



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Ортодонтия и детское протезирование»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.03 Стоматология
Квалификация	Врач-стоматолог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В. Гуськов	канд. мед. наук, доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
О.Н. Архарова	Доцент, к.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Л.Б. Филимонова	доцент, к.м.н.,	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующая кафедрой хирургической стоматологии и челюстно- лицевой хирургии с курсом ЛОР- болезней
С.И. Бородовицина	доцент, к.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующая кафедрой терапевтической и детской стоматологии

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Стоматология
Протокол № 7 от 26.06. 2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06. 2023г.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) по
итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме:

1. ПАНОРАМНУЮ РЕНТГЕНОГРАФИЮ ПРИМЕНЯЮТ В ОРТОДОНТИИ ДЛЯ

А) выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей

Б) измерения размеров зубов нижней челюсти

В) измерения ширины зубного ряда

Г) измерения длины зубного ряда

2. МЕТОД ДОЛГОПОВОЛОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

А) длины и ширины зубных рядов в период временного прикуса

Б) ширины нижнего зубного ряда в постоянном прикусе

В) ширины и длины апикального базиса в постоянном прикусе

Г) пропорциональности верхних и нижних резцов

3. МЕТОД КОРКХАУЗА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

А) длину зубных рядов

Б) ширину зубных рядов

В) тип роста зубочелюстной системы

Г) скелетный класс

Критерии оценки тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Назовите этиологические факторы, способствующие возникновению зубочелюстных аномалий, в периоде сформированного временного прикуса.
2. Опишите в соответствии с классификацией ортодонтических аппаратов регулятор функций Френкеля III типа.
3. Какие методы диагностики скелетной формы перекрестной окклюзии необходимо применить для постановки диагноза?
4. Какие методы лечения мезиальной окклюзии показаны в периоде начального сменного прикуса?

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Девочка 8 лет. Родители обратились с жалобой на прорезывание нижних резцов вне зубного ряда.

Клиническое обследование выявило: конфигурация лица правильная.

Зубная формула: 16,55,54,53,0,11 | 21,0,63,64,65,26

46,85,84,83,42,41 | 31,32,73,0,75,36

42 и 32 зубы смещены язычно, места в зубном ряду недостаточно. Смыкание моляров по I классу Энгля.

Соответствует ли зубная формула возрасту? Назовите необходимые методы диагностики. Перечислите возможные причины. Предложите план лечения.

Ответ:

Зубная формула соответствует возрасту, но было раннее удаление 74 зуба. Для диагностики необходимо провести следующие методы:

- 1- тщательное клиническое обследование
- 2- специальные методы диагностики:
 - а- антропометрические измерения КДМ челюстей
 - б- антропометрические (фотометрия) измерения лица и головы пациента
 - в- рентгенологические исследования (ОПТГ или КЛКТ, ТРГ в боковой проекции)
 - г- графический метод (симметроскопия)
 - д- функциональные методы, при необходимости, например, ЭМГ.

Среди возможных причин: наследственные факторы, нарушения функции жевания (мягкая пища), глотания, речи, кариес и его осложнения, укороченная уздечка языка.

План лечения:

- 1 – при наличии укороченной уздечки языка – ее пластика с последующей миогимнастикой
- 2 – при наличии нарушенных функций речи и глотания – консультации других специалистов, например, логопеда, невролога
- 3 – при нарушенной функции жевания – ее нормализация (консистенция и режим питания)
- 4 – расширяющие пластинки с винтами, сагиттальным распилом и вестибулярной дугой на оба зубных ряда, искусственным зубом в области 74 зуба; возможно дополнительно протрагирующие пружины. При необходимости следующим этапом могут быть эластичные двучелюстные аппараты, например, Т4К или LM активатор.

Ситуационная задача № 2.

Пациент Р., 6 лет. При осмотре полости рта — период прикуса молочных зубов, при глотании и речи язык располагается между резцами. Вертикальная щель = 5 мм. Какой аномалии окклюзии соответствует клиническая картина? Какие методы обследования необходимо провести? Наметьте план лечения.

Ответ:

Клиническая картина соответствует вертикальной резцовой дизокклюзии. Для диагностики необходимо провести следующие методы:

- 1- тщательное клиническое обследование
- 2- специальные методы диагностики:
 - а- антропометрические измерения КДМ челюстей по методу Долгополовой
 - б- антропометрические (фотометрия) измерения лица и головы пациента
 - в- рентгенологические исследования (ОПТГ, ТРГ в боковой проекции)
 - г- функциональные методы, например, ЭМГ.

Среди возможных причин: наследственные факторы, нарушения функции глотания, речи, дыхания, укороченная уздечка языка, эндокринные нарушения, заболевания опорно-двигательного аппарата, нервной системы, органов дыхания.

План лечения:

- 1 – при наличии укороченной уздечки языка – ее пластика с последующей миогимнастикой
- 2 – для устранения нарушенных функций дыхания, речи и глотания – консультации других специалистов, например, оториноларинголога, эндокринолога, педиатра, логопеда, невролога
- 3 – при нарушенной функции жевания – ее нормализация (консистенция и режим питания)
- 4 – после устранения причины зубочелюстной аномалии показана миогимнастика для круговой мышцы рта, дыхательная гимнастика, аппараты с заслоном для языка из проволоки или пластмассы. Эластичные двучелюстные аппараты, такие как, Т4К или LM активатор могут применяться при отсутствии нарушений внешнего дыхания.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Примеры тем докладов:

1. Виды ретенционных аппаратов и показания к их применению.
2. Факторы рецидивов зубочелюстных аномалий.
3. Особенности лечения пациентов с врожденной патологией в челюстно-лицевой области в различные периоды формирования зубочелюстной системы.

Критерии оценки доклада в виде презентации:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным.

Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

Образец оформления комплекта заданий для контрольной работы

Тема «Аномалии челюстных костей».

Вариант 1.

Задание 1. Этиология, клиническая картина и методы лечения прогнатии верхней челюсти.

Задание 2. Внеротовые аппараты для лечения гнатической формы мезиоокклюзии.

Задание 3. Показатели ТРГ головы в боковой проекции, отвечающие за размеры челюстей.

Вариант 2.

Задание 1. Этиология, клиническая картина и методы лечения микрогнатии верхней челюсти.

Задание 2. Внеротовые аппараты для лечения гнатической формы дистоокклюзии.

Задание 3. Показатели ТРГ головы в боковой проекции, отвечающие за положение челюстей.

Вариант 3.

Задание 1. Этиология, клиническая картина и методы лечения прогнатии нижней челюсти.

Задание 2. Лицевая дуга. Показания. Противопоказания. Особенности применения.

Задание 3. ТРГ головы в боковой проекции (число Witz).

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 7 семестре – зачет; в 8 семестре – экзамен

Порядок проведения промежуточной аттестации

Зачет – результат промежуточной аттестации в 7 семестре обучения, не являющийся завершающим изучение дисциплины «Ортодонтия и детское протезирование», оценивается

как средний балл, рассчитанный как среднее арифметическое значение за все рубежные контроли семестра (учитываются только положительные результаты).

Экзамен в 8 семестре проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут.

Экзаменационный билет содержит четыре вопроса (теоретические и решение ситуационной задачи).

Критерии выставления оценок:

– Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

Фонды оценочных средств

**для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

ОПК-2 Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Контрольные вопросы.

1. Организация работы ортодонтического отделения.
2. Оборудование и инструментарий ортодонтического отделения.
3. Организация работы зуботехнической лаборатории.
4. Документация в ортодонтическом отделении.
5. Медицинская карта ортодонтического пациента.
6. Принципы этики и деонтологии в работе врача ортодонта.
7. Диспансеризация. Цели, задачи.
8. Принципы формирования диспансерных групп.
9. Возрастные особенности развития зубочелюстной системы. Период внутриутробного развития зубочелюстной системы.
10. Возрастные особенности развития зубочелюстной системы. Период новорожденности.

11. Возрастные особенности развития зубочелюстной системы. Период формирования временного прикуса.
12. Возрастные особенности развития зубочелюстной системы. Период сформированного временного прикуса.
13. Возрастные особенности развития зубочелюстной системы. Период прикуса постоянных зубов.
14. Классификации аномалий зубочелюстной системы Энгля, Катца, МГМСУ, ВОЗ, МКБ-10.
15. Факторы рецидива зубочелюстных аномалий.

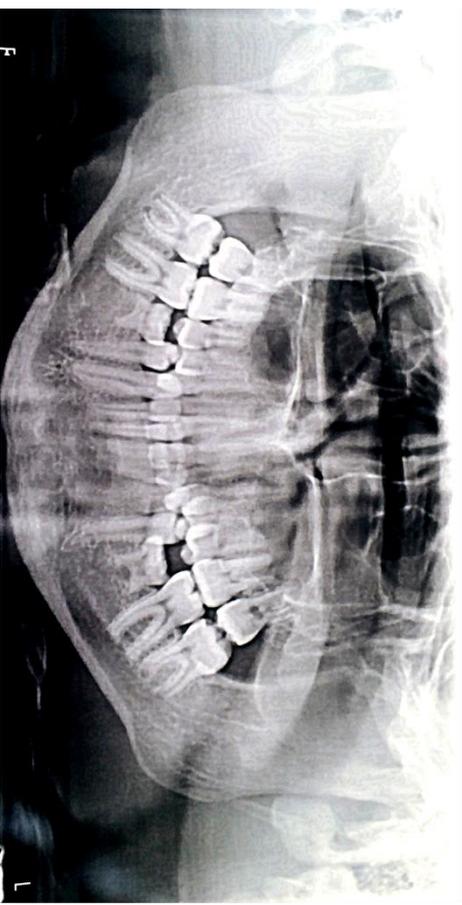
2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

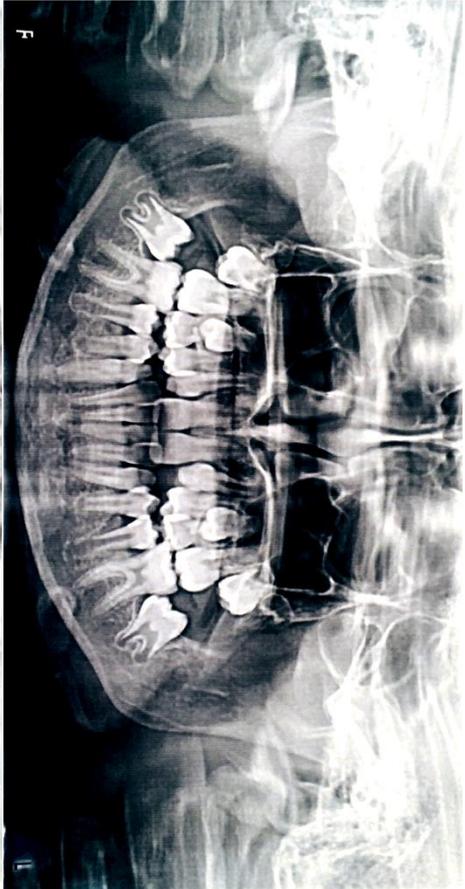
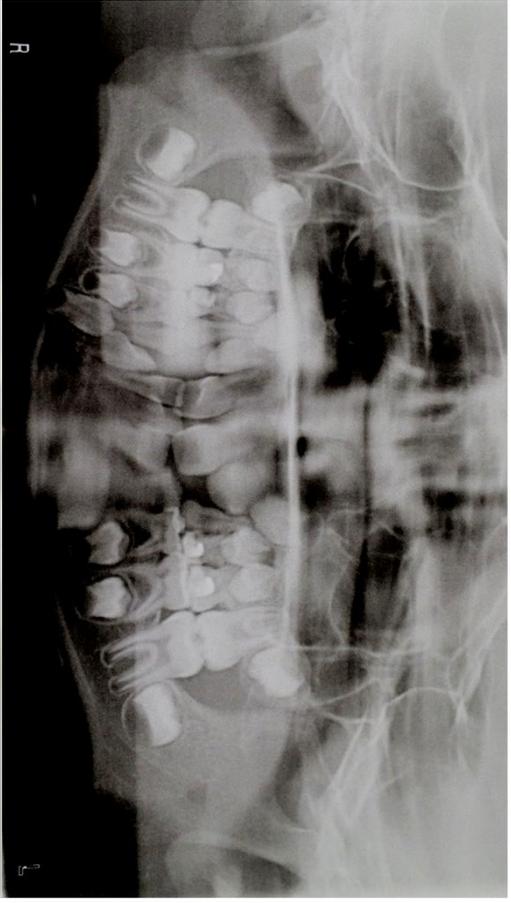
Перечень практических навыков, входящих в данную компетенцию:

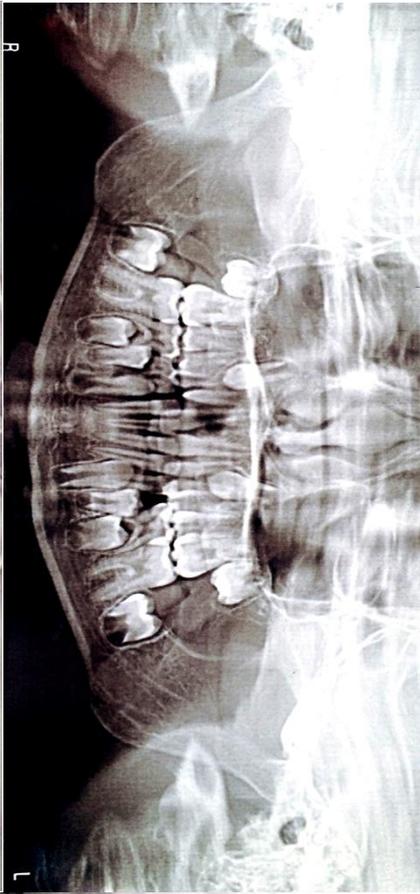
- 1) определять назначение ортодонтических инструментов
- 2) уметь заполнять медицинскую документацию
- 3) классифицировать зубочелюстные аномалии в соответствии с изучаемыми классификациями, в т.ч. МКБ-10
- 4) определять этиологические факторы зубочелюстных аномалий и обосновывать их патогенез
- 5) уметь определять период развития зубочелюстной системы по гипсовым моделям челюстей
- б) уметь определять период развития зубочелюстной системы по ортопантограмме

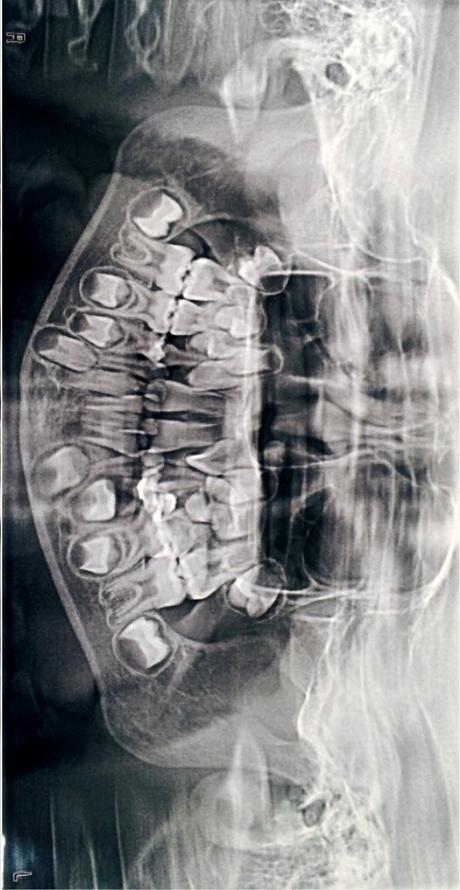
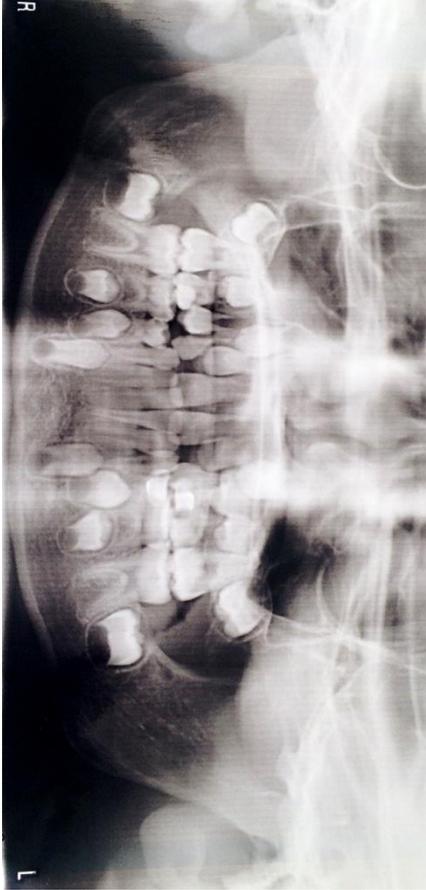
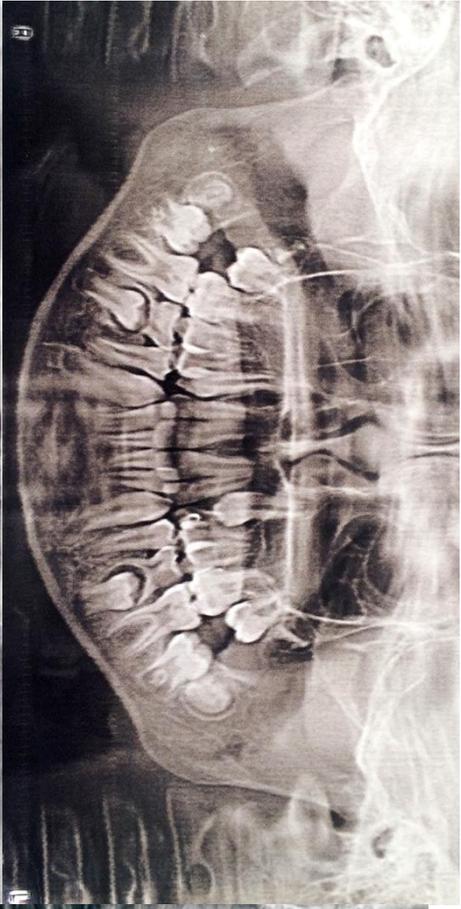
3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать сложные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

На основании ОПТГ предположите возраст пациента и период развития зубочелюстной системы:











ОПК-12Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации стоматологического пациента

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Контрольные вопросы.

1. Физиотерапевтические методы лечения зубочелюстных аномалий.
2. Хирургические методы лечения зубочелюстных аномалий.
3. Профилактика зубочелюстно-лицевых аномалий.
4. Ретенция. Особенности ретенционного периода после коррекции зубочелюстных аномалий.
5. Ретенционные аппараты.
6. Лечение дистоокклюзии (гнатическая форма) дистоокклюзии, обусловленной верхнечелюстной макро- или прогнатией.
7. Лечение дистоокклюзии (гнатическая форма) дистоокклюзии, обусловленной нижнечелюстной микро- или ретрогнатией.
8. Лечение мезиоокклюзии(гнатическая форма), обусловленной верхнечелюстной микро- или ретрогнатией.
9. Лечение мезиоокклюзии(гнатическая форма), обусловленной нижнечелюстной макро- или прогнатией.
10. Лечение перекрестной окклюзии (гнатическая форма).
11. Лечение перекрестной окклюзии (суставная форма).
12. Лечение глубокой резцовой окклюзии и дизокклюзии (гнатическая форма).

13. Лечение вертикальной резцовой дизокклюзии (гнатическая форма).
14. Хирургические вмешательства при врожденных пороках развития в ЧЛЮ.
15. Травма зубов. Тактика лечения.
16. Особенности протезирования дефектов коронок зубов в различные возрастные периоды.
17. Особенности протезирования дефектов зубных рядов в различные возрастные периоды несъемными конструкциями.
18. Особенности протезирования дефектов зубных рядов в различные возрастные периоды съемными конструкциями.
19. Особенности клammerной фиксации съемных протезов в детском возрасте.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Перечень практических навыков, входящих в данную компетенцию:

- 1) составление плана лечения на основании данных, полученных при проведении основного и специальных методов диагностики
- 2) выбирать конструкцию ортодонтического аппарата для устранения различных вариантов зубочелюстных аномалий
- 3) определять назначение ортодонтических аппаратов в зависимости от их конструктивных элементов
- 4) называть этиологические факторы зубочелюстных аномалий и обосновывать патогенез, учитывать данную информацию при назначении лечебно-реабилитационных мероприятий при различных зубочелюстных аномалиях, в т.ч. врожденного генеза
- 5) уметь направлять пациентов с зубочелюстными аномалиями на консультацию и лечение к врачам-специалистам смежных специальностей

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»(решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

На основании условий задачи и, опираясь на данные, полученные в ходе изучения контрольно-диагностических моделей челюстей и рентгеновских снимков, предложите план лечения пациента.

Ситуационные задачи.

1. Пациентка 15 лет предъявляет жалобы на эстетические нарушения. При осмотре лица: верхняя губа выступает вперед, подбородок смещен назад, режущие края верхних резцов расположены на нижней губе. Долихоцефал. При осмотре полости рта смыкание зубов соответствует II классу I подклассу классификации Энгля. Сагиттальная щель – 12 мм. Укороченная уздечка языка, мелкое преддверие полости рта.
Размеры верхних резцов 7,5, 9,25, 9,25, 7,5; нижних – 6,5, 6, 6, 6,5 мм.
Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области премоляров 35 мм, в области моляров 46 мм, на нижней челюсти в области премоляров 40 мм и в области моляров 50 мм.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 84°, SNB 77°, протрузия верхних резцов.

На ОПТГ есть зачатки третьих постоянных моляров.

2. В клинику ортодонтии обратилась пациентка в возрасте 12 лет с жалобами на неровные зубы. Из анамнеза: ранее пациентка не лечилась. Зубная формула:

16 15 14 12 11|21 22 23 24 25 26

46 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36

Передние зубы при смыкании зубных рядов в прямом контакте, отмечается их скученное положение на обеих челюстях. Места для 13 не достаточно (2,5 мм), центральная линия верхнего зубного ряда смещена вправо на 1,5 мм. Соотношение первых постоянных моляров по I классу Энгля.

Зубы 16, 15, 14, 12 располагаются небно, имеется вертикальная щель справа от 43 до 46 зуба величиной 2,5 мм.

Размеры верхних резцов 7, 8,5, 8,5, 7; нижних – 6, 5,5, 5,5, 6 мм.

Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области премоляров 34 мм, в области моляров 42 мм, на нижней челюсти в области премоляров 36 мм и в области моляров 48 мм.

На ТРГ в боковой проекции угол SNA 80°, SNB 80°.

На ОПТГ есть зачатки третьих постоянных моляров.

3. В клинику ортодонтии обратились родители пациентки 8 лет с жалобами на выступание нижней челюсти. При осмотре лица: смещение подбородка вперед; в полости рта: верхние резцы контактируют с режущими краями нижних резцов.

Первые постоянные моляры смыкаются по III классу Энгля. Зубная формула:

16 55 14 13 12 11|21 22 63 24 65 26

46 85 84 43 42 41|31 32 33 74 75 36

В анамнезе: нарушение осанки, вредная привычка – сосание верхней губы, инфантильное глотание. Зубочелюстных аномалий у родственников нет.

На ТРГ в боковой проекции угол SNA 81°, SNB 84°.

На ОПТГ есть зачатки всех зубов.

4. Родители пациента 15 лет обратились к врачу ортодонту с жалобами на неровно стоящие зубы и некрасивый профиль. При осмотре лица: западение верхней губы, выступание подбородка вперед; в полости рта: резцы нижней челюсти перекрывают верхние резцы; III класс Энгля по клыкам с обеих сторон и по первым постоянным молярам слева. Зубная формула:

17 16 15 14 13 12 11|21 22 23 24 25 26 27

0 0 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36 37

В анамнезе: у отца и деда по линии отца были похожие проблемы с зубами.

Размеры верхних резцов 7,5, 9,25, 9,25, 7,5; нижних – 6,5, 6, 6, 6,5 мм.

Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области премоляров 35 мм, в области моляров 46 мм, на нижней челюсти в области премоляров 37 мм и в области моляров 48 мм.

На ТРГ в боковой проекции угол SNA 79°, SNB 84°.

5. Пациентка 16 лет обратилась к врачу ортодонту с жалобами на неровные зубы и асимметрию лица. При осмотре: лицо асимметричное, подбородок смещен вправо; в полости рта: 12, 13, 14, 15, 16, 17 зубы расположены небно; в сагиттальном и вертикальном направлениях проблем не выявлено. Зубная формула:

17 16 15 14 13 12 11|21 22 23 24 25 26 27

47 46 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36 37

В анамнезе: у родственников не было каких-либо нарушений в зубочелюстной системе.

Размеры верхних резцов 7,5, 9,25, 9,25, 7,5; нижних – 6,5, 6, 6, 6,5 мм.

Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области премоляров 34 мм, в области моляров 44 мм, на нижней челюсти в области премоляров 40 мм и в области моляров 50 мм.

На ОПТГ есть зачатки третьих постоянных моляров.

6. Родители пациентки 14 лет обратились к врачу ортодонту с жалобами на неровные зубы и неправильный прикус. При осмотре лица: лицо симметричное, высота нижней 1/3 снижена, профиль вогнутый по Риккетсу. В полости рта: резцы верхней челюсти перекрывают нижние резцы больше, чем на 1/3; мезиально-щечные бугры первых постоянных моляров верхней челюсти располагаются в межбугорковой фиссуре первых постоянных моляров нижней челюсти. Незначительная скученность резцов нижней челюсти. Зубная формула:

46 16 15 14 13 12 11|21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36 37

Размеры верхних резцов 7,25, 9, 9, 7,25; нижних – 6,25, 5,5, 5,5, 6,25 мм.

Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области премоляров 40,5 мм, в области моляров 51 мм, на нижней челюсти в области премоляров 38 мм и в области моляров 50 мм.

На ТРГ в боковой проекции угол SNA 82°, SNB 79°, ретрузия верхних резцов, угол NL-ML 13°, NSL-NL 9°, NSL-ML 22°.

На ОПТГ есть зачатки третьих постоянных моляров.

7. Девочка 8 лет. Родители обратились с жалобой на прорезывание нижних резцов вне зубного ряда.

Клиническое обследование выявило: конфигурация лица правильная.

Зубная формула: 16555453011 | 210 63 646526

4685848342 41 |31327307536

42 и 32 зубы смещены язычно, места в зубном ряду недостаточно. Смыкание моляров по I классу Энгля.

При изучении гипсовых моделей челюстей выявлено сужение зубных рядов и укорочение по методу Коркхауза.

8. Пациент Р., 6 лет. При осмотре полости рта — период прикуса молочных зубов, при глотании и речи язык располагается между резцами. Вертикальная щель = 5 мм.

На ТРГ в боковой проекции угол SNA 88°, SNB 78°, протрузия резцов, угол NL-ML 28°, NSL-NL 7°, NSL-ML 35°.

На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.

9. Пациент Ф., 9 лет. Жалобы на неправильное положение передних зубов. Зубная формула соответствует возрасту. При осмотре полости рта определено скученное положение передней группы верхнего и нижнего зубных рядов. Смыкание моляров по I классу Энгля.

Размеры верхних резцов 7,25, 9, 9, 7,25; нижних – 6,25, 5,5, 5,5, 6,25 мм.

Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области премоляров 37 мм, в области моляров 48 мм, на нижней челюсти в области премоляров 36 мм и в области моляров 48 мм.

На ТРГ в боковой проекции угол SNA 82°, SNB 79°, угол NL-ML 15°.

На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.

10. Пациентка С, 13 лет. Жалобы на отсутствие верхних боковых резцов. При осмотре полости рта определено отсутствие 1.2 и 2.2 зубов, диастема на верхней челюсти, дистальная окклюзия зубных рядов. На ОПТГ установлено отсутствие зачатков 1.2 и 2.2 зубов.
Размеры верхних центральных резцов по 8,5 мм; нижних резцов – 6, 5,5, 5,5, 6 мм.
Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области премоляров 35 мм, в области моляров 46 мм, на нижней челюсти в области премоляров 36 мм и в области моляров 48 мм.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 80°, SNB 77°.
11. Ребенок 12 лет обратился с жалобами на неправильное положение резцов верхней челюсти. Из анамнеза удалось установить, что он длительное время прикусывал верхнюю губу.
Сагиттальная щель 8 мм. Смыкание моляров по II классу Энгля.
Размеры верхних резцов 7,25, 8,5, 8,5, 7,25; нижних – 6, 5,5, 5,5, 6 мм.
Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области премоляров 37 мм, в области моляров 49 мм, на нижней челюсти в области премоляров 36 мм и в области моляров 50 мм.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 84°, SNB 79°, угол NL-ML19°.
На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.
12. У ребенка 11 лет жалобы на аномалию прикуса. Из анамнеза установлено, что девочка в раннем детском возрасте сосала большой палец. Внешний осмотр: бледные покровы лица. Сглаженность носогубных складок. Нижняя треть лица уменьшена.
Удлинение и сужение зубного ряда верхней челюсти. Зубной ряд нижней челюсти имеет форму трапеции. При смыкании зубов в центральной окклюзии жевательные зубы имеют по одноименному антагонисту. Сагиттальная щель размером в 10 мм.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 84°, SNB 77°, угол NL-ML14°.
На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.
13. Пациентка А., 8 лет. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту.
Между 11 и 21 зубами диастема = 4 мм; на ОПТГ между корнями 11 и 21 зубов — зачаток сверхкомплектного зуба.
Размеры верхних резцов 7,25, 9, 9, 7,25; нижних – 6,25, 5,5, 5,5, 6,25 мм.
Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области первых временных моляров 37 мм, в области моляров 48 мм, на нижней челюсти в области первых временных моляров 37 мм и в области моляров 48 мм.

ПК-1Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Контрольные вопросы.

1. Этиология зубочелюстных аномалий.

2. Методы диагностики зубочелюстных аномалий. Клиническое обследование пациента.
3. Антропометрическое исследование лица и головы пациента. Лицевые пропорции. Индексы Изара, Гарсона.
4. Методы диагностики зубочелюстных аномалий. Антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей. Методы Нанса, Пона, Коркхауза, Болтона, Хауса-Снагиной, Герлаха, методика Долгополовой, индекс Тона.
5. Графические методы диагностики зубочелюстных аномалий.
6. Рентгенологические методы диагностики зубочелюстных аномалий. Ортопантограмма.
7. Рентгенологические методы диагностики зубочелюстных аномалий. Телерентгенография в боковой проекции.
8. Функциональные методы диагностики зубочелюстных аномалий.
9. Клиническая картина и диагностика аномалий количества зубов.
10. Клиническая картина и диагностика аномалий размера зубов.
11. Клиническая картина и диагностика аномалий формы зубов.
12. Клиническая картина и диагностика аномалий структуры твердых тканей зубов.
13. Клиническая картина и диагностика аномалий сроков прорезывания зубов.
14. Клиническая картина и диагностика аномалий положения зубов в сагиттальном направлении.
15. Клиническая картина и диагностика аномалий положения зубов в вертикальном направлении.
16. Клиническая картина и диагностика аномалий положения зубов в трансверзальном направлении.
17. Клиническая картина и диагностика тортоаномалий и транспозиции зубов.
18. Клиническая картина и диагностика дистоокклюзии (зубоальвеолярная форма).
19. Клиническая картина и диагностика дистоокклюзии (гнатическая форма) дистоокклюзии, обусловленной верхнечелюстной макро- или прогнатией.
20. Клиническая картина и диагностика дистоокклюзии (гнатическая форма) дистоокклюзии, обусловленной нижнечелюстной микро- или ретрогнатией.
21. Клиническая картина и диагностика мезиоокклюзии (зубоальвеолярная форма).
22. Клиническая картина и диагностика мезиоокклюзии (гнатическая форма), обусловленной верхнечелюстной микро- или ретрогнатией.
23. Клиническая картина и диагностика мезиоокклюзии (гнатическая форма), обусловленной нижнечелюстной макро- или прогнатией.
24. Клиническая картина и диагностика перекрестной окклюзии (зубоальвеолярная форма).
25. Клиническая картина и диагностика перекрестной окклюзии (гнатическая форма).
26. Клиническая картина и диагностика перекрестной окклюзии (суставная форма).
27. Клиническая картина и диагностика глубокой резцовой окклюзии и дизокклюзии (зубоальвеолярная форма).
28. Клиническая картина и диагностика глубокой резцовой окклюзии и дизокклюзии (гнатическая форма).
29. Клиническая картина и диагностика вертикальной резцовой дизокклюзии (зубоальвеолярная форма).
30. Клиническая картина и диагностика вертикальной резцовой дизокклюзии (гнатическая форма).
31. Этиология и классификация врожденных пороков развития в ЧЛЮ.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Опишите один из методов диагностики зубочелюстных аномалий с интерпретацией полученных результатов.

Перечень практических навыков, входящих в данную компетенцию:

- 1) выполнение метода Нансе
- 2) выполнение метода Тона
- 3) выполнение метода Пона
- 4) выполнение метода Коркхауза
- 5) выполнение метода Слабковской
- 6) выполнение метода Хауса
- 7) выполнение метода Снагиной
- 8) выполнение метода Долгополовой
- 9) построение диаграммы Хауля-Гербер-Гербста
- 10) описание ОПТГ
- 11) определение антропометрических точек на ТРГ в боковой проекции
- 12) построение референтных линий и плоскостей на ТРГ в боковой проекции
- 13) выполнение антропометрических измерений лица и головы пациента
- 14) определение лицевых пропорций
- 15) постановка предварительного и окончательного диагноза

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать сложные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

- 1) проведение измерений на предлагаемых гипсовых моделях челюстей с интерпретацией результатов по методу Нансе
- 2) проведение измерений на предлагаемых гипсовых моделях челюстей с интерпретацией результатов по методу Тона
- 3) проведение измерений на предлагаемых гипсовых моделях челюстей с интерпретацией результатов по методу Пона
- 4) проведение измерений на предлагаемых гипсовых моделях челюстей с интерпретацией результатов по методу Коркхауза
- 5) проведение измерений на предлагаемых гипсовых моделях челюстей с интерпретацией результатов по методу Слабковской
- 6) проведение измерений на предлагаемых гипсовых моделях челюстей с интерпретацией результатов по методу Хауса
- 7) проведение измерений на предлагаемых гипсовых моделях челюстей с интерпретацией результатов по методу Снагиной
- 8) проведение измерений на предлагаемых гипсовых моделях челюстей с интерпретацией результатов по методу Долгополовой
- 9) построение и интерпретация результатов диаграммы Хауля-Гербер-Гербста по данным моделей челюстей
- 10) построение угла SNA и интерпретация результатов его измерения по ТРГ в боковой проекции
- 11) построение угла SNB и интерпретация результатов его измерения по ТРГ в боковой проекции

- 12) построение угла NSL-NL и интерпретация результатов его измерения по ТРГ в боковой проекции
- 13) построение угла NSL-ML и интерпретация результатов его измерения по ТРГ в боковой проекции
- 14) построение угла NL-ML и интерпретация результатов его измерения по ТРГ в боковой проекции
- 15) построение угла ANB и интерпретация результатов его измерения по ТРГ в боковой проекции
- 16) измерение длины верхней челюсти по ТРГ в боковой проекции и сравнение ее с индивидуальной нормой
- 17) измерение длины нижней челюсти по ТРГ в боковой проекции и сравнение ее с индивидуальной нормой
- 18) измерение длины ветви нижней челюсти по ТРГ в боковой проекции и сравнение ее с индивидуальной нормой

ПК-2Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Контрольные вопросы.

1. Аппаратурный метод лечения зубочелюстных аномалий. Классификация ортодонтических аппаратов Ф.Я. Хорошилкиной и Ю.М. Малыгина.
2. Механически действующие ортодонтические аппараты.
3. Ортодонтические аппараты функционального действия.
4. Ортодонтические аппараты сочетанного действия.
5. Внеротовые ортодонтические аппараты.
6. Лечебная гимнастика и биологические методы лечения зубочелюстных аномалий.
7. Виды перемещения зубов при ортодонтическом лечении. Корпусное перемещение.
8. Виды перемещения зубов при ортодонтическом лечении. Наклонно-вращательное перемещение.
9. Тканевые изменения в околозубных тканях при ортодонтическом лечении.
10. Тканевые изменения в ВНЧС при ортодонтическом лечении.
11. Ортодонтическое лечение аномалий количества зубов.
12. Ортодонтическое лечение аномалий размера зубов.
13. Ортодонтическое лечение аномалий формы зубов.
14. Ортодонтическое лечение аномалий структуры твердых тканей зубов.
15. Ортодонтическое лечение аномалий сроков прорезывания зубов.
16. Ортодонтическое лечение аномалий положения зубов в сагиттальном направлении.
17. Ортодонтическое лечение аномалий положения зубов в вертикальном направлении.
18. Ортодонтическое лечение аномалий положения зубов в трансверзальном направлении.
19. Ортодонтическое лечение тортоаномалий и транспозиции зубов.
20. Ортодонтическое лечение дистоокклюзии (зубоальвеолярная форма).
21. Ортодонтическое лечение дистоокклюзии (гнатическая форма), обусловленной вехнечелюстной макро- или прогнатией.

22. Ортодонтическое лечение дистоокклюзии (гнатическая форма), обусловленной нижнечелюстной микро- или ретрогнатией.
23. Ортодонтическое лечение мезиоокклюзии (зубоальвеолярная форма).
24. Ортодонтическое лечение мезиоокклюзии(гнатическая форма), обусловленной верхнечелюстной микро- или ретрогнатией.
25. Ортодонтическое лечение мезиоокклюзии(гнатическая форма), обусловленной нижнечелюстной макро- или прогнатией.
26. Ортодонтическое лечение перекрестной окклюзии (зубоальвеолярная форма).
27. Ортодонтическое лечение перекрестной окклюзии (гнатическая форма).
28. Ортодонтическое лечение перекрестной окклюзии (суставная форма).
29. Ортодонтическое лечение глубокой резцовой окклюзии и дизокклюзии (зубоальвеолярная форма).
30. Ортодонтическое лечение глубокой резцовой окклюзии и дизокклюзии (гнатическая форма).
31. Ортодонтическое лечение вертикальной резцовой дизокклюзии (зубоальвеолярная форма).
32. Ортодонтическое лечение вертикальной резцовой дизокклюзии (гнатическая форма).
33. Особенности ортодонтического лечения врожденных несращений в ЧЛЮ на первом году жизни.
34. Особенности ортодонтического лечения врожденных несращений в ЧЛЮ в периоды временного прикуса.
35. Особенности ортодонтического лечения врожденных несращений в ЧЛЮ в периоды сменного прикуса.
36. Особенности ортодонтического лечения врожденных несращений в ЧЛЮ в период прикуса постоянных зубов.
37. Лечение травмы зубов.
38. Протезирование дефектов коронок зубов и зубных рядов у детей и подростков в различные возрастные периоды.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

На основании условий задачи предложите план лечения пациента.

Ситуационные задачи.

1. В клинику обратился 12-ти летний ребенок с жалобами на промежутки между зубами. При внешнем осмотре определяется западение верхней губы. Осмотр полости рта и зубная формула:

17 16 15 14 13 11 | 21 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37

Между нижними резцами и клыками диастема и тремы. Зубной ряд сужен. В переднем отделе обратная резцовая окклюзия. Соотношение боковых зубов в сагиттальном направлении правильное.

Размеры верхних резцов 8,5, 8,75; нижних – 6, 5,5, 5,5, 6 мм.

Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области премоляров 37 мм, в области моляров 49 мм, на нижней челюсти в области премоляров 36 мм и в области моляров 50 мм.

На ТРГ в боковой проекции угол SNA 80°, SNB 81°, угол NL-ML19°.

На ОПТГ нет зачатков 12,22.

2. Ребенок 10 лет направлен на консультацию по поводу неоднократного рецидивирования диастемы, возникшей вследствие адентии боковых резцов. Лечение проводилось при помощи пластинки с рукообразными пружинами. После сближения 11 и 21, ношение той же пластинки продолжалось в неактивном состоянии в течение 6 месяцев. После снятия пластинки наступал рецидив.
3. Ребенок 9 лет. При осмотре лица установлено: ассиметрии нет, нижняя губа располагается впереди верхней. При осмотре полости рта: отсутствие 6.3. Соотношение боковых зубов следующее: передние щечные бугры 1.6 и 2.6 располагаются в поперечных фиссурах одноименных антагонистов, небные бугры – в продольных фиссурах нижних зубов. Нижние резцы располагаются впереди верхних. Средняя линия верхнего зубного ряда смещена влево.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 81°, SNB 80°.
На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.
4. 15-ти летний больной предъявляет жалобы на вестибулярное положение 3.3. При осмотре полости рта установлено: промежуток между 3.2 и 3.4 равен 2 мм. Зубная формула соответствует возрасту. Боковые нижние зубы слева контактируют с впереди стоящими верхними зубами и их щечные бугры своими наружными поверхностями контактируют с небной поверхностью боковых верхних зубов.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 82°, SNB 80°, угол NL-ML 22°.
На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.
5. Пациентка 9 лет. Жалобы на затрудненное откусывание пищи. При осмотре отмечается удлинение нижней трети лица. Зубная формула соответствует возрасту. При смыкании зубов определяется вертикальная щель между передними зубами размером в 4 мм. Верхние и нижние резцы имеют вестибулярный наклон с образованием промежутков между ними.
Смыкание моляров по I классу Энгля.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 82°, SNB 81°, угол NL-ML 26°.
На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.
6. Мальчик 9 лет. Жалоб не предъявляет. При осмотре лица отклонений от нормы нет. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту, отмечается вестибулярный наклон нижних и верхних резцов, диастемы, тремы. При смыкании зубных рядов в центральной окклюзии определяется вертикальная щель размером в 2 мм.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 82°, SNB 80°, угол NL-ML 23°.
На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.
7. Пациентка Б. 15 лет. Жалобы на отлом коронок 1.1 и 2.1 зубов. При осмотре полости рта определяется: супрацервикальный перелом коронок 1.1 и 2.1 зубов.
Возможно ли использование корней этих зубов для изготовления штифтовых конструкций?
8. Ребенок 7 лет. При осмотре выявлено отсутствие всех временных моляров на нижней челюсти. Нижние резцы контактируют со слизистой оболочкой неба. Подбородок смещен кзади.

9. Ребенок 10 лет. При осмотре выявлено преждевременное удаление 7.5 и 8.5 зубов. Смена зубов происходит в срок.
10. Ребенок 4,5 лет. В полости рта отсутствуют все молочные моляры на нижней челюсти.
Какая периодичность замены съемных протезов в этом возрасте?
11. Ребенок 8 лет. При профилактическом осмотре выявлено отсутствие 5.2 и 6.2 зубов. Признаки развития зубочелюстной системы соответствуют норме.
Определите тактику врача.
12. Ребенок 6 лет. В полости рта отсутствуют все резцы на верхней челюсти.
Какие протезы не применяются у детей этого возраста?

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»(решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

На основании условий задачи и, опираясь на данные, полученные в ходе применения дополнительных методов исследования, предложите план лечения пациента.

Ситуационные задачи.

1. Пациентка А. 9 лет. Жалобы на затрудненное откусывание пищи. При осмотре лица: верхняя губа западает, подбородок смещен вперед, профиль слегка вогнутый. В полости рта: обратная сагиттальная резцовая дизокклюзия, мезиальный щечный бугор первого моляра верхней челюсти контактирует с дистальным щечным бугром моляра (слева и справа) нижней челюсти.
Размеры верхних резцов 7,25, 8,5, 8,5, 7,25; нижних – 6,5, 5,75, 5,75, 6,5 мм.
Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области премоляров 37 мм, в области моляров 49 мм, на нижней челюсти в области премоляров 39 мм и в области моляров 50 мм.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 79°, SNB 82°, угол NL-ML19°.
На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.
2. Пациентка Ф. 12 лет. Жалобы на неправильное положение верхнего правого клыка. В полости рта зуб 1.3 супра - и вестибуло-положение. Промежуток между зубами 1.2 и 1.4 – 2 мм. Из анамнеза выяснено, что временный зуб (5.3) был удален по терапевтическим показаниям.
Смыкание моляров справа по II классу Энгля, слева правильное.
Размеры верхних резцов 7, 8,5, 8,5, 7; нижних – 6, 5,5, 5,5, 6 мм.
Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области премоляров 37 мм, в области моляров 49 мм, на нижней челюсти в области премоляров 36 мм и в области моляров 50 мм.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 82°, SNB 80°, угол NL-ML20°.
На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.
3. Пациентка К. 12 лет. Жалобы на выступание верхней губы. При осмотре лица: верхняя губа выступает, выражена подбородочная складка. В полости рта: протрузия

верхних резцов, диастема, ретрузия нижних резцов, их скученное положение, сагиттальная щель 6 мм. Смыкание моляров по I классу Энгля.
Размеры верхних резцов 7,25, 9,25, 9,25, 7,25; нижних – 6, 5,5, 5,5, 6 мм.
Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области премоляров 39 мм, в области моляров 49 мм, на нижней челюсти в области премоляров 36 мм и в области моляров 49 мм.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 83°, SNB 78°.
На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.

4. Пациент С. 14 лет. Жалобы на неправильное положение верхних передних зубов. При осмотре полости рта: смыкание в боковых отделах дистальное, небное положение зубов 1.2 и 2.2; вестибуло - и супра-положение зубов 1.3 и 2.3, места для них в зубном ряду недостаточно.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 79°, SNB 78°, угол NL-ML 20°.
На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.
5. Пациент Р. 8 лет направлен терапевтом-стоматологом, жалоб не предъявляет. При осмотре лица определено: уменьшение нижней трети лица. В полости рта: период смены зубов, резцы верхней челюсти имеют незначительный поворот по оси, вестибулярный наклон и при смыкании перекрывают нижние полностью.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 82°, SNB 79°, угол NL-ML 13°.
На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.
6. Пациентка М. 11 лет обратилась с жалобами к врачу-ортодонт на неправильное положение зубов. При осмотре лица отмечено выступание верхней губы, губы смыкаются с напряжением. При осмотре полости рта определено вестибулярное положение и наклон верхних клыков, скученность резцов, перекрытие в области резцов более 1/3.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 83°, SNB 78°, угол NL-ML 15°.
На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.
7. Пациентка И. 15 лет обратилась с жалобами на затрудненное откусывание твердой пищи. При внешнем осмотре отмечено смещение подбородка вперед, удлинение нижней трети лица. В полости рта: в боковых отделах – щечные бугры верхних зубов контактируют со щечными буграми нижних, резцы контактируют режущими краями.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 79°, SNB 84°, угол NL-ML 25°.
На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.
8. Пациент С. 8,5 лет направлен на консультацию врачом-терапевтом стоматологом. Жалоб не предъявлял. При осмотре лица: профиль выпуклый, подбородок смещен кзади, выражена подбородочная складка. В полости рта: сагиттальная щель – 5 мм, протрузия передней группы зубов верхней челюсти, укороченная уздечка языка.
Размеры верхних резцов 7,25, 8,5, 8,5, 7,25; нижних – 6, 5,5, 5,5, 6 мм.
Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области первых временных моляров 37 мм, в области моляров 49 мм, на нижней челюсти в области первых временных моляров 36 мм и в области моляров 50 мм.
На ТРГ в боковой проекции угол SNA 84°, SNB 78°, угол NL-ML 22°.
На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.
9. Пациентка В. 13 лет. Жалобы на промежуток между передними зубами верхней челюсти. Лицевые признаки без особенностей. В полости рта: период прикуса

постоянных зубов, промежутков между центральными резцами верхней челюсти около 2,5 мм, зуб 2.3 повернут по оси, не смыкается с антагонистами и расположен вестибулярно. Смыкание в боковых отделах зубных рядов соответствует норме. На ТРГ в боковой проекции угол SNA 82°, SNB 80°, угол NL-ML 23°.

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

Размеры верхних резцов 7,25, 8,5, 8,5, 7,25; нижних – 6,5, 5,75, 5,75, 6,5 мм.

Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области премоляров 37 мм, в области моляров 49 мм, на нижней челюсти в области премоляров 39 мм и в области моляров 50 мм.

На ТРГ в боковой проекции угол SNA 79°, SNB 83°, угол NL-ML 23°.

На ОПТГ есть зачатки всех постоянных зубов.

11. Пациентка Г. 13 лет. Жалобы на отсутствие боковых резцов на верхней челюсти.

При осмотре лица конфигурация не нарушена. В полости рта зубная формула

16 15 14 1311|21 23 24 25 26

46 45 44 43 42 41|31 32 33 34 35 36

В анамнезе подобная аномалия у матери.

Размеры верхних резцов 8,5, 8,75; нижних – 6, 5,5, 5,5, 6 мм.

Ширина зубных рядов, измеренная по методу Пона, на верхней челюсти в области премоляров 37 мм, в области моляров 49 мм, на нижней челюсти в области премоляров 36 мм и в области моляров 50 мм.

На ТРГ в боковой проекции угол SNA 80°, SNB 81°, угол NL-ML 19°.

На ОПТГ нет зачатков 12,22.