

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРАКТИКЕ
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 3

Специальность: 31.08.77 Ортодонтия
(код, наименование)

Кафедра: ортопедической стоматологии и ортодонтии

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 3» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 3». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике «Производственная (клиническая) практика 3» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1.	Ситуационные задачи	Оценочное средство, позволяющее оценить уровень знаний и практических навыков обучающихся, критичность мышления, степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием видов контроля, разделов дисциплины и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Виды контроля	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9,	Текущий	Раздел 1. Аномалии положения зубов Раздел 2. Аномалии структуры, формы и размеров зубов Раздел 3. Аномалии прорезывания и числа зубов Раздел 4. Организация стоматологической помощи Раздел 5. Аномалии размеров и положения челюстей Раздел 6. Аномалии форм и размеров зубных дуг Раздел 7. Обезболивание в ортодонтии Раздел 8. Аномалии соотношения зубных дуг Раздел 9. Врожденные аномалии лицевого скелета Раздел 10. Ортодонтическое лечение пациентов с заболеваниями пародонта Раздел 11. Ортодонтическая подготовка к ортопедическому и хирургическому лечению	Ситуационные задачи

ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9,	Промежуточный	Раздел 1. Аномалии положения зубов Раздел 2. Аномалии структуры, формы и размеров зубов Раздел 3. Аномалии прорезывания и числа зубов Раздел 4. Организация стоматологической помощи Раздел 5. Аномалии размеров и положения челюстей Раздел 6. Аномалии форм и размеров зубных дуг Раздел 7. Обезболивание в ортодонтии Раздел 8. Аномалии соотношения зубных дуг Раздел 9. Врожденные аномалии лицевого скелета Раздел 10. Ортодонтическое лечение пациентов с заболеваниями пародонта Раздел 11. Ортодонтическая подготовка к ортопедическому и хирургическому лечению	Ситуационные задачи
---	---------------	---	---------------------

4. Содержание оценочных средств для текущего контроля

Текущий контроль осуществляется при проведении занятий в форме решения ситуационных задач.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент Т. , 16 лет, обратился с жалобами на неправильное положение зубов. Объективно: профиль лица - выпуклый, носогубные и подбородочная складка сглажены, губы в покое не смыкаются, прокладывание языка между зубами при разговоре. Соотношение первых моляров по I классу Энгля. В переднем отделе дизокклюзия 3 мм, ограниченная зубами 1.4-4.3 и 2.3 - 3.3. Центральная линия нижнего зубного ряда смещена влево на 2 мм. В боковом отделе слева щечные бугры нижних зубов перекрывают щечные бугры верхних зубов. Форма верхнего зубного ряда – V-образная. Тесное положение в переднем отделе верхнего и нижнего зубных рядов.
В	1	Назначьте дополнительные исследования.

Э	-	ТРГ в боковой проекции ОПТГ (ортопантомография) Биометрическое изучение диагностических моделей челюстей Фотопротокол и фотометрия
P2	-	Дополнительные исследования назначены верно.
P1	-	Дополнительные исследования назначены не полностью, в не полном объеме
P0	-	Дополнительные исследования назначены не верно.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Открытый прикус в переднем отделе, осложненный односторонним буккальным перекрестным прикусом, аномалиями формы зубных рядов и аномалиями положения отдельных зубов
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью, не верно определено соотношение зубных рядов по трансверзали
P0	-	Диагноз поставлен не верно.
В	3	Составьте план ортодонтического лечения.
Э	-	1)Диагностика (Рентгеноцефалометрическое исследование, биометрическое изучение диагностических моделей челюстей, фотопротокол, фотометрия) 2)Лечение с помощью несъемного аппарата на верхней челюсти с целью расширения верхнего зубного ряда. Ориентировочный срок лечения 3-4 месяца 3) Назначение миогимнастики с целью нормализации положения языка 4) Удаление премоляров на верхней и нижней челюстях справа и слева (4 зуба) 5)Лечение с помощью несъемной программируемой техники (брекет-системы) на верхнем и нижнем зубных рядах Ориентировочный срок лечения 2-2,5 года 6)Ретенционный период в течение трех лет
P2	-	Ответ верный. Весь план ортодонтического лечения составлен верно, в полном объеме
P1	-	Ответ не полный. Не все этапы ортодонтического лечения перечислены или неверно указана их формулировка.
P0	-	Ответ не верный. План ортодонтического лечения составлен неверно.
В	4	Опишите последовательность ваших действий.
Э	-	1)Снятие диагностических оттисков с верхней и нижней челюстей с целью изготовления диагностических моделей челюстей, фотопротокол

		2)Проведение дополнительной диагностики (рентгеноцефалометрическое исследование, биометрическое изучение диагностических моделей челюстей, фотометрия) 3)Фиксация несъемного аппарата на верхнюю челюсть с целью расширения верхнего зубного ряда (АБНР или Quad Helix) Ориентировочный срок лечения 3-4 месяца 4)Снятие аппарата для расширения с верхней челюсти и фиксация аппарата на верхнюю челюсть после её расширения - небная дуга (аппарат Гожгариана) с целью сохранения полученной ширины зубного ряда Фотопротокол на этапе лечения 5) Назначение миогимнастики с целью нормализации положения языка 6) Направление пациента к врачу –стоматологу- хирургу с целью удаления премоляров на верхней и нижней челюстях справа и слева (4 зуба) по ортодонтическим показаниям 7)Фиксация брекет-системы на верхний и нижний зубные ряды 8)Фиксация кнопок-шипов на язычную поверхность нижних резцов с целью предупреждения прокладывания языка между зубами 9)Использование межчелюстных эластиков открытого прикуса слабой силы на этапе нивелирования 10)На этапе перемещения зубов по дуге -коррекция центральной линии нижнего зубного ряда за счет поэтапного закрытия постэкстракционных промежутков 11)Этап юстировки (возможно назначение межчелюстных финишных эластиков) 12) Снятие брекет-системы с верхней и нижней челюстей, снятие аппарата небный бюгель, изготовление и фиксация ретенционных аппаратов 13)Фотопротокол полученного результата
P2	-	Последовательность действий описана верно. Логически объяснено за счет чего будет корректироваться сужение зубного ряда верхней челюсти, способы нивелирования открытого и перекрестного прикусов названы верно. Назначены мероприятия на нормализацию положения языка
P1	-	Последовательность действий описана не по порядку, упущена часть действий. Логически не объяснено за счет чего будет корректироваться аномалия по вертикали и трансверсали, способы нивелирования названы в неполном объеме. Неправильно назначены аппараты для расширения верхнего зубного ряда и

		стабилизирующего аппарата после расширения. Не полностью назначены мероприятия по поводу прокладывания языка
P0	-	Последовательность действий описана неверно. Логически не объяснено за счет чего будет корректироваться аномалия, способы её нивелирования названы неверно. Не назначены аппараты для коррекции суженного зубного ряда. Ничего не описано про прокладывание языка между зубами
B	5	Выберите ретенционный аппарат.
Э	-	Несъемная дуга-ретенер на верхней челюсти с активаторами (выступы из композитного материала в придесневой части на небной поверхности резцов с целью предупреждения рецидива открытого прикуса и съемная ретенционная каппа на верхней челюсти или съемный ретенционный пластиночный аппарат с целью предупреждения рецидива сужения верхнего зубного ряда и несъемная дуга-ретенер на нижней челюсти с кнопками-шипами на язычной поверхности нижних резцов.
P2	-	Ретенционный аппарат выбран верно для обеих челюстей. Выбор аппаратов логически объяснен
P1	-	Ответ не полный. Ретенционный аппарат выбран верно для одной челюсти. Выбор аппаратов логически не объяснен
P0	-	Ответ не верный. Ретенционный аппарат выбран не верно

ТА ВОПРОСЫ

овоточивость десен в области нижних передних зубов.

ней трети лица снижена, подбородочная складка резко выражена.

тие в переднем отделе на всю высоту коронок нижних резцов.

ная. Тесное положение в переднем отделе нижнего зубного ряда, трема на верхней челюсти в области зубов 2.2 и 2.

p -108°, ii-aii/me-go - 84°.

лиями формы зубных рядов и аномалиями положения, формы и количества отдельных зубов

дов по сагиттали, в диагнозе не отражена аномалия количества и аномалия формы отдельных зубов

фотопротокол, фотометрия)

на верхнем и нижнем зубных рядах в сочетании с накусочными брекетами

объеме

верно указана их формулировка.

товления диагностических моделей челюстей, фотопротокол

тических моделей челюстей, фотометрия)

2.2 по ортодонтическим показаниям

й силы на этапе нивелирования с целью коррекции окклюзионной плоскости зубного ряда (при разобщении зу

утка и тремы

с вектором II класса)

ция ретенционных аппаратов

будет корректироваться глубокий прикус, способы коррекции дистального прикуса названы верно. Эластики назнач
Логически не объяснено за счет чего будет корректироваться глубокий прикус, способы коррекции дистального при
чего будет корректироваться глубокий прикус, способы коррекции дистального прикуса названы неверно. Эластик

нижней челюсти

НА ВОПРОСЫ

между 1.1 и 2.1. Соотношение первых постоянных моляров справа по II классу Энгля, соотношение первых постоянных моляров слева по II классу Энгля, на буграх молочных нижних клыков отсутствует физиологическая стираемость. Зубы 1.2, 2.2 – небное положение, зуб 5.5 был удален два года назад по поводу осложнения кариеса

положения отдельных зубов

идов по сагиттали и вертикали

оценка жевательной эффективности, фотопротокол)

ую пищу, выполняя примерно одинаковое количество жевательных движений на правой и левой сторонах

и обьеме

верно указана их формулировка.

отовления диагностических моделей челюстей, фотопротокол

стических моделей челюстей, оценка жевательной эффективности)

ой коррекции уздечки верхней губы

ТВО жевательных движений на правой и левой сторонах во время еды

ей модели с последующим изготовлением СПА в зуботехнической лаборатории

кость с накусочной площадкой в переднем отделе с целью разобщения зубных рядов и коррекции глубокого тракускусственным зубом в области 2.1 с целью удержания места.

посещения врача ортодонта и правилах использования съемного аппарата

ного ретенционного пластиночного аппарата

ПОНЯТИЕ СПА И МЕХАНИЗМ ИХ ДЕЙСТВИЯ

менты СПА перечислены не полностью, механизм их действия не описан

ы, механизм их действия не описан

енными зубами в области 1.5, 2.1

ппарате

А ВОПРОСЫ

донтической подготовки к протезированию.

носогубные складки сглажены, подбородочная складка выражена.

ссу Энгля. Дизокклюзия в переднем отделе по сагиттали 4 мм. Щечные бугры нижних зубов в боковом отделе слезно-аппетитовидная. Центральная линия нижнего зубного ряда смещена влево на 2 мм. Зубы 1.5, 2.4, 3.4., 4.4., 4.5. – тортоа

истопия, ретенция. Корни зубов 6.1, 7.1, 8.5 резорбированы более $\frac{1}{2}$ длины корня.

ванию отростка верхней челюсти

огнатия, нижнечелюстная микрогнатия, уменьшение угла нижней челюсти, уменьшение межчелюстного угла.

прикусом в боковом отделе слева, открытым прикусом в переднем отделе, аномалиями формы зубных рядов и аномалиями положения зубов в трансверзальной и вертикальной плоскостях, в диагнозе не отражена аномалия количества и сроков прорезывания

оценка положения головок ВНЧС на компьютерной томографии, фотопротокол, фотометрия)

на верхнем и нижнем зубных рядах в сочетании с хирургическим раскрытием ретенированного 1.3 и постановка е

объеме
ерно указана их формулировка.

товления диагностических моделей челюстей, фотопротокол

тических моделей челюстей, оценка положения головок ВНЧС на компьютерной томографии, фотометрия)

в 1.8,2.8.,3.8,4.8; 6.1,7.1, 8.5

ета от бокового резца 2.2 на клык 2.3; фиксация брекетов от 1.3 и 2.3 на зубы 1.4 и 2.4 соответственно

нопки и постановка клыка в зубной ряд. После прорезывания зуба – снятие ортодонтической кнопки и фиксация б

ов и моляров нижней челюсти слева и наложение межчелюстных эластиков перекрестного прикуса на брекет

3 и 2.3 на место боковых резцов, а зубов 1.4, 2.4 на место клыков, закрытие трем и диастемы

ной линии нижнего зубного ряда, которая смещена влево на 2 мм за счет удаления молочного моляра справа; пер

елюсти в области 3.2, 4.2, 4.5

челюсть временными коронками с опорой на имплантаты 3.2, 4.2, 4.5

)

ция ретенционных аппаратов

челюсть постоянными коронками с опорой на имплантаты 3.2, 4.2, 4.5

ле замены коронок

будет корректироваться дистальный и открытый прикусы, способы коррекции перекрестного прикуса названы верно

е точно объяснено за счет чего будет корректироваться дистальный и открытый прикусы, способы коррекции перекрестного прикуса названы верно

чего будет корректироваться дистальный и открытый прикусы, способы коррекции перекрестного прикуса названы верно

нижней челюсти. При необходимости замена ретенционного аппарата на нижней челюсти после замены коронок
ата на нижней челюсти

А ВОПРОСЫ

аются, ротовое дыхание, профиль лица выпуклый, носогубные складки сглажены, подбородочная складка выражена
ессу Энгля. Дизокклюзия в переднем отделе по вертикали 4 мм, по сагиттали 3 мм. Щечные бугры нижних зубов в бо
рхней челюсти. Тесное положение зубов в переднем отделе нижней челюсти.

.3,4.4,4.5, 4.7,4.8 в костной ткани.

алиями формы зубных рядов и аномалиями положения отдельных зубов. Инфальтивный тип глотания

цов в вертикальной плоскости, не отражен тип глотания

фотопротокол, фотометрия)

ции положения языка

объеме

ерно указана их формулировка.

товления диагностических моделей челюстей, фотопротокол

тических моделей челюстей, оценка заключения смежных специалистов (лор-врач и логопед), фотопротокол, фото

й модели с последующим изготовлением СПА в зуботехнической лаборатории

сть с накусочными площадками в боковых отделах с целью разобщения зубных рядов и предупреждения блокир
гиттальным распилом и винтом для расширения верхнего зубного ряда в боковых отделах, заслонкой для языка в б

сещения врача ортодонта и правилах использования съемного аппарата

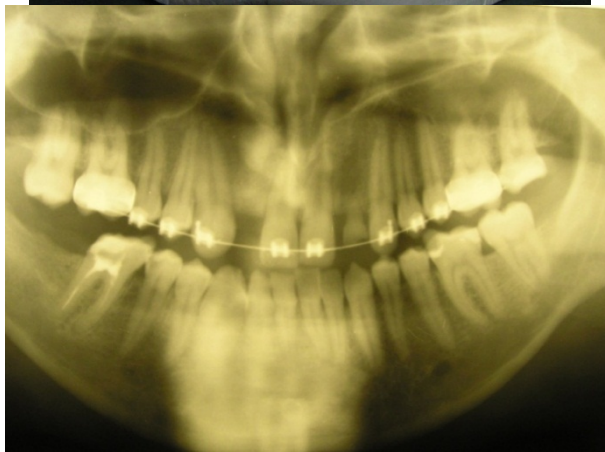
ого ретенционного пластиночного аппарата

будет корректироваться сужение верхнего зубного ряда, способы коррекции протрузии верхних резцов названы вер
е точно объяснено за счет чего будет корректироваться сужение верхнего зубного ряда, способы коррекции протру
чего будет корректироваться сужение верхнего зубного ряда, способы коррекции протрузии верхних резцов описан

в базисе аппарата

НА ВОПРОСЫ

ие промежутков между передними зубами верхней челюсти.
гствуется I кл. Энгля, глубокое резцовое перекрытие. Имеются аномалии положения отдельных зубов: диастема на ве
ых рядов верхней и нижней челюстей. Отсутствие зуба 4.7. Атрофия альвеолярной части в области отсутствующе
уба.



обработан более $\frac{1}{2}$ длины корня; супраположение зуба 1.7; на верхнем зубном ряду зафиксирована брекет-система

ения отдельных зубов, деформациями зубных рядов

х зубов и сопутствующий диагноз деформации зубных рядов

, рентгеноцефалометрическая диагностика, оценка положения головок ВНЧС на компьютерной томографии, фото

ого лечения зуба 4.6 с последующим протезированием временной коронкой на период ортодонтического лечения у

(брекет-системы) на верхнем и нижнем зубных рядах в сочетании с микроимплантатами

м объеме

еверно указана их формулировка.

готовления диагностических моделей челюстей, фотопротокол

стических моделей челюстей, рентгеноцефалометрическая диагностика, оценка положения головок ВНЧС на ком

а 6.2

ого лечения зуба 4.6 и подготовки к последующему протезированию

зуб 4.6 временной коронкой на период ортодонтического лечения

й и небной сторон, фиксация ортодонтической кнопки на небную поверхность зуба 1.7, фиксация эластической тя

овых пружин в области 1.2 и 2.2 с целью закрытия трем и диастемы и подготовки к протезированию верхней чел

нтации верхней челюсти в области 1.2 и 2.2 -направление пациента к врачу стоматологу-хирургу с целью имплант

ть верхнюю и нижнюю челюсть временными коронками с опорой на имплантаты в области 1.2, 2.2, 4.7

ациента к врачу стоматологу хирургу с целью выкручивания микроимплантатов

ов)

ция ретенционных аппаратов

ю и нижнюю челюсть постоянными коронками с опорой на имплантаты в области 1.2, 2.2, 4.7; протезировать зуб

осле постоянного протезирования

тая подготовка к протезированию на верхней и нижней челюсти. Описана область установки микроимплантатов
Поэтапно не описана ортодонтическая подготовка к протезированию на верхней и нижней челюсти. Не точно описана ортодонтическая подготовка к протезированию на верхней и нижней челюсти. Не описана область установки микроимплантатов

а нижней челюсти. При необходимости замена ретенционного аппарата на верхней челюсти после постоянного протезирования ретенционного аппарата на верхней челюсти

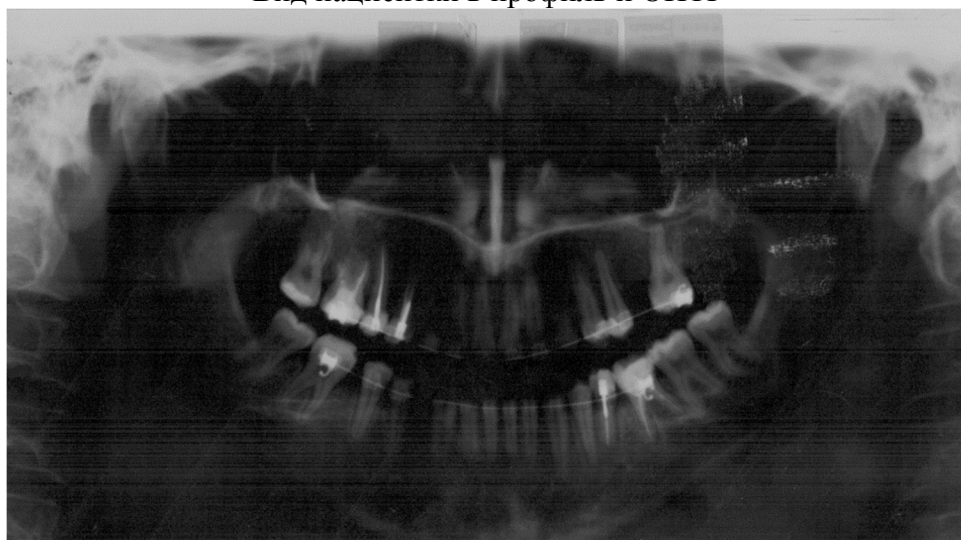
НА ВОПРОСЫ

между 4.3 и 4.4.

Энгля. Смыкание клыков соответствует 1 классу Энгля. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти. Степень подвижности. Диастема на верхней челюсти 2 мм. Трема 4.3-4.4 – 6 мм. Тртоаномалии: 1.4, 1.2, 2.1, 2.2, 2.5

ваны. Неравномерная убыль костной ткани в области межзубных перегородок.

Вид пациентки в профиль и ОПТГ





и аномалиями количества и положения отдельных зубов, деформациями зубных рядов

х зубов и сопутствующий диагноз деформации зубных рядов

емы между 4.3 и 4.4

, рентгеноцефалометрическая диагностика, оценка положения головок ВНЧС на компьютерной томографии, оцен

(брекет-системы) на верхнем и нижнем зубных рядах.

реднего отдела будет неправильным, потому что центральные линии зубных рядов совпадают, а также это приведет к деформации зуба антагониста. Исходя из вышеизложенного самым оптимальным способом будет мезиальное перемещение премоляров и объема. Способы устранения тремы между 4.3 и 4.4 предложены верно, каждый из них описан подробно. Верно указана их формулировка. Способы устранения тремы между 4.3 и 4.4 предложены в не полном объеме

отовления диагностических моделей челюстей, фотопротокол

эластических моделей челюстей, рентгеноцефалометрическая диагностика, оценка положения головок ВНЧС на компьютерных моделях.

ов 5.3 и 6.3

с целью нивелирования мезиального наклона 2.7 и ортодонтической подготовки к протезированию верхней челюсти и нижней челюсти.

4 с целью сохранения места для протезирования верхней челюсти в области 1.3 и 2.3

и с помощью эластической тяги

повой пружины между 4.6 и 4.5 и наложение эластической тяги с целью мезиального перемещения премоляров, за счет чего создается место для протезирования.

области 1.3, 2.3, 2.6 и нижней челюсти справа

ь верхнюю челюсть временными коронками с опорой на имплантаты в области 1.3, 2.3, 2.6 и нижнюю челюсть между 4.5 и 4.6 (рис. 1.3, 1.4).

ов)

ация ретенционных аппаратов

о челюсть постоянными коронками с опорой на имплантаты в области 1.3, 2.3, 2.6 и нижнюю челюсть между 4.5 и 4.6 (рис. 1.3, 1.4).

осле постоянного протезирования

ая подготовка к протезированию на верхней и нижней челюсти.

Поэтапно не описана ортодонтическая подготовка к протезированию на верхней и нижней челюсти.

ическая подготовка к протезированию на верхней и нижней челюсти.

и нижней челюсти. При необходимости замена ретенционного аппарата на верхней челюсти после постоянного протезирования.

рата на верхней челюсти

НА ВОПРОСЫ

бов.

жены. При глотании и речи прокладывает кончик языка между передними зубами. Моляры смыкаются по типу 1 класса.

коронки моляров верхней челюсти. Трапециевидная форма зубных дуг верхней и нижней челюстей. Тесное положение зубов.

ического отдела лицевого скелета в переднем отделе, недоразвитие альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей.



кусом в боковых отделах справа и слева, аномалиями формы зубных рядов и аномалиями положения отдельных зубов
рядов по трансверзали

диагностических моделей челюстей, фотопротокол, фотометрия)

расширения верхнего зубного ряда. Ориентировочный срок лечения 3-4 месяца

) на верхнем и нижнем зубных рядах в сочетании с микроимплантатами

м объеме. Способ расширения верхнего зубного ряда предложен верно, назначена миогимнастика
верно указана их формулировка. Не описан способ расширения верхнего зубного ряда, не назначена миогимнастика

сан способ расширения верхнего зубного ряда, не назначена миогимнастика

готовления диагностических моделей челюстей, фотопротокол

зачатков 1.8,2.8,3.8,4.8, оценка положения головок ВНЧС, биометрическое изучение диагностических моделей че

верхнего зубного ряда (АБНР или Quad Helix) Ориентировочный срок лечения 3-4 месяца

иксировать небную дугу (аппарат Гожгариана) после расширения верхнего зубного ряда, так как он будет препятст
из объективно: жевательные поверхности боковых зубов стерты до половины коронки). Для сохранения полученной

ционирование брекетов в переднем отделе верхней челюсти)

ах с целью нивелирования открытого прикуса путем интрузии моляров, а также с целью создания возможности пр
6 и 2.6-2.7 только с вестибулярной стороны с целью внедрения этих зубов и дополнительного расширения верхне
6 и 4.6-4.7 с вестибулярной и язычной стороны с целью внедрения этих зубов

предупреждения прокладывания языка между зубами

а этапе нивелирования

ов)

гатов и коррекции десневого края в области моляров верхней и нижней челюсти с целью удлинения клинической л

сация ретенционных аппаратов

сь 1.7,1.6,2.6,2.7,3.7,3.6,4.6,4.7

тая подготовка к протезированию на верхней и нижней челюсти. Описан план лечения с помощью микроимплантато

Поэтапно не описана ортодонтическая подготовка к протезированию на верхней и нижней челюсти. План лечения

гическая подготовка к протезированию на верхней и нижней челюсти. План лечения с помощью микроимплантатов

мпозитного материала в придесневой части на небной поверхности резцов с целью предупреждения рецидива от
зубного ряда и несъемная дуга-ретенер на нижней челюсти с кнопками-шипами на язычной поверхности нижних р

рата на верхней челюсти

Ы НА ВОПРОСЫ

бов.
ролога.
е слева). Моляры контактируют по типу 1 класса Энгля. Резцы верхней и нижней челюстей контактируют режущим
зубы верхней челюсти слева.

4.2.
етка верхней челюсти слева.



омалиями формы зубных рядов, аномалиями количества и положения отдельных зубов.

е секторальным распилом и винтом на верхней челюсти.

челюсть искусственными коронками с опорой на имплантаты.

м объеме.

верно указана их формулировка.

готовления диагностических моделей челюстей, фотопротокол, направление на компьютерную томографию зубных

люсть.

периоде с добавлением в конструкцию искусственных зубов с целью удержания места в области отсутствующих зу

ость с искусственными зубами с целью удержания места в области отсутствующих зубов.При необходимости - замен

й.

кнюю челюсти.

ВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

убов.

на. Моляры смыкаются по типу 2 класса Энгля. Сагиттальная резцовая дизокклюзия 3 мм. Сужение зубных дуг вер

ера тела нижней челюсти, увеличение угла наклона резцов верхней челюсти, уменьшение угла наклона резцов ниж





ле, аномалиями формы зубных рядов, аномалиями положения отдельных зубов.

или небного бюгеля (аппарат Гожгариана)

системы) на верхнем и нижнем зубных рядах. В процессе лечения - расширение нижнего зубного ряда с помощью
использование микроимплантов в боковых отделах верхней челюсти с целью интрузии боковых зубов и, тем самым,

полном объеме.

или неверно указана их формулировка.

целью изготовления диагностических моделей челюстей, фотопротокол, направление на компьютерную томографию

е периода роста по данным ТРГ в боковой проекции или по рентгенограмме кисти)

стиков II класса

класса с помощью аппарата Гербста или использование микроимплантов на верхней челюсти с целью интрузии бо

чет чего будет корректироваться аномалия, способы её нивелирования названы верно и в полном объеме.

ействий. Логически не объяснено за счет чего будет корректироваться аномалия, способы её нивелирования назва

онная дуга на нижнюю челюсть

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	011
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 11 лет обратилась с жалобами на неправильное положение зубов верхней челюсти и выступание нижней челюсти. Объективно: профиль лица вогнутый, носогубные складки выражены, подбородочная складка сглажена. Моляры смыкаются по типу 3 класса Энгля. Резцы нижней челюсти перекрывают резцы верхней челюсти на 1/3 высоты коронки. Обратная сагиттальная дизокклюзия 5 мм. Зубы нижней челюсти перекрывают зубы верхней челюсти на всем протяжении зубного ряда. Сужение зубного ряда верхней челюсти. Трапециевидная форма зубного ряда нижней челюсти. Вестибулярное положение клыков верхней челюсти. Тесное положение зубов нижней челюсти в переднем отделе. По данным телерентгенографии: увеличение размера тела и угла нижней челюсти, дистальное смещение верхней челюсти, увеличение высоты переднего отдела гнатической части лицевого скелета, уменьшение наклона резцов нижней челюсти. 
В	1	Назначьте дополнительные исследования.

Э	-	Биометрическое изучение диагностических моделей челюстей Компьютерная томография зубных рядов и ВНЧС Фотопротокол и фотометрия
P2	-	Дополнительные исследования назначены верно.
P1	-	Дополнительные исследования назначены неполностью.
P0	-	Дополнительные исследования назначены неверно.
В	2	Поставьте диагноз
Э	-	Мезиальный прикус, осложненный двусторонним буккальным перекрестным прикусом, обратной резцовой дизокклюзией, аномалиями формы зубных рядов, аномалиями положения отдельных зубов
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью, неверно определен основной диагноз, неверно определено соотношение зубных рядов по трансверзали.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Составьте план ортодонтического лечения.
Э	-	1) Расширение верхнего зубного ряда с помощью аппарата быстрого небного расширения. 2) Лечение с помощью несъемной программируемой техники (брекет-системы) на верхнем и нижнем зубных рядах. В процессе лечения - использование лицевой маски с целью стимуляции роста верхней челюсти и перемещения верхнего зубного ряда вперед. 3) Ориентировочный срок лечения 2 года 4) Ретенционный период 3 года.
P2	-	Ответ верный. Весь план ортодонтического лечения составлен верно, в полном объеме.
P1	-	Ответ не полный. Не все этапы ортодонтического лечения перечислены или неверно указана их формулировка.
P0	-	Ответ неверный. План ортодонтического лечения составлен неверно.

В	4	Опишите последовательность Ваших действий.
Э	-	1) Снятие диагностических оттисков с верхней и нижней челюстей с целью изготовления диагностических моделей челюстей, фотопротокол, направление на компьютерную томографию зубных рядов и ВНЧС 2) Проведение дополнительной диагностики (биометрическое изучение диагностических моделей челюстей, фотометрия) 3) Припасовка и фиксация аппарата быстрого небного расширения 4) Снятие аппарата для расширения с верхней челюсти и фиксация аппарата на верхнюю челюсть после её расширения - небная дуга (аппарат Гожгариана) с целью сохранения полученной ширины зубного ряда 5) Фиксация брекет-системы на верхний и нижний зубные ряды 6) На этапе нивелирования возможно использование ранних легких эластиков III класса с целью коррекции аномалии в сагиттальной плоскости 7) На этапе перемещения зубов по дуге - использование лицевой маски с целью перемещения верхнего зубного ряда вперед 8) Этап юстировки (возможно назначение финишных межчелюстных эластиков) 9) Снятие брекет-системы с верхней и нижней челюстей, изготовление и фиксация ретенционных аппаратов 10) Фотопротокол результата лечения
P2	-	Последовательность действий описана верно. Логически объяснено за счет чего будет корректироваться аномалия, способы её нивелирования названы верно и в полном объеме.
P1	-	Последовательность действий описана не по порядку, упущена часть действий. Логически не объяснено за счет чего будет корректироваться аномалия, способы её нивелирования названы в не полном объеме.
P0	-	Последовательность действий описана неверно.
В	5	Выберите ретенционный аппарат.
Э	-	Съемная ретенционная каппа на верхнюю челюсть и несъемная ретенционная дуга на нижнюю челюсть
P2	-	Ретенционный аппарат выбран верно для обеих челюстей.
P1	-	Ответ не полный. Ретенционный аппарат выбран для одной челюсти.
P0	-	Ответ не верный. Ретенционный аппарат выбран не верно

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	012
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 14 лет обратилась с жалобами на отсутствие зубов нижней челюсти в переднем отделе. Объективно: профиль лица прямой. Резцы верхней челюсти перекрывают боковые резцы нижней челюсти на ½ высоты коронки. Форма зубных дуг соответствует норме. Адентия центральных резцов нижней челюсти. Микроденция боковых резцов верхней челюсти. Промежутки между резцами верхней челюсти 1-1,5 мм. 4.6 ранее удален по поводу осложнения кариеса. Тортоаномалии премоляров верхней и нижней челюсти. Зубная формула: 7654321 1234567 7054320 0234567 По данным ортопантомографии: изменений в тканях пародонта нет. 

		
В	1	Назначьте дополнительные исследования.
Э	-	Биометрическое изучение диагностических моделей челюстей Компьютерная томография зубных рядов и ВНЧС Фотопротокол и фотометрия
P2	-	Дополнительные исследования назначены верно.
P1	-	Дополнительные исследования назначены неполностью.
P0	-	Дополнительные исследования назначены неверно.
В	2	Поставьте диагноз
Э	-	Аномалии размера, количества и положения отдельных зубов. Частичная потеря зубов, односторонний включенный дефект, ограниченный зубами 4.5 и 4.7
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Составьте план ортодонтического лечения.

Э	-	1) Ортодонтическое лечение с помощью несъёмной программированной техники (брекет-системы) на верхнем и нижнем зубных рядах 2) В процессе лечения - перемещение боковых резцов нижней челюсти на место центральных резцов, создание места для последующего протезирования с опорой на имплантаты в области боковых резцов нижней челюсти. 3) Создание полноценного места для керамических реставраций зубов 1.2 и 2.2 4) Ориентировочный период лечения 1,5 года 5) Ретенционный период 3 года. 6) По достижению 18-летнего возраста - протезировать нижнюю челюсть искусственными коронками с опорой на имплантаты в области зубов 3.2, 4.2, 4.6.
P2	-	Ответ верный. Весь план ортодонтического лечения составлен верно, в полном объеме.
P1	-	Ответ не полный. Не все этапы ортодонтического лечения перечислены или неверно указана их формулировка.
P0	-	Ответ неверный. План ортодонтического лечения составлен неверно.
В	4	Опишите последовательность Ваших действий.

Э	-	1) Снятие диагностических оттисков с верхней и нижней челюстей с целью изготовления диагностических моделей челюстей, фотопротокол, направление на компьютерную томографию зубных рядов и ВНЧС 2) Проведение дополнительной диагностики (биометрическое изучение диагностических моделей челюстей, фотометрия) 3) Фиксация брекет-системы на верхний и нижний зубные ряды 4) На этапе перемещения зубов по дуге - перемещение боковых резцов на место центральных резцов. Создание места для проведения имплантации в области зубов 3.2, 4.2. 5) Создание оптимального места для последующих керамических реставраций (восстановление полноценной ширины клинической коронки) зубов 1.2, 2.2. 6) Этап юстировки (возможно назначение финишных межчелюстных эластиков) 7) Снятие брекет-системы с верхней и нижней челюстей, изготовление и фиксация ретенционных аппаратов 8) Фотопротокол результата лечения 9) По достижению 18-летнего возраста - протезировать нижнюю челюсть искусственными коронками с опорой на имплантаты в области зубов 3.2, 4.2, 4.6.
P2	-	Последовательность действий описана верно. Логически объяснено за счет чего будет корректироваться аномалия, способы её нивелирования названы верно и в полном объеме.
P1	-	Последовательность действий описана не по порядку, упущена часть действий. Логически не объяснено за счет чего будет корректироваться аномалия, способы её нивелирования названы в не полном объеме.
P0	-	Последовательность действий описана неверно.
В	5	Выберите ретенционный аппарат.
Э	-	Съемная ретенционная каппа на верхнюю челюсть и несъемная ретенционная дуга на нижнюю челюсть. На ретенционную дугу зафиксировать искусственные зубы 3.2 и 4.2 с целью сохранения места для последующей имплантации. В области отсутствующего зуба 4.6 зафиксировать сегментарную ретенционную дугу с целью сохранения положения зубов.
P2	-	Ретенционный аппарат выбран верно для обеих челюстей.
P1	-	Ответ не полный. Ретенционный аппарат выбран для одной челюсти.
P0	-	Ответ не верный. Ретенционный аппарат выбран не верно

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	013
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 18 лет обратилась с жалобами на нарушение внешнего вида и неправильное положение зубов. Объективно: профиль лица прямой, асимметрия лица. Смыкание моляров справа по 1 классу Энгля, слева по 2 классу Энгля. Резцы верхней и нижней челюстей контактируют режущими краями. Зубы нижней челюсти перекрывают зубы верхней челюсти в боковом отделе слева, а справа смыкаются без перекрытия. Средняя линия зубного ряда нижней челюсти смещена влево на 4 мм. Симметричное сужение зубной дуги верхней челюсти. Тесное положение зубов верхней и нижней челюстей. Адентия вторых премоляров верхней челюсти. Зубная формула: 7604321 1234067 7654321 1234567 По данным телерентгенограммы в прямой проекции: увеличение размера тела и ветви нижней челюсти справа. По данным томограммы ВНЧС изменений нет.   
В	1	Назначьте дополнительные исследования.

Э	-	Биометрическое изучение диагностических моделей челюстей, изучение моделей челюстей в артикуляторе Компьютерная томография зубных рядов и ВНЧС Фотопротокол и фотометрия
P2	-	Дополнительные исследования назначены верно.
P1	-	Дополнительные исследования назначены неполностью.
P0	-	Дополнительные исследования назначены неверно.
В	2	Поставьте диагноз
Э	-	Двусторонний буккальный перекрестный прикус, осложнённый прямым прикусом в переднем отделе, аномалиями формы зубных рядов, аномалиями количества и положения отдельных зубов
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью, неверно определено соотношение зубных рядов по сагиттали и трансверзали
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Составьте план ортодонтического лечения.
Э	-	1) Консультация челюстно-лицевого хирурга с целью планирования хирургической коррекции соотношения челюстей 2) По данным КЛКТ - при наличии зачатков третьих моляров - направление к хирургу стоматологу с целью удаления третьих моляров 3) Ортодонтическая подготовка с помощью несъёмной программированной техники (брекет-системы) на верхнем и нижнем зубных рядах с целью нивелирования зубных рядов. Ориентировочный срок 1 год. 4) Хирургическая коррекция соотношения челюстей (мультисегментарная остеотомия верхней челюсти со смещением вперед и расширением по трансверзали, остеотомия нижней челюсти со смещением назад, по показаниям - гениопластика). 5) Продолжение ортодонтического лечения с целью достижения множественных окклюзионных контактов. Ориентировочный срок 6-8 месяцев. 6) Ретенционный период 3 года.

P2	-	Ответ верный. Весь план ортодонтического лечения составлен верно, в полном объеме.
P1	-	Ответ не полный. Не все этапы комбинированного лечения перечислены или неверно указана их формулировка.
P0	-	Ответ неверный. План ортодонтического лечения составлен неверно.
B	4	Опишите последовательность Ваших действий.
Э	-	1) Снятие диагностических оттисков с верхней и нижней челюстей с целью изготовления диагностических моделей челюстей, фотопротокол, направление на компьютерную томографию зубных рядов и ВНЧС 2) Проведение дополнительной диагностики (биометрическое изучение диагностических моделей челюстей, фотометрия) 3) Совместная консультация с челюстно-лицевым хирургом для планирования хирургической коррекции соотношения челюстей 4) Удаление верхних и нижних третьих моляров, в случае их наличия. 5) Фиксация брекет-системы на верхний и нижний зубные ряды 6) По окончании этапов нивелирования и перемещения зубов по дуге - снятие оттисков с верхней и нижней челюстей, заливка моделей в артикуляторе, повторная ТРГ в боковой и прямой проекциях с целью анализа и расчета планируемого объема хирургического вмешательства. 7) Хирургическая коррекция соотношения челюстей в условиях стационара. 8) Продолжение ортодонтического лечения с целью достижения множественных окклюзионных контактов. 7) Снятие брекет-системы с верхней и нижней челюстей, изготовление и фиксация ретенционных аппаратов 8) Фотопротокол результата лечения
P2	-	Последовательность действий описана верно. Логически объяснено за счет чего будет корректироваться аномалия, объяснена последовательность аппаратурно-хирургического метода лечения.
P1	-	Последовательность действий описана не по порядку, упущена часть действий. Логически не объяснено за счет чего будет корректироваться аномалия, способы её нивелирования названы в не полном объеме.
P0	-	Последовательность действий описана неверно.

В	5	Выберите ретенционный аппарат.
Э	-	Съемная ретенционная каппа на верхнюю челюсть и несъемная ретенционная дуга на нижнюю челюсть.
P2	-	Ретенционный аппарат выбран верно для обеих челюстей.
P1	-	Ответ не полный. Ретенционный аппарат выбран для одной челюсти.
P0	-	Ответ не верный. Ретенционный аппарат выбран не верно
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	014
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 16 лет обратилась с жалобами на асимметрию лица, которая была замечена ее родителями при просмотре фотографий. Объективно: Профиль лица прямой, асимметрия нижней и средней третей лица с преобладанием правой стороны. Открывание рта свободное в полном объеме без смещения нижней челюсти. При пальпации и аускультации ВНЧС хруста и щелчков не обнаружено. Моляры смыкаются по 1 классу Энгля. Клыки справа по 3 классу, слева по 1 классу Энгля. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти на 1/8 высоты коронки. Средняя линия зубного ряда нижней челюсти смещена влево на 3 мм. Между премолярами и клыками нижней челюсти справа промежутки от 1 до 3 мм. Тесное положение зубов верхней челюсти в переднем отделе.
В	1	Назначьте дополнительные исследования.
Э	-	Биометрическое изучение диагностических моделей челюстей Компьютерная томография зубных рядов и ВНЧС Фотопротокол и фотометрия
P2	-	Дополнительные исследования назначены верно.
P1	-	Дополнительные исследования назначены неполностью.
P0	-	Дополнительные исследования назначены неверно.

В	2	Поставьте диагноз
Э	-	Аномалии формы зубных рядов, аномалии положения отдельных зубов
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью, неверно определено соотношение зубных рядов по сагиттали.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Составьте план ортодонтического лечения.
Э	-	1) Ортодонтическое лечение с помощью несъёмной программированной техники (брекет-системы) на верхнем и нижнем зубных рядах. Ориентировочный срок 1,5-2 года. 2) На этапе перемещения зубов по дуге - установка микроимпланта в боковом отделе нижней челюсти справа с целью обеспечения абсолютной опоры при перемещении зубов и нормализации средней линии нижнего зубного ряда. 3) Ретенционный период - 3 года.
P2	-	Ответ верный. Весь план ортодонтического лечения составлен верно, в полном объеме.
P1	-	Ответ не полный. Не все этапы ортодонтического лечения перечислены или неверно указана их формулировка.
P0	-	Ответ неверный. План ортодонтического лечения составлен неверно.
В	4	С помощью каких элементов планируется закрытие промежутков между зубами
Э	-	Варианты закрытия промежутков на нижней челюсти: 1) С помощью эластической цепочки 2) С помощью закрывающей пружины 3) С помощью закрывающей петли (на проволочной дуге) 4) Использование проволочной дуги с DKL-петлями. 5) Использование кантиливера. 6) Использование Т-петли.

		Все варианты закрытия промежутков предполагают обеспечение стабилизации первых моляров, так как их соотношение не должно нарушаться.
P2	-	Варианты закрытия промежутков описаны верно, в полном объеме.
P1	-	Варианты закрытия промежутков описаны неполностью.
P0	-	Варианты закрытия промежутков описаны неверно.
B	5	Предложите способы стабилизации положения моляров
Э	-	На верхней челюсти: 1) небный бюгель (аппарат Гожгариана) 2) Использование микроимплантов с жёстким соединением с зубом. 3) Выполнение стоп-изгибов на проволочной дуге. На нижней челюсти: 1) лингвальная дуга 2) Использование микроимплантов (закрытие промежутков с наложением тяги от микроимпланта к перемещаемому зубу) 3) Выполнение стоп-изгибов на проволочной дуге.
P2	-	Способы стабилизации положения моляров описаны верно.
P1	-	Способы стабилизации положения моляров описаны неполностью.
P0	-	Способы стабилизации положения моляров описаны неверно.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	015
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 18 лет обратилась с жалобами на асимметрию лица проявлявшуюся постепенно. Объективно: Профиль лица выпуклый, асимметрия нижней трети лица с преобладанием правой стороны. Открывание рта свободное в полном объеме со смещением нижней челюсти. При пальпации и аускультации ВНЧС определяется щелчок и смещение головки слева. Щечные бугорки зубов нижней челюсти справа перекрывают щечные бугорки зубов антагонистов на участке от 7-х до 3-х зубов. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти на 1/3 высоты коронки. Средняя линия зубного ряда нижней челюсти смещена вправо на 4 мм (при широко открытом рте средние линии верхнего и нижнего зубных рядов совпадают).
В	1	Назначьте дополнительные исследования.
Э	-	Биометрическое изучение диагностических моделей челюстей, изучение моделей челюстей в артикуляторе Компьютерная томография зубных рядов и ВНЧС Фотопротокол и фотометрия
P2	-	Дополнительные исследования назначены верно.
P1	-	Дополнительные исследования назначены неполностью.
P0	-	Дополнительные исследования назначены неверно.
В	2	Поставьте диагноз
Э	-	Односторонний буккальный перекрёстный прикус
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью, неверно определено соотношение зубных рядов по трансверзали.

P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	3	Составьте план ортодонтического лечения.
Э	-	1) На основании данных биометрического изучения диагностических моделей челюстей: в случае определения одностороннего сужения верхней челюсти - планировать расширение верхнего зубного ряда с помощью аппарата QuadHelix или с помощью микроимплантов. 2) Ортодонтическое лечение с помощью несъёмной программированной техники (брекет-системы) на верхнем и нижнем зубных рядах. Ориентировочный срок 1,5-2 года. 3) В процессе лечения - использование эластиков перекрестного прикуса (также возможно использование микроимплантов для устранения перекрестного прикуса) 4) Ретенционный период - 3 года.
P2	-	Ответ верный. Весь план ортодонтического лечения составлен верно, в полном объеме.
P1	-	Ответ не полный. Не все этапы ортодонтического лечения перечислены или неверно указана их формулировка.
P0	-	Ответ неверный. План ортодонтического лечения составлен неверно.
B	4	Укажите способы определения правильного положения нижней челюсти
Э	-	1) Загипсовка гипсовых моделей челюстей в артикулятор с восковыми блоками с разобщением 3 мм (для дифференцирования вынужденного положения нижней челюсти) 2) С помощью листового калибратора 3) С помощью депрограмматора Койса 4) Билатеральное манипулирование (метод Доусона) 5) С помощью миомонитора и диагностической системы K7
P2	-	Способы определения правильного положения нижней челюсти указаны верно, в полном объеме.
P1	-	Указано недостаточное количество способов определения правильного положения нижней челюсти.

P0	-	Способы определения правильного положения нижней челюсти указаны неверно.
B	5	Укажите способы закрепления правильного положения нижней челюсти.
Э	-	1) Анатомическая ретенция - наличие плотных межжюкклюзионных контактов на всем протяжении зубного ряда. При наличии стираемости зубов, несостоятельности пломб и искусственных коронок - показано ортопедическое лечение с целью восстановления полноценной формы коронковой части зубов и восстановления контактов между зубами. При неправильном положении зубов - показано ортодонтическое лечение с целью достижения множественных контактов. 2) Аппаратурный метод ретенции - с помощью двучелюстных позиционеров, съемных ретенционных капп. 3) Причиной нестабильности положения нижней челюсти также может являться дисфункция (дисбаланс) мышечной системы - в таких случаях показаны - центрирующие и релаксирующие сплинты (шины) и миогимнастика.
P2	-	Способы закрепления правильного положения нижней челюсти описаны верно, в полном объеме.
P1	-	Способы закрепления правильного положения нижней челюсти описаны неполностью, логически не объяснены различные методы стабилизации.
P0	-	Способы закрепления правильного положения нижней челюсти описаны неверно.

5. Содержание оценочных средств для промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень ситуационных задач и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: ситуационные задачи по разделам дисциплины.

5.1.1 Ситуационные задачи к зачёту по практике «Производственная (клиническая) практика 3» для оценки компетенций ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9:

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 50 лет обратился с жалобами на травму слизистой оболочки неба резцами нижней челюсти. Головные боли и заложенность ушей. Объективно: Профиль лица выпуклый, подбородочная складка выражена, углы рта опущены. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти на всю длину коронки. На слизистой оболочке твердого неба отпечатки режущих краев зубов нижней челюсти. Оголение корней резцов верхней челюсти на 1/3. Моляры нижней челюсти отсутствуют. Соотношение клыков по II классу Энгля. Тесное положение резцов нижней челюсти в переднем отделе. Язычный наклон премоляров нижней челюсти. При смыкании зубных рядов боковые зубы верхней челюсти отстоят от слизистой оболочки альвеолярного отростка на 3 мм.
В	1	Назначьте дополнительные исследования.
Э	-	Биометрическое изучение диагностических моделей челюстей, изучение моделей челюстей в артикуляторе Компьютерная томография зубных рядов и ВНЧС Фотопротокол и фотометрия
P2	-	Дополнительные исследования назначены верно.
P1	-	Дополнительные исследования назначены неполностью.
P0	-	Дополнительные исследования назначены неверно.
В	2	Поставьте диагноз
Э	-	Дистальный прикус, осложненный глубоким травмирующим прикусом, аномалиями формы зубных рядов, аномалиями положения отдельных зубов. Частичная потеря зубов (двусторонний концевой дефект). Феномен Попова-Годона боковых зубов верхней челюсти. Степень тяжести пародонтита возможно определить только после рентгенологического исследования.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью, не учтена сопутствующая патология.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	3	С какими специалистами необходимо провести консультации.
Э	-	1) Консультация врача-терапевта-пародонтолога с целью возможности проведения пародонтологического лечения. 2) Консультация врача-хирурга-стоматолога с целью определения возможности проведения имплантации в боковых отделах нижней челюсти, а также установки микроимплантов в боковых отделах верхней челюсти для устранения зубоальвеолярного удлинения зубов. 3) Консультация врача-стоматолога-ортопеда с целью определения возможностей рационального протезирования нижней челюсти.
P2	-	Ответ верный. Консультации смежных специалистов определены верно, в полном объеме.
P1	-	Ответ не полный. Консультации смежных специалистов определены неполностью, логически не объяснена необходимость дополнительных консультаций.
P0	-	Ответ неверный. Консультации смежных специалистов определены неверно.
В	4	Составьте план лечения.

Э	-	1) Консультация врача-терапевта-пародонтолога с целью возможности проведения пародонтологического лечения. 2) Консультация врача-хирурга-стоматолога с целью определения возможности проведения имплантации в боковых отделах нижней челюсти, а также установки микроимплантов в боковых отделах верхней челюсти для устранения зубоальвеолярного удлинения зубов. 3) Консультация врача-стоматолога-ортопеда с целью определения возможностей рационального протезирования нижней челюсти. 4) Ортодонтическое лечение с помощью несъемной программированной техники (брекет-системы) на верхнем и нижнем зубных рядах. Ориентировочный срок 1,5 года. 5) На этапе нивелирования - фиксация накусочных брекетов с целью нормализации межальвеолярной высоты и использование ранних слабых эластиков для нормализации кривой Шпее. 6) На этапе нивелирования - установка микроимплантов в боковых отделах верхней челюсти с вестибулярной и небной сторон с целью интрузии боковых зубов. 7) На этапе перемещения зубов по дуге - проведение операции имплантации на нижней челюсти с последующим протезированием временными коронками с целью стабилизации положения нижней челюсти. 8) Ретенционный период. 9) Рациональное протезирование нижней челюсти искусственными коронками с опорой на имплантатах.
P2	-	Ответ верный. Весь план ортодонтического лечения составлен верно, в полном объеме.
P1	-	Ответ не полный. Не учтены этапы проведения лечения смежных специалистов.
P0	-	Ответ неверный. План ортодонтического лечения составлен неверно.
В	5	Укажите способы закрепления правильного положения нижней челюсти.

Э	-	1) Анатомическая ретенция - наличие плотных межжюккюзюонных контактов на всем протяжении зубного ряда. При наличии стираемости зубов, несостоятельности пломб и искусственных коронок или отсутствии зубов - показано ортопедическое лечение с целью восстановления полноценной формы коронковой части зубов и восстановления контактов между зубами. При неправильном положении зубов - показано ортодонтическое лечение с целью достижения множественных контактов. 2) Аппаратурный метод ретенции - с помощью двучелюстных позиционеров, съемных ретенционных капп. 3) Причиной нестабильности положения нижней челюсти также может являться дисфункция (дисбаланс) мышечной системы - в таких случаях показаны - центрирующие и релаксирующие сплинты (шины) и миогимнастика.
P2	-	Способы закрепления правильного положения нижней челюсти описаны верно, в полном объеме.
P1	-	Способы закрепления правильного положения нижней челюсти описаны неполностью, логически не объяснены различные методы стабилизации.
P0	-	Способы закрепления правильного положения нижней челюсти описаны неверно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	002
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Пациентка 15 лет обратилась с жалобами на асимметрию лица, которая была замечена ее родителями при просмотре фотографий. Объективно: Профиль лица вогнутый, асимметрия нижней и средней третей лица с преобладанием правой стороны. Открывание рта свободное в полном объеме, сопровождается смещением нижней челюсти вправо, при этом центральная линия зубного ряда нижней челюсти совпадает со срединной линией лица. При пальпации и аускультации ВНЧС - щелчки в области правого сустава. Моляры справа смыкаются по 3 классу Энгля, слева по 1 классу. Клыки справа по 3 классу, слева по 1 классу Энгля. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти на 1/10 высоты коронки. Средняя линия зубного ряда нижней челюсти смещена влево на 4 мм. Тесное положение зубов верхней и нижней челюсти в передних отделах.
В	1	Предложите дополнительные методы обследования
Э	-	Биометрическое изучение диагностических моделей челюстей, изучение моделей челюстей в артикуляторе Компьютерная томография зубных рядов и ВНЧС Фотопротокол и фотометрия Миомонитор и диагностическая система K7
P2	-	Дополнительные исследования назначены верно.
P1	-	Дополнительные исследования назначены неполностью.
P0	-	Дополнительные исследования назначены неверно.
В	2	Поставьте диагноз
Э	-	Мезиальный прикус, осложненный аномалиями положения отдельных зубов
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью, неверно определено соотношение зубных рядов по сагиттали.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Составьте план ортодонтического лечения.

Э	-	1) На основании данных биометрического изучения диагностических моделей челюстей: в случае определения сужения верхней челюсти - планировать расширение верхнего зубного ряда с помощью аппарата QuadHelix, АБНР или с помощью микроимплантов. 2) На основании изучения моделей челюстей в артикуляторе - при наличии суперконтактов и вынужденного положения нижней челюсти - изготовление позиционирующего спланта (шины). Ориентировочный срок 6 месяцев. 3) Ортодонтическое лечение с помощью несъемной программированной техники (брекет-системы) на верхнем и нижнем зубных рядах. Ориентировочный срок 1,5-2 года. 4) В процессе лечения - возможно использование микроимплантов на нижней челюсти справа с целью дистализации зубного ряда и достижения соотношения моляров по I классу Энгля. 5) Ретенционный период - 3 года.
P2	-	Ответ верный. Весь план ортодонтического лечения составлен верно, в полном объеме.
P1	-	Ответ не полный. Не все этапы ортодонтического лечения перечислены или неверно указана их формулировка.
P0	-	Ответ неверный. План ортодонтического лечения составлен неверно.
В	4	Укажите способы определения правильного положения нижней челюсти
Э	-	1) Загипсовка гипсовых моделей челюстей в артикулятор с восковыми блоками с разобщением 3 мм (для дифференцирования вынужденного положения нижней челюсти) 2) С помощью листового калибратора 3) С помощью депрограмматора Койса 4) Билатеральное манипулирование (метод Доусона) 5) С помощью миомонитора и диагностической системы K7
P2	-	Способы определения правильного положения нижней челюсти указаны верно, в полном объеме.
P1	-	Указано недостаточное количество способов определения правильного положения нижней челюсти.

P0	-	Способы определения правильного положения нижней челюсти указаны неверно.
B	5	Предложите способы стабилизации положения моляров
Э	-	На верхней челюсти: 1) небный бюгель (аппарат Гожгариана) 2) Использование микроимплантов с жёстким соединением с зубом. 3) Выполнение стоп-изгибов на проволочной дуге. На нижней челюсти: 1) лингвальная дуга 2) Использование микроимплантов (закрытие промежутков с наложением тяги от микроимпланта к перемещаемому зубу) 3) Выполнение стоп-изгибов на проволочной дуге.
P2	-	Способы стабилизации положения моляров описаны верно.
P1	-	Способы стабилизации положения моляров описаны неполностью.
P0	-	Способы стабилизации положения моляров описаны неверно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	003
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 18 лет обратилась с жалобами на неправильное положение зубов. Объективно: Профиль лица выпуклый. Открывание рта свободное в полном объеме. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти на 2/3 высоты коронки. Средняя линия зубного ряда нижней челюсти смещена вправо на 4 мм. Протрузия резцов верхней челюсти. Смыкание моляров и клыков – 2 класс Энгля. Форма зубного ряда верхней челюсти – V-образная. Тесное положение зубов в переднем отделе нижней челюсти. Тортоаномалия 3.3, 4.3.
B	1	Предложите дополнительные методы обследования

Э	-	Биометрическое изучение диагностических моделей челюстей, изучение моделей челюстей в артикуляторе Компьютерная томография зубных рядов и ВНЧС Фотопротокол и фотометрия Миомонитор и диагностическая система K7
P2	-	Дополнительные исследования назначены верно.
P1	-	Дополнительные исследования назначены неполностью.
P0	-	Дополнительные исследования назначены неверно.
В	2	Поставьте диагноз
Э	-	Дистальный прикус, осложненный глубоким прикусом, аномалиями формы зубных рядов, аномалиями положения отдельных зубов
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Составьте план ортодонтического лечения.
Э	-	1) РЦМ-диагностика и определение патогенетического фактора формирования дистального прикуса. В случае, если патология обусловлена макро- и/или прогнатией верхней челюсти: необходимо по данным КЛКТ определить возможность дистализации верхнего зубного ряда с помощью микроимплантов. Если данный способ невозможен - удаление зубов 1.4 и 2.4 с последующей ретракцией переднего отдела верхнего зубного ряда. В случае, если дистальный прикус обусловлен ретрогнатией нижней челюсти - провести интрузию боковых зубов верхней челюсти с целью достижения антеропозиции нижней челюсти, или использование аппаратов для коррекции II класса (эластики II класса, а п В случае, если патология обусловлена микрогнатией нижней челюсти - консультация челюстно-лицевого хирурга о возможности проведения компрессионно-дистракционного остеогенеза в области углов нижней челюсти. а) Ортодонтическое лечение с помощью несъемной программной техники (брекет-системы) на верхнем и нижнем зубных рядах. Ориентировочный срок 2 года. Г е

		3) Ретенционный период.
P2	-	Ответ верный. Весь план ортодонтического лечения составлен верно, в полном объеме.
P1	-	Ответ не полный. Не все возможные этапы ортодонтического лечения перечислены или неверно указана их формулировка.
P0	-	Ответ неверный. План ортодонтического лечения составлен неверно.
B	4	Укажите возможные варианты патогенеза данной аномалии прикуса
Э	-	Патогенетические факторы формирования дистального прикуса: - Макрогнатия верхней челюсти - Прогнатия верхней челюсти - Микрогнатия нижней челюсти - Ретрогнатия нижней челюсти - Сочетанные формы
P2	-	Варианты патогенеза данной аномалии прикуса указаны верно, в полном объеме.

P1	-	Варианты патогенеза данной аномалии прикуса указаны не полностью.
P0	-	Варианты патогенеза данной аномалии прикуса указаны неверно.
B	5	Предложите наиболее оптимальные варианты ретенционных аппаратов после завершения лечения
Э	-	1)Двучелюстной позиционер, который обеспечит стабильное положение зубов и стабильное положение нижней челюсти 2) Съёмная ретенционная каппа на верхнюю челюсть и несъёмная ретенционная дуга на нижнюю челюсть
P2	-	Ретенционный аппарат выбран верно для обеих челюстей.
P1	-	Ответ не полный. Ретенционный аппарат выбран для одной челюсти.
P0	-	Ответ не верный. Ретенционный аппарат выбран не верно
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	004
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления зубочелюстно-лицевых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики.
Ф	A/03.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде смены зубов.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 12 лет, обратилась с родителями к стоматологу-ортодонту с жалобами на неправильное положение передних зубов верхней челюсти. Профиль лица выпуклый, губы в состоянии покоя не смыкаются, обнажая режущие края зубов 1.1, 2.1. Открывание рта в полном объеме, патологических щелчков и хрустов в области ВНЧС не обнаружено. Смыкание моляров и клыков – по 2 классу Энгля. Форма зубного ряда верхней челюсти – V-образная, нижней челюсти – трапецевидная. Сагиттальная резцовая дизокклюзия – 8мм. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти на всю высоту коронок. Тесное положение зубов в переднем отделе нижней челюсти. Зуб 4.7 в стадии прорезывания, прорезавшаяся часть коронки имеет язычный наклон.
B	1	Предложите дополнительные методы исследования.

Э	-	Дополнительные методы исследования: биометрические измерения диагностических моделей челюстей, ОПТГ, ТРГ в прямой и боковой проекции, КТ.
P2	-	Перечислены все дополнительные методы обследования.
P1	-	Перечислены не все дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования не перечислены.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Дистальный прикус (K07.20), осложненный чрезмерно глубоким горизонтальным прикусом (K07.22), чрезмерно глубоким вертикальным прикусом (K07.23), смещением зубов (K07.31).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен верно. Не перечислены осложнения основного заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Укажите возможные варианты патогенеза данной аномалии прикуса.
Э	-	На формирование патологии прикуса индивидуума в разные периоды его развития оказывают влияние различные комбинации множества факторов. 1. На момент рождения нижняя челюсть в сравнении с верхней недоразвита и находится в заднем положении (младенческая ретрогения). Во время акта сосания ребенок прикладывает определенные усилия, при этом активные перемещения нижней челюсти стимулируют ее рост и примерно через полгода формируется ортогнатическое соотношение челюстей. При искусственном вскармливании, если отверстие в соске имеет большой диаметр, и ребенок не прикладывает должных усилий, происходит задержка роста нижней челюсти. 2. В норме сосательный рефлекс постепенно угасает. Если этого не происходит по каким-либо причинам, сосание становится вредной привычкой. У детей старше 1,5 лет, сосущих соску, или имеющих привычку сосания различных предметов, пальца, нижней губы, формируется дистальный прикус. Сохранение инфантильного типа глотания, при котором язык упирается и отталкивается от небной поверхности фронтальной группы зубов, и который сопровождается значительным напряжением мимической мускулатуры, способствует протрузии фронтальных зубов, сужению верхней челюсти и формированию дистального прикуса 3. Также значимой причиной формирования дистального прикуса является нарушение носового дыхания. В результате нарушения носового дыхания рот у ребенка все время приоткрыт, нижняя челюсть при этом смещается несколько кзади, язык опускается и не оказывает должного давления на верхнюю челюсть, что вместе с постоянным давлением щек приводит к ее сужению.

		4. Соматические заболевания, рахит, эндокринные нарушения могут влиять на процессы созревания и роста, что в свою очередь нарушает сроки и парность прорезывания зубов, что ведет к их дистопии и ретенции. Это также может вызвать нарушения роста челюстей. Так раннее формирование и прорезывание моляров верхней челюсти относительно моляров нижней челюсти в большинстве случаев приводит к формированию дистального прикуса 5. Разрушение кариозным процессом и преждевременная утрата зубов нижней челюсти замедляет ее нормальное развитие. Следует отметить, что нарушение окклюзионных взаимоотношений в саггитальной плоскости редко бывает изолированным и чаще всего сочетается с аномалиями прикуса в других плоскостях.
P2	-	Ответ верный. Перечислены все возможные варианты патогенеза развития аномалии.
P1	-	Ответ не полный. Перечислены не все возможные варианты патогенеза развития аномалии.
P0	-	Ответ неверный. Не раскрыт патогенез аномалии.
B	4	Составьте план лечения.
Э	-	План лечения: 1. Ортодонтическое лечение провести с использованием несъемной программируемой техники (брекет-система) с целью исправления формы зубных дуг, исправления положения отдельных зубов, нормализации резцового перекрытия, создания фиссурно-бугорковых контактов в боковых отделах. 2. С целью устранения глубокого прикуса на этапе ортодонтического лечения использовать трейнер (или накусочные брекеты/накладки). 3. С целью устранения сагиттальной щели (после проведения дополнительных методов исследования) принять решение о стимуляции роста нижнего зубного ряда с применением аппарата Гербста/ удалении отдельных зубов (1.4,2.4) или дистализации на верхнем зубном ряду с применением микроимплантов. 4. Ориентировочный срок ортодонтического лечения 1,5-2,5 года. 5. Ретенционный период.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью.
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
B	5	Предложите наиболее оптимальные варианты ретенционных аппаратов после завершения лечения.

Э	-	По окончании ортодонтического лечения можно предложить следующие варианты ретенционных аппаратов: 1. При достижении оптимальной глубины перекрытия в переднем отделе – несъемные ретенционные аппараты на верхний и нижний зубные ряды, съемная двучелюстная шина на ночь (шина Damon). 2. Ретенционная капа (или съемный пластиночный аппарат) на верхний зубной ряд на ночь, несъемный ретенционный аппарат на нижний зубной ряд.
P2	-	Ответ верный. Перечислены все виды ретенционных аппаратов.
P1	-	Ответ верный. Перечислены не все варианты ретенционных аппаратов.
P0	-	Ответ неверный. Ретенционные аппараты выбраны неверно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	005
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления зубочелюстно-лицевых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики.
Ф	A/03.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде смены зубов.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 12 лет, обратился с родителями к стоматологу-ортодонту с жалобой на нарушение эстетики лица. Профиль лица вогнутый. Открывание рта в полном объеме, патологических щелчков и хрустов в области ВНЧС не обнаружено. Смыкание моляров – 3 класс Энгля, клыков – 1 класс Энгля. Форма зубных рядов верхней и нижней челюстей – трапецевидная. Вертикальная резцовая дизокклюзия – 3 мм. При сборе анамнеза выявлена вредная привычка прокладывания языка между зубными рядами.
В	1	Предложите дополнительные методы исследования
Э	-	Дополнительные методы исследования: биометрические измерения диагностических моделей челюстей, ОПТГ, ТРГ в прямой и боковой проекции, КТ.
P2	-	Перечислены все дополнительные методы обследования.
P1	-	Перечислены не все дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования не перечислены.
В	2	Поставьте диагноз

Э	-	Мезиальный прикус (K07.21), осложненный открытым прикусом (K07.24).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен верно. Не перечислены осложнения основного заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Укажите возможные варианты патогенеза данной аномалии прикуса
Э	-	Травматический (ложный) открытый прикус возникает в результате действия хронической травмы. Хроническая травма возникает вследствие действия вредных привычек – прокладывания языка между зубными рядами. Мезиальный прикус может также формироваться в результате вредной привычки, генетической предрасположенности. К мезиальному прикусу может привести неправильное вскармливание. В первый год жизни у ребенка сформирован инфантильный тип глотания, нижняя челюсть при сосательных движениях активно двигается, за счет чего активно растет. Если после того, как прорезываются зубы, тип глотания остается инфантильным, то кончик языка упирается в передние зубы, как в преграду, в результате чего нижняя челюсть может выдвигаться вперед.
P2	-	Ответ верный. Перечислены все возможные варианты патогенеза развития аномалии.
P1	-	Ответ не полный. Перечислены не все возможные варианты патогенеза развития аномалии.
P0	-	Ответ неверный. Не раскрыт патогенез аномалии.
В	4	Составьте план лечения..
Э	-	План лечения: 1. Ортодонтическое лечение провести с использованием несъемной программируемой техники (брекет-система) с целью исправления формы зубных дуг, исправления положения отдельных зубов, нормализации резцового перекрытия, создания фиссурно-бугорковых контактов в боковых отделах. 2. Консультация логопеда с целью нормализации положения языка. 3. С целью устранения открытого прикуса на этапе ортодонтического лечения использовать трейнер (шпы/несъемную заслонку для языка). 4. С целью нормализации прикуса (после проведения дополнительных методов исследования) принять решение об использовании лицевой маски с целью стимуляции роста верхней челюсти с низким углом вектора эластической тяги. 5. Ориентировочный срок ортодонтического лечения 1,5-2,5 года. 6. Ретенционный период.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью.
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.

P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
B	5	Предложите наиболее оптимальные варианты ретенционных аппаратов после завершения лечения.
Э	-	По окончании ортодонтического лечения можно предложить следующие варианты ретенционных аппаратов: 1. При достижении оптимальной глубины перекрытия в переднем отделе – несъемные ретенционные аппараты на верхний и нижний зубные ряды, съемная двучелюстная шина на ночь с целью предотвращения рецидива открытого прикуса. 2. Ретенционная капа (или съемный пластиночный аппарат) на верхний зубной ряд на ночь, несъемный ретенционный аппарат на нижний зубной ряд.
P2	-	Ответ верный. Перечислены все виды ретенционных аппаратов.
P1	-	Ответ верный. Перечислены не все варианты ретенционных аппаратов.
P0	-	Ответ неверный. Ретенционные аппараты выбраны неверно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	006
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления зубочелюстно-лицевых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики.
Ф	A/03.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде смены зубов.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 11 лет, обратилась с родителями к стоматологу-ортодонту с жалобами на нарушение эстетики лица, неправильное положение зубов. Профиль лица вогнутый, прогения, открывание рта в полном объеме, патологических щелчков и хрустов в области ВНЧС не выявлено. Смыкание моляров – 3 класс Энгля. Ретрузия резцов нижней челюсти. Тесное положение зубов в переднем отделе нижней челюсти.
B	1	Предложите дополнительные методы исследования.
Э	-	Дополнительные методы исследования: биометрические измерения диагностических моделей челюстей, ОПТГ, ТРГ в прямой и боковой проекции, КТ.
P2	-	Перечислены все дополнительные методы обследования.
P1	-	Перечислены не все дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования не перечислены

В	2	Поставьте диагноз
Э	-	Мезиальный прикус (K07.21), обусловленный прогнатией нижней челюсти (K07.11), скученность (K07.30).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз не полный.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Укажите возможные варианты патогенеза данной аномалии прикуса.
Э	-	- Причиной мезиального прикуса может послужить первичная гиподентия или адентия на верхней челюсти. Отсутствие зачатков задерживает рост верхней челюсти, в результате чего развивается прогеническое соотношение челюстей. При гиперодонтии на нижней челюсти происходит обратный процесс – нижняя челюсть относительно верхней челюсти развивается чрезмерно. Различные аномалии формы зубов – макродентия на нижней челюсти и/или микродентия на верхней челюсти также могут привести к III классу по Э. Энгля. - К мезиальному прикусу может привести неправильное вскармливание. В первый год жизни у ребенка сформирован инфантильный тип глотания, нижняя челюсть при сосательных движениях активно двигается, за счет чего активно растет. Если после того, как прорезываются зубы, тип глотания остается инфантильным, то кончик языка упирается в передние зубы, как в преграду, в результате чего нижняя челюсть может выдвигаться вперед. - Рахит и другие нарушения фосфорно-кальциевого обмена в детском возрасте могут привести к нарушению формирования костей, их минерализации. Это может нарушить рост челюстей, а также сместить сроки прорезывания зубов, послужить причиной несвоевременного прорезывания, их ретенции и дистопии. - Гиперфункция аденогипофиза вызывает чрезмерную секрецию соматотропного гормона. Это приводит к акромегалии, характерным признаком которой является увеличение в размерах нижней челюсти и языка. - При укорочении уздечки языка или ее аномальном прикреплении появляется постоянное патологическое давление на передний отдел нижней челюсти. Макроглоссия также способствует увеличению нижней челюсти. - При увеличении язычной миндалины ребенок, для облегчения прохождения воздуха, вынужден смещать нижнюю челюсть вперед, отводя при этом и корень языка. Это приводит к формированию привычки постоянно выдвигать нижнюю челюсть в переднее положение, и таким образом, возникает мезиальная окклюзия. Чрезмерная функция мышц, выдвигающих нижнюю челюсть, парафункции мышц лица также приводят к антериальному прикусу. - Нарушение физиологической стираемости бугорков молочных клыков в начальном периоде смены зубов, а также супрапозиция резцов нижней челюсти приводят к блоку нижней челюсти в переднем положении.

		- Мезиальное смещение боковых зубов нижней челюсти в следствие разрушения кариозным процессом нижних моляров и поворот по оси нижних резцов приводят к мезиальной окклюзии. Раннее удаление зубов верхней челюсти может послужить причиной задержки её роста.
P2	-	Ответ верный. Перечислены все возможные варианты патогенеза развития аномалии.
P1	-	Ответ не полный. Перечислены не все возможные варианты патогенеза развития аномалии.
P0	-	Ответ неверный. Не раскрыт патогенез аномалии.
B	4	Составьте план лечения.
Э	-	План лечения: 1. С целью нормализации прикуса (после проведения дополнительных методов исследования) принять решение об использовании лицевой маски с целью стимуляции роста верхней челюсти. При невозможности стимуляции роста верхней челюсти отложить ортодонтическое лечение до окончания роста с целью проведения комбинированного лечения (ортодонтическое и хирургическое лечение). 2. Ориентировочный срок ортодонтического лечения 1,5-2,5 года. 3. Ретенционный период.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью.
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
B	5	Предложите наиболее оптимальные варианты ретенционных аппаратов после завершения лечения.
Э	-	По окончании ортодонтического лечения можно предложить следующие варианты ретенционных аппаратов: 1. При достижении оптимальной глубины перекрытия в переднем отделе – несъемные ретенционные аппараты на верхний и нижний зубные ряды. 2. Ретенционная капа (или съемный пластиночный аппарат) на верхний зубной ряд на ночь, несъемный ретенционный аппарат на нижний зубной ряд.
P2	-	Ответ верный. Перечислены все виды ретенционных аппаратов.
P1	-	Ответ верный. Перечислены не все варианты ретенционных аппаратов.
P0	-	Ответ неверный. Ретенционные аппараты выбраны неверно
ид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	007
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления зубочелюстно-лицевых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных и

		реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики.
Ф	A/04.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде постоянных зубов.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 15 лет, обратилась с родителями к стоматологу-ортодонту с жалобами на нарушение эстетики лица, неправильное положение зубов. Профиль лица прямой, увеличение нижней трети лица, вредная привычка – прокладывание языка между центральными резцами. При осмотре полости рта выявлено: смыкание моляров по 3 классу Энгля справа и слева. Резцы на верхней челюсти не имеют контакта с резцами нижней челюсти. Форма верхнего зубного ряда U-образная, форма нижнего зубного ряда трапецевидная. Между зубами 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3 имеются тремы по 2 мм, протрузия зубов 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3. 4.6, 4.5, 3.4, 3.6, 1.4, 1.5 – ретированы.
В	1	Предложите дополнительные методы исследования.
Э	-	Дополнительные методы исследования: биометрические измерения диагностических моделей челюстей, ОПТГ, ТРГ в прямой и боковой проекции, КТ.
P2	-	Перечислены все дополнительные методы обследования.
P1	-	Перечислены не все дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования не перечислены.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Мезиальный прикус (K07.21), осложненный открытым прикусом (K07.24), смещением зубов (K07.31), поворотом (K07.32).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен верно. Не перечислены осложнения основного заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Укажите возможные варианты патогенеза данной аномалии прикуса.
Э	-	Различные аномалии формы зубов – макроденция на нижней челюсти и/или микроденция на верхней челюсти могут привести развитию аномалии по 3 классу Энгля. Если после того, как прорезываются зубы, тип глотания остается инфантильным, то кончик языка упирается в передние зубы, как в преграду, в результате чего нижние зубы отклоняются вперед. В данной ситуации к патологии прикуса привела комбинация двух факторов: несоответствие размеров зубов и вредная привычка прокладывания языка между зубами. Кроме того, возможным фактором развития аномалии явилось укорочение уздечки языка. При укорочении уздечки языка или ее аномальном прикреплении появляется постоянное патологическое

		давление на передний отдел нижней челюсти. Макроглоссия также способствует увеличению нижней челюсти.
P2	-	Ответ верный. Патогенез аномалии прикуса раскрыт полностью.
P1	-	Ответ не полный. Патогенез аномалии раскрыт не до конца.
P0	-	Ответ неверный. Не раскрыт патогенез аномалии.
В	4	Составьте план лечения, укажите аппараты для лечения мезиального прикуса
Э	-	План лечения: 1. Консультация логопеда с целью нормализации положения языка. 2. Ортодонтическое лечение провести с использованием несъемной программируемой техники (брекет-система) с целью исправления формы зубных дуг, исправления положения отдельных зубов, нормализации резцового перекрытия, создания фиссурно-бугорковых контактов в боковых отделах. 3. С целью устранения открытого прикуса на этапе ортодонтического лечения использовать трейнер (шпы/несъемную заслонку для языка). 4. Ориентировочный срок ортодонтического лечения 1,5-2,5 года. 5. По окончании ортодонтического лечения необходимо провести восстановление формы зубов при наличии несоответствия размеров зубов на верхней и нижней челюсти в переднем отделе. 6. Ретенционный период. Аппараты для лечения мезиального прикуса: аппарат Брюкля, капа Шварца, капа Бынина, активатор функции Френкля 3 типа, бионатор Бальтерса, корректор 3 класса, лицевая маска.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью. Перечислены все аппараты для лечения мезиального прикуса.
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью. Перечислены не все аппараты для лечения мезиального прикуса.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен. Не перечислены аппараты для лечения мезиального прикуса.
В	5	Предложите наиболее оптимальные варианты ретенционных аппаратов после завершения лечения
Э	-	По окончании ортодонтического лечения можно предложить следующие варианты ретенционных аппаратов: - При достижении оптимальной глубины перекрытия в переднем отделе – несъемные ретенционные аппараты на верхний и нижний зубные ряды, съемный двучелюстной аппарат на ночь. - Ретенционная капа (или съемный пластиночный аппарат) на верхний зубной ряд на ночь, несъемный ретенционный аппарат на нижний зубной ряд.

P2	-	Ответ верный. Перечислены все виды ретенционных аппаратов.
P1	-	Ответ верный. Перечислены не все варианты ретенционных аппаратов.
P0	-	Ответ неверный. Ретенционные аппараты выбраны неверно
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	008
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления зубочелюстно-лицевых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики.
Ф	A/04.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде постоянных зубов.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 21 год, обратился с жалобами на неправильное положение зубов. Объективно: профиль лица выпуклый, носогубная складка умеренно выражена, кожные покровы без патологических изменений. Открывание рта в полном объеме, со стороны ВНЧС имеются щелчки с обеих сторон при широком открывании рта (из анамнеза: наследственное заболевание суставов). Смыкание моляров справа и слева по 1 классу Энгля, резцовое перекрытие на ½ высоты коронки, форма верхнего зубного ряда трапецевидная, форма нижнего зубного ряда – седловидная, ретрузия нижних резцов. Зубы 1.2 ,2.2 – небный наклон, 1.3, 1.4 , 2.1- тортоаномалия.
В	1	Предложите дополнительные методы исследования.
Э	-	Дополнительные методы исследования: биометрические измерения диагностических моделей челюстей, ТРГ в прямой и боковой проекции, КТ ВНЧС, МРТ ВНЧС.
P2	-	Перечислены все дополнительные методы обследования.
P1	-	Перечислены не все дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования не перечислены.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Дисфункция ВНЧС (K07.61 — «Щёлкающая» челюсть), осложненная глубоким вертикальным перекрытием, смещением зубов (K07.31), поворотом (K07.32).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неверно. Не перечислены осложнения основного заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Укажите возможные варианты патогенеза данной аномалии прикуса

Э	-	Причиной заболевания сустава в данном случае является наследственная предрасположенности к заболеванию сустава. При проведении клинико-генеалогические исследования выдвинуто предположение, согласно которому привычный вывих ВНЧС следует рассматривать как составную часть генерализованной гипермобильности суставов. При перерастежении внутрисуставных связок происходит смещение суставного диска. На ранних стадиях заболевания смещенный диск вправляется при открывании рта; при этом суставной диск со щелчком встает на свое место. При закрывании рта диск снова занимает смещенное положение с повторением щелчка. В патогенезе формирования заболевания сустава также может играть роль патология прикуса как пусковой механизм развития заболевания. Кроме того, небный наклон резцов может вызвать блокировку нижней челюсти в заднем положении с последующим развитием дегенеративных изменений биламинарной зоны и перерастяжением связочного аппарата.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный. Не раскрыт патогенез аномалии.
В	4	Составьте план лечения, укажите аппараты для лечения дистального прикуса
Э	-	План лечения: 1. Ортодонтическое лечение провести с использованием несъемной программируемой техники (брекет-система) с целью исправления формы зубных дуг, исправления положения отдельных зубов, нормализации резцового перекрытия, создания фиссурно-бугорковых контактов в боковых отделах. С целью устранения глубокого прикуса на этапе ортодонтического лечения использовать трейнер (или накусочные брекеты/накладки). 2. С целью нормализации положения сустава возможно применение суставной каппы на этапе ортодонтического лечения. 3. Ориентировочный срок ортодонтического лечения 1,5-2,5 года. 4. Решение вопроса о необходимости протезирования с целью стабилизации контактов. 4. Ретенционный период. Аппараты для лечения дистального прикуса: аппарат Гербста, Твин-блок, аппарат Андресена-Гойпля, активатор функции Френкля 1 и 2 типа, бионатор Бальтерса, лицевая дуга.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью. Перечислены все аппараты для лечения дистального прикуса.
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью. Перечислены не все аппараты для лечения дистального прикуса.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен. Не перечислены аппараты для лечения дистального прикуса.
В	5	Предложите наиболее оптимальные варианты ретенционных аппаратов после завершения лечения

Э	-	По окончании ортодонтического лечения можно предложить следующие варианты ретенционных аппаратов: 1. При достижении оптимальной глубины перекрытия в переднем отделе – несъемные ретенционные аппараты на верхний и нижний зубные ряды. 2. Ретенционная капа (или съемный пластиночный аппарат) на верхний зубной ряд на ночь, несъемный ретенционный аппарат на нижний зубной ряд.
P2	-	Ответ верный. Перечислены все виды ретенционных аппаратов.
P1	-	Ответ верный. Перечислены не все варианты ретенционных аппаратов.
P0	-	Ответ неверный. Ретенционные аппараты выбраны неверно
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	009
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления зубочелюстно-лицевых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики.
Ф	A/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде временных зубов.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 3 года. Высота нижней трети лица уменьшена. Выражены носогубные и подбородочные складки выражены. Кожные покровы сухие. Отсутствует волосяной покров. В полости рта отсутствуют все зубы.
В	1	Проведите дополнительные методы обследования.
Э	-	Дополнительные методы исследования: ОПТГ. Для уточнения диагноза - консультация медицинского генетика стоматологического профиля центра врожденной патологии, составлены медико-генетические карты и построены генеалогические древа по каждому пациенту и членам их семьи.
P2	-	Перечислены все дополнительные методы обследования.
P1	-	Перечислены не все дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования не перечислены.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Ангидротическая эктодермальная дисплазия (Q82.4)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Назначьте лечение

Э	-	1. Специфического лечения данной патологии не существует, терапия сводится к поддержке нормальной жизнедеятельности и профилактике осложнений. Для увлажнения кожи используют специальные фармацевтические или косметологические кремы, аномалии зубов исправляют при помощи протезирования. Из-за нарушения потоотделения крайне опасным становится перегрев, поэтому особую осторожность необходимо проявлять в летние жаркие месяцы. Больных ангидротической эктодермальной дисплазией в этот период желательно содержать в кондиционированном помещении, можно оборачивать влажной простыней для увлажнения, давать обильное питье. Также проводят лечение и профилактику вторичных бактериальных и грибковых инфекций кожи, иммуномодулирующую терапию. Для профилактики глазных нарушений необходимо регулярное использование увлажняющих капель. 2. Ортодонтическое лечение пациентов с ангидротической эктодермальной дисплазией заключается в рациональном протезировании – изготовление съемных пластиночных аппаратов.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
В	4	Назначьте режим диспансерного наблюдения.
Э	-	Частота осмотра ортодонтом 2 раза в год с 3 до 12 лет, один раз в год до 15 лет, дерматологом, окулистом, невропатологом один раз в год.
P2	-	Ответ верный. Режим диспансерного наблюдения пациента описан полностью.
P1	-	Ответ неполный. Режим диспансерного наблюдения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. Режим диспансерного наблюдения пациента не определен.
В	5	Опишите мероприятия, которые будут проводить во время приема в период диспансерного наблюдения.
Э	-	Основные проводимые мероприятия: сохранение временных зубов, восстановление их формы и формы постоянных зубов путем протезирования, замещение дефектов зубных рядов съемными протезами, после предварительной нормализации положения отдельных как постоянных, так и временных зубов с помощью ортодонтических аппаратов. Постепенное повышение высоты прикуса с помощью съемных протезов, сохраняя по возможности п
P2	-	Ответ верный. Мероприятия перечислены верно.
P1	-	Ответ верный. Перечислены не все мероприятия, проводимые во время приема.
P0	-	Ответ неверный.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	010
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления зубочелюстно-лицевых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики;
Ф	A/03.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде смены зубов.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 8 лет. Жалобы на отсутствие в полости рта зуба 3.1. Объективно: Профиль лица выпуклый. Подбородочная складка выражена. Моляры и клыки смыкаются по 1 классу Энгля. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти на 2/3 высоты коронки, режуще-бугорковый контакт отсутствует, сагиттальная щель 4 мм. Зуб 3.1 в полости рта отсутствует. Тремы между резцами нижней челюсти неравномерные. По данным ОПГ зачаток зуба 3.1 отсутствует.
В	1	Предложите дополнительные методы исследования.
Э	-	Дополнительные методы исследования: ТРГ в прямой и боковой проекции, КТ.
P2	-	Перечислены все дополнительные методы обследования.
P1	-	Перечислены не все дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования не перечислены.
В	2	Поставьте диагноз
Э	-	Чрезмерно глубокий горизонтальный прикус (K07.22), чрезмерно глубокий вертикальный прикус (K07.23); частичная адентия
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полно.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Укажите возможные варианты патогенеза данной аномалии прикуса.
Э	-	Причиной формирования глубокого прикуса в данной ситуации послужила адентия 3.1 зуба. В связи с несоответствием размера переднего участка зубной дуги верхней и нижней челюсти происходит потеря режуще-бугоркового контакта. Нарушение контактов между передними зубами обуславливает зубоальвеолярное удлинение в этой области.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.

P0	-	Ответ неверный. Не раскрыт патогенез аномалии.
B	4	Назначьте режим диспансерного наблюдения.
Э	-	При глубоком прикусе частота осмотра ортодонтом один раз в 3 месяца, оториноларингологом, логопедом — по показаниям. Основное внимание следует обращать на: 1) величину и расположение челюстей; 2) соотношение зубных рядов в сагиттальном, вертикальном и трансверсальном направлениях, форму зубоальвеолярных дуг — зубоальвеолярное удлинение в области передних зубов и укорочение в области боковых (контакты режущих краев нижних резцов со скатом дентальных бугров верхних, с коронками зубов в области шеек, с десневым краем, со слизистой оболочкой неба или отсутствие контактов при глубоком резцовом перекрытии); 3) раннее кариозное разрушение коронок боковых зубов, повышенную стираемость зубов, раннюю потерю, ретенцию отдельных зубов, адентию, смещение нижней челюсти; 4) запоздалое прорезывание боковых зубов при раннем прорезывании передних, состояние тканей пародонта, функциональную нагрузку на резцы; 5) форму языка, наличие продольных и поперечных борозд на его спинке, отпечатков коронок зубов. Вредные привычки, бруксизм, укороченная уздечка языка. Заеда в углах рта, нарушение формы губ. Глубина супраментальной борозды, соотношение верхней, средней и нижней частей лица. Нарушение объема головок нижней челюсти в височно-нижнечелюстных суставах. Нарушения функций дыхания, глотания, речи, нарушение осанки.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью.
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
B	5	Опишите мероприятия, которые будут проводить во время приема в период диспансерного наблюдения.
Э	-	Санация полости рта. Восстановление формы коронок разрушенных зубов (особенно боковых) и замещение отсутствующих зубов путем протезирования. Нормализация положения зубов, формы зубных дуг, прикуса, размеров челюстей с помощью ортодонтических аппаратов в зависимости от возраста пациента. Нормализация функций зубочелюстной системы. Применение комплексного лечения (ортодонтические, хирургические, протетические, терапевтические, оториноларингологические мероприятия, лечебная гимнастика и др.).
P2	-	Ответ верный. Перечислены все мероприятия при диспансерном наблюдении.
P1	-	Ответ верный. Перечислены не все мероприятия.
P0	-	Ответ неверный.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	011

Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления зубочелюстно-лицевых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики.
Ф	A/04.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде постоянных зубов.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 55 лет. Обратился с жалобами на прогрессирующее расхождение зубов. Профиль лица прямой. Зубные ряды смыкаются по 1 классу. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти на 1/3 высоты коронки. Множественные тремы между всеми передними зубами верхней и нижней челюстей размером от 1 до 3 мм. Подвижности зубов нет. По данным ОПГ: резорбция костной ткани на 1/3 корня.
В	1	Проведите дополнительные методы обследования.
Э	-	Дополнительные методы исследования: биометрические измерения диагностических моделей челюстей, ТРГ в прямой и боковой проекции, КТ.
P2	-	Перечислены все дополнительные методы обследования.
P1	-	Перечислены не все дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования не перечислены.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Пародонтоз (K05.4), смещение зубов (K07.31), нарушение межзубных промежутков (K07.33).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен верно. Не перечислены сопутствующие заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Назначьте подготовительные мероприятия к лечению.
Э	-	Поскольку сегодня обязательным причинным фактором воспалительно-деструктивных поражений пародонта признан микробный (ВОЗ), то все средства и методы, позволяющие устранить или ослабить его влияние, и составляют этиотропный комплекс. Это: - непосредственное удаление биопленки и твердых зубных отложений - носителей биопленки; - использование средств, подавляющих как созревание биопленки, так и степень ее патогенного влияния на ткани, - антисептиков, а при необходимости - антибиотиков; - обучение гигиене полости рта, контроль за тщательностью ее проведения, что является как самостоятельным методом профилактики, так и обязательным атрибутом на всех этапах лечения воспалительных заболеваний пародонта.
P2	-	Ответ верный. Перечислены все этапы подготовки к лечению.

P1	-	Ответ не полный. Перечислены не все мероприятия.
P0	-	Ответ неверный. Не перечислены этапы подготовки к ортодонтическому лечению.
B	4	Назначьте комплексное лечение.
Э	-	1. Подготовка к ортодонтическому лечению: проведение профессиональной гигиены, лекарственной терапии. При необходимости хирургическая коррекция. Ортодонтическое лечение с использованием несъемной программируемой техники (брекет-система) с целью исправления положения отдельных зубов, создания фиссурно-бугорковых контактов в боковых отделах, устранения травматической окклюзии. На этапе ортодонтического лечения необходимо наблюдение врача-пародонтолога. 3. По окончании ортодонтического лечения необходимо проведение постоянного шинирования.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью.
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
B	5	Выберите ретенционный аппарат.
Э	-	В данной клинической ситуации наиболее рациональным вариантом ретенционного аппарата является несъемный ретенционный аппарат по типу шины или постоянное ортопедическое шинирование. При необходимости проведения хирургической коррекции по окончании ортодонтического лечения необходимо изготовление временной ретенционной капы с последующей заменой на несъемный ретенционный аппарат по окончании хирургического этапа лечения.
P2	-	Ответ верный. Перечислены все виды ретенционных аппаратов.
P1	-	Ответ верный. Перечислены не все варианты ретенционных аппаратов.
P0	-	Ответ неверный. Ретенционные аппараты выбраны неверно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	012
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления зубочелюстно-лицевых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики.
Ф	A/04.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде постоянных зубов.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 34 года. Направлен стоматологом ортопедом для проведения ортодонтического лечения направленного на создание благоприятных условий для протезирования.

		Объективно: Профиль лица выпуклый. Высота нижней трети лица не изменена. Зубные ряды смыкаются по 2 классу Энгля. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти на 2/3 высоты коронки, режуще-бугорковый контакт сохранен. В полости рта отсутствуют зубы 1.6 и 2.6. Расстояние между зубами 1.7 и 1.5 – 5 мм, между зубами 2.7 и 2.5 - 4 мм. Тесное положение зубов верхней челюсти в переднем отделе.
В	1	Проведите дополнительные методы обследования.
Э	-	Дополнительные методы исследования: биометрические измерения диагностических моделей челюстей, ОПТГ, ТРГ в прямой и боковой проекции, КТ.
P2	-	Перечислены все дополнительные методы обследования.
P1	-	Перечислены не все дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования не перечислены
В	2	Поставьте диагноз
Э	-	Дистальный прикус (K07.20), осложненный глубоким резцовым перекрытием, смещением зубов (K07.31), скученностью (K07.30).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен верно. Не перечислены осложнения основного заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Предложите возможные варианты лечения.
Э	-	Возможные варианты лечения: 1. Ортодонтическое лечение с использованием несъемной программируемой техники (брекет-система) и микроимплантов с целью исправления положения отдельных зубов, нормализации резцового перекрытия, создания фиссурно-бугорковых контактов в боковых отделах, создания места для рационального протезирования в области отсутствующих 1.6,2.6 зубов, нормализации прикуса. 2. При наличии интактных зубов 1.8, 2.8, их правильной формы, можно провести ортодонтическое лечение с использованием несъемной программируемой техники (брекет-система) с целью исправления положения отдельных зубов, нормализации резцового перекрытия, создания фиссурно-бугорковых контактов в боковых отделах, закрытия постэкстракционных промежутков. При этом зубы 1.8, 2.8 мезиализируются на место зубов 1.7,2.7, а зубы 1.7,2.7 – на место 1.6, 2.6.
P2	-	Ответ верный. Перечислены все возможные варианты лечения пациента.
P1	-	Ответ не полный, приведен только один вариант лечения пациента.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Выберите вариант анкера.

Э	-	В данной клинической ситуации при создании места для рационального протезирования в области отсутствующих 1.6, 2.6 необходимо в качестве опоры применение микроимплантатов, фиксированных либо в ретромолярную область, либо в межкорневую область, с целью дистализации предотвращения нежелательного наклона и смещения передней группы зубов вестибулярно. В случае выбора варианта лечения при закрытии постэкстракционных промежутков может возникнуть необходимость применения микроимплантов для дифференцированного закрытия промежутков в области удаленных зубов.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный. Описан один вариант анкеража.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Выберите ретенционный аппарат.
Э	-	По окончании ортодонтического лечения можно предложить следующие варианты ретенционных аппаратов: - При достижении оптимальной глубины перекрытия в переднем отделе – несъемные ретенционные аппараты на верхний и нижний зубные ряды. - Ретенционная капа (или съемный пластиночный аппарат) на верхний зубной ряд на ночь, несъемный ретенционный аппарат на нижний зубной ряд.
P2	-	Ответ верный. Перечислены все виды ретенционных аппаратов.
P1	-	Ответ верный. Перечислены не все варианты ретенционных аппаратов.
P0	-	Ответ неверный. Ретенционные аппараты выбраны неверно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	013
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления зубочелюстно-лицевых аномалий и постановки диагноза с учетом периода развития зубочелюстной системы, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики.
Ф	A/03.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в периоде смены зубов.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 13 лет. Обратился с жалобами на отклеивание брекета от зуба 1.4. В клинику пришел без сопровождения родителей. С его слов проходит лечение в другой клинике, но врач не может его принять по личным обстоятельствам. Сопроводительных документов от врача не

		имеет. Обратился с просьбой подклеить брекет и провести плановый прием.
В	1	Опишите Ваши действия.
Э	-	В данной клинической ситуации врач не имеет право принимать несовершеннолетнего пациента без сопровождения родителей.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неверный.
В	2	Опишите Ваши действия, в случае если пациент пришел с родителями.
Э	-	В случае, когда пациент пришел на прием с родителями необходимо подписать юридические документы и оказать помощь в рамках подклейки брекета.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неверный.
В	3	Перечислите медицинскую и правовую документацию, которую необходимо оформить для проведения ортодонтических мероприятий в данном случае.
Э	-	При приеме пациента в данной ситуации необходимо оформить следующую документацию: 1. Анкета о состоянии здоровья ребенка для родителей. 2. Информированное добровольное согласие на ортодонтическое лечение. 3. Договор на оказание платных медицинских услуг несовершеннолетним до 18 лет 4. Акт сдачи-приемки оказанных платных медицинских услуг этапный
P2	-	Ответ верный. Перечислены все документы.
P1	-	Ответ не полный. Перечислены не все документы.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Предложите родителям пациента возможный выход из ситуации.
Э	-	В данной ситуации возможным выходом из ситуации является подклейка брекета с дальнейшим продолжением ортодонтического лечения у лечащего врача. При невозможности продолжения ортодонтического лечения у своего врача необходимо расторгнуть договор с клиникой, получить выписку из медицинской карты ортодонтического пациента для продолжения ортодонтического лечения в новой клинике с заключением договора.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Опишите деонтологические проблемы возникающие в предложенном случае.

Э	-	В данной ситуации могут возникнуть проблемы во взаимодействии «врач-врач» и «врач-пациент». При приеме пациента в данной ситуации врач наблюдает пациента на этапе ортодонтического лечения и не может сделать выводы о причинах поломки аппаратуры и эффективности проводимых мероприятий. Врач в полной мере не может ответить на вопросы пациента о качестве проводимого лечения и его результатах, не имея достоверной и полноценной информации.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ неверный.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Разработчики:

1. Саакян М.Ю., доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии
2. Николаева Е.Ю., кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии

