусу относится:

- 1) ортогнатический прикус с протрузией передних зубов;
- 2) глубокий прикус;
- 3) ортогнатический прикус;

4) прямой прикус.

004. В норме; после полного прорезывания постоянных соседних зубов между ними образуются:

- 1) межзубные площадки;
- 2) межзубные промежутки;
- 3) межзубные контактные пункты.

005. Базальная дуга воображаемо находится на уровне:

- 1) режущего края и жевательных поверхностей зубов;
- 2) верхушек корней;
- 3) вершины гребня альвеолярной части.

006. На верхней челюсти самой широкой дугой является:

- 1) альвеолярная;
- 2) базальная;
- 3) зубная.

007. Во время пережевывания твердой пищи на моляры действует сила:

- 1) 20-30 кг;
- 2) 10-15 кг;
- 3) 5-10 кг.

008. Двусторонним сокращением латеральных крыловидных мышц достигается окклюзия:

- 1) передняя;
- 2) центральная;
- 3) задняя;
- 4) боковая.

009. Контакт мезиального щечного бугорка верхнего правого моляра с дистальным щечным бугорком одноименного нижнего моляра в положении центральной окклюзии подразумевает наличие:

- 1) дистального прикуса;
- 2) мезиального прикуса;
- 3) ортогнатического прикуса;
- 4) перекрестного прикуса.

010. К мышцам; опускающим нижнюю челюсть; относятся:

- 1) m. pterygoideus medialis;
- 2) m. mylohyoideus;
- 3) m. geniohyoideus;
- 4) m. digastricus;
- 5) 1+2+3;
- 6) 2+3+4.

011. Угол сагиттального суставного пути равен:

- 1) 17°;
- 2) 110°;
- 3) 60°;
- 4) 33°.

012. Угол бокового суставного трансверзального пути (угол Беннетта) равен:

- 1) 110°;
- 2) 30°;

- 3) 17°;
- 4) 60°.

013. Угол сагиттального резцового пути равен:

- 1) 30°;
- 2) 45°;
- 3) 110°;
- 4) 17°.

014. Угол трансверзального резцового пути равен:

- 1) 110°;
- 2) 17°;
- 3) 30°;
- 4) 60°.

015. Воображаемая линия от козелка уха до нижнего края крыла носа называется:

- 1) камперовской горизонталью;
- 2) франкфуртской горизонталью;
- 3) протетической горизонталью.

016. Воображаемая линия от нижнего края орбиты до верхнего края наружного слухового прохода называется:

- 1) камперовской горизонталью;
- 2) франкфуртской горизонталью;
- 3) протетической плоскостью.

017. В какой фазе жевания происходит смыкание зубов на рабочей стороне – одноименными бугорками; а на балансирующей – разноименными:

- 1) I;
- 2) II;
- 3) III;
- 4) IV.

018. На верхней челюсти различают контрфорсы:

- 1) лобно-носовой;
- 2) резцовый;
- 3) скуловой;
- 4) небный;
- 5) крылонебный;
- 6) 1+3+4+5.

019. Трехпунктный контакт Бонвилля возможен в:

- 1) центральной окклюзии;
- 2) боковой окклюзии;
- 3) передней окклюзии;
- 4) задней окклюзии.

020. Для какого прикуса характерны такие лицевые признаки как западение нижней губы и выступание верхней губы?

- 1) мезиального прикуса;
- 2) дистального прикуса;

- 3) глубокого прикуса;
- 4) открытого прикуса;
- 5) перекрестного прикуса;
- 6) 2+3.

021. Какой симптом является общим для некоторых форм дистального и глубокого прикуса?

- 1) смыкание боковых зубов как и при ортогнатическом прикусе;
- 2) пересечение верхнего и нижнего зубных рядов.
- 3) отсутствие режуще-бугоркового контакта передних зубов.

022. Сдвиг нижней челюсти в сторону осуществляется мышцей:

- 1) латеральной крыловидной при ее одностороннем сокращении;
- 2) подбородочно-подъязычной;
- 3) височной;
- 4) медиальной крыловидной.

023. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет:

- 1) выносливость пародонта;
- 2) жевательную эффективность.

024. Классификация зубных рядов с дефектами по Гаврилову включает:

- 1) концевые; включенные; комбинированные дефекты;
- 2) включенные; концевые дефекты; одиночностоящие зубы;
- 3) концевые; включенные; комбинированные дефекты; одиночно стоящие зубы.

025. Классификация зубных рядов с дефектами по Кеннеди включает

- 1) Односторонние концевые; включенные в боковом отделе; включенные в переднем отделе дефекты; одиночно стоящие зубы ;
- 2) Двусторонние концевые; односторонние концевые; включенные в боковом отделе; включенные в переднем отделе дефекты;
- 3) Двусторонние концевые; односторонние концевые; включенные в боковом отделе дефекты; одиночно стоящие зубы;
- 4) Двусторонние концевые; включенные в боковом отделе; включенные в переднем отделе дефекты.

026. По классификации Гаврилова и Кеннеди зубной ряд с двусторонним концевым дефектом относят к:

- 1) первому классу;
- 2) второму классу;
- 3) третьему классу;
- 4) четвертому классу.

027. Клиническая шейка зуба соответствует:

- 1) границе эмали и цемента корня;
- 2) границе над- и поддесневой части зуба;
- 3) экватору зуба.

028. Анатомическая шейка зуба соответствует:

- 1) границе эмали и цемента корня;
- 2) границе над- и поддесневой части зуба;
- 3) экватору зуба.

029. Промежуток между центральными резцами называется:
- 1) диастемой;
  - 2) тремой;
  - 3) расщелиной.
030. Промежуток между зубами; исключая центральные резцы; называют:
- 1) диастемой;
  - 2) тремой;
  - 3) расщелиной.
031. В состав пародонта входят:
- 1) десневой край;
  - 2) ткани альвеолы;
  - 3) периодонт;
  - 4) цемент корня;
  - 5) 1+2+3+4;
  - 6) 1+2+4.
032. Часть жевательной силы; используемой при пережевывании пищи; называется:
- 1) жевательной нагрузкой;
  - 2) жевательным давлением;
  - 3) функциональной нагрузкой.
033. Суставной признак центральной окклюзии при ортогнатическом прикусе характеризуется локализацией головки нижней челюсти:
- 1) на скате суставного бугорка;
  - 2) у основания ската суставного бугорка;
  - 3) на вершине суставного бугорка.
034. К переходным формам прикуса относится
- 1) мезиальный прикус;
  - 2) прямой прикус;
  - 3) ортогнатический прикус;
  - 4) глубокий прикус.
035. Аномальным прикусом является:
- 1) глубокий прикус;
  - 2) прямой прикус;
  - 3) ортогнатический прикус;
  - 4) ортогнатический прикус с ретрузией передних зубов.
036. Термин «аномалия» означает:
- 1) отклонение от нормы; возникшее в период роста и развития организма;
  - 2) отклонение от нормы; возникшее в процессе жизнедеятельности взрослого организма;
  - 3) 1+2.
037. Деформации окклюзионной поверхности зубных рядов возникают:
- 1) у детей
  - 2) у взрослых
  - 3) 1+2.

038. К мышцам-выдвигателям нижней челюсти относятся:
- 1) собственно жевательные;
  - 2) височные;
  - 3) крыловидные латеральные;
  - 4) крыловидные медиальные;
  - 5) все выше перечисленные.
039. Мышцы-подниматели нижней челюсти:
- 1) собственно жевательные мышцы;
  - 2) височные мышцы;
  - 3) крыловидные латеральные мышцы;
  - 4) крыловидные медиальные мышцы;
  - 5) челюстно-подъязычные мышцы;
  - 6) 1+2+3;
  - 7) 1+2+4.
040. Классификация Келлера относится к беззубой:
- 1) нижней челюсти;
  - 2) верхней челюсти;
  - 3) обеим челюстям.
041. Классификация Шредера относится к беззубой:
- 1) нижней челюсти;
  - 2) верхней челюсти;
  - 3) обеим челюстям.
042. По классификации Оксмана равномерная значительная атрофия альвеолярного гребня беззубой челюсти относится:
- 1) к первому типу;
  - 2) ко второму типу;
  - 3) к третьему типу;
  - 4) к четвертому типу.
043. При ортогнатическом прикусе зубная дуга имеет форму:
- 1) верхняя – параболы; нижняя - полуэллипса;
  - 2) верхняя - полуэллипса; нижняя - параболы;
  - 3) верхняя - полуэллипса; нижняя - трапецевидная;
  - 4) верхняя - седловидная; нижняя - параболы.
044. смыкание зубных рядов или отдельных групп зубов-антагонистов в течение большего или меньшего отрезка времени называется:
- 1) окклюзией;
  - 2) артикуляцией;
  - 3) прикусом;
  - 4) 1+2+3.
045. Головка нижней челюсти; справа; слегка вращаясь; остается у основания суставного бугорка; а слева она смещается книзу – что соответствует:
- 1) центральной окклюзии;
  - 2) передней окклюзии;
  - 3) правой боковой окклюзии;
  - 4) левой боковой окклюзии;

5) задней окклюзии.

046. При центральном соотношении челюстей:

- 1) головки нижней челюсти занимают наиболее дистальное положение в суставной ямке; при котором возможны ее боковые смещения;
- 2) головки нижней челюсти занимают наиболее переднее положение в суставной ямке; когда еще возможны боковые смещения;
- 3) имеются множественные межзубные окклюзионные контакты.
- 4) 1+3.

047. Понятия центральная; привычная и принужденная окклюзия – синонимы?

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) только в сменном прикусе.

048. Центральная окклюзия совпадает с центральным соотношением челюстей:

- 1) не всегда;
- 2) всегда.

049. Боковое смещение нижней челюсти из задней окклюзии:

- 1) возможно;
- 2) невозможно.

050. Артикуляция – это:

- 1) Такое смыкание зубных рядов при котором имеет место максимальное количество межзубных контактов;
- 2) цепь сменяющих друг друга окклюзий;
- 3) перемещение нижней челюсти вправо или влево;
- 4) всевозможные положения и перемещения нижней челюсти по отношению к верхней; осуществляемые с помощью жевательных мышц;
- 5); выдвижение нижней челюсти вперед; которое достигается двусторонним сокращением латеральных крыловидных мышц;
- 6) 2+4.

051. Окклюзионной называется плоскость:

- 1) проходящая от козелка ушной раковины до наружного края крыла носа;
- 2) формируемая при припасовке окклюзионных восковых валиков;
- 3) проходящая по вершинам бугров клыков и первых моляров верхней челюсти;
- 4) проходящая через середину резцового перекрытия и дистальные бугорки вторых моляров.

052. Центральная окклюзия характеризуется признаками:

- 1) суставными; лицевыми; зубными;
- 2) суставными; мышечными; зубными;
- 3) суставными; физиологическими; зубными;
- 4) суставными; биомеханическими; физиологическими.

053. Передняя окклюзия зубных рядов в норме характеризуется:

- 1) контактом боковой группы зубов при выдвижении нижней челюсти;
- 2) выдвижением нижней челюсти вперед; отсутствием контакта между зубными рядами;
- 3) контактом боковой группы зубов при дистальном смещении нижней челюсти;



4) выдвиганием нижней челюсти вперед; смыканием передних зубов и отсутствием контакта на боковых зубах.

054. При центральном соотношении челюстей головки нижней челюсти располагаются:

- 1) в центре суставных ямок;
- 2) впереди от суставных бугорков;
- 3) на вершине суставных бугорков;
- 4) у основания суставных бугорков.

055. Ограниченным открыванием рта принято считать значения при межрезцовом расстоянии; равном:

- 1) 40–50 – мм;
- 2) менее 40 мм;
- 3) более 50 мм;
- 4) 38–45 мм.

056. Величина выдвигания нижней челюсти вперед в норме составляет:

- 1) 2–3 мм;
- 2) 7 мм;
- 3) не менее 12 мм.

057. Смещение нижней челюсти в рабочую сторону в норме составляет:

- 1) 2–3 мм;
- 2) 5–7 мм;
- 3) 11–15 мм.

058. Предельная величина заднего смещения нижней челюсти из положения центральной окклюзии составляет:

- 1) 2–3 мм;
- 2) 5–7 мм;
- 3) до 10 мм;
- 4) 1–1.5 мм.

059. Чрезмерное открывание рта диагностируется при величинах межрезцового расстояния; равных:

- 1) 30–38 мм;
- 2) до 20 мм;
- 3) более 50 мм;
- 4) не менее 60 мм.

060. Крепитация в ВНЧС свидетельствует:

- 1) об остеохондрозе;
- 2) об остеоартрозе;
- 3) о мышечной контрактуре;
- 4) о снижении высоты нижнего отдела лица.

061. Причины асимметрии движения нижней челюсти при открывании рта:

- 1) трансляция головок нижней челюсти;
- 2) окклюзионная дисгармония;
- 3) глубокое резцовое перекрытие;
- 4) гипертония жевательных мышц.

062. Причины асимметрии движения нижней челюсти при открывании рта:

- 1) угол сагиттального суставного пути;

- 2) морфологические изменения элементов ВНЧС;
- 3) большая кривизна компенсационной кривой Шпее;
- 4) ретрузионное расположение зубов передней группы.

063. Причины асимметрии движения нижней челюсти при открывании рта:

- 1) большая кривизна компенсационной кривой Шпее;
- 2) ретрузионное расположение зубов передней группы;
- 3) протрузионное расположение зубов передней группы;
- 4) артрогенные ограничения (смещение одного или обоих суставных дисков).

064. В норме мануальная компрессия биламинарной зоны ВНЧС сопровождается:

- 1) болевыми ощущениями;
- 2) отсутствием боли;
- 3) контрактурой внутренней крыловидной мышцы;
- 4) контрактурой наружной крыловидной мышцы.

## **6.2. Методы диагностики в ортодонтии. Диагностика зубочелюстных аномалий.**

065. Высота нижней части лица; измеряемая при сомкнутых зубах; называется:

- 1) высотой функционального покоя;
- 2) окклюзионной высотой;
- 3) 1+2.

066. Высота нижней части лица; измеряемая при расслабленных мышцах; называется:

- 1) высотой функционального покоя;
- 2) окклюзионной высотой;
- 3) 1+2.

067. Основоположником гнатостатической методики получения и изучения диагностических моделей челюстей является:

- 1) Шварц;
- 2) Коркгауз;
- 3) Брюкль;
- 4) Симон;
- 5) Герлах.

068. Диагностические модели челюстей изучают в трех взаимно перпендикулярных плоскостях:

- 1) трансверсальной; сагиттальной; окклюзионной;
- 2) трансверсальной; сагиттальной; горизонтальной;
- 3) сагиттальной; вертикальной; переднезадней;
- 4) трансверсальной; горизонтальной; вертикальной.

069. Метод; позволяющий изучить местоположение зубов в трансверсальной и сагиттальной плоскостях; называют:

- 1) параллелография;
- 2) симметроскопия;
- 3) параллелометрия.

070. Метод исследования цифровых фотографий диагностических моделей челюстей или зубных рядов с проведением измерений на них:

- 1) симметрография;

- 2) фотограмметрия;
- 3) симметроскопия.

071. Измерения; проводимые на фотографиях лица; зубных рядов или диагностических моделей челюстей; называются:

- 1) антропометрией;
- 2) морфометрией;
- 3) фотограмметрией.

072. Измерения на рентгенограммах называются:

- 1) рентгенограмметрией;
- 2) цефалометрией;
- 3) телеметрией.

073. При ортогнатическом прикусе перекрытие нижних передних зубов верхними свыше  $\frac{1}{2}$  высоты коронок с сохранением режуще-бугоркового контакта говорит:

- 1) о глубоком прикусе;
- 2) о глубоком резцовом перекрытии;
- 3) о глубоком травмирующем прикусе.

074. Внеротовая запись суставного пути проводится с помощью:

- 1) цефалостата;
- 2) гнатостата;
- 3) лицевой дуги или аксиографа;
- 4) параллелометра.

075. Методика сравнительного изучения длины зубного ряда по дуге и сумме ширины коронок его зубов предложена:

- 1) Тонном;
- 2) Герлахом;
- 3) Коркгаузом;
- 4) Нансе;
- 5) Поном.

076. Премолярный индекс Пона равен:

- 1) 64;
- 2) 85;
- 3) 60;
- 4) 65;
- 5) 80.

077. Молярный индекс Пона равен:

- 1) 80;
- 2) 85;
- 3) 64.

078. Индекс Тонна в норме равен:

- 1) 1;33;
- 2) 1;22;
- 3) 1;5.

079. Данные миотонометрии позволяют судить:

- 1) о тонусе жевательных мышц при различных состояниях;
- 2) о перестройке миостатического рефлекса;
- 3) об адаптационных возможностях мышц;
- 4) 1+2+3.

080. Биоэлектрическая активность круговой мышцы рта зависит от:

- 1) особенностей строения губ;
- 2) высоты нижней части лица;
- 3) степени выпуклости лица;
- 4) 1+2+3.

081. Метод аускультации височно-нижнечелюстного сустава для выявления в них степени и характера хруста; щелканья называется:

- 1) осциллография;
- 2) миоартрография;
- 3) артрофонография;
- 4) мастикациография.

082. При оценке жевательной эффективности в баллах за единицу измерения избрана функциональная способность:

- 1) клыков;
- 2) центральных резцов;
- 3) первых моляров;
- 4) боковых резцов;
- 5) третьих моляров.

083. Обследуемому предлагают разжевать 800 мг миндаля до появления рефлекса глотания во время функциональной жевательной пробы по:

- 1) Христиансену;
- 2) Гельману;
- 3) Рубинову;
- 4) Соловьеву.

084. Метод обследования; позволяющий одновременно оценить состояние костной ткани альвеол всех зубов называется:

- 1) окклюзионная рентгенография;
- 2) панорамная томография или ортопантомография;
- 3) телерентгенография;
- 4) компьютерная томография.

085. Метод обследования; позволяющий проводить измерения лицевого скелета:

- 1) внутриротовая рентгенография;
- 2) окклюзионная рентгенография;
- 3) ортопантомография;
- 4) телерентгенография;
- 5) компьютерная томография.

086. Разделами рентгенцефалометрического исследования являются:

- 1) краниометрия; гнатометрия; профилометрия;
- 2) краниометрия; дентометрия; профилометрия;
- 3) фотограмметрия; профилометрия; дентометрия.

087. Показатели; отражающие индивидуальные особенности строения лицевого скелета по данным телерентгенограммы; могут быть:
- 1) линейными;
  - 2) угловыми;
  - 3) пропорциями;
  - 4) планиметрическими;
  - 4) 1+2+3+4
088. К функциям истории болезни относятся:
- 1) медицинская;
  - 2) юридическая;
  - 3) научная;
  - 4) статистическая;
  - 5) 1+2+3+4.
089. Краткое заключение; отражающее состояние здоровья пациента и его прогноз; - это:
- 1) диагноз;
  - 2) эпикриз;
  - 3) анамнез;
  - 3) 1+2 +3.
090. Задачи ортопедического лечения:
- 1) восстановление эстетики лица;
  - 2) восстановление функций жевательно-речевого аппарата;
  - 3) создание состояния психологического комфорта;
  - 4) профилактика дальнейшего распада жевательно-речевого аппарата;
  - 5) 1+2+3+4.
091. Методы обследования больных наиболее точно можно разделить на:
- 1) субъективные и объективные;
  - 2) клинические и параклинические;
  - 3) анатомические и функциональные.
092. К клиническим методам обследования относятся:
- 1) опрос; осмотр;
  - 2) пальпация; зондирование;
  - 3) аллергологические пробы;
  - 4) 1+2;
  - 5) 1+2+3.
093. К параклиническим методам обследования относятся:
- 1) инструментальные; лабораторные; рентгенологические;
  - 2) анатомические; рентгенологические; функциональные;
  - 3) лабораторные; цефалометрические; антропометрические.
094. Графический метод регистрации жевательных движений нижней челюсти осуществляется с помощью:
- 1) мастикациографии;
  - 2) гнатодинамометрии;
  - 3) реографии.

095. Исследование; характеризующее расположение челюстей по отношению к плоскости передней части основания черепа; называется:
- 1) профилометрией;
  - 2) гнатометрией;
  - 3) краниометрией.
096. Уточнить формы аномалий прикуса: зубоальвеолярную; гнатическую; сочетанную; а также основную локализацию аномалии; можно по:
- 1) телерентгенограмме;
  - 2) ортопантомограмме;
  - 3) рентгенограмме кистей рук.
097. Нарушения в жевательно-речевом аппарате в основном влияют на:
- 1) функцию опорно-двигательной аппарата;
  - 2) функцию дыхательной и сердечно-сосудистой системы;
  - 3) функцию системы пищеварения;
  - 4) психику;
  - 5) 3+4.
098. Если во время осмотра полости рта пациента возникло подозрение на наличие у него сифилиса; врач должен:
- 1) продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания;
  - 2) сказать больному о своем подозрении и прекратить прием;
  - 3) отказать пациенту в оказании стоматологической помощи;
  - 4) закончить осмотр; направить пациента на анализ крови.
099. Гнатодинамометром измеряют:
- 1) абсолютную силу жевательных мышц;
  - 2) выносливость пародонта;
  - 3) жевательную эффективность;
  - 4) жевательное давление.
100. К инструментальным методам обследования относится:
- 1) мастикациография;
  - 2) электромиография;
  - 3) электроодонтодиагностические;
  - 4) аксиография;
  - 5) 1+2+3+4.
0101. В функциональных пробах Гельмана и Рубинова пережеванные частицы просеивают через сито с отверстиями диаметром:
- 1) 0,5 мм;
  - 2) 1,2 мм;
  - 3) 2,4 мм;
  - 4) 3,6 мм.
102. Функциональная проба Гельмана показывает:
- 1) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений;
  - 2) время; необходимое для совершения 50 жевательных движений;
  - 3) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек;
  - 4) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса;

- 5) время разжевывания пищи.
103. Метод регистрации колебаний электрического сопротивления тканей пародонта при прохождении через него тока высокой частоты называется:
- 1) мастикациографией;
  - 2) гнатодинамометрией;
  - 3) реопародонтографией.
104. По классификации Гаврилова и Кеннеди двусторонний концевой дефект относится:
- 1) к первому классу;
  - 2) ко второму классу;
  - 3) к третьему классу;
  - 4) к четвертому классу.
105. По классификации Кеннеди односторонний концевой дефект относится к:
- 1) к первому классу;
  - 2) ко второму классу;
  - 3) к третьему классу;
  - 4) к четвертому классу.
106. По классификации Гаврилова комбинированный дефект зубного ряда относится к:
- 1) к первому классу;
  - 2) ко второму классу;
  - 3) к третьему классу;
  - 4) к четвертому классу.
107. По классификации Кеннеди включенный дефект в области передних зубов относится к:
- 1) к первому классу;
  - 2) ко второму классу;
  - 3) к третьему классу;
  - 4) к четвертому классу.
108. Методы определения степени атрофии костной ткани альвеолы зуба:
- 1) рентгенологический;
  - 2) клинический (зондирование);
  - 3) клинический (осмотр);
  - 4) пальпаторный;
  - 5) с помощью электроодонтодиагностики;
  - 6) 1+3;
  - 7) 2+4;
  - 8) 1+3+4.
109. .Функциональная проба по Рубинову поставлена на изучении:
- 1) степени измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений;
  - 2) степени измельчения 5 г миндаля после жевания в течении 50 сек.;
  - 3) степени измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса;
  - 4) времени разжевывания пищи;
  - 5) 3+4.
110. Функциональное состояние жевательных мышц определяют методом:
- 1) электромиографии и электромиотонометрии;

- 2) реографии;
- 3) артрофонографии.

111. Реография области ВНЧС позволяет определить:

- 1) сократительную способность мышц челюстно-лицевой области;
- 2) гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС;
- 3) характер движений головок нижней челюсти.

112. Электромиотонометрия позволяет определить:

- 1) биоэлектрическую активность жевательных мышц;
- 2) сократительную способность жевательных мышц;
- 3) сократительную способность только височных мышц.

113. Синхронную работу мышц антагонистов и синергистов позволит определить:

- 1) амплитуда ЭМГ;
- 2) временные параметры ЭМГ;
- 3) коэффициент координации в фазе жевательного движения.

114. Специфические методы обследования в ортодонтии подразделяются на:

- 1) опрос, осмотр, функциональные пробы;
- 2) антропометрические, рентгенологические, графические, кефалометрические; функциональные;
- 3) опрос, осмотр, изучение диагностических моделей.

115. При зубочелюстных аномалиях необходимо провести:

- 1) клиническое обследование;
- 2) антропометрические измерения контрольно-диагностических гипсовых моделей челюстей; внешний осмотр;
- 3) клинические и параклинические методы обследования.

116. По таблице Ветцеля можно определить:

- 1) мезиодистальные размеры коронок молочных зубов;
- 2) мезиодистальные размеры коронок постоянных зубов;
- 3) вертикальные размеры коронок молочных зубов;
- 4) вертикальные размеры коронок постоянных зубов.

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

- 1) панорамная рентгенограмма;
- 2) боковая телерентгенограмма (ТРГ);
- 3) фасная ТРГ — и ортопантомограмма.

118. С целью измерения длины тела верхней челюсти используют:

- 1) ортопантомограмму;
- 2) фасную ТРГ;
- 3) боковую ТРГ.

119. 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.
- 4) выявление ретенированных зубов;
- 5) определение соотношения корней зубов;



6) 3+4+5.

120. Для определения размеров апикального базиса челюсти используют:

- 1) метод Пона;
- 2) метод Хауса—Снагиной;
- 3) индекс Тона.

121. Ортопантомографию в ортодонтии применяют для определения:

- 1) наличия зачатков постоянных зубов;
- 2) длины нижней челюсти;
- 3) определение соотношения корней зубов;
- 4) выявление ретенированных зубов;
- 5) длины верхней челюсти;
- 6) 1+3+4.

122. Длину переднего отдела зубного ряда определяют с помощью метода:

- 1) Пона;
- 2) Коркгауза;
- 3) Хауса—Снагиной.

123. Наиболее полное представление о количественных характеристиках строения лицевого скелета дает:

- 1) антропометрическое изучение строения лица пациента;
- 2) фотометрический метод;
- 3) телерентгенография головы.

124. Индекс Тона применяют для определения:

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

125. 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.

126. Графический метод Хаулея—Гербера—Гербста применяют для определения нарушения:

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

127. Электромиография регистрирует:

- 1) движения нижней челюсти;
- 2) движения в ВНЧС;
- 3) биопотенциалы жевательных мышц.

128. Тонус мышц изучается:

- 1) в расслабленном и сокращенном состояниях;
- 2) в активном состоянии;
- 3) при выдвигании нижней челюсти.

129. Реографией называется метод:
- 1) исследования биопотенциалов мышц;
  - 2) изучения гемодинамики;
  - 3) исследования движений головок нижней челюсти.
130. Метод электромиографии в ортодонтии применяется для:
- 1) исследования кровеносных сосудов пародонта;
  - 2) исследования ВНЧС;
  - 3) изучения функции жевательных мышц.
131. Для оценки пародонта боковых зубов целесообразно использовать:
- 1) ТРГ в прямой проекции;
  - 2) ортопантомографию;
  - 3) томографию.
132. Боковой сдвиг нижней челюсти выявляется с помощью:
- 1) томография;
  - 2) фасной ТРГ;
  - 3) боковой ТРГ.
133. Для определения переднего положения нижней челюсти необходим рентгенологический метод:
- 1) боковой ТРГ;
  - 2) фасной ТРГ;
  - 3) ортопантомография.
134. Для определения состояния пародонта передних зубов используется:
- 1) ТРГ в прямой проекции;
  - 2) ортопантомография;
  - 3) панорамная рентгенография челюстей.
135. Методом определения состояния пародонта отдельных зубов является:
- 1) ортопантомография;
  - 2) внутриротовая рентгенография;
  - 3) панорамная рентгенография.
136. Положение челюстных костей в черепе можно определить с помощью:
- 1) ортопантомографии;
  - 2) боковой ТРГ;
  - 3) панорамной рентгенографии.
137. Передний отдел основания черепа на боковой ТРГ головы обозначается:
- 1) n-s;
  - 2) МТ1;
  - 3) МТ2.
138. Высота ветви нижней челюсти на боковой ТРГ головы обозначается:
- 1) n-s;
  - 2) МТ1;
  - 3) МТ2.
  - 4) go'-ar'.
139. По таблице Устименко можно определить:

- 1) мезиодистальные размеры коронок молочных зубов;
  - 2) мезиодистальные размеры; высоту и толщину коронок постоянных зубов;
  - 3) высоту и толщину коронок постоянных зубов.
140. Пропорциональность мезиодистальных размеров коронок передних постоянных зубов челюстей позволяет определить:
- 1) методика Пона;
  - 2) методика Коркгауза;
  - 3) индекс Тона.
141. Метод Пона основан:
- 1) на зависимости суммы мезиодистальных размеров 4-х нижних резцов и ширины зубного ряда в переднем и заднем отделах;
  - 2) на зависимости суммы мезиодистальных размеров верхних резцов и ширины зубных рядов;
  - 3) на пропорциональности размеров 4-х верхних и 4-х нижних резцов.
142. Размеры зубных рядов по методу Пона изучаются:
- 1) в сагиттальном направлении;
  - 2) сагиттальном и вертикальном направлениях;
  - 3) в трансверзальном направлении.
143. Метод Коркгауза основан:
- 1) на пропорциональности трансверзальных и сагиттальных размеров зубов;
  - 2) зависимости суммы мезиодистальных размеров 4-х верхних резцов и длины переднего отдела зубного ряда;
  - 3) отношения длины и ширины зубных рядов.
144. Данные; полученные при измерении контрольно-диагностических гипсовых моделей челюстей по методу Герлаха; свидетельствуют:
- 1) об изменении ширины и длины зубных рядов;
  - 2) о соотношении размеров боковых сегментов зубных рядов;
  - 3) о соотношении передних и боковых отделов зубных рядов.
145. Методика Хауса позволяет определить:
- 1) форму зубных рядов;
  - 2) степень развития апикального базиса;
  - 3) размеры сегментов зубных рядов.
146. Для определения нарушения формы зубных рядов используют методики:
- 1) Пона;
  - 2) Коркгауза;
  - 3) Хауля—Гербера—Гербста.
147. Диаграмма Хауля—Гербера—Гербста позволяет определить:
- 1) размеры зубных рядов;
  - 2) должную форму зубных рядов;
  - 3) размеры сегментов зубных рядов.
148. Для выявления морфологических изменений лица при аномалиях прикуса необходимо провести:
- 1) клиническое обследование больного;

- 2) антропометрические измерения контрольно-диагностических гипсовых моделей челюстей и внешний осмотр;
- 3) клиническое и параклиническое обследование;
- 4) рентгенологические и функциональные исследования.

149. Используя методику Коркгауза; возможно определить:

- 1) длину переднего отрезка зубного ряда;
- 2) ширину верхнего зубного ряда;
- 3) ширину нижнего зубного ряда.

150. Наиболее полное представление о размерах челюстей дает следующий метод диагностики:

- 1) антропометрическое изучение строения лица больного;
- 2) фотограмметрический;
- 3) ортопантомография;
- 4) боковая телерентгенограмма.

151. На ортопантомограмме получают развернутое рентгеновское изображение челюсти:

- 1) верхней;
- 2) верхней и нижней;
- 3) нижней.

152. При лечении зубочелюстных аномалий применяют следующие методы миогимнастики:

- 1) упражнения статического и динамического характеров;
- 2) статическое выдвижение нижней челюсти;
- 3) динамическое выдвижение нижней челюсти.

153. Метод диагностики; позволяющий судить о симметричности развития правой и левой половин нижней челюсти; — это:

- 1) панорамная рентгенография;
- 2) боковая ТРГ;
- 3) томограмма ВНЧС;
- 4) фасная ТРГ и ортопантомограмма;
- 5) ортопантомограмма;
- 6) осмотр;
- 7) 4+5+6

154. Изменение длины переднего отрезка зубного ряда свидетельствует:

- 1) о протрузии или ретрузии резцов;
- 2) микродентии;
- 3) его нормальной форме;
- 4) макродентии.

155. Уменьшение длины переднего отрезка зубного ряда свидетельствует о:

- 1) протрузии резцов;
- 2) его нормальной форме;
- 3) ретрузии резцов;
- 4) микродентии.

156. Сужение зубных рядов позволяет определить метод:

- 1) Пона;
- 2) Тонна;
- 3) Коркгауза;

4) Герлаха.

157. Изменения формы и размера зубных рядов позволяет определить метод:

- 1) Хауса—Снагиной;
- 2) Герлаха;
- 3) Хаулея—Гербера—Гербста;
- 4) Корггауза.

158. Симметричность сегментов зубных рядов определяют методом:

- 1) Пона;
- 2) Герлаха;
- 3) Корггауза
- 4) Тона.

159. Диагноз транспозиции позволяет поставить метод обследования:

- 1) антропометрический;
- 2) функциональный;
- 3) биометрический анализ;
- 4) осмотр полости рта.

160. Наиболее важным при анализе телерентгенограмм является:

- 1) анализ лицевого скелета (краниометрия);
- 2) анализ гнатической части лицевого скелета (гнатометрия);
- 3) анализ мягких тканей лица (профилометрия);
- 4) планиметрический анализ лица;
- 5) 1+3+4;
- 6) 1+2+3+4.

161. В трансверзальной плоскости определяют следующие нарушения зубных рядов:

- 1) сужение и расширение;
- 2) укорочение и удлинение;
- 3) зубоальвеолярное удлинение;
- 4) зубоальвеолярное укорочение.

162. Перечислите методы обязательного обследования взрослых пациентов с аномалией прикуса.

- 1) опрос; осмотр;
- 2) анализ контрольно-диагностических моделей;
- 3) панорамная рентгенография;
- 4) ТРГ;
- 5) реопародонтография;
- 6) томография ВНЧС;
- 7) электромиография;
- 8) 1+2+3+4;
- 9) 1+2+3+4+5+6+7.

163. Для постановки патогенетического диагноза у пациента с аномалией прикуса необходимо обязательно провести такой параклинический метод обследования; как :

- 1) ортопантомографию;
- 2) ТРГ;
- 3) прицельные дентальные снимки;
- 4) анализ контрольно-диагностических моделей.

5) 1+2+4

6) 2+3+4

164. Назовите анатомический ориентир в черепе человека; относительно которого оценивается положение челюстей:

1) ветвь нижней челюсти;

2) подбородок;

3) основание черепа;

4) турецкое седло.

165. Клиническими формами аномалий прикуса; отнесенными в классификации ВОЗ к разделу «Аномалии величины челюстей» являются:

1) верхняя прогнатия;

2) нижняя макрогнатия

3) верхняя ретрогнатия

4) верхняя микрогнатия;

5) 1+3;

6) 2+4.

166. Показаниями к рентгенографии ВНЧС у взрослых с аномалиями прикуса являются:

1) необходимо всегда проводить этот метод обследования;

2) жалобы на боль или дискомфорт в суставе;

3) обнаружение изменений в суставе в ходе клинического обследования;

4) диагностика дистального смещения нижней челюсти;

5) контроль соотношения элементов сустава при реконструкции межальвеолярной высоты;

6) контроль результатов лечения; связанного с перемещением нижней челюсти;

7) 1+2+3+4+5+6;

8) 2+3+4+5+6.

167. У взрослых с аномалией прикуса используются следующие методы измерений контрольно-диагностических гипсовых моделей:

1) метод Слабковской;

2) метод Долгополовой;

3) метод Пона;

4) метод Снагиной )

5) метод Корггауза

6) 1+2+3+4+5;

7) 1+3+4+5.

168. Какой метод диагностики позволяет дифференцировать аномалии величины и положения челюстей в черепе?

1) ортопантомография;

2) боковая телерентгенограмма;

3) передняя телерентгенограмма;

4) изучение диагностических моделей челюстей;

5) 1+2+3+4.

169. Если при изучении боковой телерентгенограммы обнаружено увеличение межапикального угла (ss-n-spm); то это может свидетельствовать:

1) о верхней микрогнатии и нижней макрогнатии;

2) о верхней ретрогнатии и нижней прогнатии;

- 3) о нижней прогнатии;
- 4) о верхней макро- и прогнатии; нижней микро- и ретрогнатии.

### 6.3. Материаловедение

170. Стоматологические материалы подразделяются на:

- 1) основные; вспомогательные; клинические;
- 2) основные; вспомогательные; эстетические;
- 3) клинические; технические; вспомогательные;
- 4) клинические; технические; оттисковые.

171. Клинические материалы используются:

- 1) врачом на клиническом приеме;
- 2) зубным техником для создания протеза или аппарата.

172. К физическим свойствам материала относятся:

- 1) температура кипения;
- 2) теплопроводность;
- 3) поверхностное напряжение;
- 4) плотность;
- 5) 1 + 2 + 3 + 4.

173. Понятия «прочность; твердость; упругость; вязкость; пластичность» относят:

- 1) к химическим свойствам материала;
- 2) к механическим свойствам материала;
- 3) к физическим свойствам материала.

174. Являются ли синонимами понятия «пластичность» и «эластичность»:

- 1) да;
- 2) нет.

175. Вязкость – это:

- 1) способность газов и жидкостей оказывать сопротивление действию внешних сил; вызывающих их течение;
- 2) способность материала прилипать к рукам.

176. В характеристику химических свойств металлов и сплавов входят такие понятия; как:

- 1) коррозионная стойкость;
- 2) окисляемость;
- 3) растворимость;
- 4) цветостойкость;
- 5) 1 + 2 + 3;
- 6) 1 + 2 + 3 + 4.

177. Стоматологический материал может оказывать на организм следующее действие:

- 1) механическое;
- 2) токсическое;
- 3) аллергическое;
- 4) термоизолирующее;
- 5) 1 + 2 + 3 + 4.

178. Токсическое действие основного стоматологического материала на организм может быть:

- 1) непосредственным;
- 2) опосредованным;
- 3) и тем; и другим.

179. Главным токсикогенным фактором акриловой пластмассы является наличие в ее составе:

- 1) пластификаторов;
- 2) стабилизаторов;
- 3) красителей;
- 4) мономера;
- 6) консервантов.

180. Основной стоматологический материал должен быть:

- 1) безопасным для организма;
- 2) достаточно прочным;
- 3) эстетичным;
- 4) технологичным;
- 5) 1+2+3+4.

181. Оттисковые материалы условно делят на:

- 1) твердые и эластические;
- 2) кристаллизирующиеся и термопластические;
- 3) эластические; термопластические и твердые (кристаллизирующиеся).

182. Гипс относится к материалам:

- 1) твердым оттискным;
- 2) моделировочным;
- 3) вспомогательным;
- 4) 2+3.

183. Супергипс получают путем:

- 1) нагревания двухводного гипса под давлением 1;3 атм.;
- 2) добавления соли при замешивании;
- 3) замешивания гипса в горячей воде.

184. Верно ли утверждение; что чем быстрее твердеет гипс; тем больше прочность полученной модели?

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) зависит от вида гипса.

185. Цинкоксидэвгеноловые пасты применяют для:

- 1) получения анатомических оттисков;
- 2) получения функциональных оттисков;
- 3) временной фиксации несъемных протезов;
- 4) 1+2+3;
- 5) 3.

186. Эластические оттисковые материалы делят на:

- 1) гипс; альгинатные; силиконовые;
- 2) альгинатные; термопластические; силиконовые;
- 3) альгинатные; полисульфидные; полиэфирные; силиконовые.



187. После получения оттиска альгинатным оттискным материалом необходимо:
- 1) позвать зубного техника;
  - 2) проверить качество оттиска;
  - 3) положить оттиск в воду;
  - 4) провести дезинфекцию оттиска;
  - 5) без промедления отлить гипсовую модель;
  - 6) 1+3;
  - 7) 2 + 4+ 5.
188. Выделяют силиконовые материалы со следующими типами химических реакций:
- 1) кристаллизации;
  - 2) поликонденсации;
  - 3) полимеризации;
  - 4) 1+2+3;
  - 5) 2+3.
189. При замешивании силиконовой массы руками в латексных перчатках паста долго не затвердевала; потому что:
- 1) истек срок годности материала;
  - 2) сера из перчаток снизила активность платиносодержащего катализатора.
190. При протезировании металлокерамическими протезами для получения оттиска целесообразно применить:
- 1) гипс;
  - 2) альгинатный материал;
  - 3) силиконовый материал с использованием методики двойного оттиска;
  - 4) любой оттискной материал.
191. Двуокись свинца входит в состав катализаторной пасты оттискных материалов из группы
- 1) альгинатных;
  - 2) силиконовых;
  - 3) тиоколовых;
  - 4) кристаллизирующихся.
192. Термопластические оттискные материалы применяют для:
- 1) получения функциональных оттисков;
  - 2) окантовки краев индивидуальной ложки;
  - 3) получения вспомогательных оттисков;
  - 4) 2+3.
193. Для получения функционального оттиска с беззубых челюстей применяют:
- 1) стандартные ложки;
  - 2) перфорированные ложки;
  - 3) индивидуальные ложки.
194. По степени давления на ткани протезного ложа оттиски считаются:
- 1) анатомическими;
  - 2) компрессионными;
  - 3) разгружающими;
  - 4) 1+2+3;
  - 5) 2+3.

195. Все металлы принято делить на :

- 1) черные;
- 2) белые;
- 3) цветные;
- 4) 1+2+3;
- 5) 1+2;
- 6) 1+3.

196. К благородным металлам относят:

- 1) золото;
- 2) алюминий;
- 3) серебро;
- 4) палладий;
- 5) платину;
- 6) свинец;
- 7) 1+2+3+4+5;
- 8) 1+4+5.

197. К драгоценным металлам относят:

- 1) золото;
- 2) алюминий;
- 3) серебро;
- 4) палладий;
- 5) платину;
- 6) свинец;
- 7) 1+2+3+4+5;
- 8) 1+3+4+5.

198. В ортопедической стоматологии применяются следующие сплавы золота:

- 1) 900-й пробы;
- 2) 750-й пробы;
- 3) 1000-й пробы;
- 4) 583-й пробы;
- 5) 1+3;
- 6) 2+4;
- 7) 1+2.

199. Для искусственных коронок используют сплав золота:

- 1) 1000-й пробы;
- 2) 900-й пробы;
- 3) 583-й пробы.

200. Процесс отделения золота от примесей называется:

- 1) прокаткой;
- 2) аффинажем;
- 3) волочением.

201. Чистое золото в стоматологии не применяется по причине его:

- 1) дороговизны;
- 2) мягкости;
- 3) дефицита.

202. Процесс придания дополнительных свойств металлам путем введения других металлов (элементов) называется:
- 1) закалкой;
  - 2) легированием;
  - 3) аффинажем;
  - 4) фрезерованием.
203. Золотоплатиновый сплав применяется для создания:
- 1) каркасов дуговых и имплантационных протезов и кламмеров;
  - 2) искусственных коронок;
  - 3) припоя.
204. Ограниченное применение серебряно-палладиевых сплавов обусловлено:
- 1) подверженностью сплава коррозии;
  - 2) трудоемкостью технологического процесса;
  - 3) не эстетичностью;
  - 4) 1+3
205. Припой должен иметь температуру плавления:
- 1) выше; чем у сплава металлов;
  - 2) ниже; чем у спаиваемых металлических деталей;
  - 3) равную таковой у сплава металлов.
206. Примерный состав припоя 750-й пробы (в % по массе):
- 1) золото-72; серебро-8; медь-13; кадмий-7;
  - 2) золото-80; медь-13; латунь-7;
  - 3) золото-75; серебро-5; медь-13; кадмий –5; латунь-2.
207. Если температура плавления сплава превышает 1500 °С; то такой сплав относится к:
- 1) легкоплавким;
  - 2) тугоплавким;
  - 3) среднеплавким
208. Добавление никеля в нержавеющую сталь повышает:
- 1) коррозионную стойкость сплава;
  - 2) пластичность сплава;
  - 3) однородность сплава металла.
209. Все хромоникелевые сплавы для ортопедической стоматологии должны содержать:
- 1) не более 1% углерода и не менее 25 % хрома;
  - 2) не менее 0,1% углерода и не менее 18% хрома.
210. Механические свойства нержавеющих сталей характеризуются:
- 1) высокой прочностью;
  - 2) высокой текучестью;
  - 3) высокой пластичностью;
  - 4) низкой прочностью.
211. Припои для соединения элементов каркаса протеза из нержавеющей стали:
- 1) серебряно-палладиевые;
  - 2) платиново-золотые;
  - 3) серебряно-кадмиевые.

212. Суммарное содержание кобальта; хрома и никеля в КХС должно быть не менее:
- 1) 75%;
  - 2) 90%;
  - 3) 85%.
213. Возможно ли улучшить механические и литейные качества кобальтохромового сплава (КХС); если повысить содержание хрома с 30% до 50%?
- 1) да;
  - 2) нет;
  - 3) содержание хрома ни на что не влияет.
214. Содержат ли никелехромовые сплавы углерод:
- 1) да; но не более 5%;
  - 2) нет;
  - 3) да; но не более 1%.
215. Для каркаса металлокерамических протезов применяют:
- 1) никелехромовый сплав;
  - 2) кобальтохромовый сплав;
  - 3) хромоникелевую сталь;
  - 4) золото-палладиевый сплав;
  - 5) 1+2+4;
  - 6) 1+2+3;
  - 7) 2+3.
216. Сплавы титана различных марок применяются для создания:
- 1) штампованных коронок и базисов;
  - 2) каркасов литых съемных и несъемных конструкций протезов;
  - 3) имплантатов;
  - 4) 1+2+3.
217. Легкоплавкие сплавы относятся:
- 1) к вспомогательным материалам;
  - 2) к основным материалам;
  - 3) к клиническим материалам.
218. В состав легкоплавкого сплава Меллота входят:
- 1) висмут;
  - 2) свинец;
  - 3) олово;
  - 4) кадмий;
  - 5) 1+2+3.
219. Легкоплавкие сплавы в ортопедической стоматологии применяют для:
- 1) получения коронок;
  - 2) изготовления штампов;
  - 3) спаивания деталей.
220. К важнейшим свойствам; которыми обладают легкоплавкие сплавы; относят их:
- 1) легкоплавкость;
  - 2) твердость;

- 3) минимальную усадку;
- 4) антикоррозионную стойкость;
- 5) 1+2+3+4;
- 6) 1+2+3.

221. Метилвый эфир метакриловой кислоты является результатом химических превращений:

- 1) формальдегида;
- 2) ацетона;
- 3) ацетальдегида.

222. При повышении температуры процесс полимеризации:

- 1) ускоряется;
- 2) замедляется;
- 3) не изменяется.

223. Для придания полимеру свойств пластичности в его состав вводят:

- 1) наполнители;
- 2) пластификаторы;
- 3) красители;
- 4) консерванты;
- 5) ароматизаторы;
- 6) ингибиторы.

224. Отрицательным свойством полимера является:

- 1) пластичность;
- 2) водопоглощение;
- 3) ударопрочность.

225. Полимеры возможно получить реакцией:

- 1) полимеризации;
- 2) поликонденсации;
- 3) 1 + 2.

226. Больше недостатков при замене воска на базисную пластмассу имеет метод:

- 1) компрессионного прессования;
- 2) инжекционно-литьевого прессования.

227. При нарушении режима полимеризации базисной пластмассы возникает пористость:

- 1) газовая;
- 2) термореактивная;
- 3) гранулярная;
- 4) сжатия;
- 5) 1+2+3+4;
- 6) 1+3+4.

228. Как правило; содержание остаточного мономера в быстротвердеющей пластмассе после полимеризации составляет:

- 1) 3-5%;
- 2) 1 %;
- 3) 0;2-0;5%.

229. Базисные пластмассы при правильном режиме полимеризации содержат:

- 1) 1 % остаточного мономера;
- 2) 3-5% остаточного мономера;
- 3) 0;2-0;5% остаточного мономера.

230. Для облицовки каркасов несъемных протезов используется пластмасса:

- 1) фторакс;
- 2) моллопласт –Б;
- 3) синма –М.

231. Применение двойного базиса съемного протеза целесообразно при:

- 1) наличии острых костных выступов;
- 2) выраженной атрофии тела нижней челюсти;
- 3) неудовлетворительной фиксации протеза нижней челюсти;
- 4) проявлениях токсико-аллергического стоматита; вызванного базисным материалом;
- 5) 1+2+3+4.

232. Создание эластичной подкладки на базисе съемного протеза возможно при:

- 1) одновременной паковке эластичной и базисной пластмассы в гипсовую пресс-форму кюветы;
- 2) нанесении мягкой подкладки на базис готового протеза;
- 3) 1+2

233. Композиционные материалы химического отверждения дают усадку:

- 1) по направлению к центру;
- 2) от центра к поверхностным слоям.

234. Реакция полимеризации химически отверждаемых компомеров носит:

- 1) экзотермический характер;
- 2) эндотермический характер.

235. Связь акриловой полимерной облицовки с металлическим каркасом протеза обеспечивается за счет:

- 1) механического сцепления;
- 2) физико-химического соединения;
- 3) комбинированным способом;
- 4) 1+2+3.

236. Керомеры (керамикой оптимизированные полимеры) относят:

- 1) к фарфору;
- 2) к сплавам;
- 3) к самостоятельной группе материалов.

237. Прозрачность фарфора при увеличении содержания каолина:

- 1) повышается;
- 2) снижается;
- 3) не изменяется.

238. Фарфор с температурой обжига в диапазоне 870-1065 °С относится к группе:

- 1) тугоплавких фарфоров;
- 2) среднеплавких фарфоров;
- 3) низкоплавких фарфоров.

239. Основанием для одиночной фарфоровой коронки служит:
- 1) колпачок из КХС;
  - 2) платиновый колпачок;
  - 3) фарфор не требует основы;
  - 4) колпачок из нержавеющей стали.
  - 5) каркас из диоксида циркония;
  - 6) 2+5
240. Фарфоровая облицовка прочно фиксируется на металлическом каркасе.
- 1) после пескоструйной и пароструйной его обработки;
  - 2) после нанесения грунта и адгезива;
  - 3) без проведения обработки каркаса.
241. Основной недостаток диоксида циркония:
- 1) низкая прочность;
  - 2) химическая нестойкость;
  - 3) одноцветность массы.
242. Исключите лишнее из классификации восковых композиций:
- 1) базисный воск;
  - 2) бюгельный воск;
  - 3) постановочный воск;
  - 4) моделировочный воск;
  - 5) профильный воск;
  - 6) липкий воск.
  - 7) пчелиный воск
243. Для моделирования коронок; облицовок; штифтовых зубов целесообразно применить:
- 1) липкий воск;
  - 2) базисный воск;
  - 3) моделировочный воск;
  - 4) профильный воск.
244. При дублировании модели челюсти используют:
- 1) гидроколлоидный материал;
  - 2) стомальгин;
  - 3) воск;
  - 4) силиконовый материал;
  - 5) 1+4;
  - 6) 2 + 3.
245. В стоматологии в качестве формовочных материалов используются:
- 1) гипсовые массы;
  - 2) фосфатные массы;
  - 3) силикатные массы;
  - 4) 1+2+3.
246. Какой из ниже перечисленных абразивов не относится к полировочным?
- 1) окись железа;
  - 2) мел;
  - 3) окись хрома;
  - 4) пемза;
  - 5) паста ГОИ.

247. Для временной фиксации несъемных конструкций протезов используют:

- 1) цинкоксидэвгеноловые цементы;
- 2) цинк-силикатнофосфатные цементы;
- 3) цементы на основе полимеров.

248. Альгинатную массу применяют для получения оттисков при протезировании:

- 1) литыми коронками;
- 2) фарфоровыми коронками;
- 3) пластмассовыми коронками;
- 4) металлокерамическими коронками;
- 5) металлопластмассовыми коронками;
- 6) частичными съёмными протезами;
- 7). 1+3+5+6.

249. Гипсовая модель челюсти по альгинатным оттискам должна быть получена не позднее:

- 1) 2-3 мин;
- 2) 15 мин;
- 3) 60 мин;
- 4) 24 час.

250. Для получения функциональных оттисков используют материалы:

- 1) полиэфирные;
- 2) альгинатные;
- 3) силиконовые;
- 4) гидроколлоидные;
- 5) цинкоксидэвгеноловые;
- 6) 1+3;
- 7) 3+5;
- 8). 1+2 + 3+5.

251. К силиконовым оттискным материалам относятся:

- 1) стомальгин;
- 2) репин;
- 3) спидекс;
- 4) стенс;
- 5) гипс.

252. Для двойного оттиска используются материалы:

- 1) твердые;
- 2) силиконовые;
- 3) альгинатные;
- 4) термопластические.
- 5) полиэфирные
- 6) 2+5

253. Для получения рабочих моделей челюстей используют:

- 1) супергипс;
- 2) обычный гипс;
- 3) огнеупорную массу;
- 4) 1+2;
- 5) 1+2+3.



254. Для получения оттисков при непосредственном протезировании применяют:

- 1) силиконовые массы;
- 2) термопластические массы;
- 3) гипс;
- 4) альгинатные массы.

255. Материал для реставрации съемных протезов:

- 1) эладент-100;
- 2) протакрил-М;
- 3) фарфоровая масса;
- 4) синма М.

#### *6.4. Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий*

256. Зубочелюстные аномалии — это

- 1) деформация окклюзионной поверхности зубных рядов; связанная с потерей зубов;
- 2) частичная потеря зубов;
- 3) нарушение развития формы и функции зубочелюстной системы;
- 4) нарушение формы и функции зубочелюстной системы; обусловленное патологическими процессами;
- 5) 1+2+4.

257. Деформация зубных рядов — это:

- 1) нарушение формы и функции зубочелюстной системы; обусловленное патологическими процессами после ее формирования;
- 2) нарушение развития формы и функции зубочелюстной системы.

258. Порядок прорезывания молочных зубов:

- 1) I - II - III - IV - V;
- 2) I - II - IV - III - V;
- 3) II - I - III - IV - V.

259. Зубные ряды в прикусе молочных зубов имеют форму:

- 1) полуэллипса;
- 2) полукруга;
- 3) параболы'.

260. Дистальные поверхности вторых молочных моляров трехлетнего ребенка в норме располагаются:

- 1) в одной плоскости;
- 2) с мезиальной ступенью;
- 3) с дистальной ступенью.

261. Передние зубы трехлетнего ребенка в норме располагаются:

- 1) с тремами;
- 2) без трем;
- 3) только с диастемой.

262. Щечные бугорки нижних молочных моляров трехлетнего ребенка располагаются:

- 1) вестибулярнее щечных бугорков верхних моляров;
- 2) на одном уровне со щечными бугорками верхних моляров;
- 3) в продольной фиссуре верхних моляров.

263. Небные бугорки верхних молочных моляров трехлетнего ребенка располагаются:
- 1) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров;
  - 2) в продольной фиссуре нижних моляров;
  - 3) вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров.
264. Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные продолжается:
- 1) от 6 до 8 лет;
  - 2) от 4 до 6 лет;
  - 3) от 3 до 4 лет.
265. Активный рост челюстей ребенка в период подготовки к смене зубов происходит:
- 1) в переднем отделе;
  - 2) в позадиомолярной области;
  - 3) в позадиомолярной области и в переднем отделе.
266. Наличие трем между зубами в переднем отделе зубных рядов шестилетнего ребенка:
- 1) признак аномалии;
  - 2) признак нормального развития;
  - 3) не имеет диагностического значения.
267. Физиологическая стираемость молочных зубов пятилетнего ребенка в норме происходит:
- 1) в переднем отделе;
  - 2) в боковых отделах;
  - 3) в переднем и боковых отделах.
268. Дистальные поверхности вторых молочных моляров шестилетнего ребенка располагаются:
1. в одной вертикальной плоскости;
  2. с мезиальной ступенькой;
  3. с дистальной ступенькой.
269. 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.
270. 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 - 11-10 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 лет; 6 - 11-13 лет.
271. Вредная привычка сосания пальцев приводит к гипертонии мускулатуры и способствует:
- 1) сужению зубных рядов;
  - 2) развитию парафункции жевательных мышц;
  - 3) расширению зубных рядов;
  - 4) развитию глоссита.
272. При неправильном искусственном вскармливании наблюдается:
- 1) микроглоссия или макроглоссия; ротовое дыхание;
  - 2) удлинение нижней челюсти;
  - 3) задержка горизонтального роста нижней челюсти.

273. К зубочелюстным аномалиям относятся:
- 1) частичная потеря зубов;
  - 2) адентия; макродентия;
  - 3) деформация окклюзионной поверхности зубных рядов.
274. Привычка спать на спине с запрокинутой головой приводит:
- 1) к нарушению положения зубов;
  - 2) нарушению прорезывания зубов;
  - 3) задержке роста нижней челюсти.
275. Постоянный сон на одном боку с подложенной под щеку рукой приводит:
- 1) к равномерному сужению зубных рядов;
  - 2) равномерному расширению зубных рядов;
  - 3) одностороннему сужению зубных рядов и смещению нижней челюсти в сторону.
276. Правильное положение кончика языка во время глотания:
- 1) между передними зубами;
  - 2) между боковыми зубами;
  - 3) в области небной поверхности верхних передних зубов.
277. Широкая уздечка верхней губы и ее низкое прикрепление может привести:
- 1) к укорочению верхнего зубного ряда;
  - 2) к сужению верхнего зубного ряда;
  - 3) к диастеме.
278. Короткая уздечка языка может привести:
- 1) к укорочению верхнего зубного ряда;
  - 2) к укорочению нижнего зубного ряда;
  - 3) к расширению верхнего зубного ряда;
  - 4) к расширению нижнего зубного ряда.
279. При длительном ротовом дыхании появляется вредная привычка:
- 1) расположение языка между зубами;
  - 2) сосание большого пальца;
  - 3) сосание верхней губы.
280. Вредная привычка прокладывания языка между зубами приводит:
- 1) к расширению верхнего зубного ряда;
  - 2) неполному прорезыванию передних зубов;
  - 3) сужению нижнего зубного ряда;
  - 4) 1+2;
  - 5) 1 +2 +3.
281. Мезиальному прикусу; обусловленному смещением нижней челюсти вперед; может способствовать:
- 1) ротовое дыхание;
  - 2) сосание нижней губы;
  - 3) запрокинутая голова во время сна;
  - 4) макроглоссия.
282. Нижний центральный резец имеет в норме на верхней челюсти:

- 1) один антагонист;
- 2) два антагониста;
- 3) три антагониста.

283. Резцы нижней челюсти в норме контактируют с резцами верхней челюсти:

- 1) язычной поверхностью;
- 2) режущим краем;
- 3) вестибулярной поверхностью.

284. Передний щечный бугорок первого моляра верхней челюсти в норме контактирует с:

- 1) задним щечным бугорком нижнего первого моляра;
- 2) поперечной фиссурой нижнего первого моляра;
- 3) контактной точкой между нижним первым моляром и вторым премоляром.

285. Рвущий бугорок верхнего клыка в норме располагается:

- 1) между нижним клыком и первым премоляром;
- 2) на уровне бугорка нижнего клыка;
- 3) между нижним клыком и вторым резцом.

286. Зубные ряды в молочном прикусе имеют форму:

- 1) параболы;
- 2) полуэллипса;
- 3) полукруга;
- 4) квадрата;
- 5) полуэллипса на верхней челюсти и параболы — на нижней.

287. В норме верхние боковые зубы небными бугорками контактируют:

- 1) с язычными бугорками нижних боковых зубов;
- 2) щечными бугорками нижних боковых зубов;
- 3) продольными фиссурами нижних боковых зубов.

288. В норме нижние боковые зубы щечными бугорками контактируют:

- 1) с щечными бугорками верхних боковых зубов;
- 2) небными бугорками верхних боковых зубов;
- 3) с продольными фиссурами верхних боковых зубов.

289. В норме каждый зуб верхней челюсти смыкается:

- 1) с одноименным зубом;
- 2) одноименным и позадистоящим зубом нижней челюсти;
- 3) одноименным и впередистоящим зубом нижней челюсти.

290. В норме нижние центральные резцы имеют:

- 1) по одному антагонисту на верхней челюсти;
- 2) два антагониста на верхней челюсти.

291. В норме каждый зуб нижней челюсти смыкается:

- 1) с одноименным зубом;
- 2) одноименным и впередистоящим зубом верхней челюсти;
- 3) одноименным и позадистоящим зубом верхней челюсти.

292. В норме верхние зубы мудрости:

- 1) имеют по два антагониста на нижней челюсти;

- 2) имеют по одному антагонисту на нижней челюсти;
- 3) не имеют антагонистов.

293. В норме глубина резцового перекрытия не превышает:

- 1) 1/3 высоты коронок нижних резцов;
- 2) 1/2 высоты коронок нижних резцов;
- 3) 2/3 высоты коронок нижних резцов.

294. В норме резцы верхней челюсти с резцами нижней челюсти контактируют:

- 1) небной поверхностью;
- 2) режущим краем;
- 3) вестибулярной поверхностью;
- 4) не контактируют.

295. В норме резцы нижней челюсти с резцами верхней челюсти контактируют:

- 1) режущим краем;
- 2) язычной поверхностью;
- 3) вестибулярной поверхностью;
- 4) не контактируют.

296. Зубная дуга верхней челюсти:

- 1) больше альвеолярной дуги;
- 2) меньше альвеолярной дуги;
- 3) равна альвеолярной дуге.

297. Базальная дуга верхней челюсти:

- 1) меньше альвеолярной дуги;
- 2) больше альвеолярной дуги;
- 3) равна альвеолярной дуге.

298. Зубная дуга нижней челюсти:

- 1) меньше альвеолярной дуги;
- 2) больше альвеолярной дуги;
- 3) равна альвеолярной дуге.

299. Базальная дуга нижней челюсти:

- 1) меньше альвеолярной дуги;
- 2) больше альвеолярной дуги;
- 3) равна альвеолярной дуге.

### *6.5. Классификация зубочелюстных аномалий*

300. По глубине распространения аномалии делятся:

- 1) на изолированные;
- 2) на сочетанные;
- 3) на комбинированные;
- 4) 1+2+3.

301. В постоянном прикусе зубные ряды имеют форму:

- 1) полукруглую;

- 2) квадратную;
- 3) треугольную;
- 4) верхнего — полуэллипса; нижнего — параболы;
- 5) трапецевидную;
- 6) прямоугольную.

302. У современного человека наиболее оптимальным видом прикуса является:

- 1) прямой;
- 2) дистальный;
- 3) ортогнатический;
- 4) мезиальный.

303. К переходным (пограничным) видам прикуса относятся:

- 1) мезиальный;
- 2) дистальный;
- 3) прямой;
- 4) ортогнатический прикус с протрузией передних зубов;
- 5) ортогнатический прикус с ретрузией передних зубов;
- 6) ортогнатический прикус с глубоким резцовым перекрытием;
- 7) 3+4+5+6;
- 8) 1+2+4+5.

304. Для взрослых в центральной окклюзии характерны следующие признаки смыкания зубов:

- 1) каждый зуб вступает в контакт с двумя антагонистами; за исключением верхних зубов мудрости и нижних центральных резцов;
- 2) каждый верхний зуб смыкается с одноименным нижним и позадистоящим зубом;
- 3) каждый зуб имеет одного антагониста;
- 4) зубы смыкаются по II классу Энгля;
- 5) зубы смыкаются по III классу Энгля;
- 6) 1+2;
- 7) 1+2+4+5.

305. К аномальным видам прикуса относятся:

- 1) прямой;
- 2) глубокий;
- 3) глубокое резцовое перекрытие;
- 4) дистальный;
- 5) мезиальный;
- 6) перекрестный;
- 7) открытый;
- 8) 2+4+5+6+7;
- 9) 1+3+6.

306. В основу своей классификации Энгл положил взаимоотношение:

- 1) первых постоянных моляров верхней и нижней челюсти;
- 2) вторых постоянных моляров верхней и нижней челюсти;
- 3) передних зубов;
- 4) клыков.

307. На основании соотношения первых моляров Энгл разделил аномалии прикуса на три класса:

- 1) I класс — нормальное соотношение моляров в сагиттальной плоскости; II класс — нарушение смыкания моляров в сагиттальной плоскости; III класс — нарушение смыкания моляров в трансверзальной плоскости;
- 2) I класс — нормальное соотношение первых моляров в сагиттальной плоскости (мезиальный щечный бугорок первого верхнего моляра ложится в межбугорковую борозду нижнего первого моляра); II класс — нарушение смыкания первых моляров в сагиттальной плоскости (мезиальный щечный бугорок первого верхнего моляра смыкается с одноименным бугорком нижнего первого моляра или расположен между нижним вторым премоляром и первым моляром);
  - 1-й подкласс — передние верхние зубы наклонены вперед и расположены веерообразно;
  - 2-й подкласс — передние верхние зубы наклонены назад и осложнены глубоким прикусом;
 III класс — нарушение смыкания первых моляров в сагиттальной плоскости (мезиальный щечный бугор первого верхнего моляра располагается позади межбугорковой борозды нижнего первого моляра);
- 3) I класс — нормальное соотношение моляров в сагиттальной плоскости; II класс — нарушение смыкания первых моляров в сагиттальной плоскости (мезиальный щечный бугорок верхнего первого моляра расположен позади межбугорковой борозды нижнего первого моляра); III класс — нарушение смыкания первых моляров в сагиттальной плоскости (мезиальный щечный бугорок верхнего первого моляра смыкается с одноименным бугром нижнего первого моляра или расположен между нижним вторым премоляром и первым моляром).

308. Нормальным прикусом является:

- 1) прямой;
- 2) мезиальный;
- 3) ортогнатический;
- 4) дистальный;
- 5) глубокое резцовое перекрытие;
- 6) 1+3+5;
- 7) 2+4+5.

309. Гиперодетия возникает при:

- 1) наличии сверхкомплектных зубов;
- 2) отсутствии зачатков зубов;
- 3) ретенции зубов.

310. Гиподентия характеризуется:

- 1) наличием сверхкомплектных зубов;
- 2) отсутствием зачатков зубов;
- 3) ретенцией зубов.

311. Макродентия — это:

- 1) увеличение размеров зубов;
- 2) уменьшение размеров зубов;
- 3) уменьшение количества зубов;
- 4) увеличение количества зубов.

312. Микродентия — это:

- 1) увеличение размеров зубов;

- 2) уменьшение размеров зубов;
- 3) уменьшение количества зубов.

313. Тортоаномалия — это:

- 1) высокое положение зуба;
- 2) поворот зуба вокруг продольной оси;
- 3) вестибулярный наклон зуба;
- 4) уменьшение размеров зубов.

314. Ретенция зубов относится к аномалиям:

- 1) количества зубов;
- 2) сроков прорезывания зубов;
- 3) формирования зубов.

315. Персистентные зубы – это:

- 1) зубы; изменившие свое положение при прорезывании из-за препятствия со стороны соседнего зуба;
- 2) молочные зубы; остающиеся в постоянном сформированном зубном ряду позже нормальных сроков их смены;
- 3) Сверхкомплектные зубы.

316. Адентия относится к аномалиям:

- 1) количества зубов;
- 2) сроков прорезывания зубов;
- 3) структуры зубов;
- 4) формы зубов.

317. Импактные зубы – это:

- 1) зубы; изменившие свое положение при прорезывании из-за препятствия со стороны соседнего зуба;
- 2) молочные зубы; остающиеся в постоянном сформированном зубном ряду позже нормальных сроков их смены;
- 3) Сверхкомплектные зубы.

318. Супраокклюзия зуба – это положение его окклюзионной поверхности:

- 1) выше окклюзионной плоскости зубного ряда;
- 2) ниже окклюзионной плоскости зубного ряда;
- 3) на уровне окклюзионной плоскости зубного ряда;
- 3) вне зубной дуги.

319. Мезиальное положение зуба — это его смещение:

- 1) ближе к центру зубной дуги;
- 2) назад по зубной дуге;
- 3) в сторону сагиттальной плоскости.

320. Дистальное положение зуба — это его смещение:

- 1) ближе к центру зубной дуги;
- 2) дальше от дефекта зубной дуги;
- 3) в сторону сагиттальной плоскости.

321. Инфраокклюзия зуба — это положение его окклюзионной поверхности:

- 1) выше окклюзионной плоскости зубного ряда;



- 2) ниже окклюзионной плоскости зубного ряда;
- 3) на уровне окклюзионной плоскости зубного ряда;
- 3) вне зубной дуги.

322. «Ключ окклюзии» по Энгля — это характер смыкания:

- 1) первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей;
- 2) постоянных клыков верхней и нижней челюстей;
- 3) постоянных резцов верхней и нижней челюстей.

323. Аномалии первого и второго подклассов II класса Энгля различаются положением:

- 1) моляров;
- 2) клыков;
- 3) резцов.

324. Аномалии II класса Энгля характеризуется смещением:

- 1) нижней челюсти назад;
- 2) верхней челюсти назад;
- 3) нижней челюсти вперед.

325. Аномалии III класса Энгля характеризуется смещением:

- 1) нижней челюсти кзади;
- 2) верхней челюсти вперед;
- 3) нижней челюсти вперед.

326. Дистальный прикус соответствует:

- 1) I классу аномалий Энгля;
- 2) II классу аномалий Энгля;
- 3) III классу аномалий Энгля.

327. Мезиальный прикус соответствует:

- 1) I классу аномалий Энгля;
- 2) II классу аномалий Энгля;
- 3) III классу аномалий Энгля.

328. Нормальный и переходные формы прикуса соответствуют:

- 1) I классу аномалий Энгля;
- 2) II классу аномалий Энгля;
- 3) III классу аномалий Энгля.

329. Дистальный прикус характеризуется смещением боковых зубов:

- 1) нижней челюсти дорзально;
- 2) нижней челюсти вентрально;
- 3) верхней челюсти назад.

330. Мезиальный прикус характеризуется смещением боковых зубов:

- 1) нижней челюсти дорзально;
- 2) нижней челюсти вентрально;
- 3) верхней челюсти вперед.

331. Дистальный прикус это аномалия прикуса характеризующаяся:

- 1) дорзальным положением нижнего зубного ряда;
- 2) вентральным положением верхнего зубного ряда;

3) 1+2.

332. Мезиальный прикус это аномалия прикуса характеризующаяся:

- 1) вентральным положением нижнего зубного ряда;
- 2) дорзальным положением верхнего зубного ряда;
- 3) 1+2.

333. Вестибулоокклюзия характеризуется смещением:

- 1) нижних боковых зубов в вестибулярно;
- 2) нижних или верхних боковых зубов орально;
- 3) нижних боковых зубов орально;
- 4) контактом небной поверхности верхних боковых зубов с вестибулярной поверхностью нижних боковых зубов.
- 5) 1+4

334. Лингвоокклюзия — это смещение:

- 1) верхних боковых зубов орально;
- 2) нижних боковых зубов орально;
- 3) верхних боковых зубов в щечную сторону;
- 4) контактом вестибулярной поверхности верхних боковых зубов с язычной поверхностью нижних боковых зубов;
- 5) 1+4

335. Транспозицией зубов называют такое положение; когда зубы:

- 1) смещены дистально;
- 2) смещены мезиально;
- 3) меняются местами.

336. Макрогнатия — это:

- 1) увеличение размеров челюсти;
- 2) уменьшение размеров челюсти;
- 3) смещение челюсти вперед
- 4) увеличение размеров зубов.

337. Микрогнатия относится к аномалиям:

- 1) размера челюстей;
- 2) положения челюстей;
- 3) формы челюстей;
- 4) размеров зубов.

338. Прогнатия и ретрогнатия относятся к аномалиям:

- 1) размера челюстей;
- 2) положения челюстей;
- 3) формы челюстей.

339. Зубы Гетчинсона; Фурнье; Турнера; Пфлюгера относятся к аномалиям

- 1) размеров;
- 2) положения;
- 3) формы;
- 4) цвета.

340. Прогения — это:

- 1) мезиальное смещение нижней челюсти;
- 2) недоразвитие верхней челюсти при нормальной нижней;
- 3) чрезмерное развитие нижней челюсти;
- 4) уплощение переднего отдела верхней челюсти;
- 5) выступание подбородка вперед.

### 6.6. Лечение зубочелюстных аномалий. Ортодонтические лечебные и профилактические аппараты.

341. Ортодонтические аппараты делят на группы по:

- 1) их локализации;
- 2) принципу действия;
- 3) способу фиксации;
- 4) 1+2+3.

342. Ортодонтическими функциональными называются аппараты; источником силы в которых является:

- 1) сократительная способность жевательных и мимических мышц;
- 2) эластичность резиновой тяги;
- 3) упругая дуга;
- 4) винт.

343. Ортодонтическими механическими называются аппараты; источником силы в которых является:

- 1) упругая дуга;
- 2) пружины;
- 3) сокращение мышц;
- 4) эластичность резиновой тяги и лигатур;
- 5) винт;
- 6) 1+2+3+4;
- 7) 1+2+4+5.

344. Ортодонтическими аппаратами комбинированного действия называются аппараты, сочетающие:

- 1) упругую дугу и резиновую тягу;
- 2) винт и пружину;
- 3) качества функциональных и механических аппаратов.

345. К профилактическим ортодонтическим аппаратам относятся аппараты:

- 1) используемые для лечения зубочелюстных аномалий;
- 2) предупреждающие развитие деформаций зубных рядов и челюстей;
- 3) стабилизирующие достигнутые результаты лечения.

346. В ортодонтии лечебные аппараты используются:

- 1) для устранения вредных привычек;
- 2) нормализации носового дыхания;
- 3) исправления положения зубов; формы и размеров зубного ряда и нормализации соотношения последних;
- 4) расширение срединного небного шва
- 5) изменения положения нижней челюсти;
- 6) 3+4+5

347. В конструкцию функциональных аппаратов обязательно входят:
- 1) винт;
  - 2) резиновая тяга;
  - 4) наклонная плоскость; накусочная площадка; пелот.
348. В каппы Шварца и Бынина входит:
- 1) накусочная площадка;
  - 2) вестибулярная дуга;
  - 3) наклонная плоскость.
349. Фиксирующими элементами в съемных ортодонтических аппаратах являются:
- 1) пелоты;
  - 2) кламмеры;
  - 3) атачмены;
  - 4) телескопические коронки;
  - 5) 1+2.
350. К внеротовым ортодонтическим аппаратам относится:
- 1) лицевая дуга;
  - 2) подбородочная праща с головной шапочкой;
  - 3) аппарат Рудько.
  - 4) аппарат Делэра
  - 5) 1+2+3
  - 6) 1+2+4
351. Внеротовая резиновая тяга используется для:
- 1) тренировки мышц;
  - 2) введения дополнительного элемента аппарата (лицевая маска);
  - 3) увеличения силы действующего аппарата.
352. При лечении дистального прикуса резиновая тяга используется:
- 1) в трансверзальном направлении;
  - 2) в сагиттальном направлении;
  - 3) вертикальном направлении.
353. Аппараты; в конструкцию которых входят винты; пружины; лигатуры; называются аппаратами:
- 1) механического действия;
  - 2) функционального действия;
  - 3) комбинированного действия.
354. В пластиночном аппарате с вестибулярной дугой используются:
- 1) сила винта;
  - 2) сила резинового кольца;
  - 3) упругие свойства проволоки.
355. Аппарат Энгля состоит из:
- 1) лигатур и дуги;
  - 2) ортодонтических коронок на постоянных молярах, трубок, дуги, лигатур;
  - 3) ортодонтических коронок на постоянные моляры и трубок.
356. Дуга Энгля относится к аппаратам:
- 1) механического действия;

- 2) функционального действия;
- 3) комбинированного действия.

357. Опорными зубами в аппарате Энгля являются:

- 1) клыки;
- 2) моляры;
- 3) премоляры.

358. Скользящая дуга Энгля предназначена для:

- 1) расширения зубного ряда;
- 2) сужения зубного ряда;
- 3) укорочения зубного ряда.

359. В ортодонтическом аппарате вестибулярная дуга используется для:

- 1) расширения зубного ряда;
- 2) смещения нижней челюсти;
- 3) перемещения зубов в оральном направлении;
- 4) исправление протрузии передних зубов.
- 5) 3+4

360. Аппарат Андресена—Хойпля с винтом относится к аппаратам:

- 1) функциональным;
- 2) механическим;
- 3) комбинированным.

361. Регулятор функции Френкеля III типа используется для лечения:

- 1) дезокклюзии зубных рядов;
- 2) дистального прикуса;
- 3) мезиального прикуса.

362. Аппараты комбинированного действия содержат элементы:

- 1) механически действующие;
- 2) функционально действующие;
- 3) механически и функционально действующие.

363. Аппарат Брюкля представляет собой пластиночный базис:

- 1) на верхнюю челюсть с накусочной площадкой;
- 2) нижнюю челюсть с наклонной плоскостью; вестибулярной дугой и опорными кламперами;
- 3) верхнюю челюсть с наклонной плоскостью.

364. В конструкцию регулятора функции Френкеля I типа входят:

- 1) винт и вестибулярная дуга;
- 2) вестибулярная дуга и наклонная плоскость;
- 3) щечные щиты; небная дуга; губные пелоты.

365. Регулятор функции Френкеля I типа применяется для лечения:

- 1) мезиального прикуса;
- 2) аномалии зубного ряда;
- 3) дистального прикуса с протрузией верхних резцов.

366. К ретенционным аппаратам в ортодонтии относятся аппараты:

- 1) применяемые для предупреждения развития аномалий;
- 2) используемые для расширения зубного ряда;
- 3) закрепляющие достигнутые результаты лечения.

367. Опорой в каппах Бынина и Шварца является:

- 1) небо;
- 2) апикальный базис;
- 3) назубная пластмассовая каппа;
- 4) базисная пластинка.

368. Назначением скользящей дуги Энгля является:

- 1) расширение зубного ряда;
- 2) удлинение; зубного ряда;
- 3) расширение и укорочение зубного ряда
- 4) расширение и удлинение зубного ряда;
- 5) укорочение зубного ряда, исправление протрузии передних зубов.

369. Вестибулярная дуга используется с целью:

- 1) расширения зубных рядов;
- 2) протрузии зубов;
- 3) перемещения зубов в оральном направлении
- 4) смещения нижней челюсти вперед.

370. На нижний зубной ряд вестибулярная дуга применяется с целью:

- 1) перемещения резцов;
- 2) уплощения передних зубов;
- 3) его расширения;
- 4) поворота зубов вокруг оси.

371. Регулятор функции Френкеля II типа применяется для лечения:

- 1) дистального прикуса;
- 2) перекрестного прикуса;
- 3) мезиального прикуса
- 4) открытого прикуса.

372. Функциональные аппараты действуют:

- 1) при сокращении жевательной мускулатуры;
- 2) расслаблении жевательной мускулатуры;
- 3) активации пружины.

373. Чтобы расширить зубной ряд; дугу Энгля нужно изогнуть:

- 1) по форме зубного ряда;
- 2) шире зубного ряда;
- 3) уже зубного ряда.

374. При перемещении зуба на стороне натяжения периодонтальная щель:

- 1) расширяется;
- 2) сужается;
- 3) не изменяется.

375. Функция кламмеров в ортодонтических аппаратах — это:

- 1) перемещение зубов;

- 2) фиксация аппаратов;
- 3) стабилизация аппаратов;
- 4) ретенция аппаратов.

376. При использовании дуги Энгля переместить резцы вестибулярно позволяет активация:

- 1) лигатур и гаек;
- 2) пружин;
- 3) винта;
- 4) кламмеров.

377. Внеротовая резиновая тяга используется с целью:

- 1) увеличения силы действия аппарата;
- 2) тренировки мышц;
- 3) смещения нижней челюсти.

378. Внеротовая тяга осуществляется при помощи:

- 1) подбородочной пращи;
- 2) скользящей дуги Энгля;
- 3) лицевой дуги, головной шапочки и резиновых колец.

379. Основным действующим звеном несъемного дугового ортодонтического аппарата на замковых креплениях является:

- 1) дуга
- 2) замки
- 3) резиновые тяги

380. Резиновая тяга при применении скользящей дуги используется:

- 1) в переднезаднем направлении;
- 2) сагиттальном направлении;
- 3) трансверзальном направлении;
- 4) вертикальном направлении.

381. Аппарат Эйнсворта используется:

- 1) для расширения зубного ряда в боковых и уплощения в переднем отделах;
- 2) расширения переднего отдела зубного ряда;
- 3) задержки развития нижней челюсти.

382. В пластинке с М-образной петлей действующей силой является:

- 1) винт;
- 2) упругие свойства проволоки;
- 3) резиновые кольца.

383. Ортодонтический винт используется для:

- 1) расширения зубного ряда;
- 2) перемещения челюсти;
- 3) задержки роста челюсти;
- 4) раскрытия срединного небного шва;
- 5) 1+4

384. Действующей силой съемного расширяющего аппарата является:

- 1) механическая сила винта; проволоки или пружины;
- 2) функциональная сила (мышц);

- 3) механическая сила резиновой тяги;
- 4) механическая сила лигатуры и проволоки;
- 5) 1+2+3.

385. К внеротовым ортодонтическим аппаратам по способу фиксации и действию относятся:

- 1) подбородочная праща;
- 2) лицевая дуга;
- 3) дуга Энгля;
- 4) верхнечелюстная расширяющая пластинка;
- 5) регуляторы функции Френкеля I, II, III типов.
- 6) 1+2+3
- 7) 1+2

386. Применение современных несъемных дуговых ортодонтических аппаратов у взрослых позволяет проводить:

- 1) мезиальное или дистальное перемещение зубов;
- 2) повороты зубов;
- 3) зубоальвеолярное выдвижение и внедрение;
- 4) перемещение зубов в вестибуло-оральном направлении;
- 5) 1+2+3+4.

387. Зубочелюстные аномалии, не устраненные в детском возрасте, у взрослых:

- 1) сохраняются;
- 2) исчезают;
- 3) отягощаются
- 4) 1+2.
- 5) 1+3

388. У взрослых пациентов для устранения аномалий зубочелюстной системы применяют следующие методы:

- 1) аппаратный;
- 2) аппаратно-хирургический;
- 3) хирургический;
- 4) протетический;
- 5) физиотерапевтический;
- 6) функциональный;
- 7) 1+2+3+4;
- 8) 1+2+3+5;
- 9) 1+2+3+4+6.

389. При выполнении упражнений с вестибулярной пластинкой тренируются:

- 1) височные мышцы;
- 2) подбородочная мышца;
- 3) круговая мышца рта.

390. Динамические упражнения выполняются в режиме:

- 1) изотоническом;
- 2) изометрическом;
- 3) при сокращении мышц без их расслабления.



391. Статические упражнения выполняются в режиме:
- 1) изотоническом;
  - 2) изометрическом;
  - 3) при сокращении мышц без их расслабления.
392. Упражнения для мышц, выдвигающих нижнюю челюсть, рекомендуются при:
- 1) сужении зубных рядов;
  - 2) недоразвитии нижней челюсти;
  - 3) мезиальном прикусе.
393. При лечении мезиальном прикусе рекомендуются упражнения:
- 1) облизывание губной поверхности верхних резцов;
  - 2) закусывание верхней губы;
  - 3) сжатие нижней губы и подведение ее под верхние зубы.
394. Для исправления небного наклона передних верхних зубов рекомендуется:
- 1) сжатие зубов в центральной окклюзии;
  - 2) облизывание верхней губы;
  - 3) давление на зубы кончиком языка.
395. Для мышц, поднимающих нижнюю челюсть; рекомендуются упражнения:
- 1) сжатие зубов;
  - 2) прикусывание нижней губы;
  - 3) медленное выдвижение нижней челюсти вперед.
396. Зубоальвеолярное укорочение определяют в направлении:
- 1) вертикальном;
  - 2) перекрестном;
  - 3) трансверзальном
  - 4) сагиттальном.
397. Зубоальвеолярное удлинение и зубоальвеолярное укорочение позволяет определить:
- 1) осмотр;
  - 2) метод Коркгауза;
  - 3) боковая ТРГ;
  - 4) функциональный метод;
  - 5) Изучение диагностических моделей челюстей;
  - 6) 1+3+5
398. В сагиттальном направлении определяют аномалии:
- 1) укорочение и удлинение;
  - 2) расширение;
  - 3) удлинение и сужение;
  - 4) зубоальвеолярное укорочение.
399. Супра- и инфраокклюзию зубов определяют по отношению :
- 1) к сагиттальной плоскости;
  - 2) к фронтальной плоскости;
  - 3) к окклюзионной плоскости;
  - 4) к сагиттальной и фронтальной плоскостям.
400. Протрузия и ретрузия зубов определяется по отношению:

- 1) к сагиттальной плоскости;
- 2) к горизонтальной плоскости;
- 3) к сагиттальной и горизонтальной плоскостям;
- 4) к фронтальной плоскости.

401. Вестибулярное и оральное положение премоляров определяют по отношению:

- 1) к сагиттальной плоскости;
- 2) к горизонтальной плоскости;
- 3) к сагиттальной и горизонтальной плоскостям;
- 4) к фронтальной плоскости.

402. К наиболее полному определению аномалии строения зубного ряда относится:

- 1) сужение;
- 2) деформация;
- 3) расширение;
- 4) изменение формы и размеров зубного ряда;
- 5) 1+2+3+4
- 6) 1+3

403. Диастема может быть признаком следующей аномалии зубов:

- 1) макродентии;
- 2) микродентии;
- 3) дисплазии эмали.

404. Мезиальное положение боковых зубов определяется относительно плоскости:

- 1) сагиттальной;
- 2) окклюзионной (горизонтальной);
- 3) фронтальной;
- 4) туберальной;
- 5) 1+2

405. Дистопия зуба — это:

- 1) поворот зуба вокруг вертикальной оси;
- 2) неправильное положение зуба;
- 3) задержка прорезывания зуба;
- 4) уменьшение размеров коронки зуба.

406. Тесное положение зубов может быть признаком аномалии уменьшения:

- 1) угла нижней челюсти;
- 2) ветви нижней челюсти;
- 3) зубного ряда и альвеолярного отростка по отношению к размерам зубов.

407. Мезиальный прикус в переднем отделе характеризуется:

- 1) выступанием подбородка;
- 2) сглаженностью подбородочной складки;
- 3) обратным перекрытием передних зубов;
- 4) соотношением первых моляров по II классу Энгля
- 5) 1+2+3
- 6) 2+4

408. Для дистального прикуса характерно:

- 1) смыкание зубов по I классу Энгля;

- 2) смыкание зубов по II классу Энгля;
- 3) отсутствие смыкания боковых зубов;
- 4) смыкание зубных рядов в боковых отделах по III классу Энгля.

409. Выберите план лечения больного с диагнозом «*перекрестный прикус; обусловленный равномерным сужением верхнего зубного ряда*»:

- 1) удлинение верхнего зубного ряда;
- 2) удлинение нижнего зубного ряда и расширение верхнего зубного ряда;
- 3) укорочение нижнего зубного ряда и расширение верхнего зубного ряда;
- 4) расширение верхнего зубного ряда;
- 5) расширение верхнего и нижнего зубных рядов.

410. Выберите план лечения больного с диагнозом «*перекрестный прикус; обусловленный односторонним сужением нижнего зубного ряда справа*»:

- 1) расширение верхнего зубного ряда;
- 2) удлинение нижнего зубного ряда;
- 3) одностороннее расширение нижнего зубного ряда справа;
- 4) удлинение верхнего зубного ряда;
- 5) расширение верхнего и нижнего зубных рядов.

411. Показанием к протезированию у детей является:

- 1) нарушение окклюзии;
- 2) ранняя потеря молочных зубов;
- 3) аномалия формы молочных зубов.

412. Для поворота зуба вокруг продольной оси используются:

- 1) две силы взаимно противоположного направления;
- 2) две силы в одном направлении;
- 3) одна сила.

413. Основными целями ортодонтического лечения взрослых являются:

- 1) восстановление нормальных окклюзионных взаимоотношений;
- 2) гармоничное строение лица;
- 3) устранение функциональных нарушений;
- 4) устранение изменений ВНЧС;
- 5) нормализация состояния пародонта;
- 6) 1+2+3;
- 7) 1+2+3+4+5.

414. Особенности усугубления клинической картины у взрослых с аномалиями прикуса, связаны:

- 1) с частичной потерей зубов;
- 2) с наличием полупрорезавшихся зубов;
- 3) с заболеваниями пародонта;
- 4) с наличием деформаций зубных рядов;
- 5) с возможными изменениями ВНЧС;
- 6) 1+3+4;
- 7) 1+2+3+4+5.

415. Перечислите основные клинические признаки; характерные для дистального прикуса:

- 1) сагиттальная межрезцовая щель;
- 2) соотношение первых моляров по II классу Энгля;
- 3) выпуклый профиль лица;

- 4) увеличение вестибулярного наклона нижних резцов;
- 5) диастема на верхней челюсти;
- 6) 1+2+3;
- 7) 1+3+5. .

416. Факторами, осложняющими ортодонтическое лечение взрослых, являются:

- 1) завершение роста лицевого скелета;
- 2) отсутствие возможности перемещения нижней челюсти;
- 3) заболевание пародонта;
- 4) наличие зубных протезов в полости рта;
- 5) высокие клинические коронки зубов;
- 6) 1+4+5;
- 7) 1+2+3+4.

417. Длительность лечения аномалий прикуса зависит:

- 1) от возраста пациента;
- 2) степени выраженности аномалии;
- 3) высоты клинических коронок зубов;
- 4) состояния пародонта;
- 5) состояния костной ткани в зоне перемещения;
- 6) типа личности пациента;
- 7) 1+2+4+5;
- 8) 1+2+3+4+5+6.

418. Перечислите функциональные нарушения; характерные для пациентов с аномалией прикуса:

- 1) нарушение носового дыхания;
- 2) недостатки произношения свистящих звуков;
- 3) инфантильное глотание;
- 4) изменение тонуса шейных и межреберных мышц; нарушение осанки;
- 5) 1+4;
- 6) 1+2+3+4

419. Основными методами лечения аномалий прикуса у взрослых являются:

- 1) миогимнастика;
- 2) функциональный;
- 3) аппаратный;
- 4) аппаратно-хирургический;
- 5) протетический;
- 6) 2+3+4+5;
- 7) 1+2+3+4+5.

420. Показаниями к протетическому методу лечения аномалий прикуса являются:

- 1) отсутствие боковых зубов;
- 2) наличие травматической окклюзии;
- 3) отказ больного или невозможность ортодонтического лечения;
- 4) возраст пациента;
- 5) тип личности пациента;
- 6) 1+2+3+4;
- 7) 3+4+5.

421. Ортодонтическая подготовка больного к протезированию может включать:

- 1) устранение трем и диастем;

- 2) устранение поворота зубов — опор будущего мостовидного протеза;
- 3) создание места для отсутствующего зуба;
- 4) устранение мезио-дистального наклона моляров;
- 5) устранение веерообразного расхождения передних зубов;
- 6) 1+3+4+5;
- 7) 1+2+3+4+5.

422. Основной задачей лечения аномалий прикуса является:

- 1) создание режуще-бугоркового контакта в переднем отделе;
- 2) исправление нарушений окклюзии;
- 3) устранение причин травмы слизистой оболочки твердого неба;
- 4) устранение функциональной перегрузки пародонта зубов;
- 5) 1+2+3+4
- 6) 1+2 +3

423. Основным показанием к аппаратурно-хирургическому исправлению аномалий прикуса является:

- 1) ускорение ортодонтического лечения;
- 2) генетически обусловленные формы аномалий;
- 3) желание больного;
- 4) аномалии; вызванные смещением нижней челюсти;
- 5) аномалии; возникшие в результате потери части зубов;
- 6) возраст больного;
- 7) 1+2+6

424. Ортодонтическое лечение у взрослых можно провести с целью:

- 1) коррекции соотношения зубных рядов;
- 2) коррекции положения отдельных зубов;
- 3) устранения мезиального положения нижней челюсти;
- 4) устранения дистального положения нижней челюсти;
- 5) устранение бокового сдвига нижней челюсти;
- 6) 1+2+3+4+5.

425. Лечение взрослых при помощи ортодонтических аппаратов можно добиться:

- 1) изменения роста челюстей;
- 2) изменения положения верхней челюсти;
- 3) расширения верхней челюсти;
- 4) устранения неправильного положения зубов;
- 5) изменения формы зубного ряда;
- 6) 2+3+5.
- 7) 3+4+5

426. Нормализация прикуса проводится с помощью протезов при:

- 1) сочетании аномалии прикуса с выраженным разлитым заболеванием пародонта;
- 2) отказе больного от ортодонтического лечения;
- 3) неэффективности ранее проведенного ортодонтического лечения;
- 4) генетически обусловленных формах аномалий;
- 5) 1+2+3+4
- 6) 2+4.

427. Глубокий прикус характеризуется:

- 1) увеличением вертикального резцового перекрытия;
- 2) увеличением саггитального резцового расстояния;

- 3) потерей режуще-бугоркового контакта резцов;
- 4) 1+2;
- 5) 1+3;
- 6) 1+2+3.

428. Является ли наличие глубокого прикуса противопоказанием для применения металлокерамических протезов в переднем отделе зубных рядов?
- 1) является абсолютным противопоказанием;
  - 2) является относительным противопоказанием;
  - 3) не является противопоказанием.
429. Ниже перечислены ответы, среди которых только один содержит правильную последовательность этапов, применяющихся при лечении современными несъемными дугowym ортодонтическими аппаратами:
- 1) перемещение зубов по дуге, исправление формы зубных рядов, создание множественных окклюзионных контактов, ретенция результатов;
  - 2) исправление формы зубных рядов, перемещение зубов по дуге; создание множественных окклюзионных контактов, ретенция результатов;
  - 3) создание множественных окклюзионных контактов, перемещение зубов по дуге, исправление формы зубных рядов, ретенция результатов.
430. У взрослых с зубочелюстными аномалиями, в отличие от детей, невозможно:
- 1) провести ортодонтическое перемещение зубов;
  - 2) применить съемные пластиночные аппараты;
  - 3) регулировать рост лицевого скелета;
  - 4) 2+3.
431. При ортодонтическом перемещении зубов у взрослых следует применять ортодонтические усилия:
- 1) малые;
  - 2) средние;
  - 3) большие.
432. Время угасания миостатического рефлекса при ортодонтическом лечении составляет:
- 1) 3-6 недель;
  - 2) 1-2 недели;
  - 3) 3-6 месяцев.
433. Какой из вышеперечисленных признаков свидетельствует об эффективном угасании миостатического рефлекса?
- 1) срок пользования ортодонтическим аппаратом;
  - 2) субъективные ощущения пациента;
  - 3) величина межокклюзионного расстояния в положении функционального покоя жевательных мышц.
434. На степень деформации зубных рядов влияет:
- 1) давность удаления зубов;
  - 2) возраст пациента;
  - 3) челюсть; на которой проведено удаление;
  - 4) вид прикуса;
  - 5) 1+2+3+4.

435. В основу высокоэластичной ортодонтической дуги положен сплав:
- 1) кобальтохромовый;
  - 2) нержавеющей сталь;
  - 3) нитрид титана;
  - 4) никелид титана
436. В каком ответе более полно перечислены возможные методы исправления зубочелюстных аномалий у взрослых?
- 1) ортодонтический, хирургический;
  - 2) ортодонтический, хирургический; аппаратурно-хирургический;
  - 3) ортодонтический, хирургический, аппаратурно-хирургический, телерентгенографический;
  - 4) аппаратурный, в том числе протетический, хирургический, аппаратурно-хирургический.
437. В каком ответе более полно перечислены факторы; которые необходимо учесть при выборе метода лечения взрослых с зубочелюстными аномалиями?
- 1) степень выраженности аномалии;
  - 2) клиническая форма аномалии; степень ее выраженности; состояние пародонта; мотивация лечения у пациента;
  - 3) клиническая форма аномалии; степень ее выраженности; состояние пародонта;
438. К ретенционным аппаратам в ортодонтии относятся конструкции:
- 1) применяемые для предупреждения рецидива аномалий;
  - 2) используемые для расширения зубного ряда;
  - 3) закрепляющие достигнутые результаты лечения;
  - 4) 1+3.
439. Ретенционный период, завершающий исправление зубочелюстных аномалий у взрослых, должен быть:
- 1) более длительным, чем у детей;
  - 2) менее длительным, чем у детей;
  - 3) ретенционный период не нужен.

### *6.7. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и их ортопедическое лечение.*

440. Височно-нижнечелюстной сустав образован:
- 1) суставной ямкой височной кости; головкой нижней челюсти; суставным диском; суставным бугорком;
  - 2) суставной ямкой височной кости; головкой нижней челюсти; суставной капсулой; суставным бугорком;
  - 3) суставной ямкой височной кости; головкой нижней челюсти; суставной капсулой и связкой; суставным диском; суставным бугорком; барабанной частью височной кости.
441. Типы движений в верхнем и нижнем отделах ВНЧС:
- 1) шарнирные;
  - 2) возвратно-поступательные;
  - 3) 1+2.
442. Нарушения жевательно-речевого аппарата; вызывающие заболевания ВНЧС:
- 1) понижение тонуса жевательных мышц и спазм латеральных крыловидных мышц;
  - 2) повышение тонуса жевательных мышц и спазм латеральных крыловидных мышц;

- 3) расстройство координации сокращения латеральных крыловидных мышц;
- 4) нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов;
- 5) 1+3;
- 6) 2+3+4.

443. Назовите основные причины возникновения заболеваний ВНЧС:

- 1) повторные психологические травмы (хронические психологические стрессы);
- 2) артикуляционные нарушения;
- 3) частичная потеря зубов, осложненная дефектами зубного ряда;
- 4) 1+2+3.

444. Назовите оптимальную схему реабилитации заболеваний ВНЧС:

- 1) ортопедические; медикаментозные; хирургические методы;
- 2) ортопедические; физиотерапевтические методы; блокады жевательных мышц анестетиками; психотерапия;
- 3) психотерапия и медикаментозные методы; физиотерапия; миогимнастика; ортопедические методы.

445. Для диагностики заболеваний ВНЧС необходимо использовать следующие методы исследования:

- 1) осмотр нижнего отдела лица и зубных рядов в центральной окклюзии, состоянии функционального покоя, при максимальном открывании рта;
- 2) электроодонтометрия;
- 3) пальпация сустава и жевательных мышц;
- 4) оценка прикуса, окклюзионных и динамических соотношений зубных рядов;
- 5) анализ шумов в суставе;
- 6) получение и анализ диагностических моделей челюстей;
- 7) 1+2+3+4+5;
- 8) 1+3+4+5+6.

446. Для рентгенодиагностики заболеваний ВНЧС применяют:

- 1) рентгенографию по Парму;
- 2) рентгенографию по Шюллеру;
- 3) томографию;
- 4) электромиографию;
- 5) артрофонографию;
- 6) 1+2+3;
- 7) 1+2+3+4+5.

447. В клинике ортопедической стоматологии лечатся заболевания ВНЧС:

- 1) мышечно-суставные дисфункции;
- 2) остеоартрозы;
- 3) хронические артриты;
- 4) привычные вывихи и подвывихи;
- 5) анкилозы;
- 6) 1+2+4+5;
- 7) 1+2+3+4.

448. Ведущие симптомы при мышечно-суставной дисфункции:

- 1) пальпация сустава болезненная или слабо болезненная;
- 2) щелканье; хруст;
- 3) атипичные движения нижней челюсти; смещение ее в сторону;



- 4) боль при пальпации жевательных мышц;
- 5) невралгические; головные боли;
- 6) 1+2+3+4+5..

449. При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в ВНЧС какой из возможных диагнозов вы предположите?

- 1) мышечно-суставная дисфункция;
- 2) хронический артрит;
- 3) остеоартроз.

450. Комплекс мероприятий при лечении мышечно-суставной дисфункции включает:

- 1) химиотерапию; иглотерапию;
- 2) психотерапию; медикаментозную терапию физиотерапию; миогимнастику и ортопедические методы;
- 3) ортопедические методы и медикаментозную терапию.

451. В ортопедическом лечении мышечно-суставных дисфункций применяют:

- 1) лечебно-диагностические аппараты (каппа; накусочные пластиночные аппараты и др.);
- 2) избирательное шлифование зубов при наличии преждевременных окклюзионных контактов;
- 3) протезирование полости рта;
- 4) 1+3;
- 5) 1+2+3.

452. Остеоартроз – заболевание ВНЧС; характеризующееся:

- 1) дегенеративными изменениями хрящевой; костной; соединительной ткани сустава с элементами воспаления;
- 2) воспалительными изменениями с обострением при охлаждении и переутомлении; ноющими и иррадирующими болями.

453. Клинические формы остеоартрозов ВНЧС:

- 1) склерозирующий;
- 2) деформирующий;
- 3) 1+2.

454. При ортопедическом лечении остеоартрозов ВНЧС применяют:

- 1) съемные пластмассовые каппы;
- 2) накусочные пластиночные аппараты;
- 3) ортопедические аппараты с ограничителями открывания рта;
- 4) 1+2;
- 5) 1+3.

455. Разновидности вывихов нижней челюсти:

- 1) передние и задние;
- 2) односторонние и двусторонние;
- 3) острые;
- 4) привычные (хронические);
- 5) 1+2+3;
- 6) 1+2+3+4.

456. Причинами вывихов нижней челюсти являются:

- 1) инфекционные и неинфекционные заболевания (ревматизм; туберкулез; подагра; отит; скарлатина и др.);
- 2) травмы челюстной области (ушибы и переломы);
- 3) последствия воспалительных и дистрофических процессов в суставе;
- 4) аномалии развития ВНЧС;
- 5) аномалии и деформации зубных рядов;
- 6) 1+2+3;
- 7) 1+2+3+4+5.

457. К основным патогенетическим звеньям привычных вывихов относят:

- 1) чрезмерное растяжение мышечно-связочного аппарата и капсулы сустава;
- 2) нарушение функции жевательной мускулатуры;
- 3) изменение формы; размеров и структуры внутрисуставного диска;
- 4) деформацию или недоразвитие костных элементов сустава;
- 5) 1+2+3;
- 6) 1+2+3+4.

458. Непосредственные причины начала проявления вывиха нижней челюсти:

- 1) зевота, крик, откусывание от большого куска пищи;
- 2) стоматологические вмешательства, связанные с широким открыванием рта и длительностью процедуры (удаление зубов; снятие оттисков);
- 3) другие лечебные манипуляции (ларингоскопия; интубация трахеи и т.п.);
- 4) 1+2+3.

459. Клинические проявления привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти:

- 1) полуоткрытый рот; выдвигание вперед и опущение нижней челюсти; напряженность жевательных мышц и боль в области ушей; безуспешные попытки переместить челюсть и закрыть рот;
- 2) наличие щелкающих звуков и толчков при открывании и закрывании рта; выхождение головок нижней челюсти за вершину суставных бугорков; боль; толчкообразное со смещением в сторону движения нижней челюсти; расстояние между резцами при максимальном открывании рта составляет 6-8 см; больной самостоятельно вправляет привычный вывих;
- 3) 1+2.

460. Рентгенологическая картина при привычных вывихах нижней челюсти:

- 1) головка нижней челюсти располагается впереди переднего ската суставного бугорка; теряя с ним контакт;
- 2) головка нижней челюсти располагается несколько впереди от вершины суставного бугорка; но контакт с его передним скатом сохраняется.

461. Рентгенологическая картина при привычных подвывихах нижней челюсти:

- 1) головка нижней челюсти располагается впереди суставного бугорка; теряя с ним контакт;
- 2) головка нижней челюсти располагается несколько впереди от вершины суставного бугорка; но контакт с его передним скатом сохраняется.

462. В диагностике привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти большое значение имеет:

- 1) пальпация сустава;
- 2) изучение движений челюсти;
- 3) рентгенография ВНЧС в боковой проекции при максимально открытом рте;
- 4) 1+3;

5) 1+2+3.

463. К основным принципам ортопедического лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти относят:

- 1) создание ограничения широкому открыванию рта;
- 2) лечение основного заболевания;
- 3) нормализацию межальвеолярной высоты при ее нарушениях;
- 4) протезирование полости рта;
- 5) медикаментозную терапию;
- 6) физиотерапевтические процедуры;
- 7) 1+4;
- 8) 1+2+3+4+5+6.

464. Типы аппаратов с ограничителями открывания рта; применяемые при ортопедическом лечении привычных вывихов и подвывихов

- 1) съемные;
- 2) несъемные;
- 3) 1+2.

465. К съемным аппаратам; применяемым при лечении привычных вывихов нижней челюсти; относится:

- 1) аппарат Шредера;
- 2) аппарат Померанцевой – Урбанской;
- 3) аппарат Ядровой;
- 4) аппарат Петросова;
- 5) 1+2+3;
- 6) 1+2+3+4.

466. К несъемным аппаратам; применяемым при ортопедическом лечении привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти относят:

- 1) аппарат Шредера;
- 2) аппарат Померанцевой – Урбанской;
- 3) аппарат Ядровой;
- 4) аппарат Петросова;
- 5) 1+2+3.

467. Съемные аппараты; применяемые для лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти; состоят из:

- 1) фиксирующего небного базиса и пелота; упирающегося в передний край ветви нижней челюсти; создающего препятствие движению нижней челюсти для широкого открывания рта;
- 2) блока коронок; покрывающих боковые зубы верхней и нижней челюсти;
- 3) ограничителя открывания рта; обеспечивающего межчелюстное шарнирное связывание назубных аппаратов;

468. Несъемные аппараты, применяемые для лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти состоят из:

- 1) фиксирующей небной пластинки; пелота; упирающегося в передний край ветви нижней челюсти;
- 2) блока коронок; покрывающего противоположные боковые зубы верхней и нижней челюсти;
- 3) ограничителя открывания рта в виде двуплечего шарнира; обеспечивающего межчелюстное шарнирное связывание назубных аппаратов и приспособлений;

- 4) 1+2+3;  
5) 2+3.
469. Сроки ортопедического лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти съёмными и несъёмными аппаратами с ограничителями открывания рта составляют:
- 1) 3 недели;
  - 2) 1-2 месяца;
  - 3) 4-7 месяцев;
  - 4) 6 месяцев.
470. С какой целью проводится избирательное пришлифовывание зубов при патологии ВНЧС?
- 1) уменьшение межальвеолярной высоты;
  - 2) уменьшение нагрузки на пародонт;
  - 3) устранение преждевременных окклюзионных контактов и создание множественных фиссуρο-бугорковых контактов зубов;
  - 4) снятие блокады и беспрепятственное восстановление движений нижней челюсти;
  - 5) 3+4;
  - 6) 2+3.
471. При заболеваниях ВНЧС лечебно-диагностические ортопедические средства (съёмные пластмассовые каппы; накусочные пластиночные аппараты и др.) применяются для:
- 1) нормализации положения нижней челюсти;
  - 2) устранения деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов;
  - 3) восстановления межальвеолярной высоты;
  - 4) 1+3;
  - 5) 1+2+3.
472. Миогимнастика при лечении заболеваний ВНЧС проводится для:
- 1) нормализации движений нижней челюсти;
  - 2) усиления определенных групп мышц;
  - 3) восстановления синхронности движения головок нижней челюсти в обоих суставах;
  - 4) 1+2+3;
  - 5) 1+3.
473. Для лечения заболеваний ВНЧС применяются следующие физиотерапевтические методы:
- 1) электролечение постоянным током – электрофорез;
  - 2) электролечение переменным током – УВЧ;
  - 3) лечение ультразвуком;
  - 4) лечение импульсным током низкого напряжения и малой частоты - диадинамическая терапия;
  - 5) лечение теплом;
  - 6) светолечение;
  - 7) 1+2+3+5;
  - 8) 1+2+3+4+5+6.

#### 4.2.2. Практико-ориентированная часть аттестации

- Экзамен проводится в форме собеседования комиссии с экзаменуемым и оценивает знания, полученные обучаемым
1. История развития ортопедической стоматологии. Разделы ортопедической стоматологии. Основопологающие теоретические принципы ортопедической стоматологии. Ортодонтия как раздел ортопедической стоматологии
  2. Дезинфекция и стерилизация на ортодонтическом приеме. Профилактика вирусных инфекций в клинике.
  3. Психодиагностика и психокоррекция, проводимые персоналом кабинета (отделения). Врачебная этика и деонтология в стоматологии. Врачебная тайна.
  4. Организация ортодонтической стоматологической помощи населению. Принцип работы, структура и оснащение кабинета, отделения стоматологической поликлиники, зуботехнической лаборатории. Организация работы врача-ортодонта. Учетно-отчетная и финансовая документация на ортодонтическом и ортопедическом приеме.
  5. Строение и функции жевательно-речевого аппарата. Основные группы зубов, их анатомо-функциональная характеристика. Строение зубных рядов. Факторы, обеспечивающие устойчивость зубов.
  6. Оклюзионные кривые и окклюзионная поверхность. Понятие о зубной, альвеолярной и базальной дуге.
  7. Строение периодонта, его функции. Выносливость пародонта к жевательному давлению.
  8. Особенности строения верхней и нижней челюстей. Мягкие ткани полости рта. Строение слизистой оболочки.
  9. Окклюзия и артикуляция. Виды окклюзии. Прикус. Виды прикуса и их классификация.
  10. Строение височно-нижнечелюстного сустава.
  11. Типы взаимосвязей между звеньями жевательного аппарата. Физиология акта жевания, его эффективность.
  12. Антропометрические закономерности строения лица. Биомеханика жевательного аппарата.
  13. Оттисные материалы, их классификация. Основные и вспомогательные материалы, применяемые в ортопедической стоматологии и ортодонтии. Требования, предъявляемые к материалам. Токсическое и аллергическое действие различных материалов, применяемых в ортодонтии на организм больного.
  14. Клинические и параклинические методы обследования: инструментальные, рентгенологические и лабораторные.
  15. Методы обследования височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц,
  16. Организация медицинской помощи при неотложных состояниях.
  17. Предварительное лечение перед протезированием.

- Оздоровительные мероприятия перед протезированием. Специальные методы подготовки. Показания к депульпированию зубов перед протезированием. Хирургические методы подготовки к протезированию.
18. Психологическая и психомедикаментозная подготовка больных перед протезированием.
  19. Показания к ортодонтическому лечению взрослых перед протезированием. Особенности исправления зубочелюстных аномалий у взрослых.
  20. Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий  
Нарушения развития жевательно-речевого аппарата в эмбриональном периоде.  
Нарушения развития жевательно-речевого аппарата в постэмбриональном периоде.
  21. Классификация зубочелюстных аномалий (Энгля)
  22. Классификация зубочелюстных аномалий ВОЗ, адаптированная в СПбМИ им. акад. И. П. Павлова.
  23. Методы обследования больных с зубочелюстными аномалиями. Клинические методы. Параклинические методы.
  24. Изучение диагностических моделей челюстей. Изучение формы зубных рядов.
  25. Кефалометрические методы исследования.
  26. Исследования функционального состояния жевательно-речевого аппарата.
  27. Рентгенологические методы исследования.
  28. Клиническая картина при аномалиях величины челюстей.
  29. Аномалии положения челюстей в черепе.
  30. Аномалии соотношения зубных рядов.
  31. Аномалии формы и величины зубных дуг. Аномалии отдельных зубов.
  32. Основные принципы ортодонтического лечения. Границы ортодонтической терапии. Особенности ортодонтического лечения у взрослых.
  33. Функциональный метод лечения зубочелюстных аномалий.
  34. Аппаратурный метод лечения зубочелюстных аномалий.
  35. . Аппаратурно-хирургический метод лечения зубочелюстных аномалий.
  36. . Тканевые изменения в жевательно-речевом аппарате при ортодонтическом лечении аномалий.
  37. Активный и ретенционный период ортодонтического лечения
  38. Ортодонтические аппараты. Аппараты механического действия (активные). Их разновидности, элементы.
  39. Аппараты функционального действия (пассивные): съемные и несъемные.
  40. Аппараты комбинированного действия. Внеротовые аппараты.
  41. Технология ортодонтических аппаратов.
  42. Исправление зубочелюстных аномалий. Лечение верхней макрогнатии.
  43. . Нижняя макрогнатия.
  44. Верхняя и нижняя микрогнатия
  45. . Верхняя прогнатия
  46. . Верхняя ретрогнатия.
  47. Нижняя прогнатия.
  48. Нижняя ретрогнатия.
  49. Дистальный прикус
  50. . Мезиальный прикус.
  51. Чрезмерное резцовое перекрытие. Глубокий прикус.
  52. Открытый прикус.
  53. Перекрестный прикус.
  54. Лечение диастемы. Дистопия зубов. Ретенированные зубы.
  55. Лечение инфраокклюзии и супраокклюзии, тортоаномалий и транспозиции зубов.  
Устранение тесного положения зубов

56. Ретенционный период лечения зубочелюстных аномалий. Ретенционные аппараты: съемные и несъемные.
57. Технология ретенционных аппаратов.
58. Осложнения в процессе ортодонтического лечения. Рецидивы. Их причины, профилактика и исправление.
59. Аппаратурно-хирургическое лечение аномалий зубочелюстной системы у взрослых. Показания к хирургическому и аппаратурно-хирургическому лечению. Виды оперативного вмешательства. Прогноз.
60. Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава  
Строение и функции височно-нижнечелюстного сустава. Артрозы, вывихи, подвывихи, дисфункции ВНЧС. Этиология, патогенез, клиническая картина указанных заболеваний. Влияние снижения альвеолярной высоты.
61. Комплексное лечение заболеваний ВНЧС. Ошибки при ортопедическом и ортодонтическом лечении, ведущие к функциональным перегрузкам ВНЧС.
62. Этиология, патогенез, диагностика и клинические формы парафункций жевательных мышц. Методы лечения парафункций жевательных мышц.
63. Деформация окклюзионной поверхности зубных рядов. Клинические разновидности деформаций. Комплексное исправление деформаций зубных рядов.
64. Применение микроимплантатов в ортодонтическом лечении. Микроимплантаты как опора при ортодонтическом перемещении зубов. Материалы для имплантатов. Типы конструкций имплантатов. Показания и противопоказания к имплантации.
65. Методики имплантации. Особенности ортодонтического лечения у взрослых с использованием микроимплантатов.
66. Особенности ортодонтического лечения при функциональной перегрузке пародонта. Резервные силы пародонта и функциональная перегрузка пародонта, ее патогенез. Клиническая картина состояния жевательного аппарата при заболеваниях пародонта. Задачи ортодонтического лечения.
67. Функциональная перегрузка пародонта. Травматическая окклюзия. Первичный и вторичный травматический синдром, их дифференциальная диагностика. Особенности ортодонтического лечения у взрослых при функциональной перегрузке пародонта.
68. Протезирование детей и подростков.  
Профилактика деформаций челюстей и окклюзионной поверхности зубных рядов. Протезы, применяемые в детском и подростковом возрасте.
69. Несъемные дуговые ортодонтические аппараты на замковых креплениях. Виды. Элементы. Принцип действия.
70. Основные этапы лечения на несъемных дуговых ортодонтических аппаратах на замковых креплениях.
71. Технология съемных ортодонтических аппаратов. Винты. Их разновидности. Пружины. Рычаги. Толкатели. Кламмера.
72. Одночелюстные аппараты
73. Двучелюстные аппараты
74. Накусочные пластинки
75. Каппы
76. Позиционеры, трейнеры
77. Несъемные ортодонтические аппараты, их элементы.
78. Аппарат Дерихсвайлера (быстрый небный расширитель)
79. Небный экспандер, дуга Гожгариана
80. Аппараты для дистального перемещения моляров
81. Аппараты для закрытия промежутка между зубами
82. Аппараты для лечения деформаций зубного ряда
83. Непрямая фиксация несъемной дуговой ортодонтической аппаратуры. Каппы.

84. Паралелометрия.

85. Сравнительная характеристика съемных и несъемных ортодонтических аппаратов.

## **5. Организационно-практические условия.**

### **5.1 Методические материалы и методика, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций**

Специфика формирования компетенций и их измерение определяется структурированием информации о состоянии уровня подготовки обучающихся. Алгоритмы отбора и конструирования заданий для оценки достижений в предметной области, техника конструирования заданий, способы организации и проведения стандартизированной оценочных процедур, методика шкалирования и методы обработки и интерпретации результатов оценивания позволяют обучающимся освоить компетентностно-ориентированные программы дисциплин.

Форма промежуточной аттестации – зачет с оценкой, который включает две части:

1-я часть экзамена: выполнение электронного тестирования (аттестационное испытание промежуточной аттестации с использованием информационных тестовых систем);

2-я часть экзамена: выполнение практико-ориентированных заданий (аттестационное испытание промежуточной аттестации, проводимое устно с использованием телекоммуникационных технологий).

1. Описание шкалы оценивания электронного тестирования

– от 0 до 49,9% выполненных заданий – неудовлетворительно;

– от 50 до 69,9% – удовлетворительно;

– от 70 до 89,9% – хорошо;

– от 90 до 100% – отлично

2. Критерии оценивания преподавателем практико-ориентированной части зачета:

- соответствие содержания ответа заданию, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию);

- умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику;

- логичность, последовательность изложения ответа;

- наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию;

- аргументированность, доказательность излагаемого материала.

Описание шкалы оценивания практико-ориентированной части зачета

Оценка «отлично» выставляется за ответ, в котором содержание соответствует теме или заданию, обучающийся глубоко и прочно усвоил учебный материал, последовательно, четко и логически стройно излагает его, демонстрирует собственные суждения и размышления на заданную тему, делает соответствующие выводы; умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, приводит материалы различных научных источников, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения задания, показывает должный уровень сформированности компетенций.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если его ответ соответствует и раскрывает тему или задание, обучающийся показывает знание учебного материала, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей при выполнении задания, правильно применяет теоретические положения при выполнении задания, владеет необходимыми навыками и приемами его выполнения, однако испытывает небольшие затруднения при формулировке собственного мнения, показывает должный уровень сформированности компетенций.



Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если ответ в полной мере раскрывает тему/задание, обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении учебного материала по заданию, его собственные суждения и размышления на заданную тему носят поверхностный характер.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если не раскрыта тема, содержание ответа не соответствует теме, обучающийся не обладает знаниями по значительной части учебного материала и не может грамотно изложить ответ на поставленное задание, не высказывает своего мнения по теме, допускает существенные ошибки, ответ выстроен непоследовательно, неаргументированно.

Итоговая оценка за экзамен выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов электронного тестирования обучающихся и выполнения ими практико-ориентированной части экзамена.

## **5.2. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности**

1. Порядок применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ высшего образования.
2. Положение о порядке формирования Фонда оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации высшего профессионального образования.
3. Положение об организации и проведении текущего контроля знаний и промежуточной аттестации интернов, ординаторов факультета последипломного образования в ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.
4. Положение об итоговой государственной аттестации выпускников ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.
5. Положение о балльно-рейтинговой системе для обучающихся по образовательным программам интернатуры и ординатуры.

## **5.3. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины**

### **5.3.1. Характеристика особенностей технологий обучения в Университете**

*Общие условия реализации программы повышения квалификации.*

Университет располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебным планом.

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к электронной интегральной учебной библиотеке (ТКДБ), включающей в том числе электронно-библиотечную систему, содержащую издания по изучаемым дисциплинам, и к электронной информационно-образовательной среде организации. Электронно-библиотечная система (электронная библиотека) и электронная информационно-образовательная среда обеспечивают возможность доступа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), как на территории Университета, так и вне ее.

Университет на основе научных разработок реализует образовательные программы с использованием электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

Для реализации образовательных программ с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий в Университете созданы условия для функционирования электронной информационно-образовательной среды.

Электронная информационно-образовательная среда Университета обеспечивает:

- доступ к учебным планам, рабочим программам дисциплин, практик, и к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочих программах;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов освоения основной образовательной программы;
- проведение всех видов занятий, процедур оценки результатов обучения, реализация которых предусмотрена с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий;
- формирование электронного портфолио обучающегося;
- взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе синхронное и (или) асинхронное взаимодействие посредством сети Интернет.

*Материально-техническое и учебно-методическое обеспечение программы повышения квалификации.*

В Университете организованы учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы и помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. Данные аудитории укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа используются слайд-лекции с обратной связью (интерактивные), которые представляют собой звуковую дорожку с прикрепленными к ней слайдами, содержащими тематические иллюстрации, графики, схемы, наглядно демонстрирующие оборудование.

Материально-техническое обеспечение, необходимое для реализации программы бакалавриата, включает в себя лаборатории, оснащенные лабораторным оборудованием, которое определено методическими указаниями по проведению практических и лабораторных работ.

Аудитории для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду Университета.

При применении электронного обучения, дистанционных образовательных технологий используются виртуальные аналоги в форме обучающих роботизированных компьютерных программ, позволяющих обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Учебно-методическое обеспечение учебного процесса характеризуется наличием разработанных профессорско-преподавательским составом Университета электронных образовательных ресурсов, обучающих компьютерных программ, слайд-лекций с обратной связью, тем творческих работ, заданий для самостоятельной работы обучающегося, оценочных средств для проведения текущего контроля, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине и др. Содержание каждой учебной дисциплины представлено в сети Интернет на сайте Университета.

Программное обеспечение:

- компьютерные обучающие программы;
- тренинговые и тестирующие программы.

Информационные и роботизированные системы, программные комплексы, программное обеспечение для доступа к компьютерным обучающим, тренинговым и тестирующим программам.

Университет обеспечен необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения.

Обучающимся обеспечен доступ (удаленный доступ), в том числе в случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам, состав которых определяется в рабочих программах дисциплин и подлежит ежегодному обновлению.

Информационное обеспечение учебного процесса определяется возможностью свободного доступа обучающихся к сети Интернет, к Информационно-аналитическому порталу «Российская психология» (<http://rospsy.ru/>), «Psychology OnLine.Net. Материалы по психологии» (<http://www.psychology-online.net/>), к правовым базам данных «Консультант-плюс» или «Гарант», к электронным информационным и образовательным ресурсам ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам. (Контракт № 510/15-ДЗ от 10/06/2015 с ООО "Эко-Вектор"; Контракт № 509/15-ДЗ от 03/06/2015 с ООО "Политехресурс"; Контракт №161-ЭА15 от 24/04/2015 с ООО "Эко-Вектор"). База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

### **5.3.2. Особенности работы обучающегося по освоению дисциплины «Современные методы лечения зубочелюстных аномалий»**

Обучающиеся при изучении учебной дисциплины используют образовательный контент, а также методические указания по проведению определенных видов занятий, рекомендации и пособия по данной дисциплине по работе с ним, разработанные профессорско-преподавательским составом (ППС) кафедры.

Успешное усвоение учебной дисциплины «Стоматология ортопедическая» предполагает активное, творческое участие обучающегося на всех этапах ее освоения путем планомерной работы. Обучающийся должен активно участвовать в выполнении видов практических работ, определенных для данной дисциплины. Проводимые на клинических практических занятиях различных модульных тестирований и дают возможность непосредственно понять алгоритм применения теоретических знаний, излагаемых на лекциях и в учебниках.

В этой связи при проработке лекционного материала обучающиеся должны иметь в виду, что в лекциях раскрываются наиболее значимые вопросы учебного материала. Остальные осваиваются обучающимися в ходе других видов занятий и самостоятельной работы над учебным материалом.

Следует иметь в виду, что все разделы и темы дисциплины «Стоматология ортопедическая» представлены в дидактически проработанной последовательности, что предусматривает логическую стройность курса и продуманную систему усвоения обучающимися учебного материала, поэтому нельзя приступать к изучению последующих тем (разделов), не усвоив предыдущих.

### 5.3.3. Методические указания для обучающихся по организации самостоятельной работы в процессе освоения дисциплины

№	Виды самостоятельной работы (СРС)	Формы контроля
1.	Изучение медицинской литературы, журналов	Собеседование
2.	Написание рефератов	Защита
3.	Подготовка презентаций	Защита
4.	Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
5.	Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
6.	Участие в конференциях, заседаниях научного общества стоматологов	Тестирование

### 5.3.4. Методические указания для обучающихся по подготовке к занятиям

Занятия клинического практического типа предназначены для расширения и углубления знаний обучающихся по учебной дисциплине, формирования умений и компетенций, предусмотренных стандартом. В их ходе обучающимися реализуется верификационная функция степени усвоения учебного материала, они приобретают умения вести научную дискуссию. Кроме того, целью занятий является: проверка уровня понимания обучающимися вопросов, рассмотренных на лекциях и в учебной литературе, степени и качества усвоения обучающимися программного материала; формирование и развитие умений, навыков применения теоретических знаний в реальной практике решения задач, анализа профессионально-прикладных ситуаций; восполнение пробелов в пройденной теоретической части курса и оказания помощи в его освоении.

Обучающийся должен изучить основную литературу по теме занятия, и, желательно, источники из списка дополнительной литературы, используемые для расширения объема знаний по теме (разделу), интернет-ресурсы.

**ПРОГРАММА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ  
ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВРАЧА, ПРОШЕДШЕГО  
ОБУЧЕНИЯ  
ПО ПРОГРАММЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ОРТОДОНТИИ**

**«Современные методы лечения зубочелюстных аномалий»**

Наименование	Уровень освоения умений		
	знания	умения	навыки
Организация рабочего места к приему пациентов с учетом эргономики, правил асептики и антисептики, профилактики гепатита и СПИДа	+	+	
Проведение оснащения стоматологического кабинета с учетом санитарно-гигиенических требований и комплектации средств для ургентной помощи	+	+	
Организация приема больных	+	+	
Описание рентгенограммы	+	+	+
Избирательное пришлифовывание зубов	+	+	+
Правильное оформление истории болезни и другой учетно-отчетной медицинской документации (направления в другие подразделения, заключения и др.)	+	+	+
Оказание врачебной помощи при обмороке, коллапсе	+	+	+
Оказание врачебной помощи при гипертоническом кризе	+	+	+
Оказание врачебной помощи при приступе бронхиальной астмы	+	+	+
Оказание врачебной помощи при диабетической и гипогликемической комах	+	+	+
Оказание врачебной помощи при острых аллергических реакциях	+	+	+
Оказание врачебной помощи при шоке разного генеза (травматический, кардиогенный, анафилактический, токсический)	+	+	+
Оказание врачебной помощи при эпилептическом припадке	+	+	+
Оказание врачебной помощи при электротравме, ожоге	+	+	+
Оказание врачебной помощи при остром нарушении мозгового кровообращения	+	+	+
Оказание врачебной помощи при стенокардии и инфаркте миокарда	+	+	+
Проведение функциональной диагностики	+		
<b>Анестезия</b>			
Аппликационная	+	+	+
Инфильтрационная	+	+	+
Проводниковая	+	+	+
<b>Снятие несъемных зубных протезов</b>	+	+	+
<b>Снятие оттисков</b>			
<b>Получение и анализ диагностических моделей челюстей</b>	+	+	+
<b>Реставрация твердых тканей зуба с применением</b>			
Вкладок	+	+	
Облицовок	+		
Искусственной культи со штифтом	+	+	+
<b>Создание временной коронки прямым способом</b>	+	+	+
<b>Препарирование твердых тканей зуба под коронку</b>			

<b>Литую</b>	+	+	+
<b>Металлокерамическую</b>	+	+	+
<b>Протезирование с применением мостовидных протезов</b>			
<b>Цельнолитых</b>	+	+	+
<b>Металлокерамических</b>	+	+	+
<b>Наложение и фиксация несъемного протеза</b>			
<b>Протезирование с применением съемных протезов</b>			
Частичные съемные пластиночные	+	+	+
Дуговые с кламмерной фиксацией	+	+	+
Дуговые с другими видами фиксации	+	+	
<b>Протезы при полном отсутствии зубов</b>	+	+	
<b>Определение центрального соотношения челюстей</b>	+	+	+
<b>Коррекция съемных протезов</b>	+	+	+
<b>Реставрация съемных протезов</b>	+	+	+

Наименование	Уровень усвоения		
	знания	умения	навыки
1	2	3	4
1. Организация рабочего места к приему пациентов с учетом эргономики, правил асептики и антисептики, профилактики гепатита и СПИДа.	+	+	
2. Проведение оснащения стоматологического кабинета с учетом санитарно-гигиенических требований и комплектации средств для ургентной помощи.	+	3	
3. Организация приема больных.	+	+	
4. Обследование больных с частичной потерей зубов, полной потерей зубов, с зубочелюстными аномалиями и деформациями зубного ряда.	+	+	+
5. Обследование больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.	+	+	+
6. Обследование больных с патологией слизистой оболочки полости рта.	+	+	+
7. Обследование больных с патологией твердых тканей зуба.	+	+	+
8. Описание рентгенограммы.	+	+	+
9. Обследование мягких тканей лица	+	+	+
10. Антропометрическое обследование лица.	+	+	+
11. Определение подвижности и податливости слизистой оболочки полости рта.	+	+	+
12. Принятие решения о методах лечения пациентов с дефектами твердых тканей зуба ортопедическими конструкциями.	+	+	+
13. Подготовка корней зубов к ортопедическому лечению (препарирование, раскрытие и расширение каналов, припасовывание внутриканальных штифтов);	+	+	+
14. Получение оттисков с челюстей альгинатными и силиконовыми массами.	+	+	+
15. Определение и регистрация центральной окклюзии при фиксированной межальвеолярной высоте.	+	+	+
16. Препарирование полостей под вкладки.	+	+	+
17. Препарирование зубов под металлокерамические и металлоакриловые коронки.	+	+	+
18. Снятие искусственной коронки с опорного зуба.	+	+	+

19. Препарирование зубов под вестибулярные облицовки.	+	+	
20. Припасовка и наложение вкладок и искусственных культей в зависимости от их типа	+	+	
21. Принятие решения о методах лечения пациентов с частичной потерей зубов пластиночными или дугowymi протезами.	+	+	+
22. Определение и регистрация центральной окклюзии при фиксированной и нефиксированной межальвеолярной высоте и частичной потере зубов.	+	+	
23. Получение восковых шаблонов.	+	+	+
24. Проверка и наложение дугowych (бюгельных) протезов с различными типами механических фиксаторов;	+	+	+
25. Проверка и наложение пластиночных протезов.	+	+	+
26. Протезирование пациентов при полной потере зубов.	+	+	+
27. Получение функциональных оттисков при полной потере зубов.	+	+	+
28. Определение и регистрация центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов.	+	+	+
29. Получение восковых шаблонов.	+	+	+
30. Создание индивидуальных ложек при дефектах зубных рядов и при полном отсутствии зубов.	+	+	+
31. Проверка полных съемных протезов в полости рта.	+	+	+
32. Имплантационное протезирование при полной потерей зубов.	+	+	+
33. Снятие оттисков при наличии зубных имплантатов.	+	+	+
34. Проверка и наложение имплантационных протезов	+	+	+
35. Протезирование пациентов с травматической окклюзией	+	+	+
36. Определение степени тяжести заболеваний пародонта.	+	+	+
37. Избирательное шлифование зубов у пациентов с травматической окклюзией	+	+	+
38. Постоянное шинирование зубов съемными и несъемными конструкциями у пациентов с травматической окклюзией в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.	+	+	+
39. Временное шинирование у пациентов с заболеваниями пародонта при помощи стекловолоконно-полимерных шин	+	+	+
40. Ведение пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями.	+	+	+
41. Снятие оттисков и получение диагностических моделей из гипса.	+	+	+
42. Проведение диагностических мероприятий, включающих анализ ортопантограммы, телерентгенограммы, компьютерной томограммы для уточнения диагноза.	+	+	+
43. Получение съемных и несъемных ортодонтических аппаратов.	+	+	+
44. Проверка и коррекция съемных ортодонтических аппаратов.	+	+	+
45. Проверка и коррекция несъемной ортодонтической аппаратуры.	+	+	+
46. Ведение пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.	+	+	+
47. Наложение и коррекция капп.	+	+	+
48. Реставрация металлокерамических протезов	+	+	+
49. Реставрация съемных протезов.	+	+	+
50. Правильное оформление истории болезни и другой учетно-отчетной медицинской документации (направления в другие подразделения, заключения и др.)	+	+	+
51. Выписывание рецептов на лекарственные препараты	+	+	+
52. Оказание врачебной помощи при обмороке, коллапсе	+	+	+

53. Оказание врачебной помощи при гипертоническом кризе	+	+	+
54. Оказание врачебной помощи при приступе бронхиальной астмы	+	+	+
55. Оказание врачебной помощи при диабетической или гипогликемической коме	+	+	+
56. Оказание врачебной помощи при острых аллергических реакциях	+	+	+
57. Оказание врачебной помощи при шоке разного генеза (травматический, кардиогенный, анафилактический, токсический)	+	+	+
58. Оказание врачебной помощи при эпилептическом припадке	+	+	+
59. Оказание врачебной помощи при электротравме, ожоге	+	+	+
60. Оказание врачебной помощи при остром нарушении мозгового кровообращения	+	+	+
61. Оказание врачебной помощи при стенокардии и инфаркте миокарда	+	+	+
62. Проведение инструментальной диагностики	+		
63. Проведение радикальной гингивэктомии	+	+	+
64. Проведение ампутации корня, гемисекция	+	+	
65. Взятие материала для:			
1) цитологии (соскобы, отпечатки)	+	+	+
2) биопсии	+	+	+
3) морфологии	+	+	+
4) бактериоскопии	+	+	+
66. Физиотерапия при заболеваниях слизистой оболочки полости рта	+		
67. Оценка показателей:			
1. кожно-аллергических проб, инструментальных	+		
2. лабораторных исследований	+		
3. и электрофизиологических исследований	+		
	+		

1. Иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению;
2. Знать, оценить, принять участие;
3. Выполнить самостоятельно.

#### **5.4. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины**

##### **ОСНОВНАЯ:**

- Трезубов В.Н. Щербаков А. С. Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса: Учебник для мед. вузов /Под ред. проф. В.Н, Трезубова 4-е изд. доп. - СПб: Изд-во МЕДпресс-информ. – 2011. –416 с.
- Трезубов В.Н. Щербаков А.С. Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология (факультетский курс): Учебник для медицинских вузов/Под ред. проф. В. Н. Трезубова. СПб: Изд-во Фолиант. –2002.- 536 с.
- Трезубов В. Н. Мишнев Л. М. Жулев Е. Н. Трезубов В. В.. Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение: Учебник для медицинских вузов/Под ред. В. Н. Трезубова 5-е изд. , доп. СПб: Изд-во МЕДпресс-информ, 2011. – 384с.
- Трезубов В. Н. Мишнев Л. М. Незнанова Н. Ю. Фицев С. Б. Ортопедическая стоматология. Технология лечебных и профилактических аппаратов /Под ред. проф. В Н. Трезубова 3-е изд. Доп. – СПб: Изд-во МЕДпресс-информ, 2011.-320с.
- Бутова В.Т., Ковальский В.Л.,Ананьева Н.Г. Система организации стоматологической помощи населению России.-М.: Медицинская книга, 2005. – 165 с.



- Гаврилов Е.И. Деформации зубных рядов. – М.: Медицина, 1984. – 95 с
- Гаврилов Е.И., Большаков Г.В. Атлас деформаций зубных рядов. –Саратов, 1992. -96 с.
- Дистель В.А. Зубочелюстные аномалии и деформации. – Омск, 2001. -100
- Дистель В.А, Сунцов В.Г., Вагнер В.Д. Основы ортодонтии. –М.: Медкнига, Н.Новгород,2001.
- Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий.- М.:Медицина,2007.-360с.
- Трезубов В.Н. Фадеев Р.А. Планирование и прогнозирование лечения больных с зубочелюстными аномалиями. Учебное пособие. - М: МЕДпресс-информ, 2005. - 224 с.
- Трезубов В.Н. Результаты рентгеноцефалометрического изучения челюстно-лицевой области //Материалы У1 междунар.конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов – СПб, 2001 г
  1. 13. .Ужумецкене И.И. Методы исследования в ортодонтии.- М.: Медицина, 1970. -200с.
  2. 14. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в ортодонтии и ортопедической стоматологии. \_ М.:Медицинская книга: НГМА, 2003. – 220 с.
  3. 15. Руководство по ортодонтии / Под ред. Ф.Я.Хорошилкиной. –М.:Медицина, 1999. – 798 с.
  4. 16. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.:ООО»Медицинское информационное агенство», 2010. – 592с.:ил.
  5. 17. Alexander R,G.”Wick”, The Alexander Discipline/ Пер. с англ. С.Н.Герасимова. – СПб.:АОЗТ «Дентал-Комплекс». 1997. -138с.
  6. 18. Профит У.Р. Современная ортодонтия /Уильям Р.Профит: Перевод с англ.: Под ред чл-корр.РАМН, проф. Л.С.Персина – М. : МЕДпресс-информ, 2008. -560 с., ил.
  7. 19. Ричард Маклафлин, Джон Беннет, Хьюго Тревези Систематизированная механика ортодонтического лечения /Под ред.на русском языке проф. П.С.Флис, к.м.н. М.С.Дрогомирецкая. Пер. с англ. –Львов:Галдент, 2005.-324с. -950 рис.
  8. 20. Уильям Дж.Кларк Ортодонтическое лечение парными блоками. / Пнр. С англ. = м.: МЕДпресс-информ, 2007.- 384 с.:ил.

Дополнительная литература:

- 1 Стоматология. Учебник для системы послевузовского профессионального образования врачей стоматологов./Под ред. проф. В. Н. Трезубова и проф. С. Д. Арутюнова. – М., Медицинская книга, 2003.- 580 с.
- 2 Трезубов В. Н. Мишнев Л. М. Соловьев М.М. Краснослободцева О. А. Диагностика в амбулаторной стоматологии: Учеб. пособие. для мед. вузов/Под ред. проф. В. Н. Трезубова. – СПб. – СпецЛит, 2000.- 77 с.
- 3 Трезубов В. Н. Мишнев Л. М. Соловьев М.М. Краснослободцева О. А. Стоматологический кабинет: материалы, инструменты, оборудование. Учеб. пособие МЗ РФ для стомат. фак-тов мед. вузов/ Под ред. проф. В. Н. Трезубова. – СПб, СпецЛит . – 2002
4. Трезубов В. Н. Мишнев Л. М. Прикладная анатомия жевательного аппарата: Учебное пособие для мед. вузов/Под ред. проф. В. Н. Трезубова. – СпецЛит. 2001- 78 с.
5. Трезубов В. Н. Ортопедическая стоматология. Терминологический словарь.--М.: Мед. книга. Н. Новгород, изд-во НГМА, 2002.-192 с.
- 6 Трезубов В. Н. Щербаков А. С. Фадеев Р. А. Ортодонтия. – М., Мед. книга, Н. Новгород, изд-во НГМА. –2000. – 148 с.
7. Трезубов В. Н. Сухарев М. Ф. Сусенко Г. А. Профилактика вирусных инфекций в клинике ортопедической стоматологии. Уч. пособие для студ. стомат фак-та /Под ред. проф. Е. П. Шуваловой. – СПбГМУ. – СПб., 1994

- 8 Параранкции жевательных мышц: Учебное пособие для студентов стомат. фак-та/Под ред. проф. В. Н. Трезубова. СПбГМУ.-СПб, 2003.-34 с.
9. Трезубов В.Н., Марусов И.В., Мишнёв Л.М., Соловьева А.М. /Под ред. акад. РАМН, проф. Ю.Д Игнатова. «Справочник врача-стоматолога по лекарственным препаратам». Учебное пособие МЗ / Под ред. акад. РАМН, проф. Ю.Д. Игнатова - СПб «Фолиант», 2002.- 400.

методические указания

- 1.Трезубов В.Н., Мишнев Л.М., Незнанова Н.Ю., Сапронова О.Н., Емгахов В.С., Быстрова Ю.А., Быстров А.Г., Шпынова А.М., Лоопер А.В.Ортопедическое лечение при функциональной перегрузке пародонта: указания для занятий со студентами IV курса стомат. Факультета (60 с.; 4,0 усл. печ. л.) – 2008
2. Вопросы для компьютерного тестирования по ортопедической стоматологии: Указания для занятий с врачами-интернами, ординаторами и врачами постдипломного образования /Под ред. В. Н. Трезубова. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2008. – 60 с.
- 3 Трезубов В.Н., Мишнев Л.М., Незнанова Н.Ю., Фищев С.Б., Булычева Е.А., Горбачев В.В. Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава в клинике ортопедической стоматологии. Указания для занятий со студентами V курса стомат. факультета, 2-е изд., испр. и доп., (56 с., печ. л. 3,5) - 2006
4. Булычева Е.А. Изучение биомеханики нижней челюсти с помощью аксиографии: указания для занятий со студентами V курса стомат. Факультета (60 с.; 3,75 усл. печ. л.)- 2007

### **БИБЛИОТЕКА КАФЕДРЫ**

Имеются собственная библиотека кафедры, включающая методические рекомендации, разработанные сотрудниками кафедры стоматологии терапевтической. На руки выдаются методические рекомендации и вспомогательные материалы, имеющиеся в распоряжении кафедры.

Электронные базы данных

<http://www.studentlibrary.ru/>

<http://e.lanbook.com/>

<http://www.scopus.com/>

<http://books-up.ru/>

**6. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем**

Программное обеспечение ГБОУ ВПО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова, являющееся частью электронной информационно-образовательной среды и базирующееся на телекоммуникационных технологиях:

компьютерные обучающие программы;  
тренинговые и тестирующие программы;

Электронные базы данных

<http://www.studentlibrary.ru/>

<http://www.bloodjournal.org>

<http://e.lanbook.com/>

<http://www.scopus.com/>

<http://books-up.ru/>

Стандарты медицинской помощи: <http://www.rspor.ru/>