**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ (ЭКЗАМЕН) 1 СЕМЕСТР**

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-12**

Этиология, патогенез и профилактика зубочелюстных аномалий

Организация ортодонтической помощи и диспансеризация

**Комплект тестовых заданий**

**Тема 1.1. Этиология, патогенез и профилактика зубочелюстных аномалий.**

**1.** ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦЕВ ПРИВОДИТ К

1. гипертонусу мускулатуры и способствует сужению зубных рядов

2. гипотонусу мускулатуры и способствует расширению зубных рядов

**2.** ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

1. микроглоссия или макроглоссия, ротовое дыхание

2. удлинение нижней челюсти

3. задержка роста по сагиттали нижней челюсти

**3.** К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМ АНОМАЛИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1. вторичные частичные адентии

2. первичные адентии, макродентия

3. вторичная полная адентия

**4.** ПРИВЫЧКА СПАТЬ НА СПИНЕ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ ПРИВОДИТ К

1. нарушению положения зубов

2. нарушению прорезывания зубов

3. задержке роста нижней челюсти

**5.** ПОСТОЯННЫЙ СОН НА ОДНОМ БОКУ С ПОДЛОЖЕННОЙ ПОД ЩЕКУ РУКОЙ ПРИВОДИТ К

1. равномерному сужению зубных рядов

2. равномерному расширению зубных рядов и смещению нижней челюсти вперед

3. одностороннему сужению зубных рядов и смещению нижней челюсти в сторону

**6**. ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ КОНЧИКА ЯЗЫКА В МОМЕНТ ГЛОТАНИЯ

1. между передними зубами

2. между боковыми зубами

3. в области небной поверхности верхних фронтальных зубов

**7.** ШИРОКАЯ УЗДЕЧКА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И ЕЕ НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

1. укорочению верхнего зубного ряда

2. сужению верхнего зубного ряда

3. диастеме

**8**. КОРОТКАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

1. укорочению верхнего зубного ряда

2. укорочению верхнего зубного ряда

3. расширению верхнего зубного ряда

**9.** ПРИ ИНФАНТИЛЬНОМ ТИПЕ ГЛОТАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ

1. напряжение круговой и подбородочной мышц

2. напряжение верхней части лица

3. ротовое дыхание

**10.** ПРИ НАРУШЕНИИ ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО

1. укорочение нижней трети лица

2. рот приоткрыт, несомкнутые губы

3. выражена супраментальная складка

**11.** ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ РОТОВОМ ДЫХАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА

1. расположение языка между зубами

2. сосание большого пальца

3. сосание верхней губы

**12.** ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА МЕЖДУ ЗУБАМИ ПРИВОДИТ К

1. расширению верхнего зубного ряда

2. неполному прорезыванию передних зубов

3. сужению нижнего зубного ряда

**13.** УСЛОВИЯ ДЛЯ НАРУШЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ СОЗДАЮТСЯ ПРИ

1. хроническом гастрите

2. пиелонефрите

3. бронхиальной астме, хронических бронхитах

**14**. У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОВЕДЕНЫ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

1. санация носоглотки

2. санация полости рта

3. изготовление съемного протеза

**15.** ГЛОСОПТОЗ

1. язык располагается на дне полости рта

2. язык увеличен, отмечается высокое небо

3. короткая уздечка языка

**16.** ПРИ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКЕ СОСАНИЯ И ПРИКУСЫВАНИЯ ЯЗЫКА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

1. сужение нижнего зубного ряда

2. расширение верхнего зубного ряда

3. сужение зубных рядов

**17.** К ИНФАНТИЛЬНОМУ ГЛОТАНИЮ ПРИВОДИТ НЕПРАВИЛЬНОЕ ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

1. с использованием резиновой соски

2. с использованием короткой соски

3. через соску с большим отверстием

**18**. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. нарушение окклюзии

2. аномалии формы молочных зубов

3. ранняя потеря молочных зубов

**19.** ВОЗРАСТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ КАК МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

1. от 4 до 7 лет

2. от 7 до 17 лет

3. от 12 до 15 лет

**20.** ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА ЭФФЕКТИВНА В

1. периоде молочных зубов

2. периоде смены зубов

3. периоде постоянных зубов

**Тема 1.2. Организация ортодонтической помощи и диспансеризация**

1. К КАКОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ С ВЫРАЖЕННЫМИ ЗЧА

1.1 группа

2. II группа

3. III группа

4. IV группа

5.нет правильного ответа

2. ДЕТИ БЕЗ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ АНОМАЛИЙ, НО С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ВРЕДНЫМИ ПРИВЫЧКАМИ, ПО А.Д. ОСАДЧЕМУ ОТНОСЯТСЯ К

 1. второй диспансерной группе

2. первой диспансерной группе

 3. третьей диспансерной группе

4. четвертой диспансерной группе

3.НАЛИЧИЕ ТРЕМ И ДИАСТЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

1. 5-6

 2. 2-3

 3. 11-12

 4. 14-15

4.РАВНОМЕРНАЯ СТИРАЕМОСТЬ БУГРОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ В НОРМЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ОККЛЮЗИИ

А) смешанной

Б) временной

В) постоянной

Г) всех видов

5. ФОРМА ВЕРХНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ В ПОСТОЯННОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ

 А) полуэллипсу

 Б) полукругу

 В) параболе

 Г) трапеции

6. «ВЫПУКЛЫЙ» ПРОФИЛЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А) ретроположении нижней челюсти

Б) нормальном развитии

В) перекрестном прикусе

 Г) формировании диастемы

 7. КАЖДЫЙ ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АНТАГОНИРУЕТ С

А) одноименным зубом нижней челюсти и позадистоящим зубом

 Б) одноименным зубом нижней челюсти

 В) одноименным зубом нижней челюсти и впередистоящим зубом

 Г) одноименным зубом верхней челюсти

 8.ФОРМА НИЖНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ В ПОСТОЯННОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ

 А) параболе

 Б) полукругу

 В) полуэллипсу

Г) трапеции

9. К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ У РЕБЕНКА НАБЛЮДАЕТСЯ МЛАДЕНЧЕСКАЯ

 А) ретрогения

Б) прогения

В) протрузия

Г) ретрузия

10. ПРИ РОТОВОМ ДЫХАНИИ ФОРМИРУЕТСЯ

А) «готическое» небо

Б) симптом «наперстка»

 В) сагиттальная щель

Г) диастема

11. СОСАНИЕ СОСКИ ПОСЛЕ 1 ГОДА ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОККЛЮЗИИ

А) дистальной

 Б) глубокой

В) перекрестной

 Г) мезиальной

12. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 12 И 22 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

 А) 7–8 лет

Б) 5 лет

 В) 3 года

 Г) 11 лет

 13. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 14 И 24 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

А) 8–9 лет

Б) 5 лет

В) 3 года

 Г) 11 лет

14. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 13 И 23 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

А) 11–12 лет

Б) 5 лет

 В) 8 лет

Г) 3 года

15. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 16 И 26 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

А) 5–6 лет

Б) 11 лет

 В) 8 лет

Г) 3 года

16. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 32 И 42 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

А) 6–7 лет

Б) 4 года

 В) 8 лет

Г) 11 лет

17. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 33 И 43 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

А) 10–11 лет

 Б) 3 года

 В) 5 лет

Г) 12 лет

 18. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 15 И 25 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

 А) 11–12 лет

Б) 5–6 лет

 В) 3 года

Г) 8 лет

19.К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ В НОРМЕ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

А) меньше верхней

 Б) равна верхней

В) больше верхней на 3 мм

Г) больше верхней на 5 мм

20. ЗУБНЫЕ РЯДЫ В ОККЛЮЗИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ИМЕЮТ ФОРМУ

А) полукруга

Б) полуэллипса

В) параболы

Г) трапеции

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

**по дисциплине «Ортодонтия»**

**Компетенция ПК-6**

**Уровень 1**

**Комплект ответов на тестовые задания**

 **Тема 1.1. Этиология, патогенез и профилактика ЗЧА.**

**Ответы на тестовые задания**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | 3 | 2 | 3 | 3 |  3 | 3 | 2 | 1 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19  | 20 |
| 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 |

**Тема 1.2. Организация ортодонтической помощи и диспансеризация.**

**Ответы на тестовые задания**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра cтоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 1**

по Ортодонтии

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут*

1. Этиология и патогенез глубокого прикуса.
2. Ситуационная задача 1.1.1.

При осмотре ребёнка 5 лет выявлены нарушения функции носового дыхания, «инфантильный» тип глотания.

1. Врачебная тактика по отношению к данному пациенту.

2. Значение функций дыхания и глотания в развитии зубочелюстных деформаций.

3. К каким изменениям зубочелюстной системы приведёт нарушение данных функций.

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет №1.**

1. **Этиология и патогенез глубокого прикуса**

Среди причин, вызывающих аномалию, называют наследственность, нарушение последовательности проре¬зывания зубов (все нижние зубы прорезываются раньше чем, верх¬ние), неправильное положение зачатков передних зубов, раннее уда¬ление зубов. Большое значение в патогенезе глубокого прикуса при¬дают нарушению функции жевательных мышц. Многие исследова¬тели отмечают, что преобладание височной мышцы над мышцами, выдвигающими нижнюю челюсть, а также повышение тонуса вертикально расположенных жевательных мышц во время активного рос¬та челюстей задерживает их развитие в боковых участках и ведет к образованию глубокого прикуса.

К причинам образования глубокого прикуса относят также инф-раокклюзию верхних передних и нижних боковых зубов, а также супраокклюзию нижних передних и верхних боковых зубов, высокие зубные бугорки, неправильную форму кривой Шпее, наклон верхних зубов к нижним, отвесное положение резцов к основанию верхней челюсти.

Формирование глубокого прикуса связывают с небольшой высо¬той лица, горизонтальным расположением нижнечелюстной, окклю¬зионной и небной плоскостей, небольшим нижнечелюстным углом.

1. **Ситуационная задача 1.1.1.**

Врачебная тактика по отношению к данному пациенту.

Консультация Лор-врача (для выяснения причин носового дыхания и коррекции)

Консультация врача логопеда (назначение артикуляционной гимнастики и тренировочных упражнений.)

Значение функций дыхания и глотания в развитии зубочелюстных деформаций.

Приоткрытый рот и иссушенная красная кайма губ свидетельствуют о ротовом дыхании. Следует выяснить из анамнеза, какой характер — острый или хронический — имеет данное нарушение функции. О продолжительности нарушения функции дыхания можно более или менее объективно судить по состоянию прикуса пациента (см. выше) и некоторым лицевым признакам. При длительном, многолетнем ротовом дыхании, сформированном с раннего детства, ноздри остаются «неразработанными», плоскими, с щелевидными входами, а переносица расширяется (это объясняют компенсаторным увеличением размеров недостаточно вентилируемой при ротовом дыхании лобной пазухи). Чтобы определить стратегию лечения, выясняют, существуют ли объективные возможности для дыхания через нос. Пациента просят плотно закрыть рот на 10—15 с (или набрать в рот воды) и попробовать при этом дышать; для контроля движения воздуха к ноздрям пациента подносят рыхлый ватный фитиль или сухое стоматологическое зеркало. Если дыхание через нос возможно, то единственной причиной привычного ротового дыхания считают снижение тонуса мышц, закрывающих рот, что следует лечить при помощи специальной миогимнастики и контролирующих мер.

Давление, оказываемое мышцами языка на опорные зоны во время глотания, достигает 300—800 г/см2, поэтому патология глотания рассматривается в ортодонтии как очень важный управляемый фактор риска. Глотание является врожденной функцией, но, как было отмечено ранее, с возрастом норма глотания должна изменяться в соответствии с изменяющимися условиями в полости рта и таким образом благоприятствовать правильному формированию прикуса. Ребенок рождается с уже сформированным инфантильным типом глотания, приспособленным к беззубым челюстям и к основному способу добычи пищи ребенком до шестимесячного возраста — к сосанию. При нормальном развитии после прорезывания зубов язык подвергается функциональным и позиционным перестройкам: он постепенно перемещается кзади, приучается контактировать во время глотания с фронтальными зубами (смешанный тип нормального глотания), а позже — с небно-альвеолярной зоной (соматический тип). Переходный период «созревания» смешанного глотания до уровня соматического в норме заканчивается к 4—5 годам жизни ребенка.

К каким изменениям зубочелюстной системы приведёт нарушение данных функций.

При ротовом дыхании как верхняя, так и нижняя челюсть относительно ретрогнативны, свод неба слишком высок (так называемая «готическая» форма), что нарушает фонацию речи. Кроме того, у детей с привычным ротовым дыханием изменяется овал лица – он удлиняется, верхняя челюсть сужается, что при смене зубов провоцирует их скученность).

Язык играет исключительно важную роль в формировании челюстно-лицевой системы. У новорождённых инфантильный тип глотания, способствующий выдавливанию молока из соска матери, стимулирует горизонтальный вектор роста верхней челюсти. При таком типе рефлекторного глотания язык ребенка постоянно находится в идеальном контакте с куполом нёба. Высокая позиция языка способствует созданию латеральных векторов распределения давления, уравновешивающих внешний вектор воздействия щёчных мышц. Именно благодаря этому равновесию обеспечивается и поддерживается нормальное развитие верхней челюсти.

Правильное нёбное положение языка в покое и при глотании способствует формированию U-образного зубного ряда, задаваемого самой позицией языка, что соответствует нормальному развитию зубочелюстной системы. Очевидно, что при ротовом дыхании правильное положение языка невозможно - он располагается на дне полости рта, в области нижней челюсти. При этом свод верхней челюсти языком не поддерживается и соответственно, не обеспечивается возможность правильного развития её апикального базиса. В то же время щёчные мышцы продолжают свое давление снаружи, что является причиной сужения верхней челюсти и её недоразвития.

В норме форма зубного ряда приближена к правильной полуокружности, где наиболее широкая часть ее соответствует мезиобукальными буграм верхних вторых моляров. Эта правильная форма задается верхней позицией языка в покое и при глотании. При дизокклюзиях в большинстве случаях верхние моляры развернуты мезиально, так что наиболее широкая часть зубной дуги перемещается в область дистальных бугров верхних моляров.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра cтоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 2**

по Ортодонтии

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут*

1. Особенности естественного вскармливания ребенка первого года жизни.

2. Ситуационная задача 1.1.3.

На прием пришел мальчик 5 лет. При клиническом осмотре полости рта наблюдается отсутствие смыкания зубов верхней и нижней челюстей. Наличие вертикальной щели является одним из главных клинических признаков вертикальной дизокклюзии, а по ее величине и протяженности определяют степень тяжести данной аномалии. Лицевые признаки: нижняя часть лица удлинена, носогубные складки сглажены, верхняя губа укорочена, смыкание зубов затруднено, при смыкании губ выражен симптом «наперстка». Угол нижней челюсти развернут.

Внутриротовые признаки: не смыкаются передние зубы. Величина вертикальной щели 3 мм.

1.Патогонез открытого прикуса?

2.Диагностика открытого прикуса?

3.Миогимнастические упражнения для открытого прикуса?

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет №2.**

1. **Особенности естественного вскармливания ребенка первого года жизни.**

естественное вскармливание — акт сосания груди является мощным стимулятором для роста костной ткани. При сосании нижняя челюсть изменяет положение в передне-заднемнаправлении за счет сокращения мышц. Мышцы сухожилиями вплетаясь в надкостницу передают давление костным балкам и кровеносным сосудам, питающим их. В результате зоны роста получают импульс с достаточным питанием кровеносных сосудов — так происходит физиологический процесс роста. В период вскармливания язык ребенка, придавливая сосок груди матери к небу, оказывает давление и обеспечивает рост и увеличение в объеме верхней челюсти;

- правильное искусственное вскармливание — соска на бутылочке должна имитировать по форме сосок груди матери, быть соответственно эластичной, упругой, иметь три маленьких отверстия, которые следует делать раскаленной иглой. Оптимальное время для высасывания порции еды из бутылочки емкостью 200,0 мл не менее 15 минут. Меньшая продолжительность «гимнастики» во время сосания приводит к недоразвитию нижней челюсти. При кормлении нужно держать ребенка под углом, как при грудном вскармливании. Бутылочку располагают также под углом, чтобы она не давила на нижнюю челюсть малыша;

- профилактика рахита должна проводиться ввачами-педиатрами зависимости от стадии заболевания (назначение профилактической или лечебной дозы витамина«Д»);

- предупреждение гнойничковых заболеваний кожных покровов должна строиться на правилах гигиены челюстно-лицевой области;

- своевременное удлинение укороченной уздечки языка;

- регламентированное пользование соской-«пустышкой»— не более 15−20 минут после еды, если полученная порция пищи не вызвала удовлетворения сосательного рефлекса и ребенок ведет себя неспокойно. Соску-«пустышку» дают также на период засыпания ребенка. Во время сна, бодрствования — пользование соской-«пустышкой» не рекомендуется.

Механизм деформации обусловливается следующими причинами. Ротовое дыхание вынуждает больного держать постоянно рот открытым, благодаря этому происходит большее, чем обычно, напряжение щечной мускулатуры, сдавливающей боковые участки зубных дуг. Кроме того, при носовом дыхании рот закрыт и язык прилегает к твердому небу, давит на боковые участки зубных рядов изнутри, противодействуя этим самым давлению щечной мускулатуры извне и способствуя раздвиганию боковых участков твердого неба. При ротовом дыхании ротовая полость всегда открыта, язык касается не верхней челюсти, а нижней, противодействие языка сдавлению верхней челюсти щечной мускулатурой отсутствует, в результате чего получается сплющивание верхней зубочелюстной дуги. С другой стороны, патологически измененная носовая полость, лишенная способности выполнять свою нормальную функцию, отстает в своем развитии и тем самым задерживает дальнейший рост всех лицевых костей, с ней связанных, в том числе и верхней челюсти. Таким образом, патология носоглотки является весьма важным этиологическим фактором в аномалии развития верхней челюсти. И. Л. Злотник, М. М. Хотимская и Я. Л. Лещинский, обследовавшие 1000 школьников в возрасте 7—12 лет, обнаружили, что среди детей, нуждающихся в ортодонтическом лечении, больше половины страдает патологией верхних дыхательных путей. М. М. Ванкевич на основании экспериментальных данных объясняет возникновение аномалий прикуса при патологии носоглотки не разницей атмосферного давления в ротовой и носовой полости, а стеснением дыхательного пути в области носоглотки. При гипертрофии язычной миндалины закрывается путь для прохождения струи воздуха из носовой полости, и ребенок днем принимает меры к высовыванию языка, а ночью во время сна нижняя челюсть принимает у него вентральное положение. Этим достигается отделение языка от надгортанника и создание пространства для прохождения воздушной, струи. При гипертрофии глоточной миндалины в области свода носоглотки ребенок запрокидывает голову и тем самым перемещает нижнюю челюсть кзади, отделяя корень языка от небной занавески; что создает пространство, нужное для носового дыхания. Ночью же он поэтому спит на спине. Наконец, есть еще случай, когда препятствие на пути прохождения воздушной струи лежит непосредственно в носовой полости или у входа в нее и со стороны хоан. Изменением положения языка нельзя добиться правильного носового дыхания и ребенок вынужден перейти к ротовому дыханию, причем в этих случаях получается типичный аденоидный вид ребенка.

1. **Ситуационная задача 1.1.3**

1.Патогонез открытого прикуса?

Патогенез Детские вредные привычки, являясь следствием неугасающего сосательного рефлекса, могут появиться в различные возрастные периоды развития зубочелюстной системы ребенка. При раннем их возникновении (у дошкольников или в начале периода смены зубов) вероятность возникновения вертикальной дизокклюзии возрастает. Большое значение в возникновении вертикальной дизокклюзии имеют патологические процессы в носоглотке, в частности аденоиды, обуславливающие нарушения носового дыхания. К ротовому дыханию также могут привести полипы в носовой полости, искривление носовой перегородки, гипертрофия небных и глоточных миндалин. Это ведет к изменению положения языка во рту, т.е. из положения в области купола твердого неба язык опускается на дно полости рта, в результате чего нарушается миодинамическое равновесие мышц. Под действием щечных мышц верхняя челюсть сужается в боковых отделах, что ведет к протрузии зубов в переднем отделе, которые аномалийно располагаются как в сагиттальном, так и в вертикальном направлении. У детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, а также рахитом, диспепсиями, экссудативным диатезом, вероятность возникновения вертикальной дизокклюзии намного больше, чем у детей относительно здоровых. Формирование вертикальной резцовой дизокклюзии возможно за счет изменения осей наклона резцов, зубоальвеолярного укорочения в области передних зубов, зубоальвеолярного удлинения в боковых участках верхнего или нижнего зубных рядов, что ведет к уменьшению величины резцового перекрытия. Мощным фактором формирования вертикальной резцовой дизокклюзии является язык, который, располагаясь между режущими краями зубов, способствует недоразвитию фронтальных участков верхнего и нижнего зубных рядов.

2. Диагностика открытого прикуса?

В зависимости от нарушения роста челюстных костей во фронтальном или боковых участках выделяются 3 клинико-морфологические разновидности вертикальной резцовой дизокклюзии: - в результате задержки роста альвеолярного отростка верхней челюсти в области фронтальных зубов при нормально развитых альвеолярных отростках в области боковых зубов; - в результате чрезмерного роста альвеолярного отростка верхней челюсти в области боковых зубов при нормальном его развитии его в области фронтальных зубов; - в результате задержки роста альвеолярного отростка верхней челюсти в области фронтальных зубов и чрезмерном росте его в области боковых зубов. Можно выделить еще одну разновидность вертикальной резцовой дизокклюзии, которая обусловлена зубоальвеолярным укорочением переднего отдела нижней челюсти. При всех клинико-морфологических разновидностях определяется наличие вертикальной щели. Вертикальная щель между зубами наблюдается как при нормальном смыкании первых постоянных моляров, так и при дистальном и мезиальном их соотношении – дистальной и мезиальной окклюзии. Кроме вертикальной щели между резцами может наблюдаться сагиттальная щель, что характерно для сагиттальных аномалий прикуса. Вертикальная дизокклюзия и сагиттальные аномалии прикуса обычно сочетаются с неправильным положением отдельных зубов, нарушением длины и ширины зубных рядов, трансверзальными аномалиями прикуса. Диагноз ставят на основании клинического обследования, фотометрического исследования лица, изучения диагностических моделей челюстей, ортопантомограмм челюстей, боковых ТРГ головы. На основании результатов телерентгенографического исследования головы определяют зубоальвеолярную или гнатическую форму. Зубоальвеолярная форма характеризуется укорочением корней зубов и альвеолярных частей. При гнатической форме обнаруживается резкое искривление тела нижней челюсти (выпуклое в боковых участках и вогнутое в переднем) с развернутым углом нижней челюсти (135-150\*).

3.Миогимнастические упражднения для открытого прикуса?

Упражнения выполняются в медленном темпе, на счет 1-2-3-4 от 5 до 10 повторений

Давление. Губы сомкнуты, зубы сжаты. Усилить давление на зубы сокращением жеватель-ных мышц.

. Сопротивление. Открыть рот, расположить указательные и средние пальцы на зубах и боковых участках нижней челюсти. Закрывать рот, оказывая сопротивление давлением рук.

Деревянная палочка. На деревянную палочку надеть резиновую трубку, проложить ее

между боковыми зубами и удерживать в таком положении. Сжимать и разжимать зубы, постепенно перемещая палочку по зубному ряду.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра cтоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 3**

по Ортодонтии

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут*

1.Какие мероприятия необходимо проводить для предупреждения нарушений в зубочелюстно-лицевой области у детей?

2. Ситуационная задача 1.1.5.

На приеме мальчик 7 лет. При осмотре в профиль заметно резкое выступание подбородка и нижней губы вперед, увеличение угла челюсти до 130-140\* и более. Верхняя губа и средняя часть лица западает.

Внутриротовые признаки: Зубной ряд нижней челюсти располагается впереди от верхнего, зубная дуга ее шире верхней, чем и объясняется характер смыкания передних и боковых зубов. Для передних зубов характерно обратное перекрытие от небольшого с наличием контактов до глубокого с сагиттальной щелью в области боковых зубов бугорковый контакт по III классу Энгля:. В поперечном направлении щечные бугры премоляров и моляров нижней челюсти перекрывают одноименные бугры зубов верхней челюсти.

1.Написать возможные причины патологии (этиология мезиалной окклюзии) ?

2.Функциональные нарушения при мезиальной окклюзии?

3.Клинические признаки при мезиальном прикусе

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет № 3.**

**1.Какие мероприятия необходимо проводить для предупреждения нарушений в зубочелюстно-лицевой области у детей?**

Для предупреждения нарушений в зубочелюстно-лицевой области важно проводить следующие мероприятия:

1)осуществлять медико-генетическое консультирование новобрачных;

2)организовывать рациональный режим труда, отдыха, питания беременной женщины, охранять ее здоровье;

3)организовывать гигиенический уход за ребенком, проводить гигиеническое воспитание, обучать регулярной чистке зубов и контролировать ее качество. Обеспечить плановую лечебно-профилактическую стоматологическую санацию детского населения для сохранения зубов, предупреждения их кариозного разрушения, одонтогенных патологических процессов, болезней слизистой оболочки полости рта, пародонта.

4)выявлять семейное предрасположение к развитию зубочелюстных аномалий (частичная или полная адентия, сверхкомплектные зубы, индивидуальная микро- или макродентия, нарушения эмали зубов, микро- или макрогнатия, про- или ретрогнатия, врожденное несращение в челюстно-лицевой области, аномалия величины и прикрепления уздечек языка, губ, макроглоссия);

5)предупреждать развитие зубочелюстных аномалий (борьба с вредными привычками у детей, нормализация закрывания рта, дыхания, глотания, речи, нормализация функции мышц околоротовой области, пластика укороченной уздечки языка, аномальной уздечки губ, сошлифовывание бугров молочных зубов, восстановление коронок разрушенных молочных зубов и замещение дефектов зубных дуг путем протезирования, своевременное удаление сверх-комплектныхзубов, устранение привычного смещения нижней челюсти);

6)устранять имеющиеся зубочелюстные аномалии путем применения ортодонтических аппаратов и комплексных методов лечения (стоматологических — ортодонтического, терапевтического, хирургического, а также оториноларингологического, эндокринологического, психоневрологического, ортопедического, логопедического и др.);

7)предупреждать рецидивы зубочелюстных аномалий;

**2. Ситуационная задача 1.1.5**

1.Написать возможные причины патологии(этиология мезиалной окклюзии) ?

-наследственность;

-болезни матери в период беременности;

-родовые травмы;

-недоразвитие межчелюстной кости;

-вредные привычки;

-макроглоссия;

-нестершиеся бугры молочных клыков;

-расщелины твердого и мягкого неба;

-нарушение функции эндокринных желез;

-сон с опущенной на грудь головой;

--адентия верхних зубов;

-гипердентия нижних зубов .

2 Функциональные нарушения при мезиальной окклюзии?

Нарушается акт откусывания, функция жевания в связи с преобладанием шарнирных движений нижней челюсти. Это одновременно является и причиной нарушений функции височно-нижнечелюстного сустава (щелканье, хруст, шум в ушах и др.). Нарушение речи обусловлено потерей обычных артикуляционных контактов на передних зубах, необходимых языку для моделирования определенных звуков. При мезиоокклюзии возможны очаговые изменения пародонта резцов и клыков, вследствие отсутствия функции при наличии сагиттальной щели или перегрузки в связи с обратным перекрытием. Также нарушается функция глотания и дыхания.

3 . Клинические признаки при мезиальном прикусе

Различают две формы мезиальной окклюзии: истинная и ложная.

Истинная мезиальная окклюзия возникает в результате чрезмерного развития нижней челюсти при нормально развитой верхней челюсти.

Ложная мезиальная окклюзия подразделяется на две разновидности (по Л.В.Ильиной-Маркосян):

а) передняя, обусловленная недоразвитием верхней челюсти, особенно ее фронтального отдела;

б) принужденная, когда ребенок может отодвинуть нижнюю челюсть назад и установить передние зубы в прямом прикусе.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра cтоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 4**

по Ортодонтии

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут*

1. Значение круговой мышцы рта в возникновении зубочелюстных аномалий?
2. Ситуационная задача 1.1.2.

Ребёнку 4 года. Жалобы на невозможность откусывания и затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. При внешнем осмотре отмечается увеличение нижней трети лица. Носогубные и подбородочная складки сглажены. Рот полуоткрыт. При смыкании губ определяется напряжение мышц приротовой области. Из анамнеза выявлено, что ребёнок до 2-х лет сосал соску, а в настоящее время имеет привычку сосать палец. Со стороны полости рта: слизистая без видимых изменений. На верхней челюсти отмечается протрузия зубов во фронтальном участке, сужение в боковых отделах, нёбо глубокое. Нижняя челюсть и строение зубных рядов в пределах нормы. При смыкании зубных рядов имеется разобщение окклюзии в области фронтальных зубов.

 1.Поставьте диагноз.

2.Обоснуйте последовательность лечебно-профилактических мероприятий.

3.Какова вероятность саморегуляции данной патологии.

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет №4.**

1. **Значение круговой мышцы рта в возникновении зубочелюстных аномалий?**

Функциональная недостаточность круговой мышцы рта может быть причиной увеличения длины верхнего зубного ряда и степени выраженности дистальной окклюзии. Это объясняется тем, что при функциональной недостаточности круговой мышцы рта ослабляется ее давление на верхние резцы, тогда как давление языка на них начинает превалировать и резцы смещаются в губном направлении, увеличивая тем самым длину зубного ряда и величину сагиттальной щели. При дистальной окклюзии изменяется положение нижней губы: соприкасаясь с нёбной поверхностью верхних резцов, она способствует смещению их вестибулярно.

Установлено, что функциональное состояние круговой мышцы связано с длиной верхнего зубного ряда, длиной апикального базиса верхней челюсти и величиной сагиттальной щели. При аномалиях окклюзии зубных рядов биоэлектрическая активность круговой мышцы рта в несколько раз повышается по сравнению с нормой, а выносливость мышцы существенно снижается. При относительном физиологическом покое нижней челюсти тонус круговой мышцы рта больше, чем мышц языка.

1. **Ситуационная задача 1.1.2.**

1.Поставьте диагноз.

Вертикальная резцовая дизокклюзия. Сагитальная резцовая дизокклюзия.

 2. Обоснуйте последовательность лечебно-профилактических мероприятий.

Коррекция вредных привычек (сосание пальца)

Миогимнастика для круговой мышцы рта

Консультация лор-врача и врача логопеда

Вестибулярная пластинка с изоляцией для языка и вестибулярной дугой для коррекции протрузии верхних зубов

3. Какова вероятность саморегуляции данной патологии.

Вероятность саморегуляции низкая, т.к. вы видим компенсаторные изменения на верхней челюсти в виде сужения боковых отделов и углублении нёба, слабый тонус мышц и приоткрытый рот также могут свидетельствовать о нарушении дыхания и неправильном положении языка

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра cтоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 5**

по Ортодонтии

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут*

1. Какие мероприятия необходимо проводить для предупреждения нарушений в зубочелюстно-лицевой области у детей?
2. Ситуационная задача 1.2.4.

Пациент В, 3 года, направлен к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра. Жалоб нет. Объективно: наличие вредной привычки: закусывание и облизывание нижней губы, смешанный тип дыхания. В полости рта: период прикуса временный, перекрытие во фронтальном отделе более 2/3 высоты коронки. К какой диспансерной группе относится пациент? Какие мероприятия необходимо провести? Сколько раз в год проводится осмотр после нормализации патологии прикуса?

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет 5**

1. **Какие мероприятия необходимо проводить для предупреждения нарушений в зубочелюстно-лицевой области у детей?**

Для предупреждения нарушений в зубочелюстно-лицевой области важно проводить следующие мероприятия:

1)осуществлять медико-генетическое консультирование новобрачных;

2)организовывать рациональный режим труда, отдыха, питания беременной женщины, охранять ее здоровье;

3)организовывать гигиенический уход за ребенком, проводить гигиеническое воспитание, обучать регулярной чистке зубов и контролировать ее качество. Обеспечить плановую лечебно-профилактическую стоматологическую санацию детского населения для сохранения зубов, предупреждения их кариозного разрушения, одонтогенных патологических процессов, болезней слизистой оболочки полости рта, пародонта.

4)выявлять семейное предрасположение к развитию зубочелюстных аномалий (частичная или полная адентия, сверхкомплектные зубы, индивидуальная микро- или макродентия, нарушения эмали зубов, микро- или макрогнатия, про- или ретрогнатия, врожденное несращение в челюстно-лицевой области, аномалия величины и прикрепления уздечек языка, губ, макроглоссия);

5)предупреждать развитие зубочелюстных аномалий (борьба с вредными привычками у детей, нормализация закрывания рта, дыхания, глотания, речи, нормализация функции мышц околоротовой области, пластика укороченной уздечки языка, аномальной уздечки губ, сошлифовывание бугров молочных зубов, восстановление коронок разрушенных молочных зубов и замещение дефектов зубных дуг путем протезирования, своевременное удаление сверх-комплектныхзубов, устранение привычного смещения нижней челюсти);

6)устранять имеющиеся зубочелюстные аномалии путем применения ортодонтических аппаратов и комплексных методов лечения (стоматологических — ортодонтического, терапевтического, хирургического, а также оториноларингологического, эндокринологического, психоневрологического, ортопедического, логопедического и др.);

7)предупреждать рецидивы зубочелюстных аномалий;

1. **Ситуационная задача 1.2.4.**

1.пациент относится к 3 диспансерной группе.

2. Для оказания помощи проводят мероприятия, направленные на устранение причин развития нарушений, в том числе путем применения ортодонтических аппаратов. С этой целью назначают вестибулярную пластинку Muppycкозырьком, лечебную гимнастику для устранения вредной привычки и нормализации функции мышц ЧЛО.

3.После нормализации патологии прикуса наблюдение осуществляют один раз в год.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра cтоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 6**

по Ортодонтии

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут*

1. Что является хорошей профилактической мерой в случае ранней потери зубов?
2. Ситуационная задача 1.2.2.

В клинику обратилась мама с ребенком 4 года. Жалобы на то, что ребенок во время сна сосет кончик языка. Объективно: имеется вертикальная щель 2 мм. Сагиттальная щель 3 мм. Контакты на первых постоянных молярах по 2 классу Энгля.

Вопросы:

1. Какая конструкция подойдет для устранения вредной привычки?
2. В этой ситуации аппарат по назначению является?
3. К какой диспансерной группе можно отнести данного пациента?

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет №6**

1. **Что является хорошей профилактической мерой в случае ранней потери зубов? .**

 В случае ранней потери зубов хорошей профилактической мерой является зубочелюстное протезирование (съемные ортодонтические пластинки с пластмассовым замещением отсутствующих зубов);

1. **Ситуационная задача 1.2.2.**

1.Аппарат Кербица.

2.Лечебно-профилактический.

3. Ко 2 диспансерной группе.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра cтоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 7**

по Ортодонтии

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут*

1. Этиология зубочелюстных аномалий, экзогенные постнатальные факторы вредные привычки?
2. Ситуационная задача №1.1.4

 На прием пришла девочка с мамой. Девочке 9 лет. Жалобы на щели между передними зубами.

Внутриротовые признаки: Короткая уздечка верхней губы, протрузия верхних централных резцов. У матери отчетливо прослеживается диастема на верхней челюсти.

 1.Виды диастем?

2.Причины возникновения диастемы?

3.Классификация вредных привычек по Окушко?

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет №7**

1. **Этиология зубочелюстных аномалий, экзогенные постнатальные факторы вредные привычки?**

Частота вредных привычек с возрастом уменьшается: от 24% в 1-3 года до 7,6% у 6-7-летних детей, тогда как частота зубочелюстных аномалий увеличивается. Уменьшение частоты вредных привычек с возрастом связано, по мнению многих авторов, с угасанием сосательного рефлекса. По мнению ряда авторов, вредные привычки сосания возникают вследствие длительного (больше года) пользования пустышкой. Каждая привычка сосания приводит к определенной аномалии.

Появление вредных привычек связано не только с нарушением процесса вскармливания. Они могут появиться в тяжелых семейных ситуациях - при разводах, алкоголизме, смерти родителей, на фоне астенического или невротического характера ребенка, при поступлении в сад, школу. Вредные привычки чаще встречаются у детей с детским церебральным параличом и другими заболеваниями центральной нервной системы, при задержке умственного развития.

Существует ряд других вредных привычек, также приводящих к неправильному росту челюстей.

Привычка спать с запрокинутой головой сопровождается длительным смещением челюсти назад, что способствует формированию дистальной окклюзии. Привычка спать с низко опущенной на грудь головой сопровождается смещением нижней челюсти и формированием мезиальной окклюзии.

Привычка спать в одной позе - на спине, животе, на боку, а также подложенной под щеку рукой - способствует несимметричному развитию челюстей, сужению или смещению нижней челюсти.

Положение головы ребенка впереди вертикальной оси туловища приводит к аномалиям прикуса, в то время как при правильной осанке голова и туловище находятся на одной вертикали.

Неправильное положение туловища в положении сидя, поддерживание головы ладонями или упор подбородком на твердый предмет приводят к зубочелюстным аномалиям (Ф.Я. Хорошилкина).

Зубочелюстные аномалии возникают вследствие кариеса, его осложнений и связанного с ним раннего удаления молочных зубов. Чаще всего удаляют молочные моляры, что приводит к смещению соседних зубов и мезиальному прорезыванию первых постоянных моляров. В последующем места для прорезывания моляров будет недостаточно.

1. **Ситуационная задача №1.1.4**

1.Виды диастем?

При всех четырех видах диастемы расположение коронок резцов может быть следующим: 1) симметричная диастема 2) Латеральное смещение коронок резцов 3) Латеральное смещение корней резцов 4) асимметричная диастема.

2 Причины возникновения диастемы?

Причинами диастемы нередко бывают сверхкомплектные зубы, прорезывание которых предшествовало прорезыванию центральных резцов, вредная привычка прикусывания ногтя, карандаша или других предметов нередко является причиной не только диастемы, но и поворотов верхних центральных резцов по оси. Неправильное положение нижнего центрального резца в зубном ряду может быть причиной появления диастемы между верхними резцами, частичная адентия (отсутствие зачатков одного или двух верхних боковых резцов), значительное уплотнение костной ткани в области срединной межальвеолярной перегородки, низкое прикрепление уздечки верхней губы, потеря бокового резца, клыка или аномалии их положения, при одонтоме, множественной адентии. Иногда диастема возникает под влиянием не одной, а нескольких причин. Первый и второй виды диастемы встречаются чаще, чем третий.

При всех трех видах диастемы расположение коронок резцов может быть следующим: 1) без поворота по оси; 2) с поворотом по оси медиальной поверхностью в вестибулярном направлении; 3) с поворотом по оси медиальной поверхностью в оральном направлении.

3. Классификация вредных привычек по Окушко?

1. Привычки сосания (зафиксированные двигательные реакции )

а) привычка сосания пальцев

б) привычка сосания и прикусывания губ, щек, предметов

в) привычка сосания и прикусывания языка.

2. Аномалии функции (зафиксированные неправильно протекающие функции )

а) нарушение функции жевания

б) неправильное глотание и привычка давления языком на зубы.

в) неправильная речевая артикуляция

3. Зафиксированные позо - тонические рефлексы, определяющие неправильное положение частей тела в покое

а) неправильная поза тела и нарушение осанки

б) неправильное положение нижней челюсти и языка в покое.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра cтоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 8**

по Ортодонтии

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут*

1. Цикл соматического глотания.
2. Ситуационная задача №1.2.1:

 В клинику обратилась мама с 4 летним ребенком. Жалобы на стираемость коронок временных зубов. Объективно: внешний осмотр без видимых изменений. Зубная формула соответствует возрасту. Коронки временных зубов стерты до десневого края. Поверхность дентина блестящая, плоская, гладкая и бледно-коричневого цвета.

Вопросы:

1.Поставьте диагноз по классификации Калвелиса?

2. Тактика лечения данной патологии?

3.К какой диспансерной группе можно отнести данного пациента?

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет №8**

1. **Цикл соматического глотания.**

Состоит из четырех фаз:

I фаза. Передняя треть верхней поверхности языка остается плоской или вогнутой. Пищевой комок собирается на плоскости передней трети языка или в подъязычной зоне, впереди от смещенного кзади языка. Задняя часть спинки языка изогнута, плотно контактирует с мягким небом (пища не проглатывается!). В этой фазе губы и зубы чаще не сомкнуты.

II фаза. Спинка языка сворачивается желобком или прогибается в средней трети. Кончик языка движется вверх. Мягкое небо поднимается и смещается кзади, при этом образуются две щели: небно-язычная и небно-глоточная. Пищевой комок продвигается кзади. Наблюдается легкое смыкание губ и передних зубов.

III фаза. Передняя часть языка прижимается к твердому небу. Задняя треть спинки языка снижается, открывая пищевому комку вход в глотку. Начинает сокращаться верхний глоточный констриктор, мягкое небо изгибается — формируется небно-глоточное смыкание, т.е. разобщение носоглотки и ротоглотки. Зубы и губы сомкнуты.

IV фаза. Спинка языка выгибается вверх и передвигается кзади. Ткани глотки и мягкого неба смещаются вниз и кзади. В результате пищевой комок продавливается за пределы ротоглотки подобно тому, как зубная паста выдавливается из тубы. Однако, своевременное созревание функции глотания происходит далеко не во всех случаях: инфантильное глотание сохраняется у 90% трехлетних детей и у 3% двенадцатилетних.

1. **Ситуационная задача №1.2.1:**

1.Аномалии структуры твердых тканей зубов.

2. Диспансерное наблюдение.

3. Ко 2 диспансерной группе

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра cтоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 9**

по Ортодонтии

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут*

1. Особенности естественного вскармливания ребенка первого года жизни.
2. Ситуационная задача №1.2.3:

Пациент А, 8 лет, направлен к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра. Объективно: рот приоткрыт, инфантильный тип глотания, симптом наперстка. При осмотре полости рта: период прикуса сменный, при глотании слюны и речи наблюдается прокладывание языка между зубными рядами, протрузия резцов верхней челюсти, вертикальная щель – 5,0 мм. Наличие вредной привычки: прокладывание языка между зубами, облизывание нижней губы. К какой диспансерной группе относится пациент? Какие мероприятия необходимо провести? К какому специалисту дополнительно следует направить на консультацию?

**Эталон ответов.**

**Экзаменационный билет №9**

**1. Особенности естественного вскармливания ребенка первого года жизни.**

естественное вскармливание — акт сосания груди является мощным стимулятором для роста костной ткани. При сосании нижняя челюсть изменяет положение в передне-заднемнаправлении за счет сокращения мышц. Мышцы сухожилиями вплетаясь в надкостницу передают давление костным балкам и кровеносным сосудам, питающим их. В результате зоны роста получают импульс с достаточным питанием кровеносных сосудов — так происходит физиологический процесс роста. В период вскармливания язык ребенка, придавливая сосок груди матери к небу, оказывает давление и обеспечивает рост и увеличение в объеме верхней челюсти;

- правильное искусственное вскармливание — соска на бутылочке должна имитировать по форме сосок груди матери, быть соответственно эластичной, упругой, иметь три маленьких отверстия, которые следует делать раскаленной иглой. Оптимальное время для высасывания порции еды из бутылочки емкостью 200,0 мл не менее 15 минут. Меньшая продолжительность «гимнастики» во время сосания приводит к недоразвитию нижней челюсти. При кормлении нужно держать ребенка под углом, как при грудном вскармливании. Бутылочку располагают также под углом, чтобы она не давила на нижнюю челюсть малыша;

- профилактика рахита должна проводиться ввачами-педиатрами зависимости от стадии заболевания (назначение профилактической или лечебной дозы витамина«Д»);

- предупреждение гнойничковых заболеваний кожных покровов должна строиться на правилах гигиены челюстно-лицевой области;

- своевременное удлинение укороченной уздечки языка;

- регламентированное пользование соской-«пустышкой»— не более 15−20 минут после еды, если полученная порция пищи не вызвала удовлетворения сосательного рефлекса и ребенок ведет себя неспокойно. Соску-«пустышку» дают также на период засыпания ребенка. Во время сна, бодрствования — пользование соской-«пустышкой» не рекомендуется.

Механизм деформации обусловливается следующими причинами. Ротовое дыхание вынуждает больного держать постоянно рот открытым, благодаря этому происходит большее, чем обычно, напряжение щечной мускулатуры, сдавливающей боковые участки зубных дуг. Кроме того, при носовом дыхании рот закрыт и язык прилегает к твердому небу, давит на боковые участки зубных рядов изнутри, противодействуя этим самым давлению щечной мускулатуры извне и способствуя раздвиганию боковых участков твердого неба. При ротовом дыхании ротовая полость всегда открыта, язык касается не верхней челюсти, а нижней, противодействие языка сдавлению верхней челюсти щечной мускулатурой отсутствует, в результате чего получается сплющивание верхней зубочелюстной дуги. С другой стороны, патологически измененная носовая полость, лишенная способности выполнять свою нормальную функцию, отстает в своем развитии и тем самым задерживает дальнейший рост всех лицевых костей, с ней связанных, в том числе и верхней челюсти. Таким образом, патология носоглотки является весьма важным этиологическим фактором в аномалии развития верхней челюсти. И. Л. Злотник, М. М. Хотимская и Я. Л. Лещинский, обследовавшие 1000 школьников в возрасте 7—12 лет, обнаружили, что среди детей, нуждающихся в ортодонтическом лечении, больше половины страдает патологией верхних дыхательных путей. М. М. Ванкевич на основании экспериментальных данных объясняет возникновение аномалий прикуса при патологии носоглотки не разницей атмосферного давления в ротовой и носовой полости, а стеснением дыхательного пути в области носоглотки. При гипертрофии язычной миндалины закрывается путь для прохождения струи воздуха из носовой полости, и ребенок днем принимает меры к высовыванию языка, а ночью во время сна нижняя челюсть принимает у него вентральное положение. Этим достигается отделение языка от надгортанника и создание пространства для прохождения воздушной, струи. При гипертрофии глоточной миндалины в области свода носоглотки ребенок запрокидывает голову и тем самым перемещает нижнюю челюсть кзади, отделяя корень языка от небной занавески; что создает пространство, нужное для носового дыхания. Ночью же он поэтому спит на спине. Наконец, есть еще случай, когда препятствие на пути прохождения воздушной струи лежит непосредственно в носовой полости или у входа в нее и со стороны хоан. Изменением положения языка нельзя добиться правильного носового дыхания и ребенок вынужден перейти к ротовому дыханию, причем в этих случаях получается типичный аденоидный вид ребенка.

1. **Ситуационная задача №1.2.3:**

1. Пациент относится к 3 диспансерной группе.

2.Для оказания помощи проводят мероприятия, направленные на устранение причин развития нарушений, в том числе путем применения ортодонтических аппаратов. С этой целью применяют пластинку на верхнюю челюсть с изоляцией для языка, вестибулярной дугой, разобщением в боковом отделе (пластмассовое для внедрения боковых групп зубов), при необходимости (при сужении верхней челюсти) в конструкцию аппарата вводят винт, назначают миогимнастику для устранения вредных привычек и нормализации функции мышц ЧЛО.

3.Дополнительно необходима консультация отоларинголога и остеопата.