Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра стоматологии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«27» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.77 Ортодонтия

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

- Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 27.08.2014 № 1128 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.77 Ортодонтия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «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».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-ортодонт».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.77 Ортодонтия составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.77 Ортодонтия выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.77 Ортодонтия, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-ортодонт».

Перечень компетенций,
оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью 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 исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Профилактическая деятельность:

- готовностью 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);
- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);
- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4).

Диагностическая деятельность:

- готовностью к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6)

Лечебная деятельность:

- готовностью к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи (ПК-7);
- готовностью к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8).

Реабилитационная деятельность:

- готовностью 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:

- готовностью 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:

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

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

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

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Синхронность работы мышц антагонистов и синергистов позволяет определить:

1) амплитуда электромиографии;
2) временны́е параметры электромиографии;
3) коэффициент координации в фазе жевательного движения;
4) фазовые параметры электромиографии;
5) все вышеперечисленное.

2. 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;
5) все вышеперечисленное.

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

- контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

- контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

- ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.77 Ортодонтия.

Примеры контрольных вопросов:

1. Биометрическое исследование в полости рта, на моделях челюстей и на масках лица.
2. Методика измерения ширины зубных рядов.

Примеры контрольных заданий:

1. Назовите методы клинического обследования в ортодонтии.
2. Назовите методы лабораторного исследования пациентов в ортодонтии.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

В клинику обратился пациент с жалобами на неправильное положение зубов на верхней и нижней челюсти.

Вопрос: какие диагностические данные необходимо собрать для точной постановки диагноза и составления плана лечения?

Ситуационная задача № 2.

В клинику обратился пациент с жалобами на невозможность откусывать пищу передними зубами

Задание: предположите возможные варианты окклюзионных нарушений.

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Университета.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:

- от 90 % и выше правильных ответов – **отлично**;
- от 80 % до 89 % правильных ответов – **хорошо**;
- от 70 % до 79 % правильных ответов – **удовлетворительно**;
- менее 70 % правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы

на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

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

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Персин Л. С. Ортодонтия. Национальное руководство. В 2 т. Т. 1. Диагностика зубочелюстных аномалий / под ред. Л. С. Персина. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 304 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-5408-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454084.html

2. Персин Л. С. Ортодонтия. Национальное руководство. В 2 т. Т. 2. Лечение зубочелюстных аномалий / Персин Л. С. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 376 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454091.html

3. Персин Л. С. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии: учебное пособие / Л. С. Персин [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 160 с. – ISBN 978-5-9704-5966-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459669.html

Дополнительная литература:

1. Персин Л.С. Атлас ортодонтических аппаратов: учебное пособие / Л.С. Персин – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 128 с. – ISBN 978-5-9704-5183-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451830.html

2. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций: учебник / Л.С. Персин и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. – ISBN 978-5-9704-3227-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432273.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.77 Ортодонтия

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Ортодонтия /40	**1. Синхронность работы мышц антагонистов и синергистов позволяет определить:** 1) амплитуда электромиографии; 2) временны́е параметры электромиографии; 3) коэффициент координации в фазе жевательного движения; 4) фазовые параметры электромиографии; 5) все вышеперечисленное. **2. 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; 5) все вышеперечисленное. **3. Щёки новорожденных детей выпуклые за счет развитых жировых тел Биша:** 1) утверждение верно; 2) утверждение не верно. **4. Лимфатические сосуды полости рта впадают в шейные лимфатические узлы:** 1) утверждение верно; 2) утверждение не верно. **5. Срединная борозда языка заканчивается ямкой – слепым отверстием языка:** 1) утверждение верно; 2) утверждение не верно. **6. Ортопантомографию в ортодонтии применяют для определения:** 1) длины верхней челюсти; 2) длины нижней челюсти; 3) наличия зачатков постоянных зубов в дистальных отделах челюстей; 4) размеров апикального базиса; 5) всего вышеперечисленного. **7. Специальным методам диагностики в ортодонтии относятся:** 1) опрос, осмотр полости рта; 2) рентгенологические методы; 3) антропометрические, функциональные, графические методы; 4) анализ ТРГ;

		5) измерение гипсовых моделей челюстей. **8. О симметричности развития правой и левой половины нижней челюсти позволяют судить:** 1) панорамная рентгенограмма; 2) телерентгенография – боковая проекция; 3) телерентгенография – прямая проекция; 4) ортопантомограмма; 5) компьютерная томограмма. **9. В области первых постоянных моляров ширину зубного ряда по методу Пона измеряют:** 1) между точками в передних углублениях продольной фиссуры на верхней челюсти; 2) между задними щечными буграми на нижней челюсти; 3) между точками в середине межбугровой фиссуры на верхней челюсти; 4) между дистальными контактными точками на скате щечных бугров на нижней челюсти; 5) между медиальными контактными точками на скате щечных бугров на нижней челюсти. **10. Причинами недостатка места при тесном положении зубов являются:** 1) наличие крупных зубов; 2) сужение зубных рядов; 3) перемещение зубов медиально или дистально; 4) несоответствие размеров зубов и челюстей; 5) уменьшение (уплощение) переднего отрезка зубных рядов. **11. Клиническими признаками, характерными для деформации зубных рядов, являются:** 1) тесное положение зубов; 2) дистопия зубов; 3) стираемость зубов; 4) подвижность зубов; 5) изменение формы и размера зубного ряда. **12. Методика Хауса позволяет определить:** 1) форму зубных рядов; 2) степень развития апикальных базисов челюстных костей; 3) пропорциональность сегментов зубных рядов; 4) размеры сегментов зубных рядов; 5) форму и размеры зубов. **13. С целью укорочения зубной дуги верхней челюсти в период прикуса постоянных зубов чаще всего удаляют:** 1) клыки; 2) первые премоляры; 3) вторые премоляры; 4) первые моляры. 5) вторые моляры **14. Решающим при определении ортодонтических показаний к удалению зубов является:** 1) изменение формы зубных рядов;

		2) степень сужения зубных рядов; 3) недостаточность апикального базиса; 4) степень недостатка места; 5) уменьшение длины переднего отрезка зубной дуги. **15. К профилактическим ортодонтическим аппаратам относятся:** 1) аппараты, используемые для лечения зубочелюстных аномалий; 2) аппараты, предупреждающие развитие деформаций зубных рядов и челюстей; 3) аппараты, используемые для стабилизации достигнутых результатов лечения; 4) аппараты, предупреждающие рецидив ЗЧА; 5) съёмный **16. Фиксирующими элементами в съемных ортодонтических аппаратах являются:** 1) пелоты; 2) кламмеры; 3) наклонная плоскость; 4) винты; 5) петля Коффина. **17. В ортодонтическом аппарате вестибулярная дуга используется:** 1) для расширения зубного ряда; 2) для смещения нижней челюсти; 3) для перемещения зубов в оральное направление; 4) для сужения зубного ряда; 5) для смещения верхней челюсти. **18. Абсолютным показанием к уменьшению количества зубов является:** 1) общий недостаток места менее 5 мм; 2) общий недостаток места более 5 мм; 3) недостаточность апикального базиса; 4) уменьшение ширины зубного рада; 5) укорочение зубного ряда при наличии двух постоянных моляров. **19. Показанием к выбору метода уменьшения количества зубов является:** 1) сочетание тесного положения зубов с уменьшением ширины зубного ряда; 2) тесное положение зубов; 3) уплощение фронтального участка зубной дуги нижней челюсти; 4) недостаточность апикального базиса; 5) сочетание тесного положения зубов с сужением зубного ряда в сочетании с узким типом лица и индивидуальной макродентии. **20. Реография – метод исследования биопотенциалов мышц:** 1) утверждение верно; 2) утверждение не верно.

		21. Использование ортодонтических имплантатов отменяет физические принципы биомеханики и не требует постоянного контроля над перемещениями зубов: 1) утверждение верно; 2) утверждение не верно. **22. Нёбный бюгель и лингвальная дуга относятся к внутриротовым методам усиления опоры:** 1) утверждение верно; 2) утверждение не верно. **23. Практически эксклюзивными являются возможности ортодонтических имплантатов в целях:** 1) дисталлизации фронтального сегмента зубного ряда «en masse»; 2) интрузии фронтальных зубов; 3) протракции моляров нижней челюсти; 4) расширении зубных рядов в боковых отделах; 5) интрузии моляров на верхней и нижней челюсти. **24. Какое положение нижней челюсти у новорожденного считается физиологическим:** 1) дистальное; 2) нейтральное; 3) антериальное; 4) правильный ответ не назван; 5) мезиальное. **25. Гиподонтия возникает:** 1) при наличии сверхкомплексных зубов; 2) при отсутствии зачатков зубов; 3) при ретенции зубов; 4) верно А, В, С; 5) нет правильного ответа. **26. Основной задачей ортодонтического лечения является:** 1) устранение морфологических нарушений; 2) устранение функциональных нарушений; 3) устранение эстетических нарушений; 4) создание морфологического, функционального и эстетического оптимума в зубочелюстной системе; 5) уменьшение степени тяжести патологии. **27. Немедленному удалению подлежит сверхкомплектный**: 1) ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, имеющий несформированный корень; 2) ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, но с наклоном его оси по отношению к корням соседних зубов до 30° с незавершенным формированием верхушки корня; 3) зуб, находящийся в начальной стадии прорезывания; 4) прорезавшийся зуб; 5) любой зуб. **28. Саморегуляцию диастемы до 5 мм между резцами верхней челюсти после удаления сверхкомплектного**

		зуба между ними можно ожидать в возрасте: 1) до 6 лет; 2) до 7 лет; 3) до 8 лет; 4) до 9 лет; 5) до 11 лет. **29. При пародонтозе нагрузка на жевательные зубы и пародонт у взрослых неблагоприятна**: 1) в дистальном направлении; 2) в мезиальном направлении; 3) в вертикальном направлении; 4) в вестибулярном направлении; 5) во всех перечисленных направлениях. **30. Для изготовления съемных протезов детям с аллергическими заболеваниями следует избирать следующую пластмассу отечественного производства:** 1) редонт; 2) базисную пластмассу розовую для горячей полимеризации; 3) базисную пластмассу без красителя; 4) самотвердеющую пластмассу; 5) любую из перечисленных. **31. Дети в возрасте до 6 лет легче осваивают протез при расположении задней границы съемного протеза для верхней челюсти:** 1) позади последних моляров - ровная линия границы; 2) позади последних моляров - округлая граница с небольшой выемкой кпереди; 3) укороченный базис протеза граница между предпоследним и последним моляром - без выемки; 4) то же с небольшой выемкой; 5) позади последних моляров - с большой выемкой до небных складок. **32. Основной целью зубочелюстного протезирования детей является:** 1) нормализация жевания; 2) нормализация глотания; 3) нормализация речи; 4) нормализация положения нижней челюсти; 5) профилактика. **33. Целью повышения прикуса на съемных протезах у детей является**: 1) нормализация резцового перекрытия 2) нормализация положения нижней челюсти и функции височно-нижнечелюстных суставов 3) предупреждение зубоальвеолярного удлинения в области зубов,противостоящих дефекту зубного ряда; 4) предупреждение смещения зубов в сторону дефекта и улучшения их осевого наклона; 5) все перечисленное **34. В процессе применения аппарата Дерихсвайлера изменения происходят в следующих областях**

		лицевого отдела черепа: 1) срединного небного шва; 2) носовых костей; 3) скуловых костей; 4) сошника; 5) во всех перечисленных. **35. Объем полости рта возможно увеличить**: 1) выдвижением нижней челюсти; 2) расширением зубных рядов; 3) повышением прикуса с помощью окклюзионных накладок на боковые зубы; 4) повышением прикуса с помощью накусочной площадки в области передних зубов; 5) всеми перечисленными мероприятиями. **36. Изготовление вкладок с парапульпарными штифтами без депульпации зуба не показано при следующих дефектах коронок центральных резцов в верхней челюсти:** 1) при отломе угла у области нижней трети коронки; 2) при горизонтальном отломе в области нижней четвертой части коронки; 3) при горизонтальном отломе половины коронки и более; 4) при косом отломе от одного угла до нижней трети противоположной стороны коронки; 5) при всех перечисленных видах отломов. **37. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при широком лице составляет**: 1) от 29 до 30 мм; 2) от 30 до 31 мм; 3) от 31 до 32 мм; 4) от 32 до 33 мм; 5) от 33 до 34 мм. **38. Средний индекс фациальный морфологический по Изару при широком лице равен**: 1) от 90 до 96; 2) от 96 до 104; 3) от 104 до 108; 4) от 108 до 110; 5) от 110 до 112. **39. При нейтральном прикусе и индивидуальной макродонтии показано:** 1) расширение зубных рядов; 2) удлинение зубных рядов; 3) мезиальное перемещение боковых зубов; 4) дистальное перемещение боковых зубов; 5) удаление отдельных зубов. **40. Показанием к изготовлению временных коронок на центральные резцы при частичном отломе коронки является**: 1) реакция пульпы зуба на термические раздражители;

		2) реакция пульпы зуба на химические раздражители; 3) травма губ, языка в результате соприкосновения с острыми краями коронки зуба в области его отлома; 4) профилактика пульпита и создание условий для образования заместительного дентина; 5) все перечисленное.
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. К системам охраны здоровья населения относятся** 1) государственная система здравоохранения 2) муниципальная система здравоохранения 3) частная система здравоохранения 4) система медико-социального обеспечения 5) все перечисленное **2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются** 1) генетические 2) природно-климатические 3) уровень и образ жизни населения 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи 5) социально-экономические условия; 6) все перечисленные **3. К косвенному экономическому ущербу в связи с инвалидностью нельзя отнести** 1) потери трудовых мест в связи с инвалидностью 2) расходы на лечебную помощь 3) выплата пенсий по инвалидности **4. К основным направлениям, которые необходимы для развития здравоохранения, относятся все перечисленные кроме** 1) эффективное распределение ресурсов здравоохранения по регионам 2) равенство и доступность медицинской помощи для населения 3) финансирование учреждений здравоохранения 4) качество медицинской помощи 5) социально-экономические условия для медицинского персонала 6) здоровье населения **5. В методику расчета себестоимости медицинских услуг в стационаре не включаются** 1) расходы на питание пациентов 2) расходы на медикаменты 3) накладные расходы 4) верных ответов нет
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология

		5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций /5	**1. К задачам медицинской экспертизы продовольствия относится все, кроме** 1) оценка товарных качеств продовольствия, его соответствие сертификатам, санитарным нормам, срокам реализации 2) выявление признаков и оценка степени испорченности продуктов с целью предотвращения пищевых отравлений, инфекционных заболеваний с пищевым механизмом передачи, гельминтозов (плановая, периодическая, спорадичная экспертиза) 3) витаминизация основных и дополнительных пайков 4) экстренная медицинская экспертиза продовольствия при расследовании причин пищевых отравлений, инфекционных заболеваний, в условиях катастроф, других чрезвычайных ситуаций, при применении неприятелем средств массового поражения во время войны 5) с целью выявления заражения или отравления отступающим неприятелем продовольствия с диверсионной целью

		2. При расчете потребности формирований (и/или потерпевшего населения при чрезвычайной ситуации) в воде учитывают 1) оперативную обстановку 2) время года 3) наличие пригодной для использования воды 4) наличие технических средств для ее добычи, хранения и перевозки 5) все верно **3. Землетрясение относится к одному из видов катастроф** 1) природных 2) техногенных 3) антропогенных 4) социальных **4. В качестве табельных средств для обеззараживания воды используются** 1) таблетки Пантоцид 2) таблетки Аквасепт 3) таблетки Рапосепт **5. Способы хлорирования воды** 1) хлорирование нормальными дозами 2) гиперхлорирование 3) хлорирование с преаммонизацией гипохлорирование
5.	Микробиология /5	**1. Условиями, стимулирующими капсулообразование у бактерий, являются** 1) рост бактерий в организме человека или животных 2) рост на синтетических средах 3) культивирование при низких температурах 4) рост на средах, содержащих количество углеводов **2. Для определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам в практических лабораториях наиболее широко используют** 1) метод диффузии в агар с применением дисков 2) метод серийных разведений в жидкой питательной среде 3) метод серийных разведений в плотной питательной среде 4) ускоренный метод с кровью 5) ускоренный метод с ТТХ **3. Морфологические признаки коринебактерии дифтерии** 1) ветвящиеся тонкие нити 2) кислотоустойчивые полиморфные палочки 3) палочки с булавовидными утолщениями, расположенные под углом 4) грамотрицательные диплококки 5) палочки овоидной формой с биполярной окраской **4. Серотипирование применяют для возбудителей ИСМП, кроме** 1) Streptococcus гр. А 2) Klebsiella

		3) St. Pneumoniae 4) Acinetobacter **5. Препараты для экстренной профилактики в очаге холеры, кроме** 1) интерферон 2) тетрациклин 3) эритромицин 4) доксициклин 5) левомицетин
6.	Стоматология детская /10	**1. Стоматологическая заболеваемость в детской стоматологии изучается с целью: а) определения структуры стоматологической заболеваемости; б) определения уровня оказания стоматологической помощи детям; в) получения объективных данных для оценки эффективности оздоровительных программ; г) определения потребности в стоматологической помощи; д) определения потребности в стоматологических кадрах. Выберите правильный ответ по схеме:** 1) если правильны ответы а, б, в; 2) если правильны ответы а, в; 3) если правильны ответы б, г; 4) если правильный ответ г; 5) если правильны ответы а, б, в, г, д. **2. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта и «факторы риска» возникновения стоматологических заболеваний, следует:** 1) один раз в год; 2) 2 раза в год; 3) по показаниям, но не реже 2 раз в год; 4) 3 раза в год; 5) 4 раза в год. **3. Ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития твердых тканей зубов, осложненный и сочетающийся с кариесом следует осматривать в год:** 1) 1 раз; 2) 2 раза; 3) 3 раза; 4) по индивидуальным показаниям; 5) с учетом формы активности кариеса. **4. При гематогенном остеомиелите у детей чаще поражается:** 1) тело нижней челюсти; 2) мыщелковый отросток нижней челюсти; 3) альвеолярный отросток нижней челюсти; 4) альвеолярный отросток верхней челюсти; 5) твердое небо. **5. У детей наиболее эффективным для лечения воспаления пульпы постоянных однокорневых зубов с неполностью сформированной верхушкой корня является метод:**

		1) диатермокоагуляции; 2) прижизненной ампутации коронковой пульпы; 3) глубокой ампутации; 4) девитальной ампутации; 5) прижизненной экстирпации. **6. Абсолютное показание к удалению временного зуба:** 1) возраст физиологической смены зубов; 2) наличие периодонтита; 3) наличие свища; 4) рентгенологически определяемое вовлечение в процесс зачатка постоянного зуба; 5) отлом части коронки. **7. Исход хронического деструктивного остеомиелита, перенесенного в детском возрасте: а) выздоровление; б) микрогения; в) дефект челюсти; г) адентия; д) деформация. Выберите правильный ответ по схеме:** 1) если правильны ответы а, б, в; 2) если правильны ответы а, в; 3) если правильны ответы б, г; 4) если правильный ответ г; 5) если правильны ответы а, б, в, г, д. **8. Наиболее достоверно подтверждает наличие слюнокаменной болезни в детском возрасте:** 1) острый лимфаденит поднижнечелюстной области; 2) симптом слюнной колики; 3) данные рентгенологического обследования; 4) мутная слюна; 5) сухость во рту. **9. Удалять весь кариозный дентин со дна кариозной полости во временных зубах:** 1) следует, т.к остатки размягченного инфицированного дентина будут способствовать развитию пульпита; 2) следует, т.к. адгезия пломбировочных материалов к размягченному дентину, оставшемуся на дне, будет плохой, что приведет к выпадению пломбы; 3) не следует, т.к. возможна реминерализация размягченного дентина под действием лечебных одонтотропных препаратов, накладываемых на определенный срок; 4) не следует, т.к. образования заместительного дентина во временных зубах не происходит. Возможно развитие осложнений; 5) не следует. Достаточно обработать полость антисептически и запломбировать материалом, не токсичным для тканей пульпы. **10. При формировании дна кариозной полости I класса у детей опасно применять бор:** 1) фиссурный; 2) пламевидные: 3) обратноконусный; 4) шаровидный;

		5) ВАТТ-бор.
7.	Стоматология хирургическая /10	**1. Что является критерием оценки санитарного состояния хирургического стоматологического кабинета:** 1) наличие санитарных книжек у сотрудников; 2) результаты бактериологического контроля содержания кабинета; 3) объём и характер производимых хирургических вмешательств; 4) результаты азопирамовой пробы. **2. В хирургическом кабинете стоматологической поликлиники можно проводить:** 1) операцию Ванаха; 2) уранопластику; 3) вскрытие флегмоны дна полости рта; 4) вскрытие абсцесса. **3. Наличие болевых точек, в местах выхода тройничного нерва определяют пальпацией в области:** 1) надбровных дуг; 2) область скулочелюстного шва; 3) проекция подглазничных и ментальных отверстий черепа; 4) верны ответы 1, 3. **4. Сиалографический признак лимфогенного паротита характеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде:** 1) «гроздьев винограда»; 2) «чернильного пятна»; 3) сужение протоков паренхимы; 4) расширение протоков паренхимы. **5. Слезный нерв I ветви тройничного нерва анастомозирует с:** 1) лобным нервом; 2) скуловым нервом; 3) подглазничным нервом; 4) щёчным нервом. **6. Правильная последовательность приемов удаления зубов щипцами:** 1) продвижение, наложение, смыкание щечек, вывихивание и удаление зуба; 2) наложение, продвижение, смыкание щечек, вывихивание и удаление зуба; 3) наложение, смыкание, продвижение щечек, вывихивание и удаление зуба; 4)смыкание, наложение, продвижение щечек, вывихивание и удаление зуба. **7. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется:** 1) цианозом, сонливостью; 2) судорогами;

		3) тошнотой и рвотой; 4) всем перечисленным. **8. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается в:** 1)удалении причинного зуба; 2)широкий периостотомии челюсти с двух сторон; 3)в периостотомии в области причинного зуба, дренировании; 4)удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании. **9. Как часто нужно подтягивать дренажи при лечении флегмон?** 1)5-6 раз в день; 2)каждый час, полтора; 3)1-2 раза в сутки; 4)если дренаж стоит хорошо, его подтягивать не надо; 5)каждый раз, когда он проваливается в мягкие ткани (рану. **10. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:** 1)шпатель; 2)распатор; 3)зажим Кохера; 4)крючок Фарабефа; 5)элеватор Карапетяна.
8.	Стоматология ортопедическая /10	**1. Названию окклюзионная плоскость соответствует определение:** 1) плоскость, проходящая через режущий край центральных резцов и дистальные бугорки вторых моляров отдельно для каждой из челюстей; 2) плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край крыла носа; 3) искривление окклюзионной плоскости в трансверсальном направлении; 4) плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край глазницы; 5) искривление окклюзионной плоскости в сагиттальном направлении. **2. Цели ортопедического лечения больных с приобретенными дефектами неба:** 1) разобщение полости рта и полости носа; 2) восстановление функций дыхания, жевания, глотания; 3) восстановление фонетики; 4) верны ответы 1, 2. 5) верны ответы 1, 2, 3. **3. После достижения заднего контактного положения, нижняя челюсть устанавливается в положение центральной окклюзии, при этом дистальные скаты нижних боковых зубов скользят по мезиальным скатам верхних боковых зубов:** 1) отверждение верно; 2) утверждение не верно.

		4. При формировании полости под вкладку наиболее опасным местом у резцов являются: 1) у режущего края; 2) с оральной и вестибулярной сторон на уровне экватора и шейки; 3) оральная вогнутость коронки между бугорком и режущим краем, а также контактные стенки на уровне экватора и шейки. **5. Моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза производится:** 1) перед моделированием опорных коронок; 2) на этапе припасовки опорных коронок на модели; 3) одновременно с моделированием опорных коронок; 4) после припасовки опорных коронок в клинике. **6. При изготовления съемного протеза на балке на имплантах применяется:** 1) методика «закрытой ложки»; 2) методика «открытой ложки»; 3) методика двуслойного тоттиска; 4) все вышеперечисленное верно; 5) все вышеперечисленное не верно. **7. Оптимальное распределение жевательной нагрузки между опорными тканями при изготовлении опирающегося протеза можно достичь используя** 1) различные конструкции опорно-удерживающих кламмеров; 2) различные конструкции замковых соединений (аттачменов); 3) различные конструкции телескопической фиксации; 4) эластические подкладки под базисом протеза; 5) различные конструкции антиопрокидывателей. **8. Перед снятием двухслойного оттиска ретракция десны необходима, чтобы:** 1) получить точный отпечаток поддесневой части зуба; 2) получить точный отпечаток наддесневой части зуба; 3) остановить кровотечение; 4) устранить воспалительные изменения в десне. **9. Хирургическая подготовка протезного ложа к протезированию полными съемными протезами включает:** 1) обязательное удаление небного торуса; 2) углубление преддверия и дна полости рта; 3) устранение тяжей и рубцов, перемещение уздечек; 4) устранение экзостозов; 5)верны ответы 2, 3, 4. **10. Для фиксации центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов разогретый воск размещают на окклюзионном валике:** 1) верхнем; 2) нижнем; 3) верхнем и нижнем; 4) верхнем только в области жевательных зубов;

		5) нижнем только в области жевательных зубов.
9.	Стоматология терапевтическая /10	**1. Из каких слоев состоит слизистая оболочка, выстилающая полость рта?** 1) многослойный плоский эпителий; 2) базальная мембрана; 3) собственного; 4) подслизистого; 5) всех вышеперечисленных. **2. Формируя диспансерные группы у стоматолога необходимо учитывать**: а) форму активности кариеса; б) уровень соматического и стоматологического здоровья; в) факторы риска возникновения заболеваний; г) факторы риска утяжеления патологии; д) уровень стоматологического здоровья. Выберите правильный ответ по схеме: 1) если правильны ответы а, б, в; 2) если правильны ответы а, в; 3) если правильны ответы б, г; 4) если правильный ответ г; 5) если правильны ответы а, б, в, г, д. **3. При определении гигиенического состояния полости рта с помощью индекса Федорова-Володкиной окрашиваются:** 1) вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов; 2) вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов; 3) язычные поверхности первых постоянных моляров; 4) вестибулярные поверхности верхних и нижних резцов; 5) вестибулярные поверхности всех групп зубов верхней и нижней челюсти. **4. Интенсивность кариеса зубов выражается:** 1) суммой кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного пациента; 2) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных к возрасту пациента; 3) средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов в группе обследованных; 4) отношением количества лиц, имеющих кариозные зубы, к общему числу обследованных, выраженное в процентах; 5) разницей между индексами КПУ(з) и КПУ(п). **5. При начальном кариесе в эмали происходит:** 1) нарушение белковой матрицы эмали; 2) дисминерализация и реминерализация; 3) деминерализация эмали; 4) нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали; 5) резорбция эмали. **6. Основным фактором риска возникновения кариеса является:**

		1) высокое содержание фторида в питьевой воде; 2) неудовлетворительная гигиена полости рта; 3) сопутствующие заболевания; 4) социальный фактор; 5) нерациональное питание. **7. С целью уменьшения кровоточивости десен пациентам следует рекомендовать использовать зубную пасту содержащую:** 1) фторид натрия; 2) карбонат кальция; 3)экстракты лекарственных растений; 4) карбамид; 5) формальдегид. **8. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром частичном пульпите:** 1) девитализацию пульпы; 2) сохранение жизнеспособности всей пульпы; 3) витальную ампутацию; 4) витальную экстирпацию; 5) удаление зуба. **9. Корневая пломба должна:** 1) достигать верхушечной трети канала; 2) достигать верхушечного отверстия по рентгенологической оценке; 3) быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия; 4) располагать на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгенологической оценке; 5) достигать уровня дентино-цементного соединения. **10. Согласно общему плану лечения, лечебные мероприятия (кроме неотложных случаев) нужно начинать с:** 1) выявления кариеса; 2) лечение заболеваний пародонта; 3) профессиональная гигиена полости рта; 4) эндодонтическое лечение; 5) удаление зубов, которые нельзя сохранить.

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Место ортодонтической стоматологии среди других медицинских дисциплин. Основные этапы развития ортодонтической стоматологии, роль отечественных ученых в ее развитии.
2. Ортодонтия. Определение понятия. Цель и задачи современной ортодонтии. История развития ортодонтии. Основные направления развития специальности.
3. Антропометрические измерительные точки в области головы и лица, место их расположения. Измерение высотных и поперечных размеров в области головы и лица.

4. Виды перемещения зубов. Биоморфологические изменения в зубочелюстной системе при воздействии ортодонтических аппаратов: особенности перестройки тканей периодонта при корпусном и наклонно-вращательном перемещении зубов.
5. Телерентгенография лицевого скелета. Методика и правила проведения исследования, величина лучевой нагрузки. Информативность метода в ортодонтии.
6. Аномалии зубных дуг в вертикальной плоскости. Зубоальвеолярное удлинение и зубоальвеолярное укорочение: этиология, клиника, диагностика. Лечение в различные периоды формирования прикуса.
7. Аномалии зубных дуг в горизонтальной плоскости. Сужение и расширение зубных рядов: этиология, клиника, диагностика. Лечение в различные периоды формирования прикуса.
8. Снятие слепков, изготовление гипсовых моделей, их расчет и анализ.
9. Оттиски, оттискные материалы, применяемые в ортодонтии.
10. Диагностические модели челюстей. Методы изучения диагностических моделей челюстей.
11. Методы изучения диагностических моделей челюстей Tonn. Методы изучения диагностических моделей челюстей Schmuth. Их практическое применение.
12. Методы диагностики в ортодонтии при постановке дифференцированного диагноза.
13. Внутриротовая рентгенография зубов. Рентгенография срединного небного шва. Методика проведения исследования, величина лучевой нагрузки. Информативность методов в ортодонтии.
14. Боковая телерентгенография головы (профильная цефалометрия).
15. Аномалии сроков прорезывания зубов: этиология, клиника, диагностика. Лечение в различные периоды формирования прикуса.
16. Аномалии числа зубов: этиология, клиника, диагностика. Лечение в различные периоды формирования прикуса.
17. Аномалии положения зубов в сагиттальной, горизонтальной и вертикальной плоскостях: этиология, клиника, диагностика. Лечение в различные периоды формирования прикуса (аппараты).
18. Диастема: виды, этиология, клиника, диагностика. Показания и сроки пластики уздечки верхней губы. Лечение диастемы в зависимости от вида (аппараты).
19. Аномалии зубных дуг в сагиттальной, горизонтальной и вертикальной плоскостях: этиология, клиника, диагностика. Лечение в различные периоды.
20. Дистальный прикус: этиология, клиника, диагностика. Морфологические нарушения на уровне зубов, зубных рядов и челюстей.
21. Дистальный прикус: лечение в период смешанного и постоянного прикуса. Ретенция достигнутых результатов. Ошибки и осложнения.
22. Мезиальный прикус: лечение в период смешанного прикуса. Ретенция достигнутых результатов. Ошибки и осложнения.
23. Мезиальный прикус: лечение в период постоянного прикуса. Ретенция достигнутых результатов. Ошибки и осложнения.
24. Глубокий прикус: этиология, клиника, диагностика. Морфологические нарушения на уровне челюстей, зубных рядов и отдельных зубов.
25. Глубокий прикус: профилактика и лечение в периоды временного и смешанного прикуса. Ошибки и осложнения, ретенция достигнутых результатов.
26. Глубокий прикус: лечение в период постоянного прикуса. Ошибки и осложнения, ретенция достигнутых результатов.
27. Открытый прикус: этиология, клиника, диагностика. Морфологические нарушения на уровне челюстей, зубных рядов и отдельных зубов. Формы открытого прикуса.
28. Открытый прикус: профилактика и лечение в период временного прикуса.
29. Открытый прикус: лечение в период смешанного прикуса. Ошибки и осложнения, ретенция достигнутых результатов.

30. Открытый прикус: лечение в период постоянного прикуса. Ошибки и осложнения, ретенция достигнутых результатов.
31. Перекрёстный прикус со смещением и без смещения нижней челюсти: лечение в период смешанного и временного прикуса. Ошибки и осложнения, ретенция достигнутых результатов.
32. Врожденные расщелины челюстно-лицевой области: классификация, этиология, клиника, диагностика. Этапы реабилитации детей с врожденной изолированной расщелиной верхней губы и альвеолярного отростка, роль врача-ортодонта.
33. Контроль пространства в зубном ряду при ранней потере временных зубов: показания к проведению, выбор ортодонтических конструкций.
34. Мультибондинг система: показания и противопоказания к применению, разновидности. Расположение брекетов на зубах, способы фиксации элементов мультибондинг системы. Отличительные особенности мультибондинг-систем от съемных ортодонтических аппаратов. Ретенция достигнутых результатов лечения мультибондинг системой.
35. Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий. Классификация зубочелюстных аномалий (Э.Энгля).
36. Диагностика деформаций зубных рядов и прикуса, связанных с функциональной недостаточностью пародонта.
37. Съемные и несъемные функционально направляющие аппараты. Назовите показания к их применению и принцип действия. Сравнительная характеристика.
38. Функционально действующие аппараты. Особенности изготовления. Принципы действия. Показания к применению.
39. Проволочные элементы съемных ортодонтических аппаратов. Вестибулярные дуги: виды, составные части, назначение, принцип действия.
40. Проволочные элементы съемных ортодонтических аппаратов. Пружины: виды, составные части, назначение, принцип действия. Факторы, обуславливающие действие пружин.
41. Перекрёстный прикус: этиология, клиника, диагностика. Морфологические нарушения на уровне челюстей, зубных рядов и отдельных зубов. Формы перекрёстного прикуса. Дифференциальная диагностика форм перекрестного прикуса.
42. Перекрёстный прикус без смещения нижней челюсти: лечение в период смешанного прикуса. Ошибки и осложнения, ретенция достигнутых результатов.
43. Перекрёстный прикус без смещения нижней челюсти: лечение в период постоянного прикуса. Техника «раскрытия срединного небного шва»: показания, аппараты. Ошибки и осложнения, ретенция достигнутых результатов.
44.
45. Ортодонтические винты: винты для нормализации формы зубных рядов и для межчелюстного действия. Правила установки винтов в ортодонтические аппараты.
46. Классификация ортодонтических аппаратов по назначению и механизму (принципу) действия. Примеры.
47. Ортодонтические аппараты механического действия: характеристика, особенности конструкции, примеры. Возможности использования.
48. Функционально-направляющие ортодонтические аппараты: характеристика, особенности конструкции, примеры. Возможности использования.
49. Функционально-действующие ортодонтические аппараты: характеристика, особенности конструкции, примеры. Возможности использования.
50. Ортодонтические аппараты комбинированного действия: характеристика, особенности конструкции, примеры. Возможности использования.
51. Комплексный метод лечения зубочелюстных аномалий. Абсолютные и относительные ортодонтические показания к удалению зубов. Метод Хотца: показания к применению.

52. Детские съемные зубные протезы: особенности, сроки замены в зависимости от периода формирования прикуса. Виды коронок (колец), применяемых в ортодонтии: назначение, особенности изготовления. Подготовка временных и постоянных зубов к фиксации ортодонтических коронок (колец).
53. Дистальная окклюзия. Этиология. Патогенез. Лечение.
54. Аномалии окклюзии зубных рядов. Этиология. Патогенез. Лечение.
55. Анализ результатов ортодонтического лечения у пациентов в различных возрастных группах с применением современных методик ретенции.
56. Анализ результатов ретенции у пациентов, проходящих ортодонтическое лечение на несъемной аппаратуре.
57. Разработка комплекса ортодонтических ретенционных мероприятий у пациентов после лечения сагиттальных аномалий окклюзии в период продолжающегося роста лицевого скелета.
58. Сравнительная оценка эффективности съемных и несъемных ретейнеров у пациентов, закончивших ортодонтическое лечение.
59. Виды аномалий уздечки языка. Клиника зубочелюстных аномалий при укороченной уздечке языка. Показания к хирургической коррекции. Оптимальные сроки операции.
60. Основные возрастные периоды формирования прикуса человека. Возрастные особенности развития зубочелюстной системы ребенка.

Ситуационные задачи

Задача 1

У ребенка 7 лет при внешнем осмотре определяется уплощение основания носа, рот полуоткрыт, губы сухие, углы рта шелушатся. Со слов родителей ребенок спит с открытым ртом, храпит. В полости рта между фронтальной группой зубов вертикальная щель, обильное скопление мягкого зубного налета на фронтальных зубах, гиперемия десневого края во фронтальном сегменте.

1. Поставьте диагноз. Какую простую клиническую пробу следует провести для исследования функции дыхания?
2. Какая этиологическая причина формирования данной аномалии?
3. Какое состояние пародонта?
4. К какой диспансерной ортодонтической группе следует отнести этого ребенка?

Задача 2

Пациентке 13 лет. Жалобы на косметический недостаток. При внешнем осмотре отклонений не отмечено. В полости рта определяется щечное положение зубов 1.3, 3.3, кроме того эти зубы находятся выше окклюзионной плоскости, их длинна ось расположена дистально. Расстояние между зубами 1.2 и 1.4 1 мм, между зубами 2.2 и 2.4 - 1,5 мм. Фронтальные зубы на нижней челюсти скучены, зуб 3.1 расположен вестибулярно, его шейка обнажена и чувствительна при зондировании; слизистая оболочка гиперемирована, сосочки отечны, кровоточивы. Расстояние между зубами 3.1 и 3.2 – 1 мм, ширина зуба 3.1– 6 мм. Аномалии окклюзии не определяются.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения, возможны ли консультации других специалистов?

Задача 3

Пациентке 54 года. Жалобы на эстетический недостаток, кровоточивость десен, подвижность зубов, запах изо рта. Внешний осмотр без особенностей. В полости рта: во фронтальных сегментах зубных дуг обеих челюстей тесное расположение резцов, зуб 2.2 вне окклюзии по вертикали, т.е. ниже окклюзионной плоскости, контакт с антагонистом отсутствует. В боковых сегментах правильное взаимоотношение. Отмечается

патологическая подвижность фронтальных зубов нижней челюсти. На 19 лингвальной поверхности резцов твердые зубные отложения, при зондировании десневых сосочков обильная кровоточивость.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения, возможны ли консультации других специалистов?

Задача 4

Пациент 11 лет. Жалобы: на диастему между верхними резцами и на повороты этих зубов Проведение ортодонтического лечения ранее не проводилось.

Осмотр: Лицо симметрично. Симптом «десневой улыбки» отсутствует. Профиль прямой. Надподбородочная складка не выражена. Положение верхней губы правильное. Положение нижней губы правильное. Положение подбородка правильное.

Мягкие ткани полости рта:

Уздечка верхней губы: короткая

Уздечка нижней губы: в норме. Уздечка языка: в норме. Язык: в норме.

Преддверие полости рта: в норме.

Слизистая оболочка: в норме.

Зубы:

Прикус: сменный В полости рта находятся постоянные зубы 1.6,1.2,1.1,2.1,2.2,2.4,2.5,2.6 4.6,4.4,4.3,4.2,4.1,3.1,3.2,3.3,3.4,3.6 и молочные 5.3,5.4,5.5,6.3,7.5,8.5

Гигиена полости рта: не удовлетворительная

Тремы физиологические.

Диастема между зубами 1.1 и 2.1

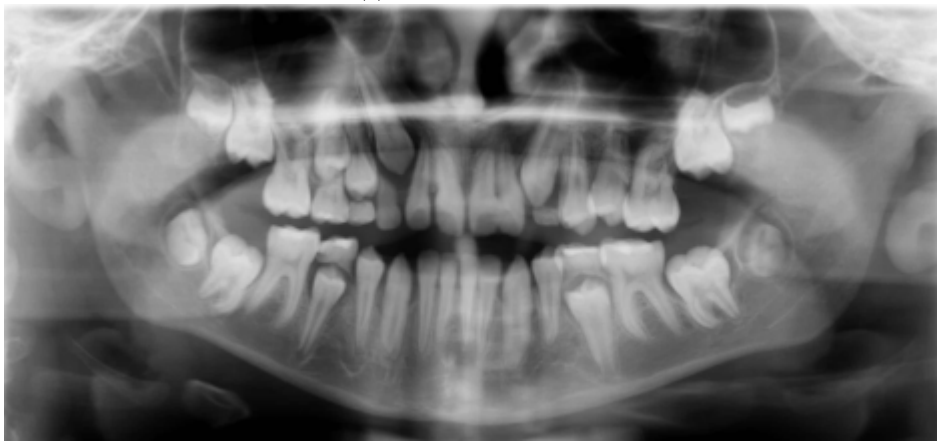
Тортоаномалии 1.1, 2.1







Зубные ряды Форма зубных рядов в норме
Контакт соседних зубов: Тремы в.з.р. 1.2 и 1.3; 1.3 и 1.4; 2.3 и 2.4; н.з.р. 4.1 и 4.2; 3.1 и 3.2; 3.2 и 3.3; 3.3 и 3.4
Рентгенологическое исследование.

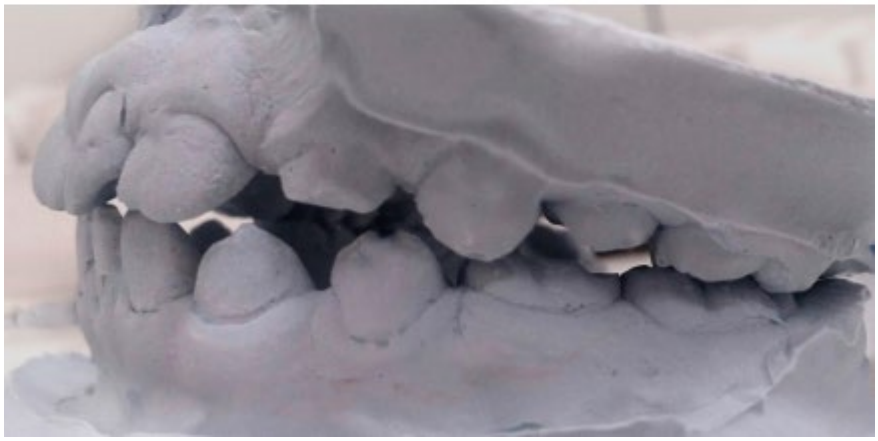


ТРГ головы в боковой проекции



Фотографии диагностических моделей челюстей пациента





1. Расчитайте ТРГ
2. Поставьте диагноз
3. Назначьте план лечение

Задача 5

Девушка 21 год. Жалобы: эстетический вид зубов, профиля лица, затруднение дыхания. Проведение ортодонтического лечения не проводилось.



Осмотр: Лицо симметрично Подбородок незначительно смещен вправо Симптом «десневой улыбки» отсутствует Профиль выпуклый Надподбородочная складка не выражена Положение верхней губы выступает Положение нижней губы западает (сильно негативная губная ступень) Положение подбородка — ретрогения
Осмотр полости рта
Мягкие ткани полости рта:
Уздечка верхней губы: в норме. Уздечка нижней губы: в норме.
Уздечка языка: в норме.
Язык: в норме.
Преддверие полости рта: в норме.
Слизистая оболочка: в норме.
Зубы:
Прикус: постоянный В полости рта находятся все резцы, клыки, премоляры, моляры

верхней и нижней челюстей за исключение всей группы третьих моляров.
Гигиена полости рта: удовлетворительная
Наличие трем: между зубами 1.2 и 1.3; 1.3 и 1.4; 2.3 и 2.4; 4.1 и 4.2; 3.1 и 3.2; 3.2 и 3.3; 3.3 и 3.4 У моляров более низкая клиническая коронка в связи с неполным прорезыванием

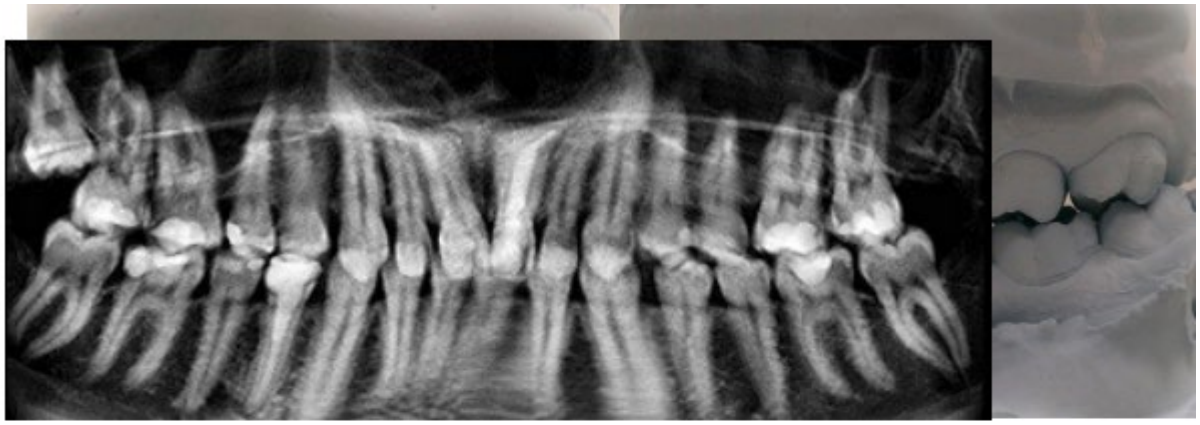


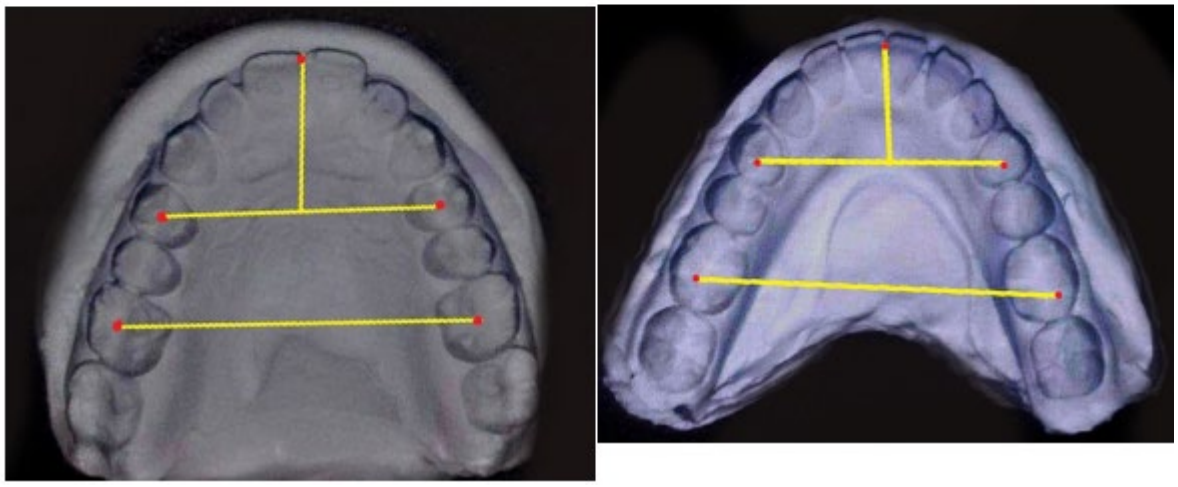
Зубные ряды Форма зубных рядов в норме
Контакт соседних зубов: Тремы в.з.р. 1.2 и 1.3; 1.3 и 1.4; 2.3 и 2.4; н.з.р. 4.1 и 4.2; 3.1 и 3.2; 3.2 и 3.3; 3.3 и 3.4 Нарушение последовательности расположения зубов нет
Симметричность расположения зубов сохранена
Окклюзия Сагиттальное направление:
Окклюзия моляров справа II, слева II Окклюзия клыков справа II, слева II
Смыкание резцов: сагиттальная щель 9 мм Вертикальное направление: глубокая резцовая окклюзия с величиной перекрытия: >1/2 глубокая резцовая дизокклюзия Боковой отдел в норме Трансверзальное направление: смещение косметического центра вправо на 2 мм;
Боковой отдел зубных рядов: вестибулокклюзия слева
Биометрический анализ моделей челюстей.
Окклюзия клыков и моляров по II классу, первый подкласс. Длина переднего отрезка зубной дуги обеих челюстей увеличена, Ширина зубной дуги в области моляров и премоляров обеих челюстей увеличена. Недостаточность ширины апикального базиса I степени обеих челюстей по Снагиной.

11	10	7	7	8,1	6	8,1	8,1	6	8,1	7	7	11	11
7	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**5**	**7**
10	10	8	8	7	6	5	5	6	7	7	8	10	10



Фотографии диагностичесих моделей челюстей пациента
Рентгенологическое исследование. Ортопантомография челюстей











Визуализируются достаточный объем костной ткани, покрывающий все зубы, за исключением зубов 4.6,4.7, 3.6
ТРГ головы в боковой проекции



Функциональные методы обследования. Клинические функциональные пробы: Проба Эшлера-Битнера - выдвижение челюсти невозможно. Проба Ильиной-Маркосян: при открывании рта линия косметического центра выравнивается. Проба положения губ при сомкнутых зубных рядах. Губы смыкаются без напряжения.

1. Рассчитайте ТРГ
2. Поставьте диагноз
3. Назначьте план лечение

Задача 6

С жалобами на косметический дефект на прием к стоматологу обратился ребенок 7 лет. Из анамнеза выявлено, что имеет привычку обкусывать ногти. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица, выступающий подбородок. Со стороны полости рта несовпадение центральной линии по уздечкам и обратное перекрытие зубов верхней челюсти зубами нижней челюсти.

0	0		с								п	п		0	0
18	17	16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26	27	28
48	47	46	45	84	83	42	41	31	32	73	74	35	36	37	38
0	0	с	0	п							п	0		0	0



1. Назовите причину заболевания. Укажите возможные нарушения прикуса.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Подсчитайте индексы кп + КПУ, кпп + КПпУ.
4. Составьте план лечения.
5. Какие профилактические мероприятия необходимо проводить?
6. Назовите диспансерную группу.

Задача 7

В клинику стоматологии детского возраста обратилась девочка Оля С., 7 лет. Пришла на прием с мамой, со слов которой было выяснено, что у ребенка имеется вредная привычка закусывать верхнюю губу в состоянии покоя. При осмотре выявлено, что верхняя губа западает, а нижняя красная кайма губы широкая, при разговоре виден нижний фронтальный участок. Состояние зубов и зубных рядов:

0	0		0								y	0		0	0
18	17	16	15	54	53	12	11	21	22	63	64	25	26	27	28
48	47	46	45	84	83	42	41	31	32	73	74	35	36	37	38
0	0		0									0		0	0



1. Подсчитайте индексы кп + КПУ, кпп + КПпУ.
2. Укажите возможные морфологические изменения в полости рта.
3. Дайте совет маме, ребенку по ликвидации вредной привычки.
4. Какие миофункциональные аппараты показаны в данном случае?
5. Составьте план лечения.
6. Назовите диспансерную группу.

Задача 8

В клинику стоматологии детского возраста обратился 10- летний пациент, предъявляющий жалобы на вестибулярное положение зубов 1.3, 2.3. Из анамнеза выявлено, что ребенок ранее за ортодонтической помощью не обращался. При осмотре полости рта установлено: промежуток между зубами 1.2 и 1.4, 2.2 и 2.4 равен 2 мм. Зубная формула соответствует возрасту, боковые нижние зубы справа контактируют с впереди стоящими верхними зубами. Состояние зубов и зубных рядов:

0	0													0	0
18	17	16	55	14	13	12	11	21	22	23	24	65	26	27	28
48	47	46	85	44	43	42	41	31	32	33	34	75	36	37	38
0	0													0	0



1. Дообследуйте больного. К какому специалисту необходимо направить данного ребенка

на консультацию?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Наметьте план лечения.
4. Перечислите хирургические методы лечения ЗЧА.
5. Назовите показания к удалению зубов при ортодонтическом лечении.
6. Прогноз заболевания.

Задача 9

Мужчина 32 года. Жалобы: на боль в обоих ВНЧС, в анамнезе травма (вывих нижней челюсти и самостоятельно вправленная нижняя челюсть)






Осмотр: Лицо симметрично Симптом «десневой улыбки» отсутствует Профиль прямой. Надподбородочная складка выражена
Положение верхней губы правильное. Положение нижней губы правильное. Положение подбородка правильное
Осмотр полости рта
Мягкие ткани полости рта:

Уздечка верхней губы: в норме.
Уздечка нижней губы: в норме.
Уздечка языка: в норме.
Язык: в норме. Преддверие полости рта: в норме. Слизистая оболочка: в норме. Зубы: Прикус: постоянный
В полости рта находятся все резцы, клыки, премоляры, моляры верхней и нижней челюстей за исключение нижних третих моляров. Гигиена полости рта: удовлетворительная
Наличие трем: между 1.2 и 1.3, 1.3 и 1.4, 2.3 и 2.4; 2.2 и 2.3 Имеются фасетки стирания на режущем крае всех резцов и клыков обеих челюстей.



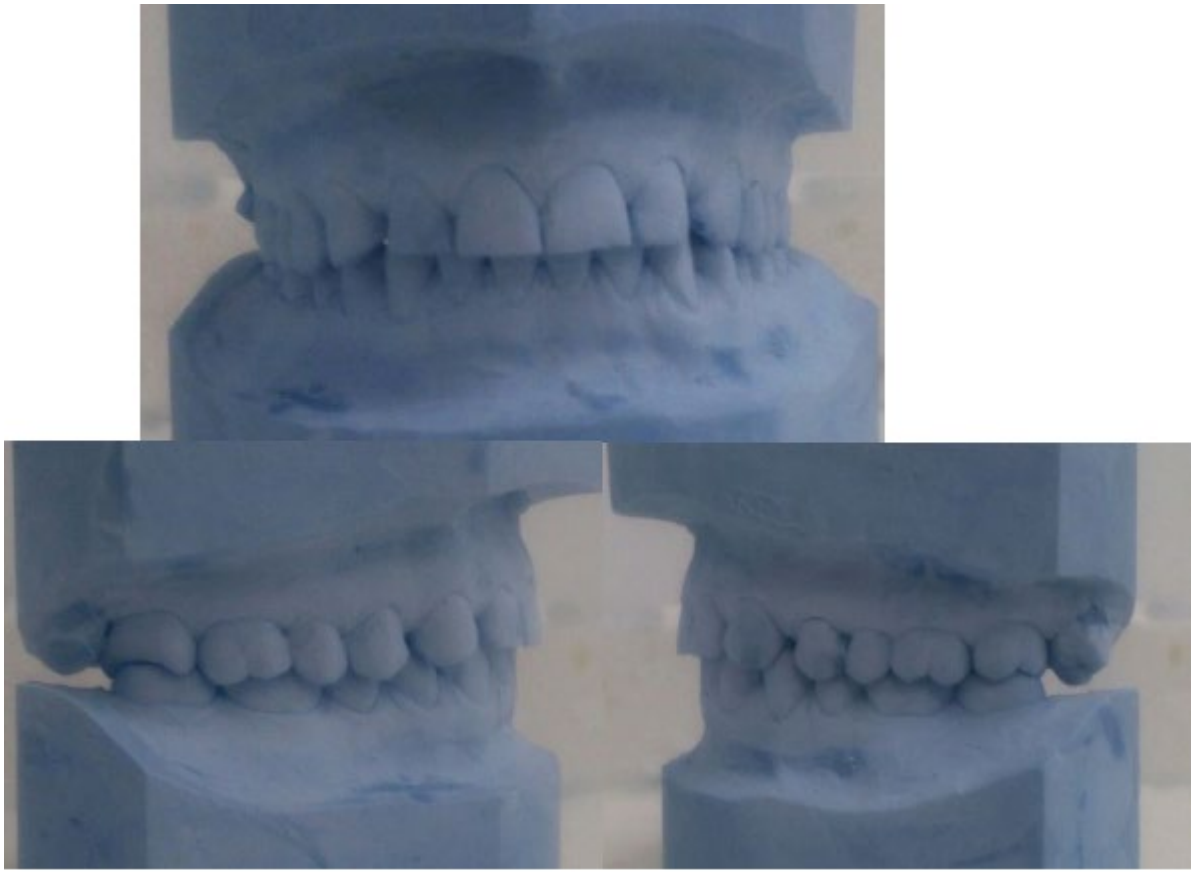


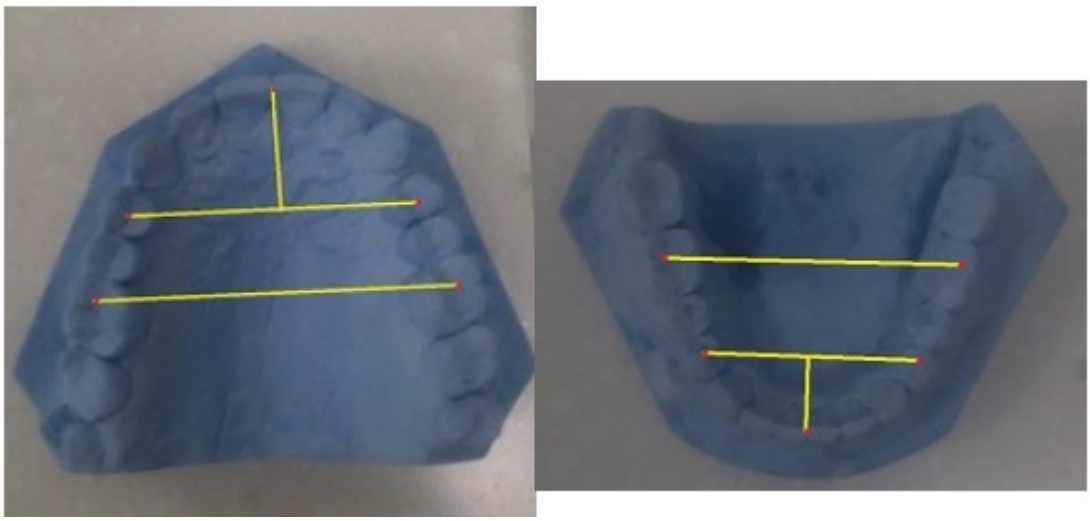




Зубные ряды Форма зубных рядов в норме Контакт соседних зубов: Тремы в.з.р. 1.2 и 1.3, 1.3 и 1.4, 2.3 и 2.4; 2.2 и 2.3
Нарушение последовательности расположения зубов нет
Симметричность расположения зубов сохранена.
Окклюзия Сагиттальное направление: Окклюзия по клыкам и молярам I класс слева и справа
Смыкание резцов: сагиттальная щель 1 мм

Вертикальное направление: резцовая окклюзия с величеной перекрытия: 1/3 Боковой отдел в норме
Трансверсальное направление: смещение косметического центра вправо на 0,5 мм;





Фотографии диагностических моделей челюстей
Рентгенологическое исследование



ОПТГ



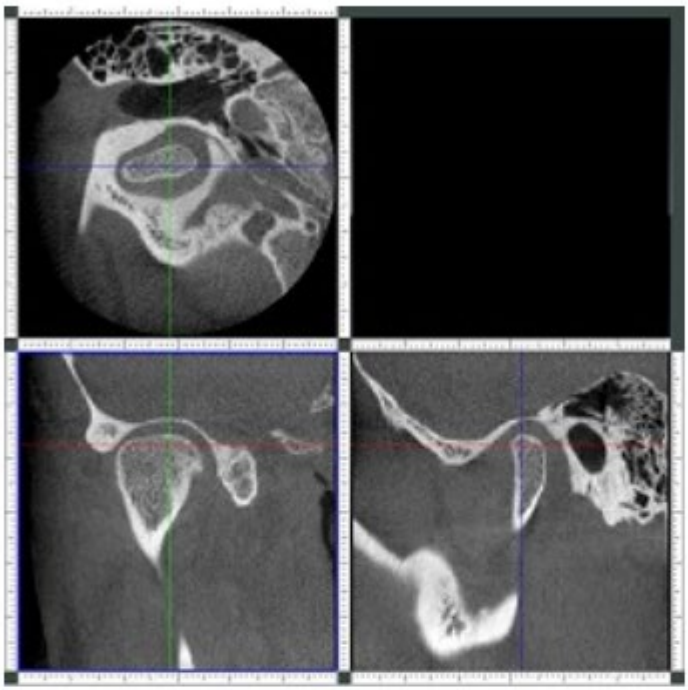
ТРГ в боковой проекции

Измерение	Верхняя челюсть			Нижняя челюсть		
	Результат	N	Вывод	Результат	N	Вывод
1 Сумма ширины резцов (Si)	30		N	22		N
2. Ширина зубной дуги в области премоляров	38	Sl*1.25	N	30	Sl*1.25	На 2 мм шире N
3. Ширина зубной дуги в области моляров	47	Sl*1.54	N	37	Sl*1.54	На 3 мм шире N
4.Длина переднего отрезка зубной дуги	16	Sl*0.53	N	11,5	Sl*0.53	N
5. Ширина апикального базиса	47	47,4	N	37	37,6	N
6. Соотношение ширины апикального базиса к сумме мезиодистальных размеров 12 зубов в %	44%	44%	N	43%	43%	N
7. Соотношение длины апикального базиса к сумме мезиодистальных размеров 12 зубов в %	39%	39%	N	41%	41%	N

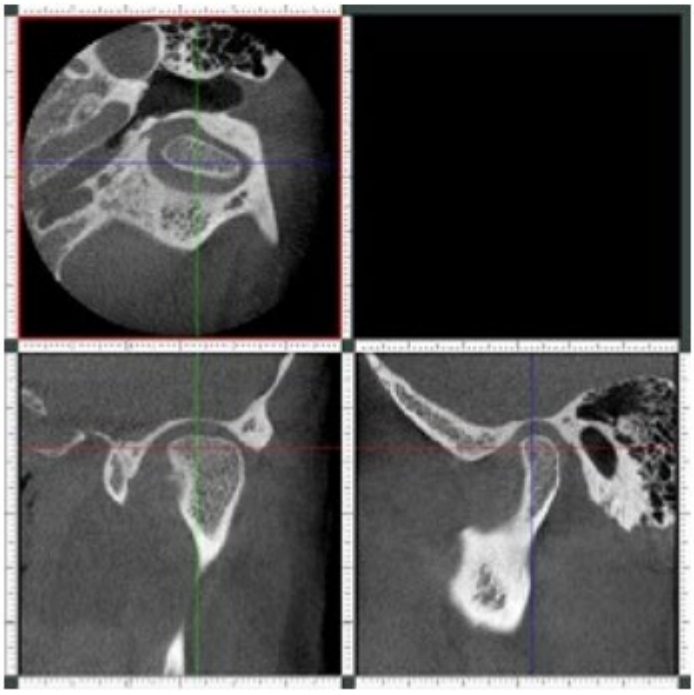
S вп	Sl	S вл	Сумма размеров зубов составляющих сегменты
L вп 32 L нп 33	Ll 30 Li 29,7	L вл 32 L нл 33	
S нп	Si	S нл	Сумма размеров зубов составляющих сегменты

КТ ВНЧС

Левый ВНЧС



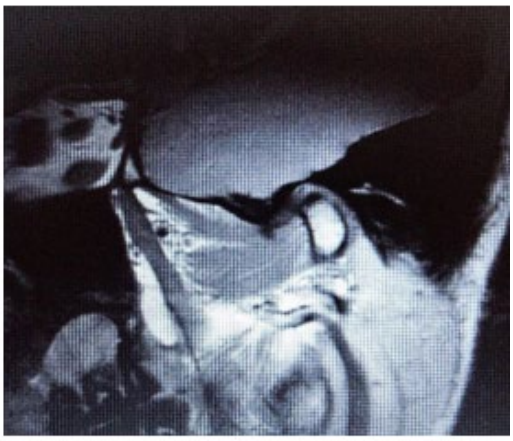
Правый ВНЧС



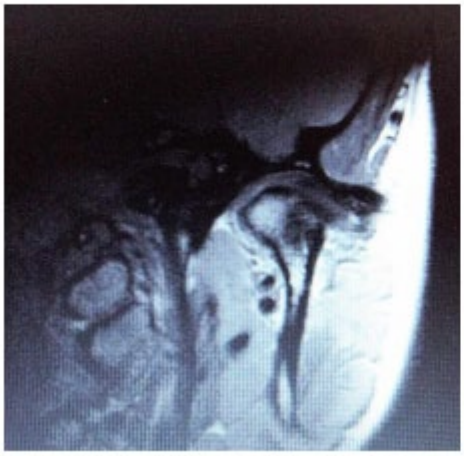
МРТ суставного диска ВНЧС

Левый диск





Правый диск





Функциональные методы обследования. Клинические функциональные пробы: Проба Ильиной-Маркосян: -при открывании рта линия косметического центра выравнивается. Проба положения губ при сомкнутых зубных рядах. Губы смыкаются без напряжения.

1. Проведите биометрическесский анализ моделей челюстей
2. Рассчитайте ТРГ
3. Поставьте основной и сопутствующий диагноз

Задача 10

Жалобы: Пациентка Н., 17 лет, обратилась в ортодонтическое отделение с жалобами на неправильное положение зубов.
Анамнез жизни: инфекционные и аллергические заболевания отрицает.
Анамнез болезни: ранее ортодонтическое лечение не проводилось.
Осмотр лица: лицо симметрично, профиль вогнутый, высота нижней трети увеличена, подбородок выступает вперед, верхняя губа западает, носогубные складки сглажены. Открывание рта полное, свободное, безболезненное. При пальпации и аускультации ВНЧС патология не выявлена. Поднижнечелюстные лимфоузлы не пальпируются с обеих сторон. Осмотр полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических элементов.

Зубная формула:

	П		П				П	П				П	
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	0	7
П													П

Средняя линия между центральными резцами нижней челюсти смещена влево на 2,0 мм. Мезиально-щечный бугор 16 контактирует с точкой между зубами 4.6 и 4.7, а бугры 2.6 – с буграми 3.7. Щечные бугры верхних премоляров контактируют с продольными фиссурами антагонистов. Зубы 1.4 и 2.4 повернуты вокруг продольной оси. Нижние резцы наклонены язычно. Сагиттальная щель – 5,0 мм. На диагностических моделях челюстей длина переднего отрезка верхней зубной дуги по методу Коркхауза уменьшена на 3,0 мм, а нижней – увеличена на 1,0 мм. Ширина зубного ряда верхней челюсти по методу Пона уменьшена в области премоляров на 4,0 мм, в области моляров – на 4,0 мм.

1.Поставить предварительный диагноз.

2.Определить дополнительные методы обследования.

3.Составить план лечения.

Задача 11

Родители ребенка, 10 лет, обратились с жалобами на неправильное положение зубов. Из анамнеза выявлено, что ребенок ранее за ортодонтической помощью не обращался. Ребенок практически здоров. I диспансерная педиатрическая группа. После клинического обследования был поставлен диагноз: глубокая резцовая окклюзия, укорочение переднего отрезка нижней зубной дуги, зубоальвеолярное укорочение боковых отделов верхней и нижней челюстей, аномалия положения зуба 1.2.

Состояние зубов и зубных рядов:

0	0	0											0	0	0
18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28
48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38
0	0	0											0	0	0



1. Опишите лицевые признаки глубокой резцовой окклюзии.

2. Перечислите необходимые антропометрические методы исследования диагностических

моделей челюстей.
3. Назовите возможные причины данной патологии. К какому специалисту необходимо направить данного ребенка на консультацию?
4. Составьте план лечения.
5. Какие осложнения вызывает глубокая резцовая окклюзия?
6. Укажите диспансерную группу.

Задача 12

Ребенок, 9 лет, обратился с жалобами на выступание верхних зубов вперед. В анамнезе – вредная привычка сосания нижней губы. При осмотре лица выявлено выступание верхней губы вперед, зубы верхней челюсти укладываются на нижнюю губу. В полости рта в области фронтальных зубов имеется сагиттальная щель с выступанием вперед верхних зубов, соотношение по 1 классу Энгля, удлинение зубного ряда верхней челюсти, тремы верхней челюсти во фронтальном отделе. Нижний зубной ряд не изменен, форма и размер нижней челюсти визуально нормальные.

Состояние зубов и зубных рядов:

0	0													0	0
18	17	16	55	54	13	12	11	21	22	23	64	65	26	27	28
48	47	46	85	84	43	42	41	31	32	33	74	75	36	37	38
0	0													0	0



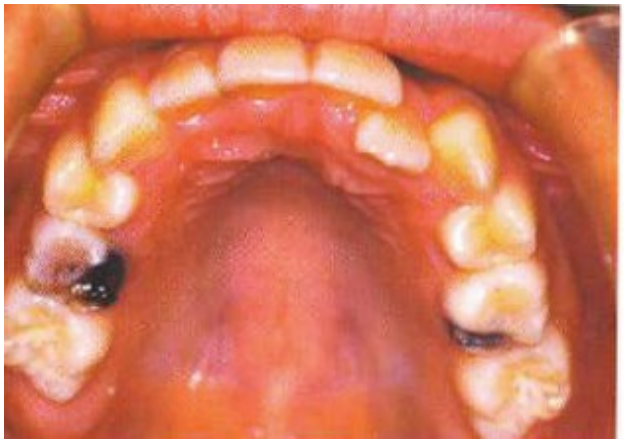
1. Назовите этиологические факторы данной аномалии прикуса.
2. Какие клинические проявления служат основанием для постановки диагноза.
3. Перечислите необходимые методы исследования. Консультация какого специалиста необходима?
4. Составьте план лечения
5. Укажите рекомендуемую аппаратуру для лечения ЗЧА.
6. Прогноз заболевания.

Задача 13

Ребенок, 10 лет, обратился с жалобами на эстетические нарушения. Направлен на консультацию врачом стоматологом-терапевтом. Из анамнеза выявлено, что ребенок ранее за ортодонтической помощью не обращался. У папы отмечается незначительная скученность зубов во фронтальном отделе нижней челюсти. При клиническом

обследовании выявлена асимметрия верхней челюсти слева (форма зубного ряда слева полупарабола), в небную сторону смещен зуб 2.2.
Состояние зубов и зубных рядов:

0	0		П									П		0	0
18	17	16	55	14	13	12	11	21	22	23	24	65	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0													0	0




1. Составьте план исследования. Перечислите необходимые антропометрические методы исследования диагностических моделей челюстей.
2. Поставьте диагноз.
3. Какое хроническое заболевание могло способствовать развитию данной патологии?
4. Предложите аппарат механического типа действия, перечислите и объясните назначение элементов.
5. Опишите характер изменения в тканях при ортодонтическом перемещении зуба.
6. Прогноз заболевания.

Задача 14

В клинику обратился 12-летний ребенок с жалобами на наличие промежутков между зубами. Из анамнеза выявлено, что ребенок ранее за ортодонтической помощью не обращался. При внешнем осмотре определяется западение верхней губы, вогнутый профиль лица, угол нижней челюсти чрезмерно развернутый. При осмотре полости рта между резцами и клыками определяются диастемы и тремы. Зубной ряд верхней челюсти сужен. Во фронтальном отделе обратная резцовая окклюзия. Соотношение боковых зубов в сагиттальном направлении по III классу Энгля. Состояние зубов и зубных рядов:

0	0													0	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0													0	0



1.Назовите возможные причины данной патологии. Каковы общесоматические причины развития данной патологии?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Наметьте план лечения с указанием рекомендуемой аппаратуры
4. Укажите диспансерную группу
5. Перечислите профилактические мероприятия по предотвращению данной патологии
6. Прогноз лечения

Задача 15-20 (см. Приложение 1)

Практические навыки

1. Организовать рабочее место врача-ортодонта. Подготовить необходимый инструментарий.
2. Провести и оценить результаты антропометрических измерений лица и головы, а также критерии стоматологического эстетического индекса (DAI).
3. Назовите основные требования, предъявляемые к оттискным материалам. Техника и особенности получения оттисков у детей.
4. Собрать анамнез, составить план ортодонтического лечения.
5. Провести антропометрические исследования лица и головы пациента.
6. Провести антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей.
7. Провести измерение зубов. Выявить взаимоотношение размеров зубов.
8. Провести измерения небного свода.
9. Провести измерение апикального базиса
10. Провести графический метод диагностики. Симметроскопию.
11. Провести фотосимметроскопию. Параллелографию.
12. Провести рентгенологическое методы исследование. Телерентгенографию. Ортопантомографию, внутриротовую рентгенографию, панорамную рентгенографию, томографию.
13. Провести функциональные методы исследования. Электромиографию. Функциональные пробы. Миотонометрию. Артрофонографию. Реографию. Аксиографию. Обработать данные обследования.
14. Уметь диагностировать аномалии зубов. Аномалии количества зубов. Аномалии размера зубов. Аномалии формы зубов. Аномалии структуры твердых тканей зубов. Нарушение сроков прорезывания. Аномалии положения зубов.

15. Уметь диагностировать аномалии окклюзии зубных рядов. Виды окклюзии зубных рядов. Аномалии окклюзии. Сочетанные аномалии окклюзии. Аномалии зубов, зубных рядов и челюстей, приводящие к аномалиям окклюзии.
16. Подготовка пациента к началу лечения съемными и несъемными аппаратами.
17. Уметь выбирать съемные и несъемные ортодонтические аппараты.
18. Уметь объяснить технологию изготовления съемных и несъемных ортодонтических аппаратов и приспособлений.
19. Провести дифференциальную диагностику различных воспалительных заболеваний ЧЛО между собой и с другими заболеваниями.
20. Определить место лечения ребенка (поликлиника, стационар) и объем хирургической помощи.
21. Провести дифференциальную диагностику воспалительных заболеваний слюнных желез между собой и со сходными по клиническому течению заболеваниями ЧЛО.
22. Провести обследование больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) по определенному алгоритму.
23. Выбрать наиболее информативные методы дополнительного обследования детей с первично-костными и функциональными заболеваниями ВНЧС.
24. Поставить предварительный диагноз и составить план обследования и лечения детей с первично-костными и функциональными заболеваниями ВНЧС.
25. Оказать неотложную догоспитальную помощь при различных видах травмы ЧЛО, определить сочетанную травму, показания к госпитализации.
26. Накладывать швы на коже и слизистой оболочке полости рта при ПХО (первичная хирургическая обработка).
27. Изготавливать шины-каппы из быстротвердеющей пластмассы и проволочно-композитную шину.
28. Провести дифференциальную диагностику различных опухолей и опухолеподобных образований мягких тканей и костей ЧЛО детей.
29. Выбрать наиболее информативный для различных нозологических форм метод дополнительного исследования;
30. Поставить предварительный клинический диагноз и направить ребенка в специализированное медицинское учреждение.
31. Поставить предварительный диагноз после клинического обследования детей с врожденной патологией ЧЛО.
32. Составить схему лечения и диспансеризации конкретного больного с врожденной патологией с указанием специалистов, участвующих в медико-социальной реабилитации таких больных.
33. Определить показания к проведению амбулаторных операций при врожденной патологии слизистой оболочки рта (логопедические, ортодонтические) в зависимости от возраста ребенка.
34. Определять этиологические факторы, приведшие к аномалиям зубов, зубных рядов, челюстных костей и окклюзии.
35. Выбирать конструкции и способы применения ортодонтических аппаратов.