**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ (ЭКЗАМЕН) 3 СЕМЕСТР**

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

Аномалии окклюзии, лечение в разные возрастные периоды.

Виды перемещения. Ортодонтические силы.

Хирургические методы лечения ЗЧА

**КОМПЛЕКТЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**Тема 3.1 Аномалии окклюзии, лечение в разные возрастные периоды.**

1. АКТИВАТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ 2 ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

А) дистальной окклюзии с ретрузией верхних резцов

Б) дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов

В) мезиальной окклюзии

Г) вертикальной резцовой дизокклюзии

2. АППАРАТ PENDULUM ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

А) дистализации первых верхних постоянных моляров

Б) дистализации первых нижних постоянных моляров

В) форсированного расширения верхнего зубного ряда в постоянном прикусе

Г) медленного расширения верхнего зубного ряда

3. АППАРАТ QUARDHELIX ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

А) расширения верхнего зубного ряда

Б) расширения нижнего зубного ряда

В) удлинения верхнего зубного ряда

Г) удлинения нижнего зубного ряда

4. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО РЕЗЦОВОГО ПЕРЕКРЫТИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) верхнечелюстную пластинку с накусочной площадкой

Б) верхнечелюстную пластинку с окклюзионными накладками

В) аппарат Брюкля

Г) верхнечелюстную пластинку с наклонной плоскостью

5. ПЛАСТИНКА С НАКУСОЧНОЙ ПЛОЩАДКОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

А) глубокой резцовой дизокклюзии

Б) вертикальной резцовой дизокклюзии

В) сагиттальной резцовой дизокклюзии

Г) мезиальной окклюзии

6. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ ДИАСТЕМЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

А) пластика короткой широкой уздечки верхней губы

Б) миогимнастика для нормализации положения языка в покое

В) использование вестибулярной пластинки

Г) использование преортодонтического трейнера

7. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ИСПОЛЬЗУЮТ

А) вестибулярные пластинки

Б) аппарат Брюкля

В) наложение гипсовой лангеты на локтевой сустав ребенка

Г) аппарат с «шипами»

8. АКТИВАТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ 1 ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

А) дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов

Б) дистальной окклюзии с ретрузией верхних резцов

В) мезиальной окклюзии

Г) вертикальной резцовой дизокклюзии

9. АКТИВАТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ 3 ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

А) мезиальной окклюзии

Б) дистальной окклюзии с ретрузией верхних резцов

В) дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов

Г) вертикальной резцовой дизокклюзии

10. АППАРАТ HAAS ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

А) форсированного расширения верхнего зубного ряда в раннем сменном прикусе

Б) форсированного расширения верхнего зубного ряда в постоянном прикусе

В) медленного расширения верхнего зубного ряда

Г) дистализации первых верхних моляров

11. АППАРАТ «ЛЯГУШКА» ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

А) дистализации первых верхних постоянных моляров

Б) дистализации первых нижних постоянных моляров

В) форсированного расширения верхнего зубного ряда в постоянном прикусе

Г) медленного расширения верхнего зубного ряда

12. ЛИЦЕВАЯ ДУГА С ШЕЙНОЙ ИЛИ ГОЛОВНОЙ ТЯГОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

А) дистализации первых верхних постоянных моляров

Б) дистализации первых нижних постоянных моляров

В) форсированного расширения верхнего зубного ряда в постоянном прикусе

Г) медленного расширения верхнего зубного ряда

13. ЛИЦЕВАЯ МАСКА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

А) выдвижения верхней челюсти и верхнего зубного ряда кпереди

Б) выдвижения нижней челюсти и нижнего зубного ряда кпереди

В) задержки роста верхней челюсти

Г) для задержки роста нижней челюсти

14. АППАРАТ ДЕРИХСВАЙЛЕРА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

А) форсированного расширения верхнего зубного ряда

Б) медленного расширения верхнего зубного ряда

В) дистализации верхних первых моляров

Г) деротации верхних первых моляров

15. ПРИ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ФОРМЕ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И РЕТРУЗИИ ВЕРХНИХ РЕЗЦОВ ВО ВРЕМЕННОМ ИЛИ РАННЕМ СМЕННОМ ПРИКУСЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ АППАРАТ

А) Брюкля

Б) Френкеля 1 типа

В) Гербста

Г) Haas

16. ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЯ ЯЗЫКА В ПОКОЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) аппарат с «шипами»

Б) аппарат Брюкля

В) верхнечелюстную пластинку с окклюзионными накладками

Г) регулятор функции Френкеля 1 типа

17. ПРИ РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ(WITTS > 11) У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 18 ЛЕТ НЕОБХОДИМО

А) ортодонтическое лечение в сочетании с ортогнатической хирургией

Б) форсированное расширение верхней челюсти с помощью аппарата Дерихсвайлера

В) форсированное расширение нижней челюсти в сочетании с лицевой маской

Г) лечение с помощью активатора функции Френкеля 3 типа

18. ПРИ КАКОЙ ИЗ АНОМАЛИЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПЛАСТИНКА С НАКУСОЧНОЙ ПЛОЩАДКОЙ

А) глубокой резцовой дизокклюзии

Б) вертикальной резцовой дизокклюзии

В) сагиттальной резцовой дизокклюзии

Г) мезиальной окклюзии

19. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ ДИАСТЕМЫ

А) пластика короткой широкой уздечки верхней губы

Б) миогимнастика для нормализации положения языка в покое

В) использование вестибулярной пластинки

Г) использование преортодонтического трейнера

20. ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ СМЫКАНИЯ ГУБ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДУЮТ

А) миогимнастику для укрепления круговой мышцы рта

Б) ношение элайнеров

В) активатор функции Френкеля IV типа

Г) аппарат Брюкля

**Тема 3.2 Виды перемещения. Ортодонтические силы.**

1.ЭЛАСТИЧНАЯ ТЯГА ПО 11 КЛАССУ РАСПОЛАГАЕТСЯ

А). между 13 и 46 зубом, 23 и 36 зубом

Б). между 43 и 16 зубом, а также между 33 и 26

В). между11,12,21,22 и 31,32,41,42 зубами

Г).между 15,14 и 44,45, а также между 24,25 и 34,35

2.ЭЛАСТИЧНАЯ ТЯГА ПО 111 КЛАССУ РАСПОЛАГАЕТСЯ

А). между 43 и 16 зубом, а также между 33 и 26

Б). между11,12,21,22 и 31,32,41,42 зубами

В). между 13 и 46 зубом, 23 и 36 зубом

Г).между 15,14 и 44,45, а также между 24,25 и 34,35

3.В СЪЕМНОМ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ АППАРАТЕ С РУКООБРАЗНЫМИ ПРУЖИНАМИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СИЛА

А). механическая

Б). комбинированная

В) функциональная

Г) мышечная

4.ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИЛОЙ В ПЛАСТИНКЕ С ПОЛУДУГОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А). упругие свойства проволоки

Б). резиновые тяги

В) винты

Г) кламмера

5.ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИЛОЙ В ПЛАСТИНКЕ С ВИНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) винт

Б) резиновые тяги

В) упругие свойства проволоки

Г) кламмера

6.УПРУГИЕ СВОЙСТВА ПРОВОЛОКИ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВОЙ

А) аппарата с полудугой

Б) аппарата с винтом

В) трейнера

Г) аппарата Маппи

7.ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БРЕКЕТОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ РЕЗИНОВАЯ ТЯГА ПО

А) 2 классу

Б) 3 классу

В) Косая

Г) Коробочная

8. ПОВОРОТА ЗУБА ВОКРУГ ОСИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А) две взаимопротивоположные силы

Б) две силы в одном направлении

В) одна сила

Г) три силовых усилий

9.ТОРКОВЫЙ ИЗГИБ ОТНОСИТСЯ К ИЗГИБАМ :

А) первого порядка

Б) второго порядка

В) третьего порядка

Г) не является изгибом

10.ТЕРМОАКТИВНЫЕ СВОЙСТВА ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ДУГИ «Си -Ni-Тi» ЗАВИСЯТ:

А) от содержания никеля

Б) от содержания титана

В) от содержания меди

Г) от содержания серебра

11. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ КРУГЛОЙ НИТИНОЛОВОЙ ДУГИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) коррекция окклюзионной плоскости

Б) первичное выравнивание зубов

В) закрытие трем (совместно с эластической цепочкой)

Г) все вышеперечисленное

12. СИЛЫ НЕ ВЫЗЫВАЮЩИЕ РЕАКЦИИ ПАРОДОНТА ПО А.М. ШВАРЦУ

А) 3-5 г/см

Б) 15-20 г/см

В) 30-40 г/см

Г) 60 и более г/см

13. СИЛЫ РАВНЫЕ ВНУТРИКАПИЛЛЯРНОМУ ДАВЛЕНИЮ И ВЫЗЫВАЮЩИЕ ОБРАТИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТЕНКЕ АЛЬВЕОЛЫ И КОРНЯ ПЕРЕМЕЩАЕМОГО ЗУБА

А) 3-5 г/см

Б) 15-20 г/см

В) 30-40 г/см

Г) 60 и более г/см

14. СИЛЫ, ПОДАВЛЯЮЩИЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ, НО ВЫЗЫВАЮЩИЕ ОБРАТИМЫЕ РЕАКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

А) 3-5 г/см

Б) 15-20 г/см

В) 30-40 г/см

Г) 60 и более г/см

15. СИЛЫ, РАЗРУШАЮЩИЕ МЯГКИЕ ТКАНИ ПУТЕМ РАЗДАВЛИВАНИЯ, НЕОБРАТИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПАРОДОНТЕ

А) 3-5 г/см

Б) 15-20 г/см

В) 30-40 г/см

Г) 60 и более г/см

16. ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОНЯТИЕ «ТОРКА»

А) корпусное перемещение зуба

Б) ротация

В) ангуляция

Г) перемещение корня

17. СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТКАНЕВЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ ПО Д.А. КАЛВЕЛИСУ

А) 2 степени

Б) 3 степени

В) 4 степени

Г) 6 степеней

18. СКОЛЬКО ЗОН ТКАНЕВЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПЕРЕМЕЩЕНИИ ЗУБА

А) 1 зона

Б) 2 зоны

В) 3 зоны

Г) 4 зоны

19. ИСТОЧНИК СИЛЫ МЕХАНИЧЕСКИ ДЕЙСТВУЮЩИХ АППАРАТОВ

А) дуга, пружина, эластические тяги

Б) сократительная способность мышц

В) комбинированные силы

Г) все вышеперечисленное

22. ТКАНЕВЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ПАРОДОНТА ЗАВИСЯТ ОТ

А) величины, характера прилагаемой силы

Б) реактивность организма больного

В) от восстановительной способности пародонта

Г) все вышеперечисленное

**3.3. Хирургические методы лечения ЗЧА**

1. ПРИ РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ(WITTS > 11) У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 18 ЛЕТ НЕОБХОДИМО

А) ортодонтическое лечение в сочетании с ортогнатической хирургией

Б) форсированное расширение верхней челюсти с помощью аппарата Дерихсвайлера

В) форсированное расширение нижней челюсти в сочетании с лицевой маской

Г) лечение с помощью активатора функции Френкеля 3 типа

2. МЕТОД ХОТЦА ИЗВЕСТЕН В ОРТОДОНТИИ КАК МЕТОД

А) профилактического удаления зубов с целью устранения дефицита места в зубном ряду

Б) диагностики аномалий формы зубных рядов

В) диагностики параметров апикального базиса челюстей

Г) удаления постоянных зубов при сформированных челюстно-лицевых аномалиях

3.ПЛАСТИКА ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА ПОКАЗАНА ПРИ

А) ретракции десны

Б) сужении зубных рядов

В) диастеме

Г) нижней ретрогнатии

4. КАКОВЫ АБСОЛЮТНЫЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ?

А) общий недостаток места менее 5 мм.

Б) общий недостаток места более 5 мм.

В) недостаточность апикального базиса

Г) уменьшение ширины зубного ряда в сочетании с тесным положением зубов

5. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ КОМПАКТОСТЕОТОМИЯ?

1. с целью ускорения оpтoдонтическогo лечения

2. с целью продолжения лечения

3. с целью улучшения фиксации аппарaтa

4. с целю перемещения верхних или нижней челюсти

6. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К СОЧЕТАННОМУ ОРТОДОНТИЧЕСКО ХИРУРГИЧЕСКОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ?

1. ускорение оpтoдонтическогo лечения

2. генетические формы аномалий

3. желание больного

4. все вышеперечисленные

7. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННОЙ ФОРМЫ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ?

1. смещение нижней челюсти вперед

2. сочетанные методы лечения: ортодонтическое, хирургическое и протетическое лечение

3. хирургическое лечение

4. протетическое лечение

8. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СКЕЛЕТНОЙ ФОРМЫ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ?

1. сочетанные методы лечения: ортодонтическое, хирургическое и протетическое лечение

2. хирургическое лечение

3. протетическое лечение

4. лечение путем сошлифовывания контактных поверхностей зубов

9. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННОЙ ФОРМЫ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ?

1. смещение нижней челюсти вперед

2. сочетанные методы лечения: ортодонтическое, хирургическое и прoтeтическое лечение

3. хирургическое лечение

4. протетическоелечение

10. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННОЙ ФОРМЫ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ?

А. хирургическое лечение

Б протетическое лечение

В. аппаратурное лечение

Г. сочетанные методы лечения: ортодонтическое, хирургическое и протетическое лечение

11. К ЧЕМУ ПРИВОДИТ КОРОТКАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА?

1) к пpoтpузни резцов

2) к диастеме

3) к травмам

4) к ретрузии фронтaльной группы зубов

12. УДАЛЕНИЕ 14, 24 ЗУБОВ ПОКАЗАНО:

1. при недоразвитии н/ч и чрезмерном развитии в/ч

2. при макроглоссии

3. при наличие короткой уздечки языка

4.при макрогнатии

13. УДАЛЕНИЕ 17, 27, 37, 47 ЗУБОВ ПОКАЗАНО:

1. при сужении зубных рядов

2. при аномалии их положения

3. при дизокклюзии зубных рядов (контакт осуществляется только на вторых молярах)

4.при макрогнатии

14. ДЛЯ ОЦЕНКИ РОСТА ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА УЧИТЫВАЮТ ПАРАМЕТРЫ

1. угол NSGn

2. угол бетте

3. 1,2

4. угол SNPg

15. ПРИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПРОГНАТИИ ПАРАМЕТР WITS БУДЕТ

1. меньше нормы

2. в пределах нормы

3. больше нормы

4. не изменится

16. О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА БЕТТЕ

1. о вертикальном типе роста

2. о горизонтальном типе роста

3. о переднем положении подбородка

4. о нижней макрогнатии

17. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ, НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИИ И НИЖНЕЙ ПРОГНАТИИ

1. увеличение длины основания верхней челюсти

2. увеличение значения отношения величины верхней челюсти к протяженности передней черепной ямки

3. уменьшение протяженности основания нижней челюсти

4. увеличение углов, характеризующих положение нижней челюсти

18. ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ВЕРТИКАЛЬНОГО ТИПА РОСТА

1.с увеличением передней высоты лица

2. с уменьшением задней высоты лица

3. с увеличением развернутости угла нижней челюсти

4. все вышеперечисленное

19. ОТНОСИТЕЛЬНО КАКОЙ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОЙ ПЛОСКОСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ СОПОСТАВЛЕНИЕ ТРГ ПО МЕТОДИКЕ БЪЕРКА

1. относительно плоскости основания черепа

2. относительно франкфуртской горизонтали

3. относительно носовой плоскости

4. относительно окклюзионной плоскости

20. АНАЛИЗ ПО БОЛТОНУ

А) показывает нарушение размера зубного ряда в трансверсальном направлении

Б) показывает пропорциональность размеров верхних и нижних зубов

В) показывает нарушение размера зубного ряда в сагиттальном направлении

Г) показывает нарушение размера апикального базиса

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

3.1 Аномалии окклюзии, лечение в разные возрастные периоды.

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

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

3.2 Виды перемещения. Ортодонтические силы.

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

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

3.3 Хирургические методы лечения ЗЧА

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

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

**КОМПЛЕКТ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ**

**К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО ТЕМЕ 3.1**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 1**

**по Ортодонтии**

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут.*

1. Аномалии окклюзии. Класификации.

2. Ситуационная задача №1.

Ребенок 6,5 лет. При осмотре отмечается выступающая вперед нижняя губа и подбородок. Нижние передние зубы перекрывают верхние, боковые зубы смыкаются разноименными буграми, хорошо выражены бугры нижних клыков. Верхний и нижний зубной ряд имеет форму полукруга. Поставьте диагноз. Определите вероятную причину данной патологии. Предложите 3 варианта ортодонтических лечебных аппаратов.

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет № 1**

**Вопрос 1**.

Классификация Энгля.

К одной из первых классификаций, в основу которой был положен принцип смыкания зубов-антагонистов, относится классификация Энгля (1898). В ее основе лежит вид смыкания первых моляров. При разработке этой классификации Энгль исходил из того, что первый моляр верхней челюсти занимает постоянное место вслед за вторым премоляром.

Первый класс характеризуется нормальным смыканием моляров в сагиттальной плоскости. Мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти располагается в межбугровой фиссуре первого моляра нижней челюсти. В этом случае все изменения происходят впереди моляров. Возможно скученное положение резцов, нарушение их смыкания.

Второй класс характеризуется нарушением смыкания моляров, при котором межбугровая фиссура первого моляра нижней челюсти располагается позади мезиально-щечного бугра первого моляра верхней челюсти. Этот класс делится на два подкласса: подкласс 1 - верхние резцы наклонены в губном направлении (протрузия); подкласс 2 - верхние резцы наклонены нёбно (ретрузия).

Третий класс характеризуется нарушением смыкания первых моляров, при котором межбугровая фиссура первого моляра нижней челюсти располагается впереди мезиально-щечного бугра первого моляра верхней челюсти.

Классификация Катца.

В основу классификации положено представление о формировании зубочелюстных аномалий в зависимости от функционального состояния мышц челюстно-лицевой области. В классификации предложено три класса.

Первый класс характеризуется изменением строения зубных рядов впереди первых моляров в результате превалирования вертикальных (дробящих) движений нижней челюсти.

Второй класс по морфологическому строению свойствен второму классу по Энглю, а с точки зрения функции характеризуется слабо функционирующими мышцами, выдвигающими нижнюю челюсть.

Третий класс соответствует морфологическому строению третьего класса по Энглю, что, по мнению А.Я. Катца, связано с превалированием функции мышц, выдвигающих нижнюю челюсть.

Классификация аномалий зубочелюстной системы (ВОЗ)

Аномалии соотношения зубных дуг:

1. Дистальная окклюзия.

2. Мезиальная окклюзия.

3. Чрезмерное перекрытие (горизонтальный перекрывающий прикус).

4. Чрезмерный перекрывающий прикус (вертикальный перекрывающий прикус).

5. Открытый прикус.

6. Перекрестный прикус боковых зубов.

7. Лингвоокклюзия боковых зубов нижней челюсти.

8. Смещение от средней линии.

Классификация Д.А. Калвелиса

Аномалии прикуса.

1. Сагиттальные аномалии прикуса:

1.1. Прогнатия.

1.2. Прогения:

а) ложная прогения;

б) истинная прогения.

2. Трансверсальные аномалии прикуса:

2.1. Суженные зубные ряды.

2.2. Несоответствие ширины верхнего и нижнего зубных рядов:

а) нарушение соотношений боковых зубов на обеих сторонах (двухсторонний перекрестный прикус);

б) нарушение соотношений боковых зубов на одной стороне (косой или односторонний перекрестный прикус).

3. Вертикальные аномалии прикуса:

3.1. Глубокий прикус:

а) перекрывающий прикус;

б) комбинированный прикус с прогнатией (крышеобразный).

3.2. Открытый прикус:

а) истинный прикус;

б) травматический прикус (вследствие дурных привычек).

Классификация МГМСУ (Л.С. Персина)

Классификация аномалий окклюзии:

1. Аномалии смыкания зубных рядов в боковом участке:

По сагиттали:

– дистальная (дисто) окклюзия,

– мезиальная (мезио) окклюзия.

По вертикали:

– дизокклюзия.

По трансверсали:

– перекрестная окклюзия,

– вестибулоокклюзия,

– палатиноокклюзия,

– лингвоокклюзия.

1.2.Во фронтальном участке.

1.2.1.Дизокклюзия:

По сагиттали:

– сагиттальная резцовая дизокклюзия,

– обратная резцовая дизокклюзия.

По вертикали:

– вертикальная резцовая дизокклюзия,

– глубокая резцовая дизокклюзия.

1.2.2.Глубокая резцовая окклюзия.

1.2.3. Обратная резцовая окклюзия.

**Ситуационная задача №1.**

Ответ: Мезиальная окклюзия. (Принужденный прогенических прикус). Этиологической причиной может быть отсутствие стираемости бугров молочных клыков, что привело к принужденному переднему положению нижней челюсти. Аппараты для лечения: Аппарат Френкеля 3 типа, Аппарат Брюкля, ортодонтический трейнер.

**КОМПЛЕКТ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ**

**К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО ТЕМЕ 3.1**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет№ 2**

**по Ортодонтии**

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут.*

1. Дистальная окклюзия. Лечение в период молочного, сменного и постоянного прикуса.

2. Ситуационная задача №1.

Пациентка Л. 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на выступление

верхних фронтальных зубов вперед. Внешний осмотр: фронтальные зубы верхней

челюсти веерообразно выступают вперед, оттягивая верхнюю губу. Рот

постоянно полуоткрыт. Профиль лица скошенный («птичье лицо»).Губы смыкаются с трудом. Высота нижнего отдела лица в покое 73 мм, в положении центральной окклюзии – 68 мм. Промежутки между фронтальными зубами верхней челюсти 1-3 мм, зубной ряд нижней челюсти имеет правильную величину и форму, режущие края фронтальных зубов верхней челюсти сместились вестибулярно на 9 мм. Поставьте предварительный диагноз. Какой диагностическое исследование будет ключевым в определении основного метода лечения.

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет № 2**

**Вопрос 1.** Лечение дистальной окклюзии в молочном прикусе – комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на устранение действия этиологических факторов, регуляцию роста челюстей и их положения в пространстве относительно основания черепа. До 3-хлетнего возраста важными профилактическими мероприятиями являются правильное вскармливание, предупреждение и устранение вредных привычек сосания, аномалий функций (инфантильный тип глотания, ротовое дыхание, нарушения артикуляции), неправильного положения нижней челюсти в покое, нарушений осанки. Лечебные мероприятия осуществляют совместно врачи различных специальностей: врач-ортодонт, оториноларинголог, логопед, остеопат.

Для профилактики возникновения аномалий применяются профилактические аппараты. К ним относятся: пластинки Muppy, вестибулярный щит, вертушка, активатор Роджерса, активатор Дасса и т.д. При формировании дистальной окклюзии в период молочного прикуса в возрасте 3-4 лет показано применение преортодонтических трейнеров (Infant), ортодонтических аппаратов для сдерживания роста верхней челюсти, профилактики и устранения сужения верхнего зубного ряда, стимулирования роста нижней челюсти. Аппаратное лечение применяют совместно с устранением вредных привычек, миогимнастикой. При необходимости проводят пластику уздечек, осуществляют пришлифовывание бугров отдельных зубов. Применяются комплексы упражнений для повышения тонуса мышц, выдвигающих нижнюю челюсть вперед; для увеличения тонуса круговой мышцы рта; для нормализации носового дыхания.

В период сменного прикуса также эффективно применение функциональных аппаратов. В период раннего сменного прикуса успешно применение регулятора функций Френкеля, в более поздние периоды применяются различные активаторы с винтами в сочетании с применением лицевой дуги. Также эффективно применение аппаратов, способствующих выдвижению нижней челюсти (аппараты Бальтерса, Лемана, Персина, Бимлера) в сочетании с комплексом упражнений, выдвигающих нижнюю челюсть. Также осуществляются профилактические мероприятия раннего удаления молочных зубов вследствие кариеса и его осложнений. При макродентии зубов верхней челюсти эффективно последовательное удаление зубов по Хотцу. В 7,5 – 9 лет удаляются молочные клыки верхней челюсти, в 10-11 – постоянные премоляры для создания места для прорезывания постоянных клыков. Если рост верхней челюсти сдержать тяжело, применяется лечение с удалением наименее ценных зубов на верхней челюсти и дистализацией зубов верхней челюсти с помошью брекет-системы. При мезиальном смещении зубов верхней челюсти также производится их дистализация., наиболее эфективная в период роста (у девочек 10-13 лет, у мальчиков 12-14). После прорезывания второго верхнего моляра произвести дистализацию значительно сложнее. В период сменного прикуса также при необходимости применяется пластика уздечек, миогимнастика и пришлифовывание бугров отдельных зубов.

Применяются следующие лечебные аппараты: накусочная пластинка Катца, активатор Андрезена-Хойпля; открытый активатор Кламмта; бионаторы Бальтерса, Янсон, Хорошилкиной-Токаревич; кинетор Штокфиша; формирователь прикуса Бимлера; регулятор функции Френкеля; аппарат Персина для лечения дистоокклюзии, Твин блок Кларка, аппарат Башаровой, губной бампер, ортодонтические трейненры, LM- активаторы, система Myobrace, пропульсор Мюлемана.

В период постоянного прикуса в виду отсутствия возможности повлиять на рост челюстей, необходимость применения методов зависит от клинической формы аномалии.

При лечении зубоальвеолярной формы в постоянном прикусе используют брекет-систему. При наличии трем и диастем на верхней челюсти возможно проведение лечения на брекет-системе без удаления. При значительном сужении верхней челюсти и скученном положении зубов лечение проводят с симметричным удалением наименее ценных зубов. При значительном сужении апикального базиса верхней челюсти возможно применение аппарата Дерихсвайлера в комбинации с компактостеотомией для ускорения аппаратурного лечения.

Аппараты Гербста, Jasper Jumper (Джаспер Джампер), Distal Jet (Дистал Джет), Forsus, SUS (Sabbagh Universal Spring)

При скелетной форме дистального прикуса, обусловленной дистальным положением нижней челюсти, в молодом возрасте до 20 лет показано лечение на брекет-системе в комбинации с резиновой эластической тягой по 2 классу. При лечении в более старшем возрасте показано применение аппаратурно-хирургического метода, для остальных гнатических форм дистального прикуса также необходима комбинация аппаратурного и хирургического лечения.

Аппарат Гербста способен стимулировать мыщелковый рост и вызывать ремоделяцию суставной ямки у детей и взрослых. По сравнению со съемными аппаратами функционального действия аппарат Гербста имеет ряд преимуществ: устройство активно воздействует на зубочелюстную систему в течение 24 часов в сутки, при этом от пациента не требуется никаких действий, его можно применять при нарушении носового дыхания, период лечения составляет 6-10 месяцев. Его применение совместимо со всеми видами мультибондинг-системы.

Аппарат Jasper Jamper развивает сагиттальные и экструзионные силы так же, как и аппарат Гербста, но он представляет пациенту намного больше свободы движениям нижней челюсти. Деликатный дизайн позволяет пациентам быстро адаптироваться к аппарату. За счет гибких силовых модулей аппарат создает мягкие продолжительные силы, которые могут перемещать зубы как по одному, так и группами. Это приводит к значительной дентоальвеолярной компенсации и изменениям лицевого профиля.

Устройство также можно применять в сочетании с другими ортодонтическими конструкциями. Аппарат Jasper Jamper представляет собой систему модулей, которая состоит из двух частей: силового модуля и анкерных соединений. Благодаря фиксации верхнего конца в трубке для лицевой дуги, а нижнего на стальной ортодонтической дуге, с нанесенными на ней стопорами в виде изгибов, аппарат может применяться в сочетании с брекет системой.

Аппарат SUS (Sabbagh Universal Spring) представляет собой телескопический элемент, включающий неприрывно действующую пружину, позволяющую такие передвижения зубов, как дистализация на верхней челюсти, мезиализация на нижней челюсти или может использоваться для опоры. Устройство может фиксироваться на трех различных опорных системах: коронках, в сочетании с брекетами и шинах-каппах.

Аппарат Forsus представляет собой пружинящий стержень величиной 0,5×3 мм). Стержни аппарата представлены четырьмя размерами (25, 29, 32, 35 мм). Подбор нужной величины аппарата осуществляется в привычной окклюзии, путем измерения расстояния от дистального отдела трубки для лицевой дуги на первом постоянном моляре верхней челюсти до дистальной границы брекета нижнего клыка с добавлением 12 мм.

Хирургические методы, применяемые при лечении дистального прикуса:

Пластика образований слизистой оболочки.

Пластика уздечек губ, языка и тяжей слизистой проводится в любом возрасте при наличии показаний.

Удаление наименее ценных зубов.

По общему правилу при лечении дистального прикуса удалению подлежат первые постоянные премоляры верхней челюсти.

Решетчатая компактостеотомия.

Решетчатая компактостеотомия– операция облегчающая аппаратурное лечение при сужений верхней челюсти и необходимости дистализации зубов верхней челюсти в постоянном прикусе. Производят разрезы и отслаивают слизисто-надкостничные лоскуты трапециевидной формы на участке от бокового резца до второго моляра с вестибулярной и небной стороны. Затем делают отверстия бором вдоль лунок зубов в компактном слое кости на расстоянии 2-3мм в несколько рядов в шахматном порядке. Затем лоскуты укладываются на место и накладываются швы.

Операция остеотомии нижней челюсти.

При скелетной форме, обусловленной микрогнатией нижней челюсти или ее дистальным положением производится операция остеотомии челюсти проводится рассечение тела либо ветви нижней челюсти и последующее перемещение вперед до нормального положения зубных рядов.

Операция на верхней челюсти по методике Кон-Штока.

При скелетной форме дистального прикуса, обусловленной макрогнатией верхней челюсти или ее мезиальном положением относительно основания черепа проводится операция в основе которой лежит методика Кон-Штока предложенная еще в 1921 году. Производится поперечная остеотомия неба с удалением клиновидного участка альвеолярного отростка и дистальное смещение переднего участка верхней челюсти

**Ситуационная задача №1.**

Ответ: Предварительный диагноз: К07.2 Дистальная окклюзия, сагиттальная резцовая дизокклюзия. К07.3 Аномалия положения зубов на верхней челюсти. При наличии скелетной формы аномалии, подтвержденной на основании ТРГ, предпочтение следует отдать аппаратно- хирургическому методу лечения или лечения с удалением зубов на верхней челюсти.

**КОМПЛЕКТ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ**

**К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО ТЕМЕ 3.1**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 3**

**по Ортодонтии**

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут.*

1. Мезиальная окклюзия. Лечение в период молочного, сменного и постоянного прикуса.

2.Ситуационная задача №1.

Пациент А. 16 лет. Жалобы на наличие постоянной травмы в области

твердого неба за передними верхними зубами от нижних зубов. Объективно: на небе за

передними зубами видны травматические ссадины слизистой твердого неба.

Определить форму аномалии. Дать ее характеристику. Что необходимо предпринять в первую очередь в лечении данного пациента? Назовите основные принципы лечения.

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет № 3**

**Вопрос 1.** Лечение прогении во временном прикусе основано на ряде профилактических и лечебных мероприятий, устраняющих препятствия для дистального перемещения нижней челюсти и способствующих правильному развитию зубных дуг. К профилактическим мероприятиям относятся: укрепление общего состояния организма, удаление сверхкомплектных зубов, санация полости рта, нормализация носового дыхания, глотания, функции языка, устранение вредных привычек. Проводят сошлифовывание нестершихся бугров молочных зубов, которое препятствуют смещению нижней челюсти в нормальное положение.

В ночное время используют внеротовую повязку, состоящую из подбородочной пращи и косой резиновой тяги. Направление резиновой тяги должно проходить через суставы. Обе резиновые тяги располагаются симметрично и действуют с одинаковой силой — одна впереди ушной раковины, другая позади нее.

Внеротовая повязка сдерживает рост нижней челюсти и одновременно фиксирует ее в дистальном положении при принужденном прикусе. Если необходимо задержать рост подбородка, то пращу располагают в подбородочной области. Для перестройки, одновременно, альвеолярного отростка праща доходит до красной каймы губы, а если необходимо осуществить оральный наклон зубов, то праща покрывает всю нижнюю

губу. Если же нет необходимости в задержке роста подбородка, то в праще освобождают место для подбородочной области. Хорошие результаты в молочном прикусе дают занятия миогимнастикой. Правильная функция мышц, окружающих зубные ряды, способствует нормализации прикуса. Миогимнастика является непременным условием

профилактики зубочелюстных деформаций. Миогимнастика наиболее эффективна в раннем возрасте (4-7 лет) период сформированного молочного и раннего сменного прикуса, когда происходит интенсивный рост зубочелюстной системы. Принцип лечения заключается в тренировке мышц, которая способствует нормализации функции мышц синергистов и антагонистов.

Также применяется аппаратурное лечение. Вестибулярные пластинки Muppy c изоляцией для языка нормализуют функцию языка, предотвращая его отрицательное влияние на зубные ряды. В молочном прикусе также допустимо применять аппарат Брюкля, который способствует росту верхней челюсти в сагиттальном направлении и задержке роста нижней челюсти благодаря наклонной плоскости расположенной во фронтальном отделе.

В периоде смены прикуса возможно использование миогимнастики, сошлифовывания молочных клыков, ортодонтической шапочки, но кроме этого уже необходимо применять внутриротовые лечебные аппараты. Например, съемные пластиночные аппараты Брюкля, каппу Бынина, регулятор функции Френкеля (3 тип), вестибулооральный щит Крауса, трейнеры, LM-активаторы, аппараты Башаровой, аппараты с расширяющими винтами на верхнюю челюсть. В период сменного прикуса целесообразно использование лицевой маски Диларэ, Твин блока Кларка.

Кроме вышеназванных аппаратов можно применять двойную пластинку Шварца, которая состоит из двух частей. Первая часть: пластинка на верхнюю челюсть с сагиттальным распилом и винтом для расширения зубного ряда. Для протрузии верхних резцов в конструкцию включены протрагирующие лингвальные дуги и пружины. Вторая часть: пластинка на нижней челюсти с зазорами между лингвальными поверхностями передних нижних зубов и базисом сагиттальной плоскости, имеющей вестибулярную ретрагирующую дугу для передних нижних зубов. В переднем участке пластинки имеется жесткий металлический штифт, поднимающийся вверх, в сторону неба и упирающийся в пластинку для верхней челюсти. При смыкании челюстей этот штифт скользит по верхнечелюстной пластинке и стремится выдвинуть верхнюю челюсть вперед, что способствует росту последней и мезиальному перемещению верхних передних зубов. Обе пластинки фиксируются на челюстях с помощью кламмеров. Хорошие результаты лечения мезиальной окклюзии можно достичь, применив активаторы. Активатор Андрезена-Хойпля для лечения настоящей аномалии отличается от оригинального (т.е. активатора для лечения дистального прикуса) тем, что при определении конструктивного прикуса нижнюю челюсть максимально смещают дистально. По возможности передние зубы устанавливают в краевом смыкании. Для отклонения продольных осей нижних резцов лингвально применяют вестибулярную ретрагирующую дугу, а для вестибулярного перемещения верхних резцов применяют протрагирующие петли и дуги на них. Окклюзионные накладки на боковые зубы сохраняют. Необходимо иметь в виду, что при длительном применении активатора возможно увеличение глубины резцового перекрытия. Для предотвращения этого, по мере перемещения передних зубов на верхней челюсти окклюзионные накладки на боковых зубах спиливают. Такую конструкцию применяют при незначительном обратном резцовом перекрытии (до 1,5 мм). Активатор Вундерера для лечения мезиальной окклюзии состоит из пластинки на верхней и нижней челюсти с окклюзиоными накладками на боковые зубы и вестибулярными дугами на фронтальные зубы. Винт Вайзе, установленный в области передних зубов, с лингвальной стороны соединяет две пластинки в моноблок. При раскручивании винта перемещается мезиально, а нижнечелюстная – дистально. Это давление передается на зубы обеих челюстей и происходит их перемещение. Кроме вышеназванных аппаратов, можно применять активатор Кламмта, Бреди и Юнга. Для устранения давления губ и щек на альвеолярные отростки и зубные ряды в участках недоразвития, а также нормализации смыкания губ, положение языка, их функций и взаимоотношений, показано применение регулятора функции Френкеля 3-го типа. Достижение миодинамического равновесия в зубочелюстной системе и нормализованная функция будут способствовать исправлению морфологических нарушений при мезиальной окклюзии.

В периоде прикуса постоянных зубов для устранения мезиальной окклюзии первой и второй степени рекомендуется применять несъемную ортодонтическую технику. Лечение следует направлять на удлинение, а при необходимости на расширение верхнего зубного ряда и сокращение нижнего, достижение правильного резцового перекрытия и множественных фиссурно-бугорковых контактов. Возможно применение как стандартной эджуайз-техники, так и техники прямой дуги, что наиболее предпочтительно.

При второй степени выраженности мезиальной окклюзии, как правило, проводят удаление отдельных зубов на нижней челюсти. Однако удлинения верхнего зубного ряда за счет нормализации положения зубов у таких пациентов недостаточно и требуется мезиальное перемещение не только фронтальных, но и боковых зубов. Для этого на этапе применения прямоугольных дуг следует использовать раскрывающие пружины либо сделать дополнительные петли на стальных кантовых дугах. Это позволяет последовательно переместить все зубы верхней челюсти в мезиальном направлении. Хорошие результаты дает использование дополнительных дуг. Во всех случаях нельзя забывать о межчелюстной тяге от верхних моляров к нижним клыкам.

Для уменьшения нижнего зубного ряда после удаления отдельных зубов обычно используют эластичные цепочки, однако больший эффект в этих случаях дает применение закрывающих пружин, так как они обеспечивают более длительную и постоянную силу. Для предотвращения мезиального смещения опорных зубов нижней челюсти применяют специальные стопоры на дугах или изгибают петли, если используют стальные дуги. Можно дополнительно применять и раскрывающие пружины перед перемещаемыми дистально зубами, предварительно стабилизировав фронтальные зубы лигатурой.

При третьей степени выраженности мезиальной окклюзии рекомендуется проведение ортогнатической хирургии с предварительной ортодонтической подготовкой. Если больной отказывается от хирургического лечения, надо ограничиться нормализацией положения зубов для возможного достижения косметического эффекта. В постоянном прикусе ортодонтическое лечение таких пациентов, даже при сочетании с удалением отдельных зубов, не позволяет достигнуть хороших устойчивых результатов; таким пациентам следует рекомендовать хирургическую коррекцию. При определении объема ортодонтического лечения учитывают клинические и телерентгенологические критерии.

**Ситуационная задача №1.**

Ответ: Глубокий травмирующий прикус (Глубокая резцовая дизокклюзия). Характеризуется недоразвитием альвеолярного отростка в области боковых зубов и чрезмерным развитием в области передних зубов. Имеет место перекрытие верхними резцами нижних на всю высоту коронки с развитием травмирующего глубокого прикуса.

Во-первых необходимо создать разобщение в области боковых зубов с целью предотвращения дальнейшего травмирования слизистой оболочки твердого неба.

Основными принципами лечения является создание условий для роста альвеолярного отростка в боковом отделе и укорочения во фронтальном отделе, нормализация резцового перекрытия.

**КОМПЛЕКТ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ**

**К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО ТЕМЕ 3.1, 3.2**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 4**

**по Ортодонтия**

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут.*

1. Глубокая окклюзия. Лечение в период молочного, сменного и постоянного прикуса.

2. Ситуационная задача №1.

Пациент А. 25 лет. Жалобы на неправильное положение передних зубов.Лицо симметричное, кожные покровы физиологической окраски, без патологических изменений. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологии. При осмотре полости рта обнаружено оральное (небное) положение зуба 2.2.

Диагноз: К07.3 аномалия положения зубов.

Вопросы:

А) Какой вид перемещения необходимо применить в данной ситуации?

Б) какой должна быть величина сила, необходимая для перемещения зуба?

В) схематически изобразите на рисунке зоны давления и натяжения при перемещении зуба 2.2

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет № 4**

**Вопрос 1**. В период временного прикуса рекомендуют приучать детей к жеванию твердой пищи, что стимулирует нормальное развитие альвеолярных отростков и зубных дуг. В случае кариеса или нарушения целостности коронок временных моляров их необходимо восстановить или протезировать. При наличии вредных привычек сосания пальцев, губ,

различных предметов применяют вестибулярные пластинки и трейнеры. В случае неправильного прикрепления уздечки языка рекомендуют пластическую операцию.

Целью ортодонтического лечения глубокой окклюзии является достижение нормального соотношения зубных рядов в вертикальной плоскости. Наиболее эффективно лечение указанной аномалии происходит в периоды физиологического повышения прикуса. Для достижения этого необходимо устранять причины, которые препятствуют зубоальвеолярному удлинению в области боковых зубов, с одновременным созданием нагрузки на передние зубы для достижения зубоальвеолярного укорочения в передних отделах зубных дуг. При наличии сужения зубных дуг в планировании лечения имеют в виду и эту аномалию.

В период временного прикуса предпочтение отдают миогимнастическим упражнениям, употребление твердой пищи, восстановление разрушенных кариесом коронок боковых зубов применяют пластиночные профилактические аппараты с искусственными зубами для фиксации высоты прикуса. Из лечебных аппаратов показано применение пластинки на верхнюю челюсть с накусочной площадкой для резцов нижней челюсти, которой можно пользоваться во время сна.

В период смешанного прикуса необходимо стремиться к правильному вертикальному соотношению боковых отделов зубных дуг при прорезывании постоянных моляров. Для этого можно применить пластинку на верхнюю челюсть с накусочной площадкой для резцов нижней челюсти, которая повысит высоту прикуса в боковых отделах и будет способствовать установлению правильного резцового перекрытия, т.к. постоянным молярам при прорезывании необходимо пройти больший абсолютный вертикальный путь до соприкосновения. Кроме этого можно применять активатор Андрезена – Xoйпля, пропульсор Мюлемана, бионатор Бальтерса 1-го типа. Аппарат Гуляевой, пластинка Хургиной, аппарат Башаровой. Если глубокий прикус сочетается с нейтральным или дистальным прикусом с протрузией резцов верхней и нижней челюсти, показано применение ФР-1, если с дистальной окклюзией и ретрузией резцов, ФР-2, если с мезиальной - ФP-3.

В постоянном прикусе показано использование несъемных ортодонтических конструкций с межчелюстной тягой (аппараты Энгля, Бегга, брекет-система), а также сочетание функциональной и несъемной техники.

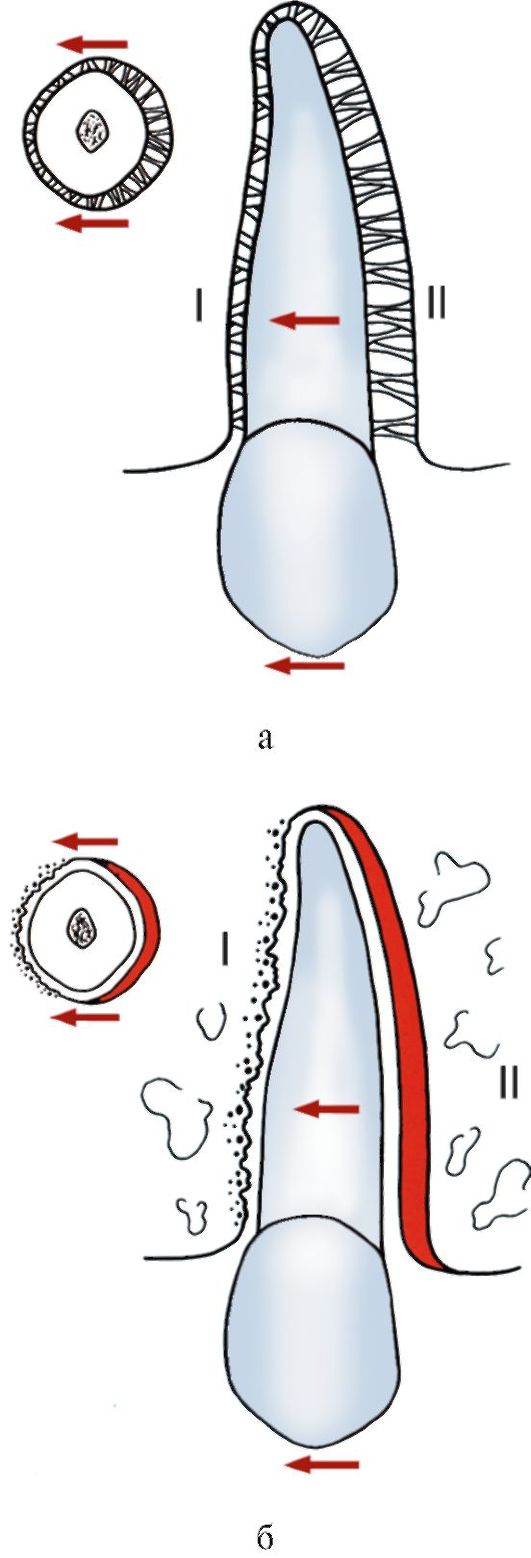
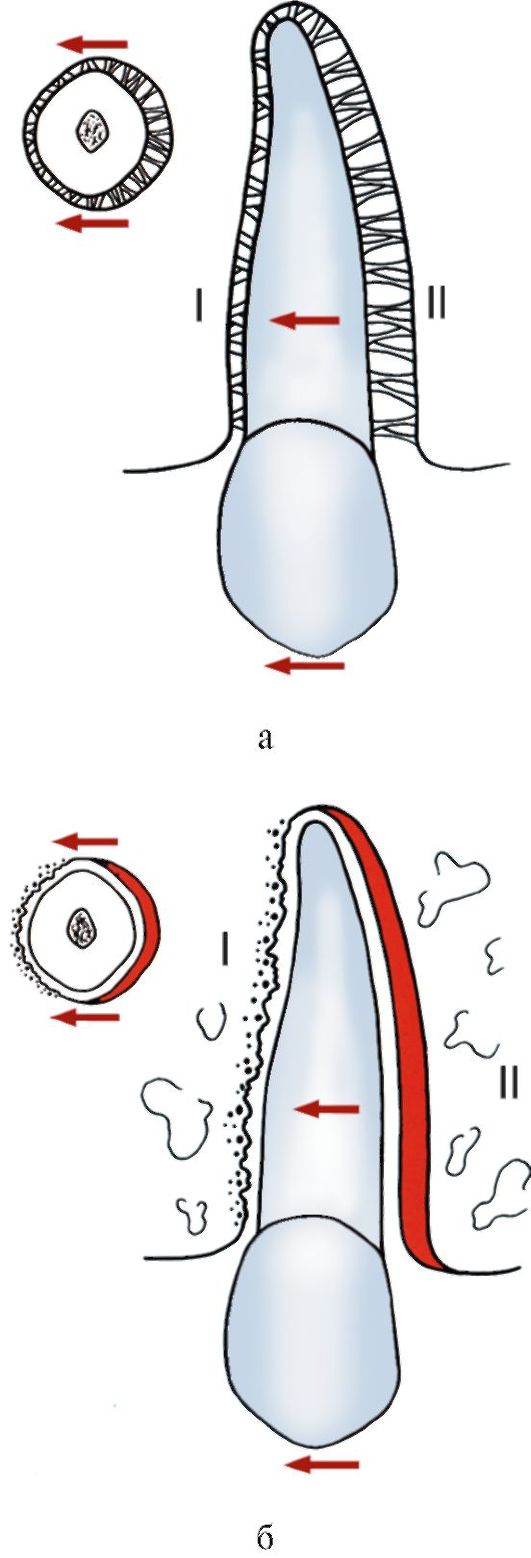
Для лечения глубоких резцовых окклюзии и дизокклюзии с помощью брекет-системы применяют ютилити-дуги, реверсионные дуги (степень искривления дуги зависит от выраженности патологии) с опорными кольцами, а также с межчелюстной тягой. Лечение направлено на устранение зубоальвеолярного укорочения в области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей и зубоальвеолярного удлинения в боковых участках. Это лечение проводят в два этапа: на 1-м этапе нормализуется смыкание зубов-антагонистов, на 2-м этапе достигаются режуще-бугорковые контакты путем  удлинения нижнего зубного ряда в сагиттальном направлении. Цель - достичь нормализации положения отдельных зубов, не изменяя величины межрезцового угла, так как в случае его изменения возможен рецидив. Ортодонтическое лечение у взрослых сочетают с компактоостеотомией (по показаниям).

**Ситуационная задача №1.**

Ответы:

а)Корпусное горизонтальное перемещение

б)Величина силы 70-90 грамм, не превышающие силы капиллярного давления 26г/см

в) 

Резорбция (I) и построение (II) новой костной ткани

**КОМПЛЕКТ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ**

**К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО ТЕМЕ 3.1, 3.2**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 5**

**по Ортодонтия**

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут.*

1. Вертикальная резцовая дизокклюзия. Лечение в период молочного, сменного и постоянного прикуса

2. Ситуационная задача №1.

Пациент Б. 35 лет. Жалобы на неправильное положение зубов. Лицо симметричное, кожные покровы физиологической окраски, без патологических изменений. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологии. При осмотре полости рта обнаружено: адентия зуба 3.4, мезиальный наклон зуба 3.5.

Диагноз: К.07.3 аномалия положения зубов. К00.0 – адентия

Вопросы:

А) Какой вид перемещения необходимо применить в данной ситуации?

Б) какой должна быть величина сила, необходимая для перемещения зуба?

В) схематически изобразите на рисунке зоны давления и натяжения при перемещении зуба 3.5

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет № 5**

**Вопрос 1**. В период смены зубов (вторая половина) и после него саморегуляция вертикальной дизокклюзии не наблюдается, поэтому для детей с мо¬лочными зубами в первой половине их смены при первой клинико-морфологической разновидности верти¬кальной дизокклюзии бывает достаточно изготовить пластинку на нижнюю челюсть с пластмассовой заслонкой для языка, которая быстро корректирует положение языка при глотании и речи. При второй клинико-морфологической разновидности рекомендуется использовать пластинку на нижнюю челюсть с пластмассовой заслонкой для языка и окклюзионными накладками в области жевательных зубов. При лечении детей с третьей разновидностью дизокклюзии применяют в вечернее и ночное время аппарат Андрезена—Гойпля, а в остальное время — пластинку на нижнюю челюсть с окклюзионными накладками в области боковых зубов и пластмассовой заслонкой для языка. Целесообразно использовать двучелюстной аппарат МГМСУ.

В период сформированного прикуса постоянных зубов лечение эффективно с помощью несъемной аппаратуры: аппаратов Кожокару, Энгля, брекет-системы на верхнюю и нижнюю челюсти с реверсионными дугами. Иногда у взрослых пациентов проводят протезирование, при этом вертикальную щель закрывают коронками, удлиняющими передние зубы, достигая их смыкания.

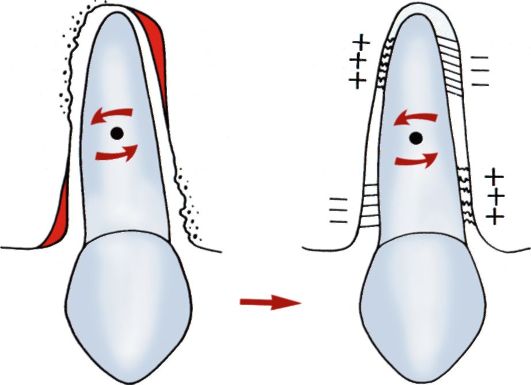
Учитывая сложность данного вида зубочелюстной аномалии, большее внимание следует уделять ее профилактике, чтобы вовремя предупредить развитие дизокклюзии в вертикальной плоскости.

**Ситуационная задача №1.**

Ответы:

а)Наклонно-вращательное перемещение

б)Величина силы 50-70 грамм, не превышающие силы капиллярного давления 26г/см

в) 

Зоны давления - плюс; зоны натяжения - минус. Стрелки указывают направление действия силы и перемещения зуба

**КОМПЛЕКТ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ**

**К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО ТЕМЕ 3.2**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 6**

**по Ортодонтия**

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут.*

1. Какие изменения происходит в периодонте вследствие действия сил тяги и давления, исходящих от ортодонтического аппарата?

2.Ситуационная задача №1.

Пациент Д. 16 лет. Жалобы на эстетическую неудовлетворенность и неправильное положение зубов. Лицо симметричное, кожные покровы физиологической окраски, без патологических изменений. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологии. В полости рта: соотношение первых моляров по III классу Энгля.

Диагноз: К07.2.- Мезиальная окклюзия.

Впоросы:

А) какой вид эластической тяги необходимо применить в данной ситуации?

Б) место фиксации эластической тяги у данного пациента.

В)Какие изменения произойдут в ВНЧС при сагиттальном смещении НЧ в данной ситуации?

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет № 6**

**Вопрос 1**. Изменения в периодонте происходят вследствие давления и растяжения от действия ортодонтического аппарата. В лунке зуба происходит резорбция костной ткани в виде лакун со стороны давления и реорганизация кости со стороны тяги. В периодонте в области сдавления происходит расширение периодонтальной щели за счет резорбции лунки зуба, а в области тяги наблюдается реорганизация периодонтальных волокон.

**Ситуационная задача №1.**

Ответ:

А) по 3 классу

Б) При третьем классе фиксация эластической тяги проводится от крючков в конструкции щечных трубок на первых молярах ВЧ до крючков на брекетах, расположенных на клыках НЧ.

В) При смещении НЧ назад – в переднем отделе формируется зона натяжения, а в заднем – зона давления.

**КОМПЛЕКТ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ**

**К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО ТЕМЕ 3.2, 3.3**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии детского возраста

**Экзаменационный билет № 7**

**по Ортодонтия**

по специальности 31.08.77 Ортодонтия

*Инструкция*

*Внимательно прочитайте задание.*

*Время выполнения задания – 40 минут.*

1. Перечислите хирургические методы лечения ортодонтических больных

2.Ситуационная задача №1.

Пациент Г. 21 год. Жалобы на эстетическую неудовлетворенность и неправильное положение зубов. Лицо симметричное, кожные покровы физиологической окраски, без патологических изменений. Лимфоузлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологии.В полости рта : соотношение первых моляров по II классу Энгля.

Диагноз: К07.2.- Дистальная окклюзия.

Вопросы:

А) какой вид эластической тяги необходимо применить в данной ситуации?

Б) место фиксации эластической тяги у данного пациента.

В)Какие изменения произойдут в ВНЧС при сагиттальном смещении НЧ в данной ситуации?

**Эталон ответа.**

**Экзаменационный билет № 7**

**Вопрос 1**.

1) частичное обнажение коронки ретенированного зуба;

2) компактостеотомия перед ортодонтическим лечением;

3) пластика низко прикрепленной уздечки верхней губы или высоко прикрепленной нижней;

4) пластика в области тяжей слизистой оболочки и углубление преддверия полости рта;

5) операции в области циркулярной связки зуба после его поворота по вертикальной оси с помощью ортодонтического аппарата;

6) удаление отдельных временных или постоянных зубов, не подлежащих лечению, с целю устранения зубо-челюстно лицевых аномалий;

7) введение имплантата для опоры ортодонтических приспособлений или последующего протезирования.

**Ситуационная задача №1.**

Ответ:

А)по 2 классу

Б)При втором классе фиксация эластической тяги проводится от крючков в конструкции щечных трубок, расположенных на первых или вторых молярах НЧ дол крючков на брекетах, расположенных на клыках ВЧ или боковых резцах.

В)При смещении НЧ вперед зона давления возникает в переднем отделе сустава, а натяжение – в заднем.