Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе, профессор

_____ / А.М. Лила /

«01» 02 2017 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры
по специальности 31.08.77 Ортодонтия

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2017 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

1) Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.77 Ортодонтия, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27.08.2014 года № 1128.
2) приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» от 18.03.2016 г. № 227.

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ
по разработке программы государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.77 Ортодонтия

№ п/п.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Должность	Место работы
1.	Попов Сергей Александрович	Д.М.Н., доцент кафедры ортодонтии	Заведующий кафедры ортодонтии	ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России
2.	Петрова Наталья Петровна	К.м.н. доцент кафедры ортодонтии	доцент кафедры ортодонтии	ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России
3.	Евдокимова Наталья Анатольевна	К.м.н.	ассистент кафедры ортодонтии	ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России
По методическим вопросам				
4.	Абрамова Наталья Евгеньевна	К.м.н. доцент кафедры стоматологии общей практики	доцент кафедры стоматологии общей практики	ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России

ГИА по специальности 31.08.77 Ортодонтия обсуждена на заседании кафедры ортодонтии «18» января 2017г., протокол № 1.

Заведующий кафедрой, проф. _____ / Попов Сергей Александрович /
(подпись) (ФИО)

Одобрено методическим советом стоматологического факультета
«20» января 2017 г.

Председатель, ~~проф.~~ _____ / _____ /
(подпись) (ФИО)

СОГЛАСОВАНО:

Начальник учебного управления С.Л.Плавинский

Начальник центра подготовки КВК и ДПО О.Т.Гончаренко

Заведующий отделом образовательных стандартов и программ О.А.Михайлова

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.77 Ортодонтия (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.77 Ортодонтия (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.77 Ортодонтия (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительской власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность:
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

– готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);

– готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

– готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4);

– диагностическая деятельность:

– готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

– готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6);

– лечебная деятельность:

– готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи (ПК-7);

– готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8);

– реабилитационная деятельность:

– готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);

– психолого-педагогическая деятельность:

– готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10);

– организационно-управленческая деятельность:

– готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);

– готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);

– готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;

- глубина изучения дополнительной литературы;

- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов

на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заедание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена

5.1 Рекомендации по подготовке к государственному экзамену.

Для допуска к сдаче государственной итоговой аттестации ординатор должен успешно освоить программу по ординатуре по специальности «Ортодонтия» (сдать все текущие формы контроля по дисциплине). Программа включает в себя 120 вопросов и 50 ситуационных задач.

5.1.2 Структура и формы проведения государственной итоговой аттестации

В процессе подготовки к государственной итоговой аттестации необходимо использовать рекомендуемую научную и учебную литературу, представленную в программе ГИА по специальности «Ортодонтия»

При подготовке к ответу на государственной итоговой аттестации необходимо составить расширенные ответы на представленные в билете вопросы.

Содержание ответов должно соответствовать требованиям, представленным в программе государственной итоговой аттестации по специальности «Ортодонтия».

Обучающиеся при ответе на вопросы должны продемонстрировать высокий уровень сформированности универсальных и профессиональных компетенций, необходимых для выполнения профессиональных задач.

Материал по вопросам должен излагаться структурированно и логично. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким.

При ответе на поставленные вопросы необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок произношения специальных ортодонтических терминов.

Обучающий входит в аудиторию, где проводится государственная итоговая аттестация, выбирает билет, озвучивает номер билета, читает представленные вопросы и в течение 45 минут готовится к ответу.

В том случае, если обучающийся готов отвечать, он сообщает об этом комиссии.

Экзаменатор может задавать вопросы, выходящие за пределы вопросов билета.

Результаты ГИА объявляется непосредственно после сдачи.

5. 2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен.

1. Когда происходит закладка фолликулов постоянных резцов?

2. Когда происходит минерализация временных моляров?

3.Когда происходит рассасывание корня временного клыка?

4.Какое количество зубов у ребенка в период временного прикуса?

5. Когда происходит закладка фолликула 1 постоянного моляра?

6. Когда прорезываются временные резцы?

7.Когда прорезываются временные моляры?

8.Чему соответствует кп=4 у ребенка 5 лет?

9. При каком кариесе поражается язычная поверхность зуба?

10. Что необходимо назначить при содержании фтора в питьевой воде 0,2 мг/л?

11.У детей 12 лет КПУ=3,5. Интенсивность кариеса соответственно

12.Какие задачи первичной профилактики?

13.Какие фиссуры являются кариес резистентными?

14. Когда завершается полная минерализация эмали?

15. Какое определение вы дадите слову диагноз?

16. Какой метод используется для определения состояния гигиены полости рта?

17. Как смыкаются зубы в положении центральной окклюзии?

18.Что используется для определения состояния дентина?

19. О чем могут свидетельствовать самопроизвольные ночные боли?

20.Какое количество слоев в пульпе?

21. Чем определяется защитная функция пульпы?

22. Какая функция пульпы наиболее выраженная в период сформированного корня?

23.Что из перечисленного не относится к эндонтическим инструментам?

24.К какому классу по Блэку относится кариозная полость, расположенная на контактной поверхности 44 зуба?

25.Коронка зуба овальной формы, сжата в медио- дистальном направлении, имеет два бугра. Полость зуба щеловидной формы, вытянутая в вестибуло- оральном направлении. При наличии двух корней имеется два канала. Какому зубу соответствуют эти анатомо-топографические признаки?

26.Вестибулярная поверхность разделена на две фасетки, имеет хорошо выраженный бугор, мощный корень конусообразной формы. Один хорошо проходимый канал.

Какому зубу соответствуют эти анатомо-топографические признаки?

27.Какой индекс относят к гигиеническим?

28. Для какого заболевания характерна подвижность зубов 1-2 степени?

29. Индекс нуждаемости в пародонтологической помощи

30. Какая проба проводится для выявления воспалительного процесса в десне?

31. Какой пульс во время коллапса?

32. На фоне чего преимущественно развивается анафилактический шок?

33. Что находится в основе обморока?

34. В какой ситуации зубы подлежат удалению в условиях стационара?

35. Что является причиной шока при операции удаления зуба?

36.У больного после введения новакаина появились общая слабость, снижение А/Д,пульс слабый, нитевидный пульс.

Все симптомы "острого живота", характерны для:

37. Где располагаются руки реаниматора при проведении непрямого массажа сердца?

38.Что блокируется при проведении туберальной анестезии?

39.Где проводится осмотр стоматологических больных?

40.Какой индекс определяет наличие зубного налета?

41.Какой формой документации представлен листок ежедневного учета работы врача – стоматолога?

42. Что является основным структурным образованием эмали?

43.Как называется процесс восстановления и новообразования кристаллов гидроксиапатитов эмали?

44.При какой форме периодонтита рентгенологически определяется наличие четко ограниченного очага просветления диаметром до 5 мм?

45.При каком заболевании проба Шиллера – Писарева отрицательна ?

46.Для какого хронического заболевания слизистой оболочки, относящегося к факультативнымпредракам, характерно повышенное ороговение эпителия и воспаление собственно слизистой оболочки?

47.Какой парой черепно-мозговых нервов является тройничный нерв:

48. Блокада каких нервов происходит при торусальной анестезии?

49.Что лежит в основе обморока?

50.Что является основной причиной вывихов нижней челюсти?

51. Что применяют для репозиции скуловой кости при ее переломе?

52.На каком этапе эвакуации в штате врачей имеется стоматолог?

53.Что такое прикус?

54. Что понимают под термином клиническая коронка зуба?

55.Что понимают од термином "пародонт"?

56. Что такое контрфорсы?

57. Как называется линия, проведенная по верхушкам корней зубов?

58.Что такое окклюзия?

59.Какая горизонтальная соответствует носоушной линии?

60.Какие различают окклюзионные кривые?

61. Какую форму имеет верхний зубной ряд?

62. Какую форму имеет нижний зубной ряд?

63.Где располагается межзубной контактный пункт у передних зубов?

64.Где располагается межзубной контактный пункт у боковых зубов?

65. Чем обеспечивается единство зубного ряда?

66. В кабинете 3 стоматологических кресла. Чему равна минимальная площадь кабинета?

67.Что включает в себя зуботехническая лаборатория?

68.Чему равен угол сагиттального суставного пути?

69.Чему равен угол Беннетта?

70.Чему равен угол бокового резцового пути?

71.Готическим называется угол?

72.Что воспроизводит окклюдатор?

73.Чему в среднем равно расстояние между зубными рядами при физиологическом покое?

74.Какие движения совершают суставные головки при перемещениях нижней челюсти?

75. Развитие чего с появлением разрушенных зубов наиболее вероятно в ВНЧС?

76.Какое расстояние применяют при телерентгенографии?

77.Что такое ретрузия зубов?

78. Какие основные функции зубочелюстной системы?

79. Что используется для определения состояния пародонта передней группы зубов?

80.Какие методы рентгенологического исследования целесообразно провести для определения симметричного роста нижней челюсти?

81. Что такое тортоаномалия?

82.Какие зубы чаще всего прорезываются в вестибулярном положении?

83.Что такое дистопия зубов?

84.В ортодонтии для фиксации съемных ортодонтических аппаратов наиболее широко используется кламмер Адамса. Почему?

85.Что такое протрузия зубов?

86. Какая вредная привычка появляется при длительном ротовом дыхании?

87. Что является фиксирующими элементами в съемных ортодонтических аппаратах?

88. Какие лицевые признаки аномалии развивающейся вследствие длительного сосания соски-пустышки?

89.По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено?

90.По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено?

91.По штатному нормативу на 1 ставку врача-ортодонта положено?

92. Где наиболее квалифицированно и эффективно проводится миотерапия в ортодонтии?

93. Где является наиболее эффективной организационной формой лечения детей с врождённой патологией в зубо-челюстно-лицевой области?

94. Что целесообразно у детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий?

95.На что направлена работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте?

96. Что имеет первостепенное значение в нормализации функции дыхания?

97. Какая вредная привычка возникает при дефектах зубных рядов в боковых участках?

98. Что является ведущим фактором выраженного открытого прикуса

99. Какие задачи включает профилактика зубочелюстных аномалий?

100. Какое в норме соотношение челюстных костей у новорожденных?

101.Что определяет понятие медицинской этики?

102. Когда происходит отграничение ротовой полости от носовой?

103. Когда происходит начало закладки и обызвествления временных зубов?

104.Какое положение нижней челюсти у новорождённого в норме?

105.Что является видами роста челюстных костей?

106. Когда прорезываются временные резцы?

107. Когда происходит 1 физиологическое повышение прикуса?

108.Какое смыкания первых постоянных моляров является вариантом нормы?

109. Когда окостеневает шов на нижней челюсти у ребёнка?

110. До какого времени у ребёнка инфальтивный тип глотания?

111. До какого возраста формируется временный прикус?

112. Какому возрасту соответствует начальный период смешанного прикуса?

113.В каком возрасте формируется постоянный прикус?

114. Для чего делают ортопантограммы челюстей в ортодонтии?

115.Что возможно выявить на прямых ТРГ головы?

116.При каких обстоятельствах устанавливается окончательный диагноз?

117. Что характеризует гнатические разновидности аномалий прикуса?

118. Нарушением каких контактов характеризуется дистальный прикус?

119.Нарушением каких контактов характеризуется мезиальный прикус?

120.Какая картина при вестибуло-перекрестном прикусе?

Задачи, выносимые на государственный экзамен

Задача №1

При клиническом обследовании ребенка 8 лет установлено затруднение носового дыхания, неправильное глотание с подкладыванием языка между зубами, вестибулярный наклон верхних передних зубов, наличие между ними трем, сужение верхнего зубного ряда, при смыкании челюстей в центральной окклюзии между передними зубами на протяжении от 53 до 63 вертикальная щель в 2,5 мм.

Вопросы:

1. Какой прикус у ребенка?
2. Какому периоду развития зубочелюстной системы соответствует прикус?
3. Что является причиной образования аномалий?
4. Какие основные задачи при лечении этой аномалии?
5. Какой метод лечения вы проведете?

Задача №2

При профилактическом осмотре ребенка 12 лет установлено напряжение приротовой мускулатуры. Состояние среднего отдела лица, укорочение верхней губы, носогубные складки сглажены, подбородочная резко выражена. Осмотр полости рта: верхняя зубная дуга шире нижней, взаимоотношение первых постоянных моляров по II классу Энгеля, между верхними и нижними резцами имеется сагиттальная щель.

Вопросы:

1. Какой у ребенка прикус (для этого возраста)?
2. Какая аномалия определяется у ребенка?
3. Причины ее образования?
4. Каковы лицевые признаки, характерное для этой аномалии?
5. Какие внутриротовые признаки?
6. Основная задача лечения
7. Какие лечебные мероприятия вы проведете?

Задача №4

Пациентка 14 лет обратилась с жалобами на тесное положение зубов, множественный кариес. Анамнез: обратилась впервые.
Объективно: лицо средней ширины, гармоничное, губы смыкаются спокойно. Соотношение моляров нейтральное, во фронтальном отделе перекрытие на 1/3 коронок нижних резцов, множественный бугрово- фиссурный контакт. Средняя линия верхнего зубного ряда смещена влево на 4 мм, небное положение 22, вестибулярное 23 - дефицит места 7 мм. На нижней челюсти центральная линия также смещена влево, язычное положение 32, вестибулярное 33 - дефицит места 7 мм. По данным ОПТГ на дистальном корне 36 гранулема, отмечается генерализованный гингивит.
Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Обоснуйте диагноз, перечислив клинические данные.

3. Составьте комплексный план лечения.

4. Какова в первую очередь врачебная тактика при данном состоянии.

5. Сделайте выбор ортодонгического аппарата.

Задача №5

К ортодонту обратились родители с девочкой 12 лет с жалобами на эстетические нарушения у ребенка. Анамнез: аномалия была замечена в возрасте 8 лет и наблюдается ухудшение. Объективно: профиль лица выпуклый, уменьшена нижняя треть лица, верхняя губа укорочена, нижняя губа вывернута, на ней лежат резцы верхней челюсти, губы не сомкнуты. По боковой ТРГ угол ANB 10°, протрузия верхних резцов. По КДМ: сужение верхнего зубного ряда в нейтральной окклюзии. Наблюдается глубокая травмирующая окклюзия во фронтальном участке, в боковых отделах соотношение по II классу Энгля. Пародонтит средней степени тяжести в области фронтальных зубов нижней челюсти.

Вопросы:
1.Поставьте диагноз.
2. Выберите дополнительные методы исследования, подтверждающие ваш диагноз.

3. Назовите наиболее вероятные причины аномалии.

4. Составьте комплексный план лечения.

5. Выберите ортодонтический аппарат.

Задача №6

К ортодонту обратились родители с жалобами на неправильный прикус у ребенка. Анамнез: подобная аномалия отмечается у мамы.
Объективно: девочка 7 лет, профиль лица прямой, при привычной окклюзии наблюдается мезиальная ступенька губ. На ОПТГ: зачатки всех постоянных зубов. Зубная формула:
6 V IV ПТ 0 1 1 О ПТ О V 6
6 V ТУ ПТ 2 1 1 2 ПТ 0 0 6
В привычной окклюзии нижняя челюсть смещается вперед, резцы верхней челюсти прорезываются в небном положении. В ретро положении нижней челюсти контакт между зубными рядами только на временных клыках. На жевательной поверхности первых постоянных моляров - глубокие фиссуры.

Вопросы:
1. Поставьте диагноз.

2. Выберите дополнительные методы исследования, которые могут подтвердить ваш диагноз.
3. Каковы наиболее вероятные причины аномалии.
4. Составьте комплексный план лечения.
5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №7

К ортодонту обратились родители мальчика 11 лет с жалобами на неправильное прорезывание клыков верхней челюсти. Анамнез: подобная аномалия у папы.
Объективно: профиль лица выпуклый, профиль губ плоский, подбородок смещен дистально, увеличен назолабиальный угол. По данным боковой ТРГ: угол ANB 6°, наблюдается ретрузия резцов верхней челюсти. По К ДМ отмечается: смыкание по сагиггали в боковых участках одноименными буграми, сагиттальная щель в переднем отделе отсутствует, вертикальное перекрытие на величину коронки нижних резцов, форма зубных дуг - трапециевидная. В полости рта отмечается травма слизистой с вестибулярной стороны нижних резцов. Отмечается системная гипоплазия эмали постоянных зубов в виде меловидных пятен.

Вопросы
1. Поставьте диагноз.

2. Назовите дополнительные методы исследования, подтверждающие ваш диагноз.

3. Назовите вероятные причины аномалии.

4. Составьте комплексный план лечения.

5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №8
К врачу ортодонту обратились родители с жалобами на задержку прорезывания и неправильное положение центральных резцов верхней челюсти.
Объективно: мальчику 8 лет, профиль лица слегка выпуклый, губы смыкаются без напряжения, лицо пропорциональное. В полости рта отмечается: смыкание зубных дуг по I классу Энгля, множественный кариес временных моляров, в области проекции верхушки корня 6.4. имеется свищ.
В области фронтальных зубов верхней челюсти отмечается поворот по оси 11 на 90°, отсутствие 21.
Зубная формула: 6 V IV III 2 1 0 2 III IV V 6
6 V 0 III 2 1 1 2 III 0 0 6
На ОПТГ: наблюдается ретенция 21, наличие двух сверхкомплектных зубов в области центральных резцов верхней челюсти.
Вопросы:
1. Поставьте диагноз, учитывая все виды патологии в данном случае.

2. Укажите наиболее существенные данные, подтверждающие ваш диагноз.

3. Какова причина развития патологии в данном случае.

4. Составьте комплексный план лечения.

5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №9

К ортодонту обратились родители с жалобами на асимметрию лица у ребенка. Пациентка - девочка 12 лет. Анамнез: асимметрия возникла 1,5 года назад.

Объективно: профиль лица слегка выпуклый, в фас наблюдается асимметрия лица за счет смещения нижней челюсти вправо. По данным боковой ТРГ: угол 3°, положение резцов в норме. По К ДМ: по сагиттали смыкание по I классу Энгля, наблюдается небное положение 12, 22, правосторонняя экзоокклюзия, смещение средней линии нижней челюсти вправо на 3 мм, сужение верхнего зубного ряда, генерализованный гингивит, в области шеек всех зубов наблюдается отложение мягкого зубного налета.
1. Поставьте диагноз.

2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие ваш диагноз.

3. Каковы причины развития патологии в данном случае.

4. Составьте комплексный план лечения.
5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №10

Пациентка 14 лет обратилась с жалобами на эстетические нарушения. Анамнез: в раннем детском возрасте часто болела простудными заболеваниями, в 4 года проведена аденомтомия. В 7 лет травма 21 зуба. В возрасте 10 лет лечилась у ортодонта, пользовалась пластинкой с наклонной плоскостью, лечение не закончила.
Объективно: носогубные складки сглажены, верхняя губа укорочена, профиль выпуклый. По данным телерентгенографии: уменьшен назолабиальный угол, угол ANB +5°, протрузия верхних резцов. При осмотре полости рта выявлено тесное положение 12, 11, 21, 22; протрузия 11, 21. Соотношение первых моляров по сагиттали одноименными буграми, в переднем отделе сагиттальная щель 11 мм, глубокое резцовое перекрытие на 2/3 коронок нижних резцов. Коронка 21 темного цвета, на рентгенограмме очаг деструкции в области верхушки корня размером 5-6 мм с нечеткими границами. ОН1=0,6. При определении степени кислотоустойчивости эмали (ТЭР-тест) данные составляют 20 баллов.

Вопросы
1. Назовите наиболее вероятный полный диагноз, укажите все виды патологии в данном случае.

2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие ваш диагноз.

3. Какова причина развития патологии в данном случае.

4. Составьте план лечения.

5. Сделайте выбор ортодонгического аппарата.

Задача №11
Родители ребенка 3 лет обратились с жалобами на отсутствие зубов. Анамнез: мальчик 3 лет, отстает в физическом и речевом развитии.
Объективно: кожные покровы лица и тела сухие, горячие, вокруг глаз и ротовой щели глубокие морщинки. На голове пушковые волосы, нет бровей и ресниц. Нос седловидной формы, ушные раковины оттопырены. В полости рта полная адентия, альвеолярные отростки не развиты, с тонким слизистым гребнем на вершине. Родители отмечают частые респираторные заболевания и расстройства ЖКТ с рождения, нарушения теплообмена. Подобное заболевание отмечалось у брата бабушки.

вопросы
1. Какое заболевание у ребенка.
2. Какова причина данной патологии.

3. Назовите полный диагноз, учитывая все виды патологии в данном случае.

4. Выберите дополнительные методы исследования, подтверждающие ваш диагноз.

5. Какова тактика врача-ортодонта при лечении такого ребенка.

Задача №12

Пациентка 14 лет обратилась с жалобами на эстетические и функциональные нарушения. Анамнез: ранее к ортодонту не обращалась. Аномалия с 8 лет.
Объективно: лицо выпуклое, носогубные складки сглажены, вывернута нижняя губа. Соотношение первых моляров одноименными буграми, сагиттальная щель в переднем отделе 8 мм, небное положение 12, 22, отсутствует 42. Глубокое резцовое перекрытие. ТРГ: протрузия верхних резцов, ретрузия нижних, угол ANB увеличен на 4°. На слизистой неба отпечатки нижних резцов, гиперемия, отечность.

вопросы

1. Поставьте диагноз.

2. Назовите данные, подтверждающие ваш диагноз.

3. Какая причина развития аномалии в данном случае.

4. Каковы показания к лечению.

5. Составьте комплексный план лечения.

Задача №13

Пациент 16 лет обратился с жалобами на эстетические нарушения и нарушения функций глотания, жевания, речи, дыхания. В анамнезе рахит, частые простудные заболевания. Анамнез: аномалия замечена с детства, лечился съемными аппаратами, получено улучшение. Объективно: носогубные и подбородочная складки сглажены, губы смыкаются с напряжением. По данным ТРГ увеличены: нижняя высота лица, угол нижней челюсти, высота альвеолярных отростков в боковых отделах челюстей; вертикальное направление роста нижней челюсти. В переднем отделе вертикальная щель от клыка до клыка высотой 6 мм. На передних зубах мягкий зубной налет, нарушено самоочищение зубов. Тесное положение резцов на верхней и нижней челюсти. Соотношение моляров нейтральное. ОН1=2,0, кислотоустойчивость эмали (ТЭР-тест)=50 баллов.
1. Поставьте диагноз.

2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие ваш диагноз,

3. Какова причина развития патологии в данном случае.

4. Составьте план лечения.

5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №14

Пациентка 15 лет обратилась с жалобами на эстетические нарушения. Анамнез: в возрасте 8 лет лечилась у ортодонта, результатом лечения неудовлетворена. В анамнезе длительное сосание пальца.
Объективно: носогубные складки сглажены, губы смыкаются с напряжением. По данным ТРГ: бипротрузия резцов, неудовлетворительная гигиена полости рта. ОН1==2,9. Тесное положение резцов на верхней и нижней челюсти. Сужение верхнего зубного ряда. Перекрестное смыкание зубов справа. Соотношение моляров нейтрально, по вертикали перекрытие на /4 коронок нижних резцов.
вопросы
1. Поставьте диагноз.

2. Назовите методы исследования, подтверждающие ваш диагноз.

3. Назовите наиболее вероятные причины аномалии.

4. Составьте комплексный план лечения.

5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №15

Пациентка 15 лет обратилась с жалобами на эстетические нарушения. Анамнез: аномалия прикуса отмечается с периода смены зубов.
Объективно: профиль вогнутый, положительная ступенька губ, носогубные складки выражены. По данным ТРГ: угол ANB 0°, ретрузия верхних резцов, протрузия нижних резцов. На верхней челюсти диастема 6 мм, микродентия 17,27. На языке продольные складки, отпечатки зубов. Медиально-щечные бугры верхних первых моляров смыкаются с дистальными буграми одноименных нижних, в переднем отделе обратное резцовое перекрытие, обратная сагиттальная щель 2 мм.
1. Поставьте диагноз, учитывая все виды патологии.

2. Выберите дополнительные методы исследования, подтверждающие ваш диагноз.

3. Назовите наиболее вероятные причины развития данной патологии.

4. Составьте план лечения.

5. Выберите ортодонтический аппарат, целесообразный в данном случае.

Задача №16

Пациентка 18 лет обратилась с жалобами на эстетические нарушения, нечеткое произношение звуков, неудобство при пережевывании пищи. Анамнез: аномалия прикуса отмечается с детства. У ортодонта не лечилась.
Объективно: профиль вогнутый, положительная ступенька губ, носогубные складки резко выражены. По данным ТРГ: увеличена нижняя высота лица, увеличены размеры нижней челюсти, угол ANB имеет отрицательное значение 6°, ретрузия верхних резцов. На ОПТГ: ретенция 18,
28, адентия 38, 48. В полости рта тесное положение 12, 11, 21, 22; обратная сагиттальная щель 12 мм, первые верхние моляры смыкаются с нижними седьмыми, двусторонний перекрестный прикус.

1. Поставьте полный диагноз.

2. Укажите дополнительные методы исследования, подтверждающие ваш диагноз.

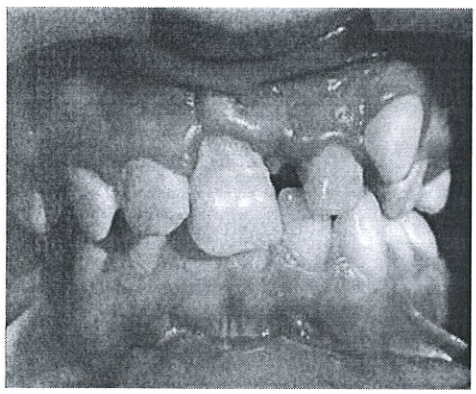
3. Укажите наиболее вероятную причину аномалии.

4. Составьте комплексный план лечения.

5. Какова тактика врача-ортодонта.

Задача №17

Пациент 15 лет направлен на консультацию из допризывной комиссии. Жалобы на эстетические нарушения и нарушение произношения звуков. В анамнезе рахит, частые простудные заболевания, сосание большого пальца до 6 лет, увеличение аденоидов, ротовое дыхание до 8 лет.
Объективно: профиль выпуклый. Увеличена нижняя часть лица, губы смыкаются с напряжением.
По данным ТРГ: угол ANB +6°, нижняя микрогнатия, протрузия верхних и нижних резцов,



уменьшен назолабиальный угол, удлинена нижняя часть лица. Сужен верхний зубной ряд, зубо-альвеолярная протрузия верхнего переднего отдела, трапециевидная форма нижней зубной дуги. Соотношение первых моляров и клыков по II классу. Сагиттальная и вертикальная щель 10 мм, двухсторонний перекрестный прикус. Инфантильный тип глотания, нарушение артикуляции языка ОН1=2,8
1. К каким видам аномалии прикуса и зубных дуг можно отнести описанную патологию.

2. Назовите полный диагноз.

3. Назовите наиболее существенные данные, подтверждающие ваш диагноз.

4. Какая причина развития данной патологии.

5. Составьте план лечения.

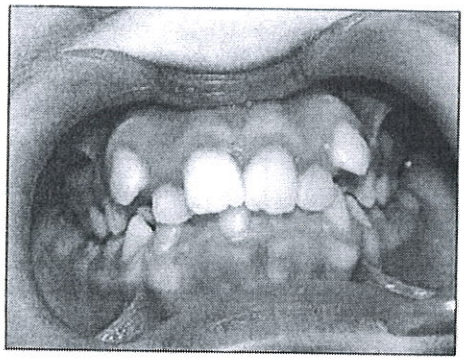
6. Какой ортодонтический аппарат целесообразен в данном случае

Задача №18
Пациент А. 12 лет. Родители обратились к ортодонту с жалобами на отсутствие в полости рта верхнего левого центрального резца. При осмотре полости рта отмечено отсутствие верхнего левого центрального резца и дефицит места в зубном ряду для него, вестибулярное положение зуба 2.3, при этом зубная формула соответствует возрасту.

Задания:

1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
2. Перечислите методы диагностики, используемые вами для постановки диагноза.
3. Поставьте диагноз.
4. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.
5. Предложите для проведения лечения ортодонтический аппарат.

Задача №19

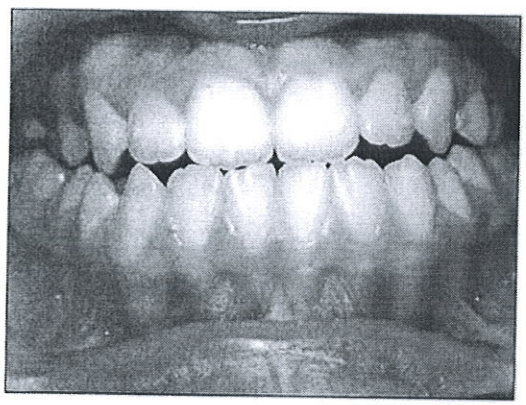


Пациентка М. 9 лет обратилась с жалобами к врачу-ортодонту на неправильное положение зубов. При осмотре лица отмечено выступание верхней губы, губы смыкаются с напряжением. При осмотре полости рта определено вестибулярное положение и наклон верхних клыков, скученность резцов, перекрытие в области резцов более 1/3.

Задания:

1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
2. Перечислите методы диагностики, используемые вами для постановки диагноза.
3. Поставьте диагноз.
4. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.
5. Предложите для проведения лечения ортодонтический аппарат.

Задача №20



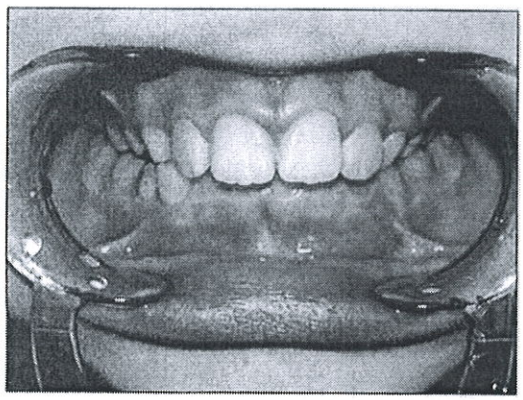
Пациентка И. 15 лет обратилась с жалобами на затрудненное откусывание твердой пищи. При внешнем осмотре отмечено смещение подбородка вперед, удлинение нижней трети лица. В полости рта: в боковых отделах - щечные бугры верхних зубов контактируют со щечными буграми нижних, резцы контактируют режущими краями.

Задания:

1. Укажите аномалию окклюзии.
2. Перечислите методы диагностики, которые необходимо использовать для постановки диагноза.
3. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной аномалии.
4. Предложите тактику ортодонтического лечения.

Предложите ортодонтическую конструкцию для проведения лечения.

Задача №21

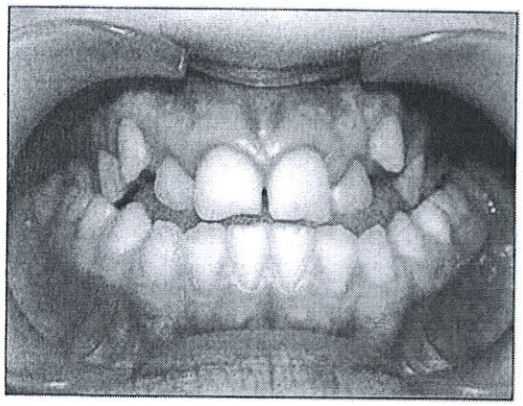


Пациент С. 8,5 лет. Направлен на консультацию врачом-терапевтом стоматологом. Жалоб не предъявлял. При осмотре лица: профиль выпуклый, подбородок смещен назад, выражена подбородочная складка. В полости рта: сагиттальная щель - 5 мм, протрузия передней группы зубов в/ч, укороченная уздечка языка.

Задания:

1. Назовите описанную аномалию.
2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования.
3. Укажите лечебные мероприятия, которые следует провести перед ортодонтическим лечением.
4. Предложите методы лечения аномалии.
5. Перечислите ортодонтические аппараты для лечения данной аномалии

Задача №22

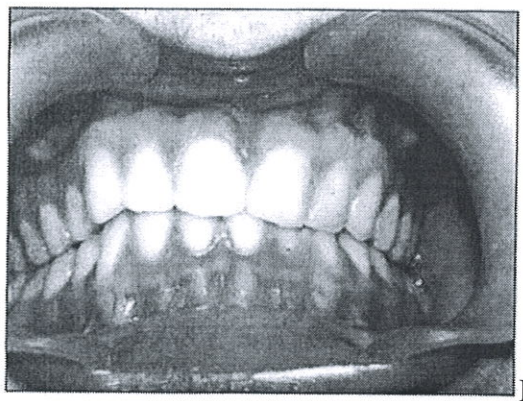


Пациентка А. 9 лет. Жалобы на затрудненное откусывание пищи. При осмотре лица: верхняя губа западает, подбородок смещен вперед, профиль слегка вогнутый. В полости рта: обратная сагиттальная резцовая дизокклюзия, мезиальный щечный бугор первого моляра верхней челюсти контактируют с дистальным щечным бугром моляра (слева и справа) нижней челюсти.

Задания:

1. Назовите данную аномалию.
2. Назовите основные этиологические факторы аномалии.
3. Перечислите дополнительные методы диагностики.
4. Укажите, какие методы лечения показаны для этой пациентки.
5. Выберите ортодонтический аппарат для лечения этой пациентки

Задача №23



Пациентка В. 18 лет. Жалобы на асимметрию лица. При осмотре лица определено небольшое смещение подбородка вправо. В полости рта: смещение межрезцовой линии в области нижних зубов, скученность нижних резцов.

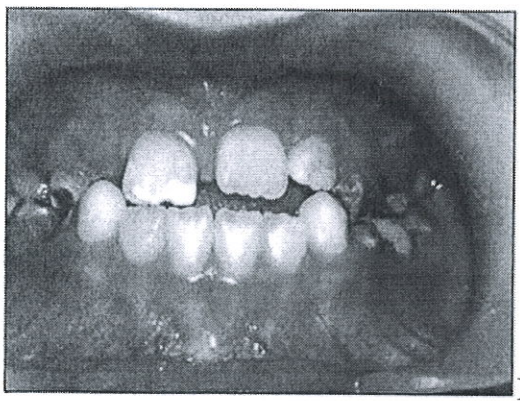
Задания:

1. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной аномалии.
2. Укажите в какой плоскости классифицируется данная аномалия.
3. Перечислите дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения

диагноза.

4. Назовите, какой из дополнительных методов наиболее информативен.
5. Выберите способ фиксации ортодонтического аппарата.

Задача №24

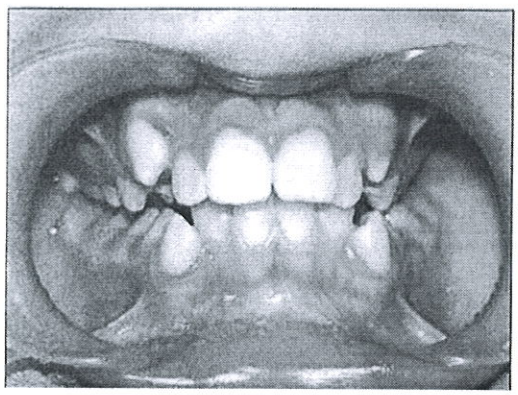


Пациентка К. 9 лет. Жалобы на затрудненное откусывание пищи. При осмотре лица определено увеличение высоты нижней части лица и сглаженность надподбородочной и носогубных складок лица. В полости рта: вертикальная щель между резцами размером 2,5 мм, инфантильный тип глотания.

Задания:

1. Назовите аномалию.
2. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.
3. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной аномалии.
4. Предложите методы лечения аномалии.
5. Назовите элемент, который необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.

Задача №25



Пациент С. 13 лет. Жалобы на выступающую верхнюю губу. Лицо симметричное, губы не сомкнуты, дыхание ротовое. При осмотре в полости рта: слева щечные бугры верхних боко¬вых зубов располагаются в продольной фиссуре нижних боковых зубов, вестибулоположе- ние клыков. Справа фиссурно-бугорковые контакты. Косметический центр совпадает.

Задания:

1. Назовите аномалию.

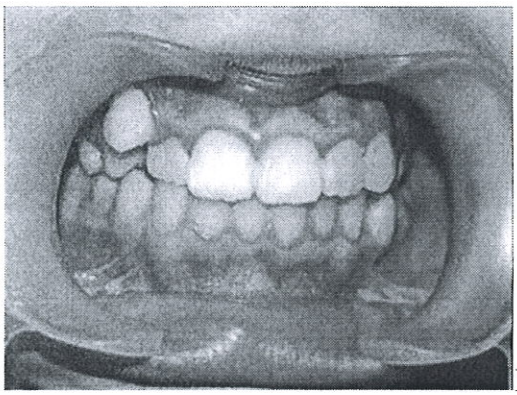
2. Перечислите дополнительные методы диагностики, необходимые для постановки диагноза.

3. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной ано¬малии.

4. Предложите методы лечения аномалии.

5. Предложите конструкцию ортодонтического аппарата для лечения данной аномалии.

Задача №26

 Пациентка Ф. 12 лет. Жалобы на неправильное положение верхнего правого клыка. В по¬лости рта зуб 1.3 супра- и вестибулоположение. Промежуток между зубами 1.2 и 1.4 - 2 мм. Из анамнеза выяснено, что молочный зуб (5.3) был удален по терапевтическим показаниям.

Задания:

1. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.

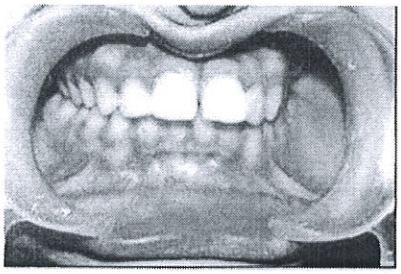
2. Перечислите аномалии зубов, которые могли привести к данной аномалии.

3. Укажите возможные причины аномалии.

4. Предложите варианты лечения данной аномалии.

5. Укажите методы лечения данной пациентки.

Задача №27



Пациентка К. 12 лет. Жалобы на выступание верхней губы. При осмотре лица: верхняя губа выступает, выражена надподбородочная складка. В полости рта: протрузия верхних резцов, диастема, ретрузия нижних резцов, их скученное положение, сагиттальная щель 6 мм, смыкание в боковых отделах соответствует норме.

Задания:

1. Назовите данную аномалию.

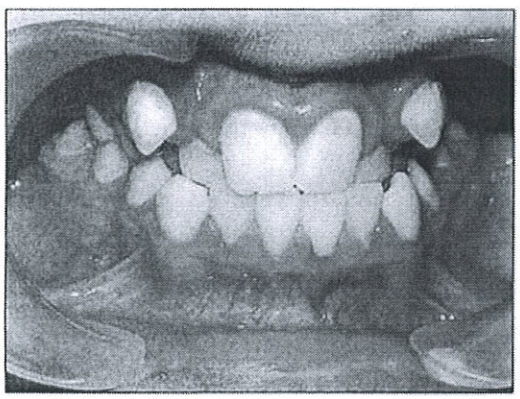
2. Перечислите дополнительные методы диагностики, которые необходимо провести.

3. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной аномалии.

4. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.

5. Обоснуйте возможность применения функциональных ортодонтических аппаратов для лечения данной аномалии.

Задача №28



Пациент С. 14 лет. Жалобы на неправильное положение верхних передних зубов. При осмотре полости рта: смыкание в боковых отделах дистальное, небное положение зубов 1.2 и 2.2; вестибуло- и супраположение зубов 1.3 и 2.3, места для них в зубном ряду недостаточно.

Задания:

1. Укажите дополнительные методы диагностики, необходимые для уточнения диагноза.

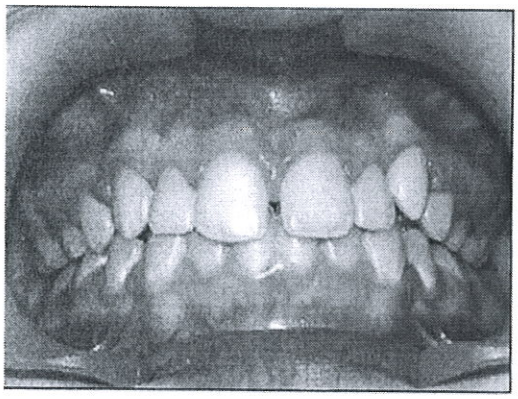
2. Назовите аномалии, приведшие к данной клинической картине.

3. Определите этиологические факторы формирования аномалии.

4. Предложите методы лечения.

5. Обоснуйте выбранную тактику лечения.

Задача №29



Пациентка В. 13 лет. Жалобы: на промежуток между центральными резцами верхней че¬люсти. Лицевые признаки без особенностей. В полости рта: период прикуса постоянных зубов, промежуток между центральными резцами верхней челюсти около 2,5 мм, зуб 2.3 по¬вернут по оси, не смыкается с антагонистами и расположен вестибулярно. Смыкание в бо¬ковых отделах зубных рядов соответствует норме.

Задания:

1. Перечислите аномалии.

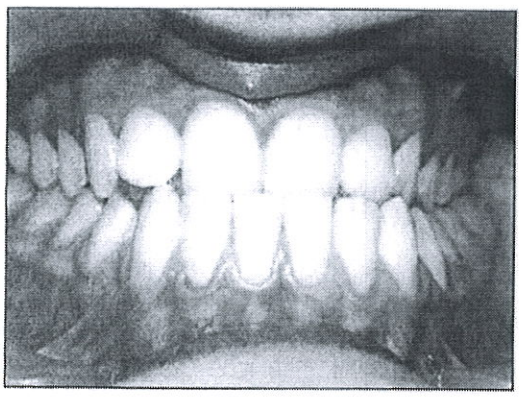
2. Укажите дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.

3. Определите этиологические факторы формирования аномалии.

4. Предложите методы лечения.

5. Определите аппарат по способу фиксации.

Задача №30



Пациентка Б. 15 лет, жалобы: на асимметрию лица и выступающий подбородок. При осмотре лица определяется асимметрия, подбородок смещен влево. В полости рта: смещение средней линии в области нижних центральных резцов влево на 2,5 мм. В боковых участках: смыкание зубов - антагонистов по III классу Энгля, в переднем - обратная резцовая окклюзия.

Задания:

1. Перечислите факторы, которые могли явиться причиной данной аномалии.

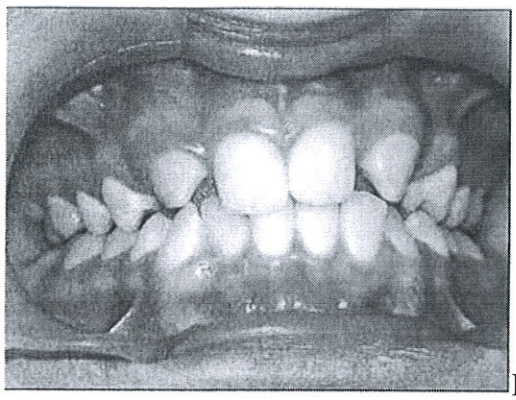
2. Укажите дополнительные методы обследования, которые следует провести для уточнения диагноза.

3. Укажите методы рентгенологического исследования, необходимые для уточнения диагноза.

4. Обоснуйте применение регулятора функции Френкеля III типа для коррекции аномалий.

5. Обоснуйте применение сочетанного метода лечения (ортодонтического - хирургического) в данном случае.

Задача №31



Пациентка Г. 13 лет, жалобы: на отсутствие боковых резцов на верхней челюсти. При осмотре лица конфигурация не нарушена. В полости рта: зубная формула 6543 1 | 1 3456 65432 1 | 1 23456 В анамнезе подобная аномалия у матери.

Задания:

1. Назовите данную аномалию.

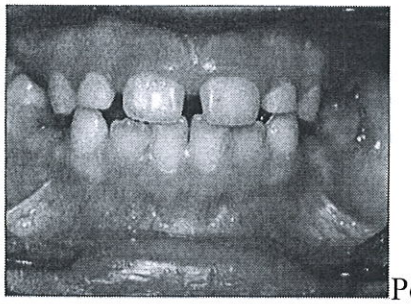
2. Укажите дополнительные методы обследования, которые необходимо провести для уточнения диагноза. Обоснуйте.

3. Определите аномалии, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

4. Укажите этиологические факторы аномалии.

5. Тактика лечения.

Задача №32

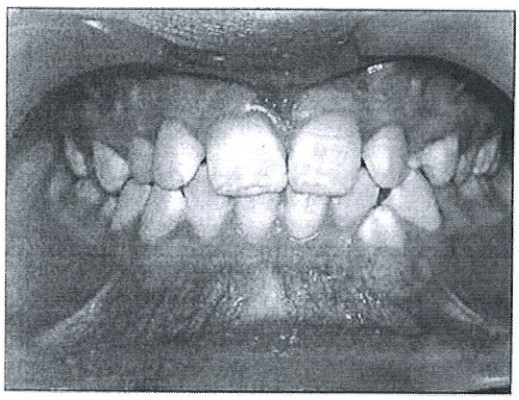
 Родители пациентки К. 8 лет обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости в лечении.

При осмотре полости рта определяется скученное положение резцов нижнего зубного ряда, боковые резцы находятся в язычном положении. Между центральными резцами верхней челюсти имеется промежуток 3 мм. Верхние резцы при смыкании перекрывают их с вестибулярной стороны на 1/3 коронки.

ЗЗаадания:

1. Назовите аномалию положения резцов верхнего зубного ряда.
2. Укажите причину аномалии нижнего зубного ряда в области передних зубов.
3. Обоснуйте этиологические факторы нарушения положения резцов нижней челюсти.
4. Укажите аномалии для проведения дифференциальной диагностики.
5. Укажите дополнительные методы диагностики.

Задача №33



Пациентка Р. 12 лет направлена на консультацию к ортодонту детским стоматологом-терапевтом. Жалоб не предъявляет.

При осмотре лица: тип лица мезоцефалический, профиль - выпуклый.

В полости рта: макродонтия центральных и боковых резцов на верхней и нижней челюсти. Определяется генерализованная форма флюороза.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.

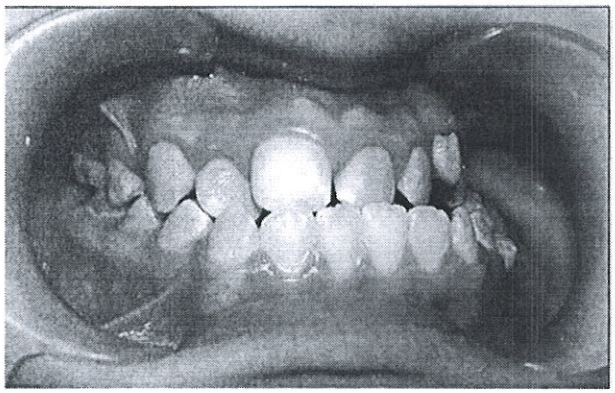
2. Укажите дополнительные методы исследования, необходимые для постановки диагноза.

3. Укажите этиологические факторы аномалии.

4. Предложите методы лечения. Обоснуйте выбранную тактику лечения.

5. Укажите конструкцию ортодонтического аппарата, необходимую для лечения данной аномалии.

Задача №34



Пациент А. 14 лет. Жалобы: на выступающий подбородок и неправильное положение зубов. При осмотре лица: выступает вперед нижняя губа.

В полости рта: мезиальнощечные бугры верхних моляров располагаются позади меж-бугорковых фиссур нижних первых моляров (справа и слева).

Отсутствует смыкание фронтальных зубов.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.

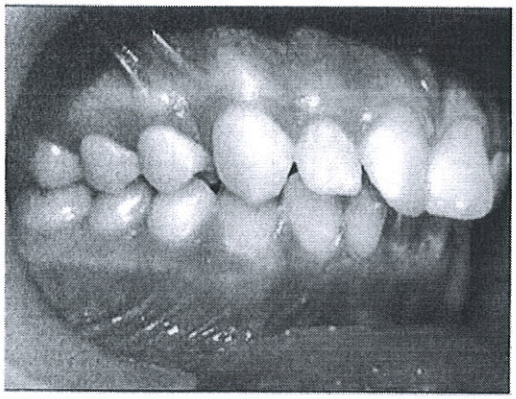
2. Укажите дополнительные методы исследования, необходимые для постановки диагноза.

3. Укажите угловые параметры ТРГ, подтверждающие диагноз.

4. Укажите этиологические факторы аномалии.

5. Перечислите методы лечения. Укажите конструкцию аппарата для лечения данной аномалии.

Задача №35



Пациент П. 15 лет обратился с жалобами на неправильный наклон передних зубов на верхней челюсти.

Клиническое обследование: тип лица - мезоцефалический, ассиметрии лица не наблюдается, профиль выпуклый.

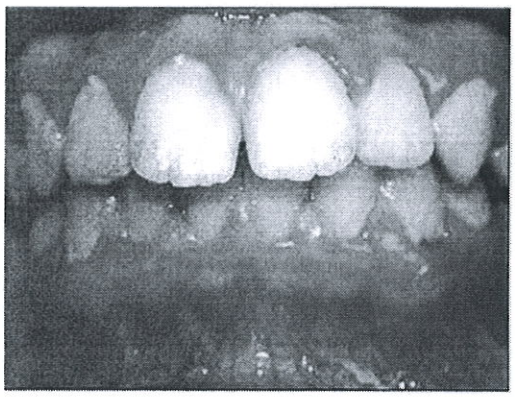
Нижний отдел лица незначительно снижен, выражена глубокая супраментальная складка.

В полости рта: смыкание моляров по второму классу Энгля. Наблюдается скученное положение передних зубов. Мезиальный наклон верхних клыков. Глубокая резцовая окклюзия.

Задания:

1. Определите зубочелюстную аномалию.
2. Укажите дополнительные методы исследования, необходимые для постановки диагноза.
3. Определите этиологические факторы аномалии.
4. Предложите методы лечения.
5. Определите показания для выбора вида ортодонтического лечения.

Задача №36



Пациент В. 13 лет. Жалобы: на неправильное положение верхних зубов. При внешнем осмотре лица: профиль лица скошен назад. В полости рта: сагиттальная щель в переднем отделе 5 мм. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти более чем на 1/3 коронки.

Задания:

1. Укажите аномалию.

2. Назовите дополнительные методы диагностики, необходимые для постановки диаг¬ноза.

3. Предложите методы лечения.

4. Укажите основные угловые параметры на ТРГ, которые необходимо изучить для составления плана лечения.

5. Обоснуйте выбранную тактику лечения с учетом возраста пациента

Задача №37

Пациентка С. 13 лет обратилась с жалобами на неправильное положение зубов в переднем отделе верхней челюсти и эстетические нарушения.При осмотре полости рта выявлено смыкание первых постоянных моляров, соответствующее I классу по Энглю. Резцы смыкаются режущими краями. Клыки верхней челюсти находятся в вестибулярном и супраположении. На нижнем зубном ряду видимых нарушений не обнаруживается.

Вопросы:

1. Опишите признаки смыкания первых постоянных моляров по I классу Энгля.

2. Как называется аномалия окклюзии в переднем отделе?

3. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести такому пациенту и зачем?

4. Какие элементы должен иметь в своей конструкции съемный ортодонтический аппарат для

лечения данной аномалии?

5.Какой режим активации механически-действующих элементов этого аппарата ?

Задача №38

Родители пациента К. 8 лет обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости в лечении. При осмотре полости рта определяется скученное положение резцов нижней челюсти, центральные резцы повернуты по оси, боковые – находятся в язычном положении. Между центральными резцами верхней челюсти имеется промежуток 3мм и они при смыкании с резцами нижней челюсти полностью их перекрывают с вестибулярной стороны.

Вопросы:

1. Назовите аномалию окклюзии во фронтальном отделе.

2. Назовите аномалию верхнего зубного ряда в области передних зубов.

3. Каковы этиологические факторы нарушения положения резцов нижней челюсти?

4. С чем необходимо дифференцировать данные аномалии?

5. Какие методы дополнительной диагностики необходимо провести?

Задача №39

При осмотре лица пациента Р., 9 лет, определяется выпуклый профиль, скошенный

подбородок, выраженная подбородочная складка и смыкание резцов верхней челюсти с нижней

губой.

Вопросы:

1. Какой аномалии характерны лицевые признаки данного пациента?

2. Какие методы объективной диагностики необходимо провести для определения

обусловленности аномалии.

3. Какие принципы планирования лечения таких пациентов?

4. Какие авторские ортодонтические аппараты используются для лечения данной аномалии?

5. Каковы профилактические мероприятия по предотвращению возникновения или развития

данной аномалии необходимо проводить?

Задача №40

Больная 17 лет. При обследовании больной был установлен прогнатический прикус, образовавшийся вследствие резкого сужения верхней челюсти в боковых отделах, протрузии верхних резцов и дистального положения нижней челюсти. У одного из родителей также обнаружен прогнатический прикус. Внешний осмотр: вздернутая укороченная верхняя губа, полуоткрытый рот, верхние резцы видны из-под губы на величину коронки.

1. Поставьте диагноз.

2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие диагноз,

3. Какова причина развития патологии в данном случае.

4. Составьте план лечения.

5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №41

Больная 22 лет. Жалобы на аномалию прикуса. Из анамнеза установлено, что в ран-нем детском возрасте сосала большой палец. Внешний осмотр: сглаженность носогубных складок, нижняя треть лица западает. Осмотр полости рта: удлинение зубного ряда верхней челюсти. Зубной ряд нижней челюсти имеет форму трапеции. При смыкании зубов в центральной окклюзии жеватель-ные зубы имеют по одному одноименному антагонисту. Сагиттальная щель шириной 10 мм.

1. Поставьте диагноз.

2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие диагноз,

3. Какова причина развития патологии в данном случае.

4. Составьте план лечения.

5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №42

Пациентка Л. 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на выступление верхних фронтальных зубов вперед. Внешний осмотр: фронтальные зубы верхней челюсти веерообразно выступают вперед, оттягивая верхнюю губу. Ротовая щель постоянно зияет. Губы смыкаются с трудом. Высота нижнего отдела лица в покое 73 мм, в положении центральной окклюзии – 68 мм. Промежутки между фронтальными зубами верхней челюсти 1-3 мм, зубной ряд нижней челюсти имеет правильную величину и форму, режущие края фронтальных зубов верхней челюсти сместились вестибулярно на 6 мм

1. Поставьте диагноз.

2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие диагноз,

3. Какова причина развития патологии в данном случае.

4. Составьте план лечения.

5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №43

Пациентка Л. 25, лет обратилась с жалобами на эстетический недостаток:

наличие промежутков между передними зубами на верхней челюсти. Ортодонтическое лечение ранее не проводилось. При внешнем осмотре выявлено: носогубные складки сглажены, верхняя губа натянута, верхние фронтальные зубы выступают из-под верхней губы и перекрывают нижние, нижняя губа западает. Высота нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя равна 80 мм, в положении ЦО – 78 мм, среднего

отдела лица – 77 мм. Угол нижней челюсти слева и справа – 123.° При осмотре полости рта: слизистая оболочка десен и щек без изменений. Зубные ряды верхней и нижней челюстей интактны. Верхние передние зубы нормальных размеров, устойчивы. Верхний зубной ряд имеет форму полуэллипса, нижний – параболы. Имеются тремы во фронтальном участке верхней челюсти. Медиально-щечный бугор верхней челюсти лежит в промежутке между вторым премоляром и медиально-щечным бугром первого моляра

Сагиттальная щель – 5,5 мм.

Вопросы;

1. Поставьте диагноз.

2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие диагноз,

3. Какова причина развития патологии в данном случае.

4. Составьте план лечения.

5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №44

В клинику обратились родители с ребенком 11 лет с жалобами на неправильное расположение зубов на верхней челюсти. При клиническом обследовании выявлено: нижняя треть лица удлинена. Губы смыкаются с напряжением. Прикрепление мягких тканей отвечает норму. Верхняя зубная дуга V-образной формы. Соотношение на первых постоянных молярах слева нейтральное, справа одноименное бугорковое. Сагиттальная щель. Средние линии между резцами совпадают. Поворот вокруг оси 11,12,21,22. Окклюзионный контакт начинается с клыков. Определяется щель между резцами 3мм. Верхняя зубная дуга перекрывается нижнюю на величину щечного бугра.

Вопросы;

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие диагноз,

3. Какова причина развития патологии в данном случае.

4. Составьте план лечения.

5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №45

В клинику обратились родители с ребенком 12 лет с жалобами на неправильное расположение зубов на верхней и нижней челюстях. При клиническом обследовании определенно. Нижня треть лица удлинена. Соотношение на первых постоянных молярах по 1 классу Энгля. Окклюзионный контакт начинается с первых премоляров. Определяется широкая форма кончика языка, со складкой на спинке. Бипрогнатическое соотношение во фронтальному участке. Вертикальная щель 1мм.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назовите наиболее существенные данные клинического исследования, подтверждающие диагноз,

3. Какова причина развития патологии в данном случае.

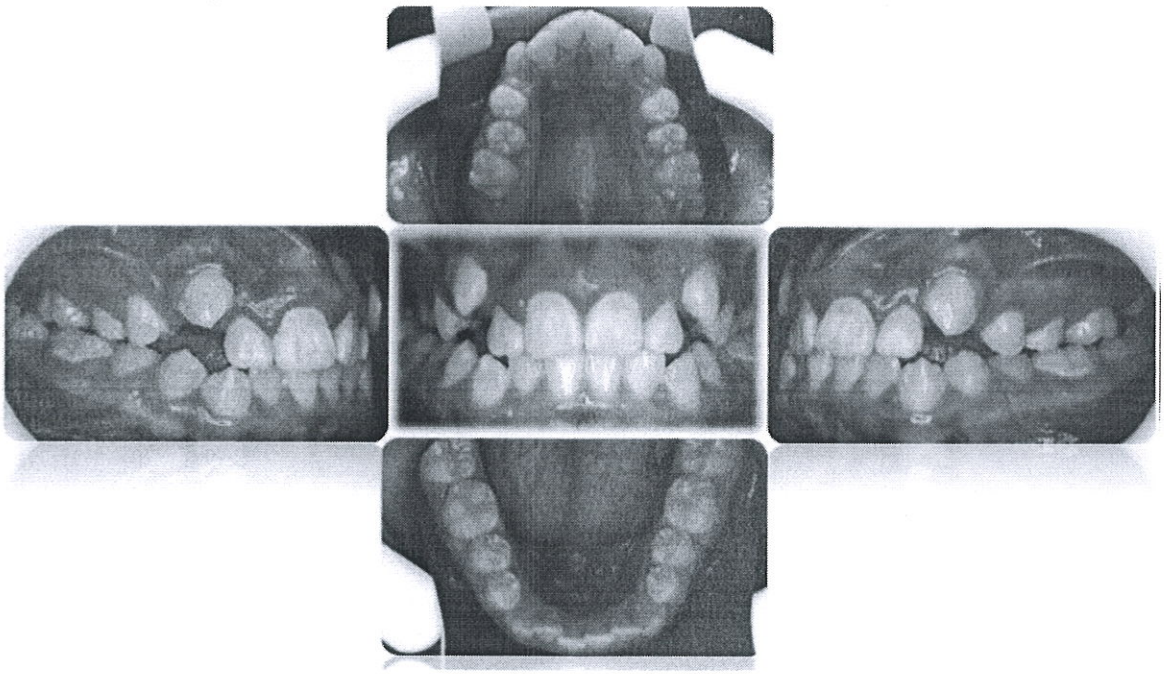
4. Составьте план лечения.

5. Сделайте выбор ортодонтического аппарата.

Задача №46

Пациент М. 15 лет обратился в клинику с жалобами на неправильное положение зубов.

Клиническая картина:



Результаты дополнительных методов исследования:

• Сумма мезиодистальных размеров верхних резцов – 32 мм

• Сумма мезиодистальных размеров нижних резцов – 27мм

• Параметры зубных рядов:

• Ширина зубного ряда в области верхних премоляров – 34 (норма 37,5 мм)

• Ширина зубного ряда в области нижних премоляров – 38

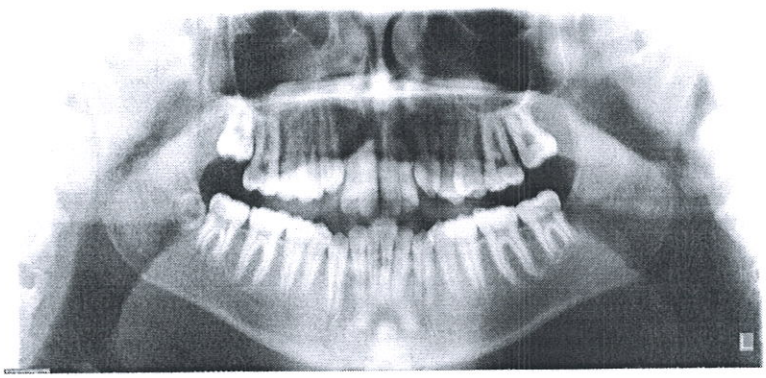
• Ширина зубного ряда в области верхних моляров – 46 (норма 49 мм)

• Ширина зубного ряда в области нижних моляров – 49

• Длина переднего отрезка верхнего зубного ряда – 18 (норма 18 мм)

• Длина переднего отрезка нижнего зубного ряда – 16

Ортопантомограмма:



Данные расчета телерентгенограммы головы в боковой проекции:

• SNA –81° (норма 82°±2°)

• SNB - 82°(норма 80°±2°)

• ANB- -1°(норма 2°±2°)

• NSL/MP - 37°(норма 32° ±2°)

• NSL/Spp - 10°(норма 7°±2°)

• Spp/MP – 27°(норма 25°±2°)

• Spp/верхний резец – 120°(норма 115°±2°)

• MP/нижний резец – 90°(норма 90°-95°)

• межрезцовый угол - 120°(норма 125°±2°)

Вопросы

1. Опишите объективную клиническую картину.

2. Проанализируйте результаты антропометрических методов исследования.

3. Проанализируйте результаты рентгенологических методов исследования.

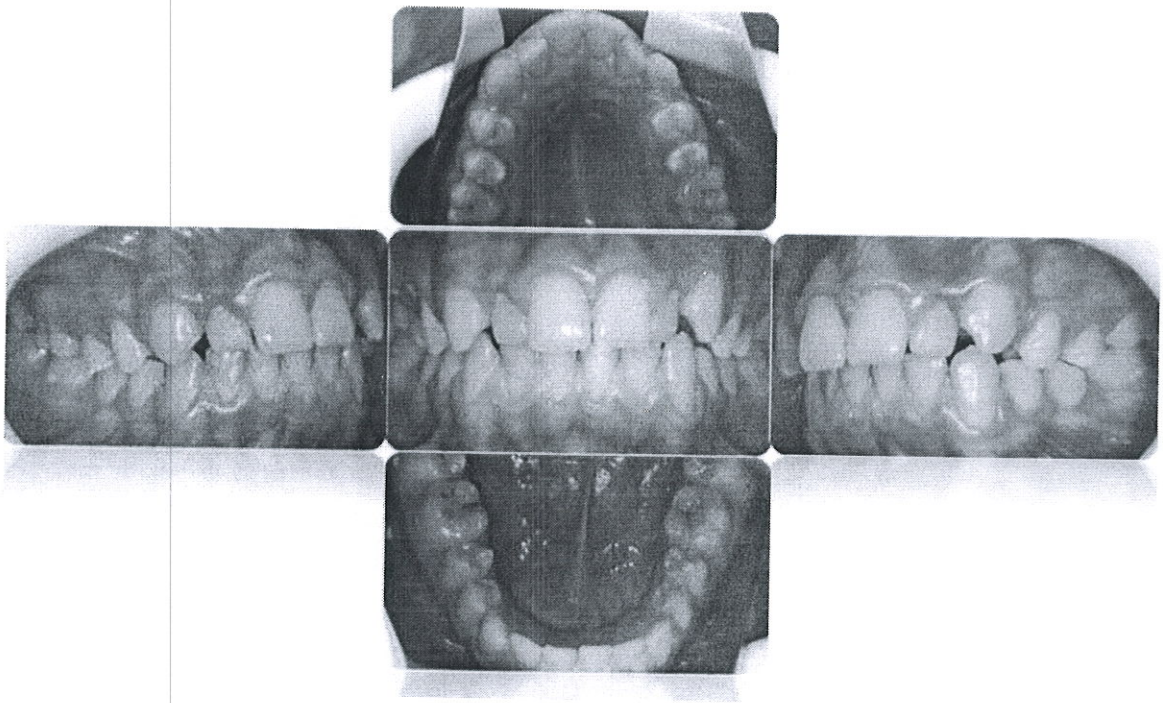
4. Поставьте развернутый диагноз.

5. Предложите план лечения, профилактические мероприятия, которые могли бы предотвратить возникновение данной ЗЧА или свести ее клинические проявления к минимуму.

Задача №47

Пациент К. 17 лет обратился в клинику с жалобами на неправильное положение зубов.

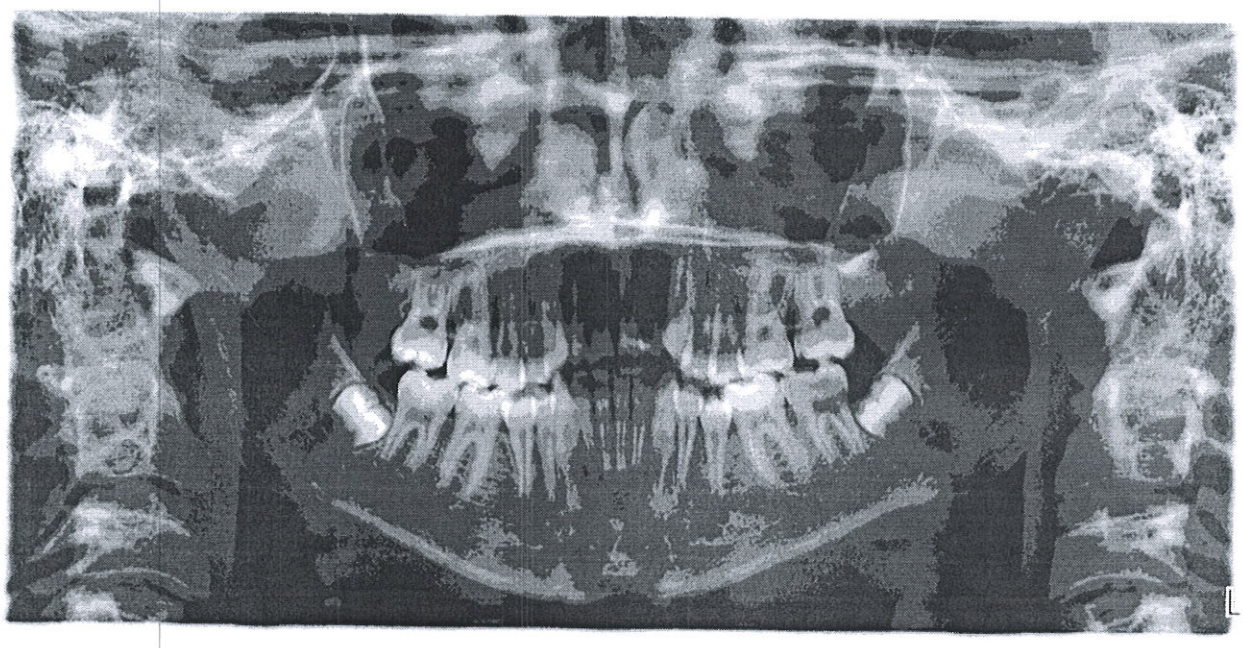
Клиническая картина:



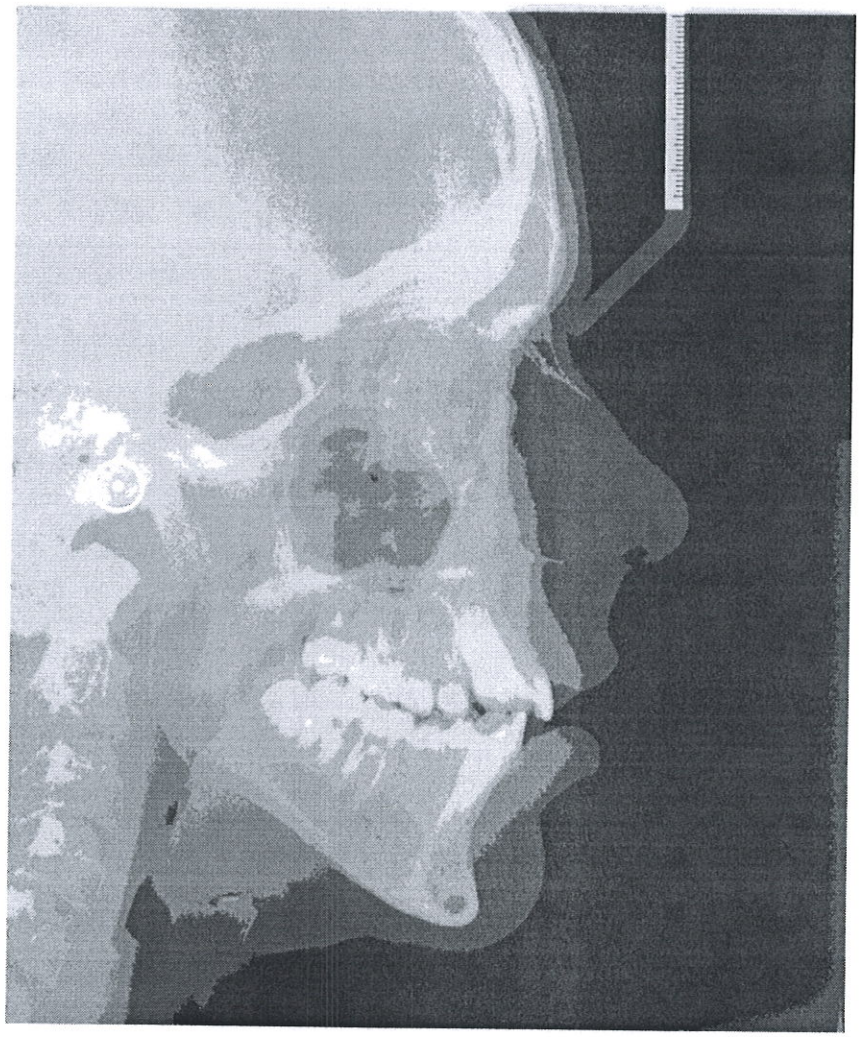
Результаты дополнительных методов исследования:

- Сумма мезиодистальных размеров верхних резцов – 30 мм
- Сумма мезиодистальныхразмерова нижних резцов – 25мм
- Параметры зубных рядов:
- Ширина зубного ряда в области верхнихпремоляров – 34 (N=35,5)
- Ширина зубного ряда в области нижнихпремоляров – 35(N=35,5)
- Ширина зубного ряда в области верхних моляров – 40 (N=46,0)
- Ширина зубного ряда в области нижних моляров – 42 (N=46,0)
- Длина переднего отрезка верхнего зубного ряда – 15 (N=17,5)
- Длина переднего отрезка нижнего зубного ряда – 15(N=15,5)

Ортопантомограмма:



Данные телерентгенограммы головы в боковой проекции:



• SNA – 80°(норма 82°±2°)

• SNB –80°(норма 80°±2°)

• ANB –0°(норма 2°±2°)

• NSL/MP–42° (норма 32°±2°)

• NSL/Spp- 7° (норма 7°±2°)

• Spp/MP– 35° (норма 25°±2°)

• Spp/верхний резец – 110° (норма 115°±5°)

• MP/нижний резец – 95° (норма 95°±5°)

• межрезцовый угол - 125° (норма 125°±5°

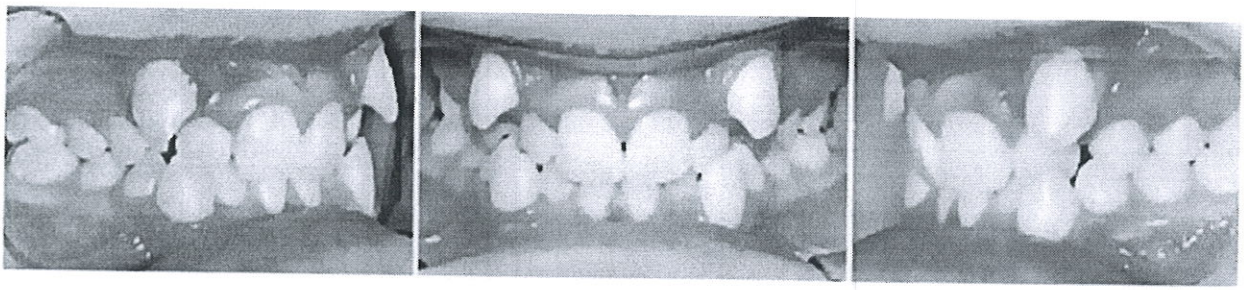
Вопросы

1. Опишите объективную клиническую картину.
2. Проанализируйте результаты антропометрических методов исследования.
3. Проанализируйте результаты рентгенологических методов исследования.
4. Поставьте развернутый диагноз.
5. Предложите план лечения.

Задача №48

Пациент Ф. 16 лет, обратился к врачу-ортодонту по поводу верхних и нижних клыков, резко выступающих вестибулярно из зубной дуги.

Объективно: верхние и нижние клыки выступают за дугу окклюзии на v толщины зуба.



Вопросы

1. Опишите объективную клиническую картину.

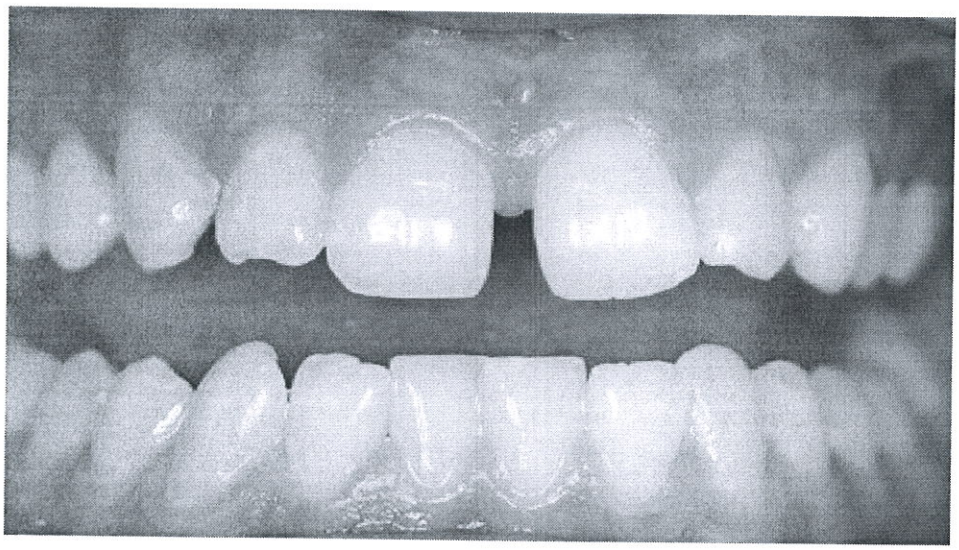
2. Какие антропометрические и рентгенологические методы исследования вам понадобятся.

3. Возможно ли поставить диагноз на основании данной клинической картины и предложить качественное лечение.

Задача №49

Пациентка Д. 22 года, обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на эстетический недостаток: наличие щели между фронтальными зубами верхней челюсти. Ортодонтическое лечение ранее не проводилось. Подобная аномалия прикуса имеется у матери. При внешнем осмотре: конфигурация лица не изменена. При осмотре полости рта слизистая оболочка полости рта и щек без видимых патологических изменений. Уздечки губ и языка в виде тонких тяжей слизистой, в межзубные сосочки не вплетаются. Зубные ряды верхней и нижней челюстей интактны. Между центральными резцами верхней челюсти имеется промежуток. Прикус нейтральный в сагиттальной плоскости.

Клиническая картина:



Данные телерентгенограммы головы в боковой проекции:

• SNA – 80°(норма 82°±2°)

• SNB –80°(норма 80°±2°)

• ANB –0°(норма 2°±2°)

• NSL/MP–42° (норма 32°±2°)

• NSL/Spp- 7° (норма 7°±2°)

• Spp/MP– 35° (норма 25°±2°)

• Spp/верхний резец – 110° (норма 115°±5°)

• MP/нижний резец – 95° (норма 95°±5°)

• межрезцовый угол - 125° (норма 125°±5°)

· Go - 125°

Вопросы

1. Опишите объективную клиническую картину.

2. Проанализируйте результаты рентгенологических методов исследования.

3. Какие еще дополнительные методы исследования необходимо провести?

4. Поставьте развернутый диагноз.

5. Предложите план лечения.

Задача № 50

Пациент 15 лет,жалобы на эстетическу улюбки . на произношение некоторых звуков.

Анамнез заболевания: безуспешное ношение пластинки.

Объективно при осмотре : Глубокое резцовое перекрытие. Верхние кривые Шпее в норме, нижнии глубокие. Диастема и тремы на ВЧ.

II скелетный класс, небольшая протрузия верхних резцов, уменьшена нижняя треть лица.

Саггитальная щель 9,1 мм. Избыток места на ВЧ справа 0,8 мм, слева- 0,9 мм. На НЧ дефицит места справа 0.3 мм . слева 0.2 мм. Требуется сепарация верхних резцов по Тону и Болтону.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.

2. Составьте план ортодонтического лечения.

3. Необходимость расширения верхнего зубного ряда?

4. Этиология, патогенез? Дайте развёрнутый ответ.

5. Какой прогноз, вероятность рецидива?

5.3. рекомендуемая литература

1. Аболмасов Н.Г. Аболмасов Н.Н. Ортодонтия: учебное пособие.- Медпресс-информ, 2008. – 424с.
2. «Медицинское информационное агентство», 2006. – 544с.
3. Экерман М.Б. Ортодонтическое лечение: теория и практика.- «Медпресс-информ», 2010. – 160с.
4. Андреищев А.Р. Сочетанные зубочелюстно-лицевые аномалии и деформации. – ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 256с.
5. Персин Л.С., Гиоева Ю.А. Мезиальная окклюзия (клиническая картина, диагностика, лечение). – М.: Медицина, 2008. – 192с.
6. Профит У.Р. Современная ортодонтия /под ред. Л.С. Персина. – МЕДпресс, 2008. – 560с.
7. Брагин Е.А. Современные методы диагностики, прогнозирования и лечения нарушений смыкания зубных рядов : Учеб. пособие по ортопед. стоматологии для студентов мед. вузов / Е.А. Брагин, Е.А. Вакушина. - Ставрополь, 2006. - 162 с.