

**Частное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
«Санкт-Петербургский институт стоматологии последипломного
образования»**

**«УТВЕРЖДАЮ»
Ректор ЧОУ «СПб ИНСТОМ»**

М.А. Чибисова
Чибисова М.А.
«14» мая 2018г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ
Б1.В.ОД.1 ГНАТОЛОГИЯ**

(шифр и наименование учебной дисциплины (модуля по учебному плану))

**ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.77 ОРТОДОНТИЯ**

(код и наименование направления подготовки (специальности))

врач-ортодонт
(квалификация)

форма обучения очная

Рассмотрена и одобрена
на заседании Научно-
педагогического совета ЧОУ «СПб
ИНСТОМ»

«14» мая 2018г.
протокол № 06-18

**Санкт-Петербург
2018 г.**

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

№ п/п	Наименование раздела	Страница
1.	Состав рабочей группы по разработке рабочей программы по дисциплине «Гнатология» основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.77 Ортодонтия	
2.	Место и роль учебной дисциплины (модуля) в структуре основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре	
3.	Планируемые результаты освоения учебной дисциплины	
4.	Содержание учебной дисциплины (модуля)	
4.1.	Содержание разделов (тем) учебной дисциплины (модуля)	
4.2.	Распределение учебного времени, выделенного на контактную работу обучающихся с преподавателем (по семестрам, разделам и видам учебных занятий), и на самостоятельную работу обучающихся (тем) учебной дисциплины (модуля)	
4.3.	График рубежного контроля успеваемости обучающихся	
5.	Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)	
5.1.	Учебная литература	
5.2.	Программное обеспечение и информационно-справочные системы	
5.3.	Интернет ресурсы	
6.	Методические указания обучающимся по освоению учебной дисциплины (модуля)	
7.	Методические указания преподавателю по порядку подготовки и проведения учебных занятий, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	
8.	Учебно-материальная база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	
9.	Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	
9.1.	Карты компетенций	
9.2.	Соотнесение результатов обучения – дисциплин (практик) – знаний, умений и навыков в программах дисциплин	
9.3.	Соотнесение результатов обучения с формами учебной работы и оценочными средствами при формировании компетенции	
9.4.	Характеристика оценочных средств результатов обучения	
9.4.1.	Текущий контроль	
9.4.2.	Промежуточная аттестация	

1. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ
по разработке рабочей программы
по дисциплине «Гнатология»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.77 Ортодонтия

№ п/п	Ученая степень и звание	Занимаемая должность	Фамилия, Имя, Отчество
Составитель			
1.	Доктор медицинских наук, профессор	Заведующий кафедрой ортодонтии	ФАДЕЕВ Роман Александрович
Ответственный редактор			
1.	Кандидат медицинских наук, доцент	Проректор по учебной работе	МОРЕВ Владимир Сергеевич

Программа учебной дисциплины рассмотрена и одобрена на заседании кафедры ортодонтии «25» апреля 2018 г. протокол № 04.

2. Место и роль учебной дисциплины (модуля) в структуре основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре

Дисциплина «Гнатология» реализуется в рамках вариативной части основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.77 Ортодонтия (далее – программа ординатуры).

Основной целью освоения учебной дисциплины обучающимися является подготовка квалифицированного врача ортодонта, обладающего системой знаний, умений и навыков по основам гнатологии и ортопедических компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности по специальности «Ортодонтия».

Необходимость изучения учебной дисциплины в рамках программы ординатуры обусловлена особенностями организации ортопедического приема больных.

Эффективное освоение учебной дисциплины «Гнатология» возможно на базе знаний, умений и навыков, ранее полученных обучающимися при изучении учебных дисциплин:

Учебная дисциплина «Ортодонтия»

– готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи (ПК-7).

Учебная дисциплина «Гнатология» изучается на 2 курсе в 3 семестре.

3. Планируемые результаты освоения учебной дисциплины (модуля)

Формируемые компетенции. Этап (уровень) освоения	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)	Иные учебные дисциплины (модули, практики), направленные на формирование компетенций
<p>ПК-7 Готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической помощи Первый этап (пороговый уровень) Способность проводить обследование и аппаратное лечение больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.</p>	<p>Знать: З (ПК-7) - I Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи; Эволюцию развития и особенности строения височно-нижнечелюстного сустава; Аппараты, применяемые при лечении заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. Уметь: У (ПК-7) - I Проводить обследование больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Определять показания и объем лечения пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Заполнять медицинскую документацию. Владеть: В (ПК-7) - I Методиками аппаратного лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.</p>	<p>Гнатология Ортодонтия Стоматология хирургическая Стоматология детского возраста Производственная (клиническая) практика Итоговая (государственная итоговая) аттестация</p>
<p>ПК-7 Второй этап (базовый уровень) Способность к применению лечебной гимнастики как метода лечения пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.</p>	<p>Знать: З (ПК-7) - II Физиологические основы окклюзии; Движения нижней челюсти в сагиттальной плоскости; Движения нижней челюсти в трансверзальной плоскости; Зубы, зубные ряды, окклюзионные контакты; Факторы окклюзии, окклюзионные концепции; Дисгармония окклюзии. Уметь: У (ПК-7) - II Определять высоту нижнего отдела лица; Определять показания и назначать комплекс упражнений пациентам с дисфункциями височно-</p>	<p>Гнатология Ортодонтия Стоматология хирургическая Стоматология детского возраста Стоматология ортопедическая Производственная (клиническая) практика Итоговая (государственная</p>

	<p>нижнечелюстного сустава. Владеть: В (ПК-7) - II Методикой определения высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя. Методиками проведения и организацией контроля за выполнением лечебной гимнастики пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава.</p>	итоговая) аттестация
<p>ПК-7 Третий этап (повышенный уровень) Способность к проведению комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.</p>	<p>Знать: З (ПК-7) - III Первично-костные повреждения и заболевания сустава: врожденная патология височно-нижнечелюстного сустава, воспалительные заболевания суставных концов костей: остеоартрит; неоартроз; вторичный деформирующий остеоартроз; костный анкилоз; Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их исходы в подростковом возрасте: юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава: привычный вывих; болевой синдром дисфункции, воспалительные и воспалительно-дегенеративные первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункции сустава: артрит (острый, хронический); деформирующий юношеский артроз. Уметь: З (ПК-7) - III Поставить диагноз и назначить комплексное лечение пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава. Владеть: З (ПК-7) - III Методами комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.</p>	<p>Гнатология Ортодонтия Производственная (клиническая) практика Итоговая (государственная итоговая) аттестация</p>

4. Содержание учебной дисциплины (модуля)

4.1. Содержание разделов (тем) учебной дисциплины (модуля)

Тема 1. Гнатология, как научно-практическое направление в стоматологии.

Лекция. Гнатология, как научно-практическое направление в стоматологии.

Введение. История и перспективы развития гнатологии как науки. Связь с другими дисциплинами. Морфофункциональные элементы зубочелюстной системы. Биомеханика жевательного аппарата.

Семинар. Эволюция развития и особенности строения височно-нижнечелюстного сустава.

Изменения в строении височно-нижнечелюстного сустава человека в процессе эволюции. Диагностика особенностей строения ВНЧС в норме и при патологии.

Семинар. Физиологические основы окклюзии.

Движения нижней челюсти в сагиттальной плоскости. Движения нижней челюсти в трансверзальной плоскости. Зубы, зубные ряды, окклюзионные контакты. Факторы окклюзии. Окклюзионные концепции.

Практическое занятие. Клинико-инструментальные методы обследования ВНЧС.

Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи. Взаимосвязь патологии жевательных мышц с окклюзией и ВНЧС. Клинические методы обследования ВНЧС. Инструментальные методы обследования ВНЧС.

Практическое занятие. Функциональное состояние окклюзии.

Аппаратурная функциональная диагностика зубочелюстной системы. Аппараты для обследования ВНЧС (лицевые дуги, артикуляторы, аксиографы).

Практическое занятие. Дисгармония окклюзии.

Этиологическая роль окклюзионных препятствий и преждевременных контактов. Мышечная скованность. Смещение суставных головок. Щелчки в суставах.

Тема №2. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

Лекция. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

Первично-костные повреждения и заболевания сустава. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их исходы.

Семинар. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их исходы.

Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава: вывих, привычный вывих; болевой синдром дисфункции

Семинар. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава: воспалительные и воспалительно-дегенеративные и их исходы

Первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункции сустава: артрит (острый, хронический); деформирующий юношеский артроз. Комплексное лечение исходов повреждений и заболеваний ВНЧС.

Практическое занятие. Первично-костные повреждения и заболевания сустава: врожденная патология височно-нижнечелюстного сустава.

Практическое занятие. Первично-костные повреждения и заболевания сустава: воспалительные заболевания суставных концов костей: остеоартрит; неоартроз.

Практическое занятие. Первично-костные повреждения и заболевания сустава: вторичный деформирующий остеоартроз.

Практическое занятие. Первично-костные повреждения и заболевания сустава: костный анкилоз.

Практическое занятие. Первично-костные повреждения и заболевания сустава. Комплексное лечение повреждений и заболеваний ВНЧС.

4.2. Распределение учебного времени, выделенного на контактную работу обучающихся с преподавателем (по семестрам, разделам и видам учебных занятий), и на самостоятельную работу обучающихся (тем) учебной дисциплины (модуля)

Общая трудоемкость (объем) дисциплины (модуля) составляет 2 зачетные единицы, 72 академических часа. Время на занятия, проводимые с преподавателем, составляет 48 часов учебных занятий.

Номер и наименование раздела, темы, формы промежуточной аттестации	Всего учебных часов занятий	В том числе учебных занятий с преподавателем	Из них по видам учебных занятий					Время, отводимое на самостоятельную работу	Трудоемкость промежуточной аттестации (экзаменационной сессии)
			Лекции	Семинары	Лабораторные работы	Практические занятия	Курсовые работы (проекты)		
III семестр									
Тема 1. Гнатология, как научно-практическое направление в стоматологии.	30	18	2	4		12		12	
Тема 2. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.	40	28	2	4		22		12	
Зачет (с оценкой)	2	2							
Всего по дисциплине	72	48	4	8		34		24	2

4.3. График рубежного контроля успеваемости обучающихся

	Темы занятий				
	1	2			
Планируемый рубежный контроль	ПЗ/О, Т С/Д	ПЗ/О, Т С/Д			
Объем в часах	2	2			

Условные обозначения:

Виды рубежного контроля	Сокращенное наименование
Семинарское занятие	С
Доклад	Д
Практическое занятие	ПЗ
Тестирование	Т

5. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

5.1. Учебная литература

Основная:

1. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункции зубочелюстной системы [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Л.С. Персин, М.Н. Шаров – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427286.html>
2. Сочетанные зубочелюстно-лицевые аномалии и деформации [Электронный ресурс] / Андреищев А.Р. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970408681.html>
3. Черепно-лицевая хирургия в формате 3D [Электронный ресурс] : атлас / Бельченко В.А., Притыко А.Г., Климчук А.В., Филлипов В.В. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416921.html>
4. Планирование и прогнозирование результатов лечения зубочелюстных аномалий [Электронный ресурс] / В.Н. Трезубов, Р.А. Фадеев. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – http://lms2.instom.ru/pluginfile.php?file=%2F1422%2Fmod_folder%2Fcontent%2F0%2FPlanirovanie_i_prognozirovanie_lecheniya_bolnyh_s_zubochelustniemy_anomaliyami.pdf&forcedownload=1
5. Метод обследования височно-нижнечелюстных суставов с использованием денальной компьютерной томографии [Электронный ресурс] / Р.А. Фадеев, М.А. Чибисова, Н.Ю. Зотова, А.В. Кузакова – СПб. : ООО «МЕДИ издательство», 2016. – http://lms2.instom.ru/pluginfile.php?file=%2F1358%2Fmod_folder%2Fcontent%2F0%2F%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%20%D0%BE%D0%B1%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%B2%D0%B8%D1%81%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D0%BD%D0%B8%D0%B6%D0%BD%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%BD%D1%8B%D1%85%20%D1%81%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%B2%20%D1%81%20%D0%B8%D1%81%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5%D0%BC%20%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B9%20%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D1%8C%D1%8E%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%BE%D0%B9%20%D1%82%D

0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D0%B8.pdf&forcedownload=1

6. Клиническая цефалометрия. Учебное пособие по диагностике в ортодонтии) [Электронный ресурс] / Р.А. Фадеев, Кузакова А.В. – СПб. : ООО «МЕДИ издательство», 2009. – http://lms2.instom.ru/pluginfile.php?file=%2F1358%2Fmod_folder%2Fcontent%2F0%2F%D0%9A%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D1%86%D0%B5%D1%84%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F.%20%D0%A3%D1%87%D0%B5%D0%B1%D0%BD%D0%BE%D0%B5%20%D0%BF%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D0%B5%20%D0%BF%D0%BE%20%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B5%20%D0%B2%20%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%B8.pdf&forcedownload=1

Дополнительная:

1. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии [Электронный ресурс] / Л.С. Персин – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442081.html>

2. Ортопедическая стоматология (факультативный курс) [Электронный ресурс] / В.Н. Трезубов, Л.М. Мишнев, А.С. Щербаков.– 7-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Фолиант, 2010. – http://lms2.instom.ru/pluginfile.php?file=%2F1422%2Fmod_folder%2Fcontent%2F0%2FOrtopedicheskaya_stomatologiya.PDF&forcedownload=1

3. Стоматология. Запись и ведение истории болезни [Электронный ресурс] : руководство / Под ред. В. В. Афанасьева, О. О. Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427088.html>

5.2. Программное обеспечение и информационно-справочные системы:

офисные программы (Microsoft Office, OpenOffice и/или другие).

5.3. Интернет ресурсы

1. Электронно-библиотечная система МЕДИ издательство:

- Журнал «Институт Стоматологии»
<http://lms2.instom.ru/mod/folder/view.php?id=650>
- Книги «Институт Стоматологии»
<http://lms2.instom.ru/mod/folder/view.php?id=648>
- Газета «Институт Стоматологии»
<http://lms2.instom.ru/mod/folder/view.php?id=649>
- Журнал «Dental Abstracts»
<http://lms2.instom.ru/mod/folder/view.php?id=647>

2. Электронная медицинская библиотека «Консультант врача»
<http://www.rosmedlib.ru/>

6. Методические указания обучающимся по освоению учебной дисциплины

Изучение дисциплины «Гнатология» проходит в рамках разных форм организации учебной деятельности: лекции, семинары, практические занятия и самостоятельная работа обучающихся.

Каждая из названных форм имеет свое назначение. В процессе лекции ординаторы знакомятся с основными идеями, понятиями, альтернативными теориями и подходами к анализу медицинских явлений и процессов.

Семинар в отличие от лекции является диалогичной формой организации занятий. Беседа, диспут, групповая работа – основные формы проведения семинаров. Индивидуально–дифференцированный подход к их организации позволит эффективно формировать позитивную мотивацию учения, развивать познавательную активность и самостоятельность обучаемых. Цель семинаров – формировать основные понятия, научить на их основе осмысливать актуальность медицинских проблем и теорий.

На практических занятиях отрабатывается применение теоретических положений на практике, обсуждаются клинические случаи, проводится работа с больными, отрабатываются умения и навыки медицинской диагностической и лечебной деятельности.

Часть работы выполняется ординаторами самостоятельно. Самостоятельная работа обучающихся направлена на закрепление и углубление полученных по дисциплине знаний и навыков, поиск и приобретение новых знаний, выполнение заданий, подготовку к предстоящим занятиям.

Текущая проверка знаний и умений обучающихся осуществляется через организацию на семинарах различных форм отчетности (в виде устных и письменных докладов, информационных сообщений, презентаций по избранным вопросам и темам и т.д.), а также через групповую работу, на которой ординаторы учатся оценивать свои работы и работы однокурсников самостоятельно.

Осваивая учебный материал, обучающиеся должны постоянно помнить, что отличительной особенностью учебной дисциплины является её практическая направленность. Итогом изучения дисциплины должны стать приобретенные знания, умения и навыки для самостоятельной работы.

Планирование и организация времени, необходимого для изучения дисциплины

Важным условием успешного освоения дисциплины «Гнатология» является создание системы правильной организации труда, позволяющей распределить учебную нагрузку равномерно в соответствии с графиком образовательного процесса. Большую помощь в этом может оказать

составление плана работы на месяц, неделю, день. Его наличие позволит подчинить свободное время целям учебы, трудиться более успешно и эффективно. С вечера всегда надо распределять работу на завтрашний день. В конце каждого дня целесообразно подвести итог работы: тщательно проверить, все ли выполнено по намеченному плану, не было ли каких-либо отступлений, а если были, по какой причине они произошли. Нужно осуществлять самоконтроль, который является необходимым условием успешной учебы. Если что-то осталось невыполненным, необходимо изыскать время для завершения этой части работы, не уменьшая объема недельного плана. Все задания к практическим занятиям, а также задания, вынесенные на самостоятельную работу, рекомендуется выполнять непосредственно после соответствующей темы лекционного курса, что способствует лучшему усвоению материала, позволяет своевременно выявить и устранить «пробелы» в знаниях, систематизировать ранее пройденный материал, на его основе приступить к овладению новыми знаниями и навыками.

Подготовка к лекциям

Знакомство с дисциплиной происходит уже на первой лекции, где требуется не просто внимание, но и самостоятельное оформление конспекта. При работе с конспектом лекций необходимо учитывать тот фактор, что одни лекции дают ответы на конкретные вопросы темы, другие – лишь выявляют взаимосвязи между явлениями, помогая понять глубинные процессы развития изучаемого предмета как в истории, так и в настоящее время.

Конспектирование лекций – сложный вид вузовской аудиторной работы, предполагающий интенсивную умственную деятельность. Конспект является полезным тогда, когда записано самое существенное и сделано это самим обучающимся. Не надо стремиться записать дословно всю лекцию. Такое «конспектирование» приносит больше вреда, чем пользы. Целесообразно вначале понять основную мысль, излагаемую лектором, а затем записать ее. Желательно запись осуществлять на одной странице листа или оставляя поля, на которых позднее, при самостоятельной работе с конспектом, можно сделать дополнительные записи, отметить непонятные места.

Конспект лекции лучше подразделять на пункты, соблюдая красную строку. Этому в большой степени будут способствовать вопросы плана лекции, предложенные преподавателям. Следует обращать внимание на акценты, выводы, которые делает лектор, отмечая наиболее важные моменты в лекционном материале замечаниями «важно», «хорошо запомнить» и т.п. Можно делать это и с помощью разноцветных маркеров или ручек, подчеркивая термины и определения.

Целесообразно разработать собственную систему сокращений, аббревиатур и символов. Однако при дальнейшей работе с конспектом

символы лучше заменить обычными словами для быстрого зрительного восприятия текста.

Работая над конспектом лекций, всегда необходимо использовать не только учебник, но и ту литературу, которую дополнительно рекомендовал лектор. Именно такая серьезная, кропотливая работа с лекционным материалом позволит глубоко овладеть теоретическим материалом.

Подготовка к практическим занятиям

Подготовку к каждому практическому занятию обучающийся ординатуры должен начать с ознакомления с планом практического занятия, который отражает содержание предложенной темы. Тщательное продумывание и изучение вопросов плана основывается на проработке текущего материала лекции, а затем изучения обязательной и дополнительной литературы, рекомендованной к данной теме. Все новые понятия по изучаемой теме необходимо выучить наизусть и внести в глоссарий, который целесообразно вести с самого начала изучения курса.

Результат такой работы должен проявиться в способности свободно ответить на теоретические вопросы практикума, его выступлении и участии в коллективном обсуждении вопросов изучаемой темы, правильном выполнении практических заданий и контрольных работ.

В процессе подготовки к практическим занятиям, ординаторам необходимо обратить особое внимание на самостоятельное изучение рекомендованной литературы. При всей полноте конспектирования лекции в ней невозможно изложить весь материал из-за лимита аудиторных часов. Поэтому самостоятельная работа с учебниками, учебными пособиями, научной, справочной литературой, материалами периодических изданий и Интернета является наиболее эффективным методом получения дополнительных знаний, позволяет значительно активизировать процесс овладения информацией, способствует более глубокому усвоению изучаемого материала, формирует у ординаторов свое отношение к конкретной проблеме.

На практических занятиях осуществляется рубежный аудиторный контроль в виде контрольной работы или тестов, по основным понятиям темы.

Подготовка к семинарским занятиям

Семинарские занятия, на которых проводится опрос по теоретическим вопросам изучаемых тем, разбираются проблемные ситуации, решаются клинические задачи, заслушиваются доклады и презентации. Посещаемость семинарских занятий входит в балльную оценку по дисциплине.

При подготовке к семинару следует:

– использовать рекомендованные преподавателями учебники и учебные пособия - для закрепления теоретического материала;

- подготовить доклады и сообщения, разобрать клинические ситуации;
- разобрать, совместно с другими ординаторами обсуждать вопросы по теме семинарского занятия.

По теме изучаемой дисциплины в конце семинара проводится тестовый опрос. Тестовые задания включают вопросы типа «да-нет», открытые, альтернативные вопросы. За работу на семинаре и за ответы на вопросы теста, в зависимости от продемонстрированных знаний, умений и навыков, ординаторы могут набрать определенное количество баллов.

Рекомендации по работе с литературой

Работу с литературой целесообразно начать с изучения общих работ по теме, а также учебников и учебных пособий. Далее рекомендуется перейти к анализу монографий и статей, рассматривающих отдельные аспекты проблем, изучаемых в рамках курса, а также официальных материалов и неопубликованных документов (научно-исследовательские работы, диссертации), в которых могут содержаться основные вопросы изучаемой проблемы.

Работу с источниками надо начинать с ознакомительного чтения, т.е. просмотреть текст, выделяя его структурные единицы. При ознакомительном чтении закладками отмечаются те страницы, которые требуют более внимательного изучения.

В зависимости от результатов ознакомительного чтения выбирается дальнейший способ работы с источником. Если для разрешения поставленной задачи требуется изучение некоторых фрагментов текста, то используется метод выборочного чтения. Если в книге нет подробного оглавления, следует обратить внимание ученика на предметные и именные указатели.

Избранные фрагменты или весь текст (если он целиком имеет отношение к теме) требуют вдумчивого, неторопливого чтения с «мысленной проработкой» материала. Такое чтение предполагает выделение: 1) главного в тексте; 2) основных аргументов; 3) выводов. Особое внимание следует обратить на то, вытекает тезис из аргументов или нет.

Необходимо также проанализировать, какие из утверждений автора носят проблематичный, гипотетический характер и уловить скрытые вопросы.

Наилучший способ научиться выделять главное в тексте, улавливать проблематичный характер утверждений, давать оценку авторской позиции – это сравнительное чтение, в ходе которого ординатор знакомится с различными мнениями по одному и тому же вопросу, сравнивает весомость и доказательность аргументов сторон и делает вывод о наибольшей убедительности той или иной позиции.

Если в литературе встречаются разные точки зрения по тому или иному вопросу из-за сложности прошедших событий и правовых явлений, нельзя их отвергать, не разобравшись. При наличии расхождений между авторами необходимо найти рациональное зерно у каждого из них, что позволит глубже усвоить предмет изучения и более критично оценивать изучаемые вопросы. Знакомясь с особыми позициями авторов, нужно определять их схожие суждения, аргументы, выводы, а затем сравнивать их между собой и применять из них ту, которая более убедительна.

Следующим этапом работы с литературными источниками является создание конспектов, фиксирующих основные тезисы и аргументы. Можно делать записи на отдельных листах, которые потом легко систематизировать по отдельным темам изучаемого курса.

Подготовка к промежуточной аттестации

При подготовке к промежуточной аттестации целесообразно:

- внимательно изучить перечень вопросов и определить, в каких источниках находятся сведения, необходимые для ответа на них;
- внимательно прочитать рекомендованную литературу;
- составить краткие конспекты ответов (планы ответов).

7. Методические указания преподавателю по порядку подготовки и проведения учебных занятий, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Лекции

Лекция – форма учебного занятия, являющаяся главным звеном дидактического цикла обучения. Ее основная цель – формирование ориентировочной основы для последующего усвоения ординаторами учебного материала.

Лекция выполняет следующие основные функции:

- информационную, излагающую необходимые сведения;
- стимулирующую, позволяющую пробудить интерес, как к отдельной теме изучаемого предмета, так и ко всей дисциплине;
- воспитывающую;
- развивающую, т.е. дающую оценку явлениям, развивающую мышление ординаторов;
- ориентирующую в проблеме, а также в литературе;
- разъясняющую, направленную, как правило, на формирование основных понятий науки;
- убеждающую, позволяющую сделать акцент на системе доказательств.

Особое значение лекция приобретает для реализации функции систематизации и структурирования всего массива знаний по данной дисциплине.

Для повышения эффективности учебного процесса могут быть использованы различные виды лекций, которые могут быть классифицированы в зависимости от целей:

Информационная лекция раскрывает содержание темы, в соответствии с учебно-тематическим планом.

С учетом форм лекций, целесообразно применять следующие:

Лекция-визуализация. Представляет собой устную информацию, преобразованную в визуальную форму, что позволяет максимально эффективно ординаторам освоить учебный материал по дисциплине «Гнатология». В зависимости от учебного материала используются различные формы наглядности:

- изобразительные (слайды, рисунки, фото);
- символические (схемы, таблицы).

Такая форма чтения лекции сводится к сводному, развернутому комментированию подготовленных визуальных материалов, которые должны:

- обеспечить систематизацию имеющихся знаний ординаторов;
- обеспечить усвоение новой теоретической информации;
- обеспечить создание и разрешение проблемных ситуаций;
- продемонстрировать разные способы визуализации.

Семинары

Семинарские занятия являются наряду с лекционными занятиями одной из основных форм организации учебного процесса и учебной познавательной деятельности ординаторов под руководством, контролем и во взаимодействии с преподавателем.

Целями семинарских занятий являются:

- углубленное изучение теоретического материала, рассмотренного на предшествующих лекциях;
- отработка умений и формирование навыков самостоятельной деятельности по определенным разделам изучаемого предмета;
- овладение обучающимися профессиональной лексикой, умения работать с документами и материалами;
- развитие у ординаторов умения профессионально грамотно формулировать и выражать свои мысли и адекватно воспринимать профессиональную речь собеседников;
- контроль за самостоятельной внеаудиторной работой обучающихся по изучаемому предмету (теме).

Семинарскому занятию в обязательном порядке должна предшествовать самостоятельная подготовительная работа ординатора, целями которой являются:

- самостоятельное изучение необходимого для успешного проведения занятий теоретического материала;
- выполнение простейших тренировочных заданий, призванных акцентировать внимание обучающегося на наиболее важные разделы изучаемого материала;
- формирование навыков самостоятельной работы с учебной, научной литературой, а также законодательством по изучаемому предмету.

Для обеспечения успешной подготовки ординатора к семинарскому (практическому) занятию ему заранее формулируется домашнее задание на подготовку к занятию. Это задание может быть представлено в виде:

- указания разделов лекционного курса или учебников и учебных пособий, которые необходимо изучить при подготовке к занятию;
- вопросов, которые будут рассмотрены на предстоящем семинарском (практическом) занятии и разделов учебников и учебных пособий, которые необходимо изучить при подготовке ответов на эти вопросы;
- конкретных практических заданий, которые необходимо выполнить при подготовке к занятию и указания литературы, необходимой для их выполнения;
- по выбору преподавателя могут быть использованы и иные формы выдачи заданий (тесты, вопросники, таблицы для статистической обработки и т.д.).

Каждое семинарское (практическое) занятие должно быть построено таким образом, чтобы на нем в полном объеме были отработаны основные разделы изучаемого материала и, хотя бы образно, рассмотрены остальные разделы темы. Форма проведения занятий должна быть выбрана таким образом, чтобы максимально активизировать познавательную деятельность обучающихся и свести до минимума информационную и демонстрационную деятельность преподавателя.

Практические занятия

В ходе проведения практических занятий по дисциплине «Гнатология» обучающиеся должны изучить рекомендуемую литературу. Практические занятия проводятся с использованием различных форм инновационных технологий: дискуссии (индивидуальные и групповые), в том числе с использованием презентационного доклада или реферата (с элементами исследовательского метода обучения), занятия могут быть организованы в форме круглого стола, а также пост-теста и других активных форм теоретического и практического обучения (заполнение амбулаторных карточек, клинические разборы, решение ситуационных задач, комментирование ответов или результатов инструментальных и лабораторных исследований при решении задач, оценка результатов решения задач и другие). Для решения выше обозначенных вопросов рекомендуются формы инновационных технологий:

Дискуссия групповая – метод организации совместной коллективной деятельности, позволяющий в процессе непосредственного общения путем логических доводов воздействовать на мнения, позиции и установки участников дискуссии. Целью дискуссии является интенсивное и продуктивное решение групповой задачи. Метод групповой дискуссии обеспечивает глубокую проработку имеющейся информации, возможность высказывания обучающимися разных точек зрения по заданной преподавателем проблеме, тем самым, способствуя выработке адекватного в данной ситуации решения. Метод групповой дискуссии увеличивает вовлеченность участников в процесс этого решения, что повышает вероятность его реализации.

Доклад (презентация) – публичное сообщение, представляющее собой развернутое изложение определенной темы, вопроса программы, который может быть представлен различными участниками процесса обучения: ординаторы, преподавателем, приглашенным экспертом, представителем фармацевтической компании, докладчиком (медицинских съездов и конференций). Доклады направлены на более глубокое изучение ординаторами лекционного материала или рассмотрения вопросов для дополнительного изучения.

Промежуточная аттестация

Промежуточная аттестация осуществляется в целях определения степени достижения учебных целей по дисциплине и проводится в форме зачета с оценкой. Формы промежуточной аттестации устанавливаются учебным планом.

Зачет (зачет с оценкой) служит формой проверки теоретических знаний, усвоения материала практических занятий. Зачет (зачет с оценкой) устанавливается по разделам дисциплины «Гнатология», принимается преподавателем, ведущим занятия в группе или читающим лекции по разделу дисциплины. Прием зачета (зачета с оценкой) проводится в течение семестра в часы, отведенные для изучения соответствующей дисциплины.

К зачету по дисциплине допускаются обучающиеся, прошедшие все этапы рубежного контроля, предусмотренные в текущем семестре, и имеющие по ним положительные оценки.

Знания, умения и навыки обучающихся определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно», «зачтено», «не зачтено».

При проведении промежуточной аттестации оценка объявляется обучающемуся сразу по окончании им ответа на зачете.

В аудитории, где принимается экзамен или зачет с оценкой, одновременно находятся обучающиеся из расчета не более четырех экзаменуемых на одного экзаменатора.

8. Учебно-материальная база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного и семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации Санкт-Петербург, пр. Металлистов, 58, аудитория №1 (лекционный класс №1).</p>	<p>Специализированная мебель на 25 посадочных мест, набор демонстрационного оборудования (стационарный мультимедийный проектор, средства звуковоспроизведения, экран), персональный компьютер с выходом в Интернет.</p>
<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного и семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации Санкт-Петербург, пр. Металлистов, 58, аудитория №2 (лекционный класс №2)</p>	<p>Специализированная мебель на 15 посадочных мест, набор демонстрационного оборудования (стационарный мультимедийный проектор, средства звуковоспроизведения, экран), персональный компьютер с выходом в Интернет.</p>
<p>Учебная аудитория для практических занятий Санкт-Петербург, пр. Металлистов, 58, аудитория №3 (фантомный класс)</p>	<p>Учебный симулятор стоматологической установки – 12 штук. Специализированная мебель на 12 посадочных мест, Мониторы компьютерные - 13 шт. Компьютер - 1 штука Запасные модели и искусственные зубы для фантомов Наконечники стоматологические: - турбинный 13 штук – повышающий 13 штук – угловой 13 штук Шпатель зуботехнический Воск зуботехнический Воск моделировочный Зеркала стоматологические и ручки к ним. Спиртовки.</p>
<p>Помещение для самостоятельной работы (Электронный читальный зал) Санкт-Петербург, пр. Металлистов, 58, аудитория №5 (учебный класс)</p>	<p>Специализированная мебель, персональный компьютер с выходом в Интернет – 4 шт., комплект лицензионного программного обеспечения, ЭБС «Консультант врача», доступ в электронную образовательную среду ЧОУ «СПб ИНСТОМ»</p>

9. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

9.1. Карта компетенций.

КОМПЕТЕНЦИЯ ПК-7:

Готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи.

Общая характеристика компетенции

Компетенция ПК-7 является профессиональной компетенцией выпускника программы ординатуры. Компетенция ПК-7 как формирующая готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на лечение пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи, также может быть рассмотрена в связи с другими универсальными компетенциями: УК-1 (готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу) и с профессиональными компетенциями: ПК-5 (готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем), ПК-8 (готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации), ПК-9 (готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении).

**Соответствие этапов (уровней) сформированности компетенции
планируемым результатам обучения и критериям их оценивания**

Этап (уровень) освоения компетенций	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дискрипторы)				
		1	2	3	4	5
ПК-7 Первый этап (пороговый уровень) Способность проводить обследование и аппаратурное лечение больных с заболеваниями височно- нижнечелюстного сустава.	Знать: 3 (ПК-7) - I: Основные компоненты жевательного речевого аппарата и их функциональные связи; Эволюцию развития и особенности строения височно- нижнечелюстного сустава; Аппараты, применяемые при лечении заболеваний височно- нижнечелюстного сустава.	Не знает	Фрагментарные знания об основных компонентах жевательного речевого аппарата и их функциональных связях; Об эволюции развития и особенностях строения височно- нижнечелюстного сустава; Об аппаратах, применяемых при лечении заболеваний височно-	Общие, но не структурированные знания об основных компонентах жевательного речевого аппарата и их функциональных связях; Об эволюции развития и особенностях строения височно- нижнечелюстного сустава; Об аппаратах, применяемых при лечении заболеваний височно-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания об основных компонентах жевательного речевого аппарата и их функциональных связях; Об эволюции развития и особенностях строения височно- нижнечелюстного сустава; Об аппаратах, применяемых при лечении	Сформированные систематические знания об основных компонентах жевательного речевого аппарата и их функциональных связях; Об эволюции развития и особенностях строения височно- нижнечелюстного сустава; Об аппаратах, применяемых при лечении заболеваний

			нижнечелюстного сустава.	нижнечелюстного сустава.	заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.	височно-нижнечелюстного сустава.
	Уметь: У(ПК-7) - I: Проводить обследование больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Определять показания и объем лечения пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Заполнять медицинскую документацию.	Не умеет	Частично освоенное умение проводить обследование больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Определять показания и объем лечения пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Заполнять медицинскую документацию.	В целом успешное, но не систематическое умение проводить обследование больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Определять показания и объем лечения пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Заполнять медицинскую документацию.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить обследование больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Определять показания и объем лечения пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Заполнять медицинскую документацию.	Сформированное умение проводить обследование больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Определять показания и объем лечения пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Заполнять медицинскую документацию.
	Владеть: В (ПК-7) -I: Методиками аппаратного лечения пациентов с заболеваниями височно-	Не владеет	Фрагментарное применение навыка методикой аппаратного лечения	В целом успешное, но не систематическое применение навыка методикой аппаратного	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение	Успешное и систематическое применение методики аппаратного лечения

	нижнечелюстного сустава		пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава	лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава	навыка методики аппаратного лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава	пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава
ПК-7 Второй этап (базовый уровень) Способность к применению лечебной гимнастики как метода лечения пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.	Знать: З (ПК-7) - II: Физиологические основы окклюзии; Движения нижней челюсти в сагиттальной плоскости; Движения нижней челюсти в трансверзальной плоскости; Зубы, зубные ряды, окклюзионные контакты; Факторы окклюзии, окклюзионные концепции; Дисгармония окклюзии.	Не знает	Фрагментарные знания о физиологических основах окклюзии; Движениях нижней челюсти в сагиттальной плоскости; Движениях нижней челюсти в трансверзальной плоскости; Факторах окклюзии, окклюзионных концепциях; Дисгармонии окклюзии.	Общие, но не структурированные знания о физиологических основах окклюзии; Движениях нижней челюсти в сагиттальной плоскости; Движениях нижней челюсти в трансверзальной плоскости; Факторах окклюзии, окклюзионных концепциях; Дисгармонии окклюзии.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о физиологических основах окклюзии; Движениях нижней челюсти в сагиттальной плоскости; Движениях нижней челюсти в трансверзальной плоскости; Факторах окклюзии, окклюзионных концепциях; Дисгармонии окклюзии.	Сформированные систематические знания о физиологических основах окклюзии; Движениях нижней челюсти в сагиттальной плоскости; Движениях нижней челюсти в трансверзальной плоскости; Факторах окклюзии, окклюзионных концепциях; Дисгармонии окклюзии.
	Уметь: У(ПК-7) - II: Определять высоту нижнего отдела лица;	Не умеет	Частично освоенное умение определять высоту нижнего	В целом успешное, но не систематическое умение определять	В целом успешное, но содержащее отдельное	Сформированное умение определять высоту нижнего

	Определять показания и назначать комплекс упражнений пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава.		отдела лица; Определять показания и назначать комплекс упражнений пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава.	высоту нижнего отдела лица; Определять показания и назначать комплекс упражнений пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава.	пробелы умение определять высоту нижнего отдела лица; Определять показания и назначать комплекс упражнений пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава.	отдела лица; Определять показания и назначать комплекс упражнений пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава.
	Владеть: В (ПК-7) -II: Методикой определения высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя. Методиками проведения и организацией контроля за выполнением лечебной гимнастики пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава.	Не владеет	Фрагментарное применение методики определения высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя. Методики проведения и организации контроля за выполнением лечебной гимнастики пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного	В целом успешное, но не систематическое применение методики определения высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя. Методики проведения и организации контроля за выполнением лечебной гимнастики пациентам с дисфункциями	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение методики определения высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя. Методики проведения и организации контроля за выполнением лечебной гимнастики	Успешное и систематическое применение методики определения высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя. Методики проведения и организации контроля за выполнением лечебной гимнастики пациентам с дисфункциями височно-

			сустава.	височно-нижнечелюстного сустава.	пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава.	нижнечелюстного сустава.
ПК-7 Третий этап (повышенный уровень) Способность к проведению комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава	Знать: З (ПК-7) - III: Первично-костные повреждения и заболевания сустава: врожденная патология височно-нижнечелюстного сустава, воспалительные заболевания суставных концов костей: остеоартрит; неартроз; вторичный деформирующий остеоартроз; костный анкилоз; Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их исходы в подростковом	Не знает	Фрагментарные знания о первично-костных повреждениях и заболеваниях сустава: врожденной патологии височно-нижнечелюстного сустава, воспалительных заболеваний суставных концов костей: остеоартрит; неартроз; вторичный деформирующий остеоартроз; костный анкилоз; Функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и их исходах в	Общие, но не структурированные знания о первично-костных повреждениях и заболеваниях сустава: врожденной патологии височно-нижнечелюстного сустава, воспалительных заболеваний суставных концов костей: остеоартрит; неартроз; вторичный деформирующий остеоартроз; костный анкилоз; Функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и их исходах в	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о первично-костных повреждениях и заболеваниях сустава: врожденной патологии височно-нижнечелюстного сустава, воспалительных заболеваний суставных концов костей: остеоартрит; неартроз; вторичный деформирующий остеоартроз; костный анкилоз; Функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного	Сформированные систематические знания о первично-костных повреждениях и заболеваниях сустава: врожденной патологии височно-нижнечелюстного сустава, воспалительных заболеваний суставных концов костей: остеоартрит; неартроз; вторичный деформирующий остеоартроз; костный анкилоз; Функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и их

	<p>возрасте: юношеская дисфункция височно- нижнечелюстного сустава: привычный вывих; болевой синдром дисфункции, воспалительные и воспалительно- дегенеративные первично- хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункции сустава: артрит (острый, хронический); деформирующий юношеский артроз.</p>		<p>подростковом возрасте: юношеской дисфункции височно- нижнечелюстного сустава: привычном вывихе; болевом синдроме дисфункции, воспалительных и воспалительно- дегенеративных первично- хрящевых заболеваниях, развивающихся вследствие дисфункции сустава: артрит (острый, хронический);</p>	<p>подростковом возрасте: юношеской дисфункции височно- нижнечелюстного сустава: привычном вывихе; болевом синдроме дисфункции, воспалительных и воспалительно- дегенеративных первично- хрящевых заболеваниях, развивающихся вследствие дисфункции сустава: артрит (острый, хронический);</p>	<p>сустава и их исходах в подростковом возрасте: юношеской дисфункции височно- нижнечелюстного сустава: привычном вывихе; болевом синдроме дисфункции, воспалительных и воспалительно- дегенеративных первично- хрящевых заболеваниях, развивающихся вследствие дисфункции сустава: артрит (острый, хронический);</p>	<p>исходах в подростковом возрасте: юношеской дисфункции височно- нижнечелюстного сустава: привычном вывихе; болевом синдроме дисфункции, воспалительных и воспалительно- дегенеративных первично- хрящевых заболеваниях, развивающихся вследствие дисфункции сустава: артрит (острый, хронический);</p>
	<p>Уметь: У(ПК-7) - III:Поставить диагноз и назначить комплексное лечение пациентам с заболеваниями височно-</p>	<p>Не умеет</p>	<p>Частично освоенное умение поставить диагноз и назначить комплексное лечение пациентам с заболеваниями височно-</p>	<p>В целом успешное, но не систематическое умение поставить диагноз и назначить комплексное лечение пациентам с заболеваниями</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение поставить диагноз и назначить комплексное лечение</p>	<p>Сформированное умение поставить диагноз и назначить комплексное лечение пациентам с заболеваниями височно-</p>

	нижнечелюстного сустава.		нижнечелюстного сустава.	височно-нижнечелюстного сустава.	пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.	нижнечелюстного сустава.
	Владеть: В (ПК-7) -III: Методами комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.	Не владеет	Фрагментарное применение методов комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.	В целом успешное, но не систематическое применение методов комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение методов комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.	Успешное и систематическое применение методов комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

9.2. Соотнесение результатов обучения – дисциплин (практик) – знаний, умений и навыков в программах дисциплин.

31.08.77 «Ортодонтия» ПК-7. Готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи.

Результаты обучения (компоненты компетенции)	Дисциплины, практики	Категории
<p>1.1. Способность проводить обследование пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>1.2. Способность проводить аппаратное лечение пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава</p>	<p>Гнатология</p> <p>Ортодонтия</p> <p>Стоматология хирургическая</p> <p>Стоматология детского возраста</p> <p>Производственная (клиническая) практика</p> <p>Итоговая (государственная итоговая) аттестация</p>	<p><u>Знать:</u> Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи; Эволюцию развития и особенности строения височно-нижнечелюстного сустава; Аппараты, применяемые при лечении заболеваний височно-нижнечелюстного сустава,</p> <p><u>Уметь:</u> Проводить обследование больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Определять показания и объем лечения пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Заполнять медицинскую документацию.</p> <p><u>Владеть:</u> Методиками аппаратного лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.</p>
<p>2.1. Способность к применению лечебной гимнастики как метода лечения пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>2.2. Способность к определению высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя.</p> <p>2.3. Способность к организации контроля за выполнением назначенной лечебной гимнастики пациентам с дисфункциями височно-</p>	<p>Гнатология</p> <p>Ортодонтия</p> <p>Стоматология хирургическая</p> <p>Стоматология детского возраста</p> <p>Стоматология ортопедическая</p> <p>Производственная (клиническая) практика</p> <p>Итоговая (государственная итоговая)</p>	<p><u>Знать:</u> Физиологические основы окклюзии; Движения нижней челюсти в сагиттальной плоскости; Движения нижней челюсти в трансверзальной плоскости; Зубы, зубные ряды, окклюзионные контакты; Факторы окклюзии, окклюзионные концепции; Дисгармония окклюзии.</p> <p><u>Уметь:</u> Определять высоту нижнего отдела лица; Определять показания и назначать комплекс упражнений пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p><u>Владеть:</u> Методикой определения высоты нижнего отдела лица в состоянии</p>

нижнечелюстного сустава.	аттестация	физиологического покоя. Методиками проведения и организацией контроля за выполнением лечебной гимнастики пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава.
<p>3.1. Способность к проведению комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>3.2. Обладание исчерпывающими знаниями о этиологии, патогенезе и методах лечения различных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.</p>	<p>Гнатология</p> <p>Ортодонтия</p> <p>Производственная (клиническая) практика</p> <p>Итоговая (государственная итоговая) аттестация</p>	<p><u>Знать:</u> Первично-костные повреждения и заболевания сустава: врожденная патология височно-нижнечелюстного сустава, воспалительные заболевания суставных концов костей: остеоартрит; неоартроз; вторичный деформирующий остеоартроз; костный анкилоз; Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их исходы в подростковом возрасте: юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава: привычный вывих; болевой синдром дисфункции, воспалительные и воспалительно-дегенеративные первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункции сустава: артрит (острый, хронический); деформирующий юношеский артроз.</p> <p><u>Уметь:</u> Поставить диагноз и назначить комплексное лечение пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p><u>Владеть:</u> Методами комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.</p>

9.3. Соотнесение результатов обучения с формами учебной работы и оценочными средствами при формировании компетенции

31.08.77 «Ортодонтия» ПК-7. Готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи.

Результаты обучения (компоненты компетенции)	Дисциплины, практики	Оценочные средства
<p>1.1. Способность проводить обследование пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>1.2. Способность проводить аппаратное лечение пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава</p>	<p>Гнатология</p> <p>Ортодонтия</p> <p>Стоматология хирургическая</p> <p>Стоматология детского возраста</p> <p>Производственная (клиническая) практика</p> <p>Итоговая (государственная итоговая) аттестация</p>	<p>Опрос</p>
<p>2.1. Способность к применению лечебной гимнастики как метода лечения пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>2.2. Способность к определению высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя.</p> <p>2.3. Способность к организации контроля за выполнением назначенной лечебной гимнастики пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава.</p>	<p>Гнатология</p> <p>Ортодонтия</p> <p>Стоматология хирургическая</p> <p>Стоматология детского возраста</p> <p>Стоматология ортопедическая</p> <p>Производственная (клиническая) практика</p> <p>Итоговая (государственная итоговая) аттестация</p>	<p>Опрос</p> <p>Тестирование</p>
<p>3.1. Способность к проведению комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>3.2. Обладание исчерпывающими знаниями о этиологии, патогенезе и методах лечения различных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.</p>	<p>Гнатология</p> <p>Ортодонтия</p> <p>Производственная (клиническая) практика</p> <p>Итоговая (государственная итоговая) аттестация</p>	<p>Опрос</p> <p>Тестирование</p>

9.4. Характеристика оценочных средств результатов обучения

9.4.1. Текущий контроль

Текущий контроль предназначен для проверки хода и качества усвоения учебного материала, стимулирования учебной работы обучающихся и совершенствования методики проведения занятий. Он проводится в ходе всех практических занятий в форме, избранной преподавателем или предусмотренной методической разработкой.

Шкалы оценивания:

Шкала оценивания тестирования:

- от 0 до 54% выполненных заданий – неудовлетворительно;
- от 55 до 70% выполненных заданий – удовлетворительно;
- от 71 до 85 % выполненных заданий – хорошо;
- от 86 до 100% выполненных заданий – отлично.

Шкала оценивания устного опроса обучающегося:

При проведении рубежного контроля оценка знаний проводится исходя из определенных критериев.

Оценка «отлично» выставляется за ответ, в котором содержание соответствует теме или заданию, обучающийся глубоко и прочно усвоил учебный материал, последовательно, четко и логически стройно излагает его, демонстрирует собственные суждения и размышления на заданную тему, делает соответствующие выводы.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если его ответ соответствует и раскрывает тему или задание, обучающийся показывает знание учебного материала, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей при выполнении задания.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если его ответ в полной мере раскрывает тему, обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении учебного материала по заданию, его собственные суждения и размышления на заданную тему носят поверхностный характер.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если не раскрыта тема, содержание ответа не соответствует теме, обучающийся не обладает знаниями по значительной части учебного материала и не может грамотно изложить ответ на поставленное задание, не высказывает своего мнения по теме, допускает существенные ошибки, ответ выстроен непоследовательно, неаргументированно.

Оценочные средства текущего контроля:

Контрольные вопросы к темам занятий.

Тема 1. Гнатология, как научно-практическое направление в стоматологии.

1. Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи.
2. Эволюция развития и особенности строения височно-нижнечелюстного сустава.
3. Физиологические основы окклюзии.
4. Движения нижней челюсти в сагиттальной плоскости.
5. Движения нижней челюсти в трансверзальной плоскости.
6. Зубы, зубные ряды, окклюзионные контакты.
7. Факторы окклюзии.
8. Окклюзионные концепции.
9. Дисгармония окклюзии.

Тема 2. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

1. Первично-костные повреждения и заболевания сустава: врожденная патология височно-нижнечелюстного сустава,
2. Воспалительные заболевания суставных концов костей: остеоартрит; неоартроз; вторичный деформирующий остеоартроз; костный анкилоз.
3. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их исходы в подростковом возрасте: юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава: привычный вывих.
4. Болевой синдром дисфункции,
5. Воспалительные и воспалительно-дегенеративные первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункции сустава: артрит (острый, хронический); деформирующий юношеский артроз.

Тестовые задания к темам занятий.

Тема 1. Гнатология, как научно-практическое направление в стоматологии.

1. Наиболее информативным методом рентгенологического исследования височно-нижнечелюстного сустава при юношеской дисфункции является*
 - 1) панорамный
 - 2) томография височно-нижнечелюстного сустава
 - 3) магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстного сустава

2. Смещение нижней челюсти при открывании рта ребёнком с привычным вывихом левого височно-нижнечелюстного сустава происходит*

- 1) влево
- 2) вправо

3. Девиация челюсти у ребёнка с привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны при закрывании рта происходит в сторону*

- 1) поражения
- 2) противоположную поражению

4. Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите височно-нижнечелюстного сустава*

- 1) расширена равномерно
- 2) расширена неравномерно
- 3) сужена равномерно
- 4) сужена неравномерно

5. Для функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава диспропорция роста опорно-двигательного аппарата ребёнка*

- 1) характерна
- 2) не характерна

6. Височно-нижнечелюстной сустав - это парное сочленение, образованное нижнечелюстной и:**

- 1) теменными костями
- 2) височными костями
- 3) затылочной костью
- 4) верхнечелюстными костями
- 5) лобной костью
- 5) клиновидной костью

7. Какой формы суставная головка мыщелкового отростка нижней челюсти:*

- 1) круглой
- 2) эллипсоидной
- 3) плоской
- 4) шаровидной
- 5) конусовидной

8. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости ограничивается спереди:**

- 1) передним краем каменисто-барабанной щели
- 2) суставной ямкой
- 3) суставным бугорком
- 4) скуловым отростком

9. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости ограничивается сзади:**

- 1) передним краем каменисто-барабанной щели
- 2) суставной ямкой
- 3) суставным бугорком
- 4) скуловым отростком

10. Каменисто-барабанная щель делит нижнечелюстную ямку на две части:**

- 1) переднюю и заднюю
- 2) внутреннюю и наружную
- 3) верхнюю и нижнюю

11. Височно-нижнечелюстной сустав относится к:*

- 1) конгруэнтным суставам
- 2) инконгруэнтным суставам
- 3) и к тем и к другим

12. За счет чего выравнивается инконгруэнтность височно-нижнечелюстного сустава:*

- 1) суставного бугорка и суставной ямки
- 2) суставной головки и диска
- 3) капсулы и диска
- 4) капсулы и связок
- 5) суставного бугорка капсулы, связок и диска

13. В каком возрасте суставной бугорок отсутствует:*

- 1) у новорожденных
- 2) до 5-6 летнего возраста
- 3) до 8-12 летнего возраста
- 4) до 16 летнего возраста
- 5) до 22 летнего возраста

14. В каком возрасте появляется суставной бугорок:**

- 1) к 1 -2 месяцу жизни ребенка
- 2) к 3-6 месяцу жизни ребенка
- 3) к 7-8 месяцу жизни ребенка
- 4) к 1-му году жизни ребенка
- 5) ко 2-му году жизни ребенка

б) к 3-му году жизни ребенка

15. Суставной бугорок полностью оформляется в возрасте:***

- 1) 1-2-х лет
- 2) 2-3-х лет
- 3) 4-6 лет
- 4) 6-7 лет
- 5) 8-9 лет
- 6) 10-11 лет

16. Суставная головка при движении нижней челюсти скользит по:*

- 1) заднему скату суставного бугорка
- 2) переднему скату суставного бугорка
- 3) по наружной поверхности суставного бугорка
- 4) по внутренней поверхности суставного бугорка

17. Высота суставного бугорка:**

- 1) зависит от возраста и зубной окклюзии
- 2) зависит только от возраста
- 3) зависит только от зубной окклюзии
- 4) не зависит от возраста и зубной окклюзии

18. В пожилом возрасте высота суставного бугорка:**

- 1) увеличивается сильно
- 2) немного увеличивается
- 3) остается без изменений
- 4) уменьшается

19. В каком возрасте наибольшая высота суставного бугорка:*

- 1) 15-20 лет
- 2) у людей среднего возраста
- 3) у людей пожилого возраста
- 4) у стариков

20. При каком прикусе наибольшая высота суставного бугорка:***

- 1) глубококом
- 2) косом
- 3) ортогнатическом
- 4) прогнатическом
- 5) прогеническом
- 6) открытом

21. Суставной диск представляет собой:*

- 1) двояковыпуклую пластинку

- 2) двояковогнутую пластинку
- 3) плоскую пластинку

22. Объем верхнего этажа височно-нижнечелюстного сустава составляет:***

- 1) 0,5 мл
- 2) 1,0 мл
- 3) 1,5 мл
- 4) 2,0 мл
- 5) 2,5 мл
- 6) 3,0 мл

23. Объем нижнего этажа височно-нижнечелюстного сустава составляет:***

- 1) 0 5 мл
- 2) 1,0 мл
- 3) 1,5 мл
- 4) 2,0 мл
- 5) 2,5 мл
- 6) 3,0 мл

24. Суставная капсула состоит из:***

- 1) наружного слоя - фиброзного, внутреннего – эндотелиального
- 2) наружного слоя - эндотелиального, внутреннего – фиброзного
- 3) наружного слоя -фиброзного, среднего -эндотелиального, внутреннего - фиброзного.

25. Какой слой суставной капсулы вырабатывает синовиальную жидкость:**

- 1) наружный
- 2) средний
- 3) внутренний

26. Передняя часть суставной капсулы прикрепляется:**

- 1) впереди бугорка
- 2) позади бугорка
- 3) на верхушке бугорка

27. Задняя часть суставной капсулы прикрепляется:**

- 1) позади суставного бугорка
- 2) в каменисто-барабанной щели
- 3) к костям среднего уха
- 4) к костям внутреннего уха
- 5) к скуловому отростку височной кости

28. Для какого прикуса характерен подчеркнуто-выпукло-вогнутый сустав:***

- 1) ортогнатического
- 2) прямого
- 3) глубокого

Тема 2. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

1. Основной причиной вывихов нижней челюсти является:*

- 1) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- 2) нижняя макрогнатия
- 3) снижение высоты прикуса
- 4) глубокое резцовое перекрытие
- 5) слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава

2. Основной причиной вывихов нижней челюсти является:*

- 1) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- 2) нижняя макрогнатия
- 3) снижение высоты прикуса
- 4) глубокое резцовое перекрытие
- 5) снижение высоты суставного бугорка

3. Виды вывихов нижней челюсти:*

- 1) средний
- 2) передний

4. Виды вывихов нижней челюсти:*

- 1) задний
- 2) средний

5. Виды вывихов нижней челюсти:*

- 1) средний
- 2) односторонний

6. Виды вывихов нижней челюсти:*

- 1) средний
- 2) двухсторонний

7. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти:**

- 1) слезотечение
- 2) снижение высоты прикуса
- 3) невозможность сомкнуть зубы
- 4) ограничение подвижности нижней челюсти

8. Первый этап лечения при вывихе нижней челюсти заключается:**

- 1) в иммобилизации
- 2) в резекции суставного бугорка
- 3) в прошивании суставной капсулы
- 4) в резекции мышечных отростков нижней челюсти
- 5) во введении суставной головки в суставную впадину

9. Основной вид обезболивания при вправлении вывиха нижней челюсти:*

- 1) наркоз
- 2) местное
- 3) нейролептаналгезия
- 4) стволовая анестезия

10. Вправление вывиха нижней челюсти способом Гиппократа проводится в положении больного:*

- 1) лежа
- 2) сидя
- 3) стоя

11. Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает:*

- 1) на углы нижней челюсти
- 2) на фронтальную группу зубов
- 3) на моляры справа и слева или альвеолярные отростки

12. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на моляры осуществляется в направлении:*

- 1) кзади
- 2) вбок
- 3) книзу
- 4) снизу-вверх
- 5) фронтальной группы зубов

13. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на подбородок осуществляется в направлении:*

- 1) вбок
- 2) вверх
- 3) книзу
- 4) снизу-вверх и кзади

14. Показания для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти:**

- 1) при привычном вывихе
- 2) при выраженной гиперсаливации
- 3) при подозрении на тромбофлебит угловой вены
- 4) при рефлекторной контрактуре жевательных мышц

15. Причиной острого травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) актиномикоз
- 2) острая травма
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

16. Причиной первично-хронического травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) актиномикоз
- 2) острая травма
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

17. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:**

- 1) актиномикоз
- 2) ревматическая атака
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

18. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:**

- 1) актиномикоз
- 2) околоушный гипергидроз
- 3) распространение инфекции из окружающих тканей
- 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

19. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) актиномикоз
- 2) ревматическая атака

- 3) околоушный гипергидроз
- 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

20. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) туберкулез
- 2) ревматическая атака
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

21. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) сифилис
- 2) ревматическая атака
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

22. Характерные симптомы острого артрита височно-нижнечелюстного сустава в начальной стадии:**

- 1) тризм жевательных мышц
- 2) околоушный гипергидроз
- 3) боль, ограничение открывания рта
- 4) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав

23. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать:**

- 1) с острым отитом
- 2) с острым гайморитом
- 3) с околоушным гипергидрозом
- 4) с переломом верхней челюсти
- 5) с флегмоной поднижнечелюстной области

24. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать:**

- 1) с острым гайморитом
- 2) с околоушным гипергидрозом
- 3) с переломом верхней челюсти
- 4) с флегмоной поднижнечелюстной области
- 5) с переломом мышцелкового отростка нижней челюсти

25. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать:**

- 1) с острым гайморитом
- 2) с околоушным гипергидрозом
- 3) с переломом верхней челюсти
- 4) с флегмоной поднижнечелюстной области
- 5) с флегмоной околоушно-жевательной области

26. В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава входят:***

- 1) химиотерапия, иглотерапия
- 2) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава
- 3) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
- 4) физиотерапия, удаление мышцелкового отростка, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава

27. Ведущим симптомом анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой симптом
- 5) резкое ограничение подвижности нижней челюсти

28. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) артрит
- 2) опухоль
- 3) мастоидит
- 4) околоушный гипергидроз
- 5) целлюлит околоушно-жевательной области

29. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) опухоль
- 2) мастоидит
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) целлюлит околоушно-жевательной области
- 5) травма мышцелковых отростков нижней челюсти

30. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) опухоль
- 2) мастоидит
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) остеомиелит нижней челюсти
- 5) целлюлит околоушно-жевательной области

31. Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава:**

- 1) гнойный
- 2) фиброзный
- 3) слипчивый
- 4) катаральный
- 5) атрофический

32. Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава:**

- 1) костный
- 2) гнойный
- 3) слипчивый
- 4) катаральный
- 5) атрофический

33. Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:**

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой симптом
- 5) смещение нижней челюсти в больную сторону

34. Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:**

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой синдром
- 5) гипертрофия жевательных мышц на больной стороне

35. Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:**

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой синдром
- 5) тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам

36. Ведущим симптомом двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой синдром
- 5) полное отсутствие движений нижней челюсти

37. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) миография
- 2) аудиометрия
- 3) биохимия крови
- 4) компьютерная томография
- 5) электроодонтодиагностика

38. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) миография
- 2) аудиометрия
- 3) биохимия крови
- 4) томография височно-нижнечелюстного сустава
- 5) электроодонтодиагностика

39. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:**

- 1) нижней макрогнатией
- 2) верхней микрогнатией
- 3) верхней ретрогнатией
- 4) профилем «птичьего» лица
- 5) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами

40. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:**

- 1) нижней макрогнатией
- 2) верхней микрогнатией
- 3) верхней ретрогнатией
- 4) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами
- 5) уплощением и укорочением тела и ветвей нижней челюсти с обеих сторон

41. Рентгенологическая картина костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:**

- 1) прерывистой суставной щелью

- 2) сплошным костным конгломератом
- 3) четко контурируемыми элементами суставных структур

42. Основной метод лечения больных с костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава:**

- 1) физиотерапия
- 2) хирургический
- 3) консервативный
- 4) ортопедический
- 5) ортодонтический

43. Лечение фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается:***

- 1) в редрессации
- 2) в физиотерапии
- 3) в артропластике
- 4) в создании ложного сустава
- 5) в остеотомии нижней челюсти

44. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается:**

- 1) в редрессации
- 2) в физиотерапии
- 3) в создании ложного сустава
- 4) в остеотомии нижней челюсти

45. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается:**

- 1) в редрессации
- 2) в физиотерапии
- 3) в артропластике
- 4) в остеотомии нижней челюсти

46. При развитии анкилоза височно-нижнечелюстного сустава в детстве деформация нижней челюсти появляется:***

- 1) через 6 месяцев от начала заболевания
- 2) через один год после начала заболевания
- 3) с началом интенсивного роста костей лица

47. Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является:**

- 1) верхняя макрогнатия
- 2) снижение высоты прикуса
- 3) укорочение ветвей нижней челюсти
- 4) ограничение подвижности нижней челюсти

5) ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в височно-нижнечелюстном суставе

48. Основным методом лечения стойких контрактур нижней челюсти является:**

- 1) комплексный
- 2) хирургический
- 3) консервативный
- 4) физиотерапевтический

49. Основным хирургическим методом лечения контрактур нижней челюсти заключается:**

- 1) в иссечении рубцов
- 2) в рассечении рубцов
- 3) в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти
- 4) в рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов

50. Стойкая контрактура нижней челюсти обусловлена:**

- 1) ослаблением жевательных мышц
- 2) параличом мимической мускулатуры
- 3) наличием рубцов в околожелюстных тканях

51. Нестойкая контрактура нижней челюсти обусловлена:**

- 1) ослаблением жевательных мышц
- 2) параличом мимической мускулатуры
- 3) наличием рубцов в околожелюстных тканях

52. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:**

- 1) привычный вывих
- 2) остеоартрит
- 3) деформирующий юношеский артроз
- 4) болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

53. К группе первично-костных повреждений и заболеваний височно-нижнечелюстного сустава относится:**

- 1) юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- 2) привычный вывих
- 3) аплазия сустава

54. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:**

- 1) острый артрит

- 2) неоартроз
- 3) привычный вывих

55. Причиной асимметрии лица при вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны является:***

- 1) парез лицевого нерва
- 2) межмышечная гематома
- 3) недоразвитие половины нижней челюсти
- 4) чрезмерное развитие половины нижней челюсти
- 5) гемигипертрофия жевательной мышцы

56. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны средняя линия подбородка смещена в сторону:**

- 1) поражения сустава
- 2) противоположную поражению

57. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава слева левый угол рта: ***

- 1) опущен
- 2) приподнят
- 3) симметричен с правым

58. Основным методом лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава является:***

- 1) физиотерапевтический в сочетании с лечебной физкультурой
- 2) ограничение функции сустава в сочетании с противовоспалительной терапией и физиолечением
- 3) хирургический в сочетании с ортодонтическим
- 4) шинирование в сочетании с физиотерапией

59. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны ребенку 5 лет показана:***

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой

60. Остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением при вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны показана детям в возрасте:***

- 1) 4-5 лет
- 2) 14-15 лет

61. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон ребенку 5 лет показана:***

- 1) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим костным вытяжением по лимбергу
- 2) остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой

62. Ребенку 14 лет с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны показана:***

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по лимбергу
- 2) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой

63. Ребенку 14 лет с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон показана:***

- 1) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим костным вытяжением по лимбергу
- 2) остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой

64. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:**

- 1) неоартроз
- 2) деформирующий юношеский артроз
- 3) остеоартрит
- 4) аплазия мышцелкового отростка нижней челюсти

65. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава, не связанные с нарушением прикуса, свойственны детям телосложения: **

- 1) нормостенического
- 2) гиперстенического
- 3) астенического

66. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава, не связанные с нарушением прикуса, чаще встречаются в возрастной группе детей:**

- 1) 8-11 лет
- 2) 12-15 лет
- 3) 3-7 лет

67. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава наблюдается чаще у:**

- 1) мальчиков

2) девочек

68. Привычный вывих височно-нижнечелюстного сустава в юношеском возрасте проявляется смещением суставной головки:**

- 1) кнаружи
- 2) назад
- 3) вперед

69. Наиболее информативным методом рентгенологического исследования височно-нижнечелюстного сустава при юношеской дисфункции является:*

- 1) панорамный
- 2) томография

70. Острый артрит развивается при перегрузке сустава:*

- 1) однократной
- 2) многократной

71. Смещение нижней челюсти при открывании рта ребенком с привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава слева происходит:**

- 1) влево
- 2) вправо

72. Девиация челюсти у ребенка с привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны при закрывании рта происходит в сторону:*

- 1) поражения
- 2) противоположную поражению

73. Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите височно-нижнечелюстного сустава:*

- 1) расширена равномерно
- 2) расширена неравномерно
- 3) сужена равномерно
- 4) сужена неравномерно

74. Для функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава диспропорция роста опорно-двигательного аппарата:**

- 1) характерна
- 2) не характерна

75. Патогенетически функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава между собой:**

- 1) не связаны
- 2) связаны

76. Чрезмерная подвижность суставной головки нижней челюсти для деформирующего юношеского артроза:**

- 1) характерна
- 2) не характерна

77. Для острого артрита сужение суставной щели на рентгенограмме:*

- 1) характерно
- 2) не характерно

78. Деформация суставной головки, сглаженность суставной ямки, бугорка рентгенологическими признаками хронического артрита:*

- 1) являются
- 2) не являются

79. Симптом «хруста» в момент открывания рта имеет место при:**

- 1) вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава
- 2) привычном вывихе суставной головки
- 3) хроническом артрите

80. Симптом «щелчка» при открывании рта характерен для:**

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава
- 2) привычного вывиха суставной головки
- 3) хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава

81. Укрепление тонуса мышечно-связочного аппарата является основной целью при лечении:**

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза
- 2) дисфункциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава

82. В комплексе лечения функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава применяется:*

- 1) пращевидная повязка
- 2) механотерапия

83. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:**

- 1) костный анкилоз
- 2) привычный вывих
- 3) остеоартроз

- 4) болевой синдром дисфункции
- 5) врожденная патология сустава
- 6) вторичный деформирующий остеоартроз

84. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава и их исходам относятся:**

- 1) привычный вывих
- 2) вторичный деформирующий остеоартроз
- 3) деформирующий юношеский артроз
- 4) остеоартрит
- 5) костный анкилоз

85. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:**

- 1) хронический артрит
- 2) привычный вывих
- 3) аплазия височно-нижнечелюстного сустава
- 4) юношеский деформирующий артроз
- 6) неоартроз

86. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:**

- 1) артрит (острый, хронический)
- 2) остеоартрит
- 3) юношеский деформирующий артроз
- 4) анкилоз
- 5) привычный вывих головки сустава
- 6) неоартроз

87. Привычный вывих головки височно-нижнечелюстного сустава часто сочетается с:**

- 1) плоскостопием
- 2) врожденными пороками сердца
- 3) дискинезией желчных путей
- 4) сколиозом

88. У больного с привычным вывихом головки височно-нижнечелюстного сустава при движениях челюсти определяется:**

- 1) щелканье
- 2) девиация
- 3) ринолалия
- 4) крепитация
- 5) смещение суставной головки вперед
- 6) флюктуация

7) западение кпереди от козелка уха на стороне поражения

89. Для лечения функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава применяются:**

- 1) щадящая диета
- 2) механотерапия
- 3) пращевидная повязка
- 4) антибактериальная терапия
- 5) электрофорез йодида калия
- 6) противовоспалительная терапия

90. Острый артрит клинически характеризуется:**

- 1) болями в области височно-нижнечелюстного сустава
- 2) чрезмерной подвижностью нижней челюсти
- 3) ограничением открывания рта
- 4) хрустом
- 5) болезненностью при пальпации области височно-нижнечелюстного сустава

91. При деформирующем юношеском артрозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически определяется:**

- 1) неравномерное сужение суставной щели
- 2) расширение суставной щели
- 3) деформация суставной головки
- 4) уплощение суставного бугорка и суставной ямки
- 5) очаги остеосклероза в головке нижней челюсти

92. Для лечения острого и обострения хронического артрита назначают:**

- 1) щадящую диету
- 2) ограничение подвижности челюсти
- 3) механотерапию
- 4) седативные препараты
- 5) противовоспалительную терапию
- 6) жесткую пищу

93. В комплекс лечения детей с привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава входят:**

- 1) щадящая диета
- 2) наложение пращевидной повязки
- 3) механотерапия
- 4) физиотерапия
- 5) антибактериальная терапия
- 6) остеотомия ветви нижней челюсти

94. В комплекс лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом входят:**

- 1) механотерапия
- 2) наложение працевидной повязки
- 3) ортодонтическое лечение
- 4) хирургическое лечение
- 5) логопедическое лечение

* пороговый уровень сложности

** базовый уровень сложности

*** повышенный уровень сложности

Тема 1. Гнатология, как научно-практическое направление в стоматологии.

1-3
2-2
3-2
4-4
5-1
6-4
7-2
4-3
9-1
10-1
11-2
12-3
13-1
14-3
15-4
16-1
17-1
18-4
19-2
20-3
21-2
22-3
23-1
24-1
25-3
26-1
27-2
28-3

Тема 2. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

1-5
2-5
3-2
4-1
5-2
6-2
7-3
4-5
9-2
10-2
11-3
12-3
13-4
14-4
15-2
16-4
17-2
18-3
19-1
20-1
21-1
22-3
23-2
24-5
25-5
26-2
27-5
28-1
29-5
30-4
31-2
32-1
33-5
34-5

35-5	65-3
36-5	66-2
37-4	67-2
38-4	68-3
39-4	69-2
40-5	70-1
41-2	71-2
42-2	72-1
43-1	73-4
44-3	74-1
45-3	75-2
46-3	76-2
47-5	77-2
48-2	78-1
49-4	79-3
50-3	80-2
51-1	81-2
52-2	82-1
53-3	83-1,3,5,6
54-2	84-1,3
55-3	85-1,2,4
56-1	86-1,3,5
57-2	87-1,4
58-3	88-1,2,5,6
59-1	89-1,3,5,6
60-1	90-1,3,5
61-2	91-1,3,4,5
62-2	92-1,2,4,5
63-2	93-3,4
64-4	94-3,4

9.4.2. Промежуточная аттестация

Промежуточная аттестация является заключительным контрольным мероприятием по дисциплине и проводится в форме зачета с оценкой.

Форма проведения промежуточной аттестации – **письменная, тестирование.**

Критерии оценки промежуточной аттестации:

Шкала оценивания тестирования

- от 0 до 54% выполненных заданий – неудовлетворительно;
- от 55 до 70% выполненных заданий – удовлетворительно;
- от 71 до 85 % выполненных заданий – хорошо;
- от 86 до 100% выполненных заданий – отлично.

Шкала оценивания письменного опроса, обучающегося:

При проведении зачета оценка знаний проводится исходя из определенных критериев.

Оценка «отлично» выставляется за ответ, в котором содержание соответствует теме или заданию, обучающийся глубоко и прочно усвоил учебный материал, последовательно, четко и логически стройно излагает его, демонстрирует собственные суждения и размышления на заданную тему, делает соответствующие выводы.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если его ответ соответствует и раскрывает тему или задание, обучающийся показывает знание учебного материала, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей при выполнении задания.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если его ответ в полной мере раскрывает тему, обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении учебного материала по заданию, его собственные суждения и размышления на заданную тему носят поверхностный характер.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если не раскрыта тема, содержание ответа не соответствует теме, обучающийся не обладает знаниями по значительной части учебного материала и не может грамотно изложить ответ на поставленное задание, не высказывает своего мнения по теме, допускает существенные ошибки, ответ выстроен непоследовательно, неаргументированно.

Перечень тем, вопросов, практических заданий, выносимых на промежуточную аттестацию:

Теоретические вопросы:

1. Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи.
2. Эволюция развития и особенности строения височно-нижнечелюстного сустава.
3. Физиологические основы окклюзии.
4. Движения нижней челюсти в сагиттальной плоскости.
5. Движения нижней челюсти в трансверзальной плоскости.
6. Зубы, зубные ряды, окклюзионные контакты.
7. Факторы окклюзии.
8. Окклюзионные концепции.
9. Дисгармония окклюзии.
6. Первично-костные повреждения и заболевания сустава: врожденная патология височно-нижнечелюстного сустава.
7. Воспалительные заболевания суставных концов костей: остеоартрит; неартроз.
8. Воспалительные заболевания суставных концов костей: вторичный деформирующий остеоартроз; костный анкилоз.
9. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их исходы в подростковом возрасте: юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, привычный вывих.
10. Болевой синдром дисфункции.
11. Воспалительные и воспалительно-дегенеративные первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункции сустава: артрит (острый, хронический).
12. Воспалительные и воспалительно-дегенеративные первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункции сустава: деформирующий юношеский артроз.

Тестовые вопросы:

1. Наиболее информативным методом рентгенологического исследования височно-нижнечелюстного сустава при юношеской дисфункции является*
 - 1) панорамный
 - 2) томография височно-нижнечелюстного сустава
 - 3) магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстного сустава
2. Смещение нижней челюсти при открывании рта ребёнком с привычным вывихом левого височно-нижнечелюстного сустава происходит*

- 1) влево
- 2) вправо

3. Девиация челюсти у ребёнка с привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны при закрывании рта происходит в сторону*

- 1) поражения
- 2) противоположную поражению

4. Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите височно-нижнечелюстного сустава*

- 1) расширена равномерно
- 2) расширена неравномерно
- 3) сужена равномерно
- 4) сужена неравномерно

5. Для функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава диспропорция роста опорно-двигательного аппарата ребёнка*

- 1) характерна
- 2) не характерна

6. Височно-нижнечелюстной сустав -это парное сочленение, образованное нижнечелюстной и:**

- 1) теменными костями
- 2) височными костями
- 3) затылочной костью
- 4) верхнечелюстными костями
- 5) лобной костью
- 5) клиновидной костью

7. Какой формы суставная головка мышцелкового отростка нижней челюсти:*

- 1) круглой
- 2) эллипсоидной
- 3) плоской
- 4) шаровидной
- 5) конусовидной

8. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости ограничивается спереди:**

- 1) передним краем каменисто-барабанной щели
- 2) суставной ямкой
- 3) суставным бугорком
- 4) скуловым отростком

9. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости отграничивается сзади:**

- 1) передним краем каменисто-барабанной щели
- 2) суставной ямкой
- 3) суставным бугорком
- 4) скуловым отростком

10. Каменисто-барабанная щель делит нижнечелюстную ямку на две части:**

- 1) переднюю и заднюю
- 2) внутреннюю и наружную
- 3) верхнюю и нижнюю

11. Височно-нижнечелюстной сустав относится к:*

- 1) конгруэнтным суставам
- 2) инконгруэнтным суставам
- 3) и к тем и к другим

12. За счет чего выравнивается инконгруэнтность височно-нижнечелюстного сустава:*

- 1) суставного бугорка и суставной ямки
- 2) суставной головки и диска
- 3) капсулы и диска
- 4) капсулы и связок
- 5) суставного бугорка капсулы, связок и диска

13. В каком возрасте суставной бугорок отсутствует:*

- 1) у новорожденных
- 2) до 5-6 летнего возраста
- 3) до 8-12 летнего возраста
- 4) до 16 летнего возраста
- 5) до 22 летнего возраста

14. В каком возрасте появляется суставной бугорок:**

- 1) к 1 -2 месяцу жизни ребенка
- 2) к 3-6 месяцу жизни ребенка
- 3) к 7-8 месяцу жизни ребенка
- 4) к 1-му году жизни ребенка
- 5) ко 2-му году жизни ребенка
- 6) к 3-му году жизни ребенка

15. Суставной бугорок полностью оформляется в возрасте:**

- 1) 1-2-х лет

- 2) 2-3-х лет
- 3) 4-6 лет
- 4) 6-7 лет
- 5) 8-9 лет
- 6) 10-11 лет

16. Суставная головка при движении нижней челюсти скользит по:*

- 1) заднему скату суставного бугорка
- 2) переднему скату суставного бугорка
- 3) по наружной поверхности суставного бугорка
- 4) по внутренней поверхности суставного бугорка

17. Высота суставного бугорка:**

- 1) зависит от возраста и зубной окклюзии
- 2) зависит только от возраста
- 3) зависит только от зубной окклюзии
- 4) не зависит от возраста и зубной окклюзии

18. В пожилом возрасте высота суставного бугорка:**

- 1) увеличивается сильно
- 2) немного увеличивается
- 3) остается без изменений
- 4) уменьшается

19. В каком возрасте наибольшая высота суставного бугорка:*

- 1) 15-20 лет
- 2) у людей среднего возраста
- 3) у людей пожилого возраста
- 4) у стариков

20. При каком прикусе наибольшая высота суставного бугорка:***

- 1) глубоко
- 2) косом
- 3) ортогнатическом
- 4) прогнатическом
- 5) прогеническом
- 6) открытом

21. Суставной диск представляет собой:*

- 1) двояковыпуклую пластинку
- 2) двояковогнутую пластинку
- 3) плоскую пластинку

22. Объем верхнего этажа височно-нижнечелюстного сустава составляет:***

- 1) 0,5 мл
- 2) 1,0 мл
- 3) 1,5 мл
- 4) 2,0 мл
- 5) 2,5 мл
- 6) 3,0 мл

23. Объем нижнего этажа височно-нижнечелюстного сустава составляет:***

- 1) 0 5 мл
- 2) 1,0 мл
- 3) 1,5 мл
- 4) 2,0 мл
- 5) 2,5 мл
- 6) 3,0 мл

24. Суставная капсула состоит из:***

- 1) наружного слоя - фиброзного, внутреннего – эндотелиального
- 2) наружного слоя - эндотелиального, внутреннего – фиброзного
- 3) наружного слоя -фиброзного, среднего-эндотелиального, внутреннего – фиброзного.

25. Какой слой суставной капсулы вырабатывает синовиальную жидкость:**

- 1) наружный
- 2) средний
- 3) внутренний

26. Передняя часть суставной капсулы прикрепляется:**

- 1) впереди бугорка
- 2) позади бугорка
- 3) на вершине бугорка

27. Задняя часть суставной капсулы прикрепляется:**

- 1) позади суставного бугорка
- 2) в каменисто-барабанной щели
- 3) к костям среднего уха
- 4) к костям внутреннего уха
- 5) к скуловому отростку височной кости

28. Для какого прикуса характерен подчеркнуто-выпукло-вогнутый сустав:***

- 1) ортогнатического
- 2) прямого
- 3) глубокого

29. Основной причиной вывихов нижней челюсти является:*

- 1) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- 2) нижняя макрогнатия
- 3) снижение высоты прикуса
- 4) глубокое резцовое перекрытие
- 5) слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава

30. Основной причиной вывихов нижней челюсти является:*

- 1) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- 2) нижняя макрогнатия
- 3) снижение высоты прикуса
- 4) глубокое резцовое перекрытие
- 5) снижение высоты суставного бугорка

31. Виды вывихов нижней челюсти:*

- 1) средний
- 2) передний

32. Виды вывихов нижней челюсти:*

- 1) задний
- 2) средний

33. Виды вывихов нижней челюсти:*

- 1) средний
- 2) односторонний

34. Виды вывихов нижней челюсти:*

- 1) средний
- 2) двухсторонний

35. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти:**

- 1) слезотечение
- 2) снижение высоты прикуса
- 3) невозможность сомкнуть зубы
- 4) ограничение подвижности нижней челюсти

36. Первый этап лечения при вывихе нижней челюсти заключается:**

- 1) в иммобилизации
- 2) в резекции суставного бугорка

- 3) в прошивании суставной капсулы
- 4) в резекции мышечных отростков нижней челюсти
- 5) во введении суставной головки в суставную впадину

37. Основной вид обезболивания при вправлении вывиха нижней челюсти.*

- 1) наркоз
- 2) местное
- 3) нейрорептаналгезия
- 4) стволовая анестезия

38. Вправление вывиха нижней челюсти способом Гиппократов проводится в положении больного.*

- 1) лежа
- 2) сидя
- 3) стоя

39. Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает.*

- 1) на углы нижней челюсти
- 2) на фронтальную группу зубов
- 3) на моляры справа и слева или альвеолярные отростки

40. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на моляры осуществляется в направлении.*

- 1) кзади
- 2) вбок
- 3) книзу
- 4) снизу-вверх
- 5) фронтальной группы зубов

41. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на подбородок осуществляется в направлении.*

- 1) вбок
- 2) вверх
- 3) книзу
- 4) снизу-вверх и кзади

42. Показания для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти.**

- 1) при привычном вывихе
- 2) при выраженной гиперсаливации
- 3) при подозрении на тромбофлебит угловой вены

4) при рефлекторной контрактуре жевательных мышц

43. Причиной острого травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) актиномикоз
- 2) острая травма
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

44. Причиной первично-хронического травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) актиномикоз
- 2) острая травма
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

45. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:**

- 1) актиномикоз
- 2) ревматическая атака
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

46. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:**

- 1) актиномикоз
- 2) околоушный гипергидроз
- 3) распространение инфекции из окружающих тканей
- 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

47. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) актиномикоз
- 2) ревматическая атака
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

48. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) туберкулез
- 2) ревматическая атака
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

49. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) сифилис
- 2) ревматическая атака
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

50. Характерные симптомы острого артрита височно-нижнечелюстного сустава в начальной стадии:**

- 1) тризм жевательных мышц
- 2) околоушный гипергидроз
- 3) боль, ограничение открывания рта
- 4) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав

51. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать:**

- 1) с острым отитом
- 2) с острым гайморитом
- 3) с околоушным гипергидрозом
- 4) с переломом верхней челюсти
- 5) с флегмоной поднижнечелюстной области

52. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать:**

- 1) с острым гайморитом
- 2) с околоушным гипергидрозом
- 3) с переломом верхней челюсти
- 4) с флегмоной поднижнечелюстной области
- 5) с переломом мышцелкового отростка нижней челюсти

53. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать:**

- 1) с острым гайморитом
- 2) с околоушным гипергидрозом
- 3) с переломом верхней челюсти

- 4) с флегмоной поднижнечелюстной области
- 5) с флегмоной околоушно-жевательной области

54. В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава входят:***

- 1) химиотерапия, иглотерапия
- 2) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава
- 3) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
- 4) физиотерапия, удаление мышцелкового отростка, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава

55. Ведущим симптомом анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой симптом
- 5) резкое ограничение подвижности нижней челюсти

56. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) артрит
- 2) опухоль
- 3) мастоидит
- 4) околоушный гипергидроз
- 5) целлюлит околоушно-жевательной области

57. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) опухоль
- 2) мастоидит
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) целлюлит околоушно-жевательной области
- 5) травма мышцелковых отростков нижней челюсти

58. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) опухоль
- 2) мастоидит
- 3) околоушный гипергидроз
- 4) остеомиелит нижней челюсти
- 5) целлюлит околоушно-жевательной области

59. Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава:**

- 1) гнойный
- 2) фиброзный
- 3) слипчивый
- 4) катаральный
- 5) атрофический

60. Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава:**

- 1) костный
- 2) гнойный
- 3) слипчивый
- 4) катаральный
- 5) атрофический

61. Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:**

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой симптом
- 5) смещение нижней челюсти в больную сторону

62. Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:**

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой синдром
- 5) гипертрофия жевательных мышц на больной стороне

63. Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:**

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой синдром
- 5) тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам

64. Ведущим симптомом двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) шум в ушах
- 2) нарушение глотания
- 3) множественный кариес
- 4) выраженный болевой синдром

5) полное отсутствие движений нижней челюсти

65. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) миография
- 2) аудиометрия
- 3) биохимия крови
- 4) компьютерная томография
- 5) электроодонтодиагностика

66. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:*

- 1) миография
- 2) аудиометрия
- 3) биохимия крови
- 4) томография височно-нижнечелюстного сустава
- 5) электроодонтодиагностика

67. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:**

- 1) нижней макрогнатией
- 2) верхней микрогнатией
- 3) верхней ретрогнатией
- 4) профилем "птичьего" лица
- 5) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами

68. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:**

- 1) нижней макрогнатией
- 2) верхней микрогнатией
- 3) верхней ретрогнатией
- 4) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами
- 5) уплощением и укорочением тела и ветвей нижней челюсти с обеих сторон

69. Рентгенологическая картина костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:**

- 1) прерывистой суставной щелью
- 2) сплошным костным конгломератом
- 3) четко контурируемыми элементами суставных структур

70. Основной метод лечения больных с костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава:**

- 1) физиотерапия

- 2) хирургический
- 3) консервативный
- 4) ортопедический
- 5) ортодонтический

71. Лечение фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается:***

- 1) в редрессации
- 2) в физиотерапии
- 3) в артропластике
- 4) в создании ложного сустава
- 5) в остеотомии нижней челюсти

72. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается:**

- 1) в редрессации
- 2) в физиотерапии
- 3) в создании ложного сустава
- 4) в остеотомии нижней челюсти

73. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается:**

- 1) в редрессации
- 2) в физиотерапии
- 3) в артропластике
- 4) в остеотомии нижней челюсти

74. При развитии анкилоза височно-нижнечелюстного сустава в детстве деформация нижней челюсти появляется:***

- 1) через 6 месяцев от начала заболевания
- 2) через один год после начала заболевания
- 3) с началом интенсивного роста костей лица

75. Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является:**

- 1) верхняя макрогнатия
- 2) снижение высоты прикуса
- 3) укорочение ветвей нижней челюсти
- 4) ограничение подвижности нижней челюсти
- 5) ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в височно-нижнечелюстном суставе

76. Основным методом лечения стойких контрактур нижней челюсти является:**

- 1) комплексный

- 2) хирургический
- 3) консервативный
- 4) физиотерапевтический

77. Основным хирургическим методом лечения контрактур нижней челюсти заключается:**

- 1) в иссечении рубцов
- 2) в рассечении рубцов
- 3) в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти
- 4) в рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов

78. Стойкая контрактура нижней челюсти обусловлена:***

- 1) ослаблением жевательных мышц
- 2) параличом мимической мускулатуры
- 3) наличием рубцов в околожелюстных тканях

79. Нестойкая контрактура нижней челюсти обусловлена:***

- 1) ослаблением жевательных мышц
- 2) параличом мимической мускулатуры
- 3) наличием рубцов в околожелюстных тканях

80. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:**

- 1) привычный вывих
- 2) остеоартрит
- 3) деформирующий юношеский артроз
- 4) болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

81. К группе первично-костных повреждений и заболеваний височно-нижнечелюстного сустава относится:**

- 1) юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- 2) привычный вывих
- 3) аплазия сустава

82. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:**

- 1) острый артрит
- 2) неоартроз
- 3) привычный вывих

83. Причиной асимметрии лица при вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны является:***

- 1) парез лицевого нерва
- 2) межмышечная гематома
- 3) недоразвитие половины нижней челюсти
- 4) чрезмерное развитие половины нижней челюсти
- 5) гемигипертрофия жевательной мышцы

84. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны средняя линия подбородка смещена в сторону:**

- 1) поражения сустава
- 2) противоположную поражению

85. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава слева левый угол рта: ***

- 1) опущен
- 2) приподнят
- 3) симметричен с правым

86. Основным методом лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава является:***

- 1) физиотерапевтический в сочетании с лечебной физкультурой
- 2) ограничение функции сустава в сочетании с противовоспалительной терапией и физиолечением
- 3) хирургический в сочетании с ортодонтическим
- 4) шинирование в сочетании с физиотерапией

87. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны ребенку 5 лет показана:***

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой

88. Остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением при вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны показана детям в возрасте:***

- 1) 4-5 лет
- 2) 14-15 лет

89. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон ребенку 5 лет показана:***

- 1) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим костным вытяжением по лимбергу
- 2) остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой

90. Ребенку 14 лет с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны показана:***

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по лимбергу
- 2) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой

91. Ребенку 14 лет с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон показана:***

- 1) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим костным вытяжением по лимбергу
- 2) остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой

92. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:**

- 1) неоартроз
- 2) деформирующий юношеский артроз
- 3) остеоартрит
- 4) аплазия мышцелкового отростка нижней челюсти

93. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава, не связанные с нарушением прикуса, свойственны детям телосложения: **

- 1) нормостенического
- 2) гиперстенического
- 3) астенического

94. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава, не связанные с нарушением прикуса, чаще встречаются в возрастной группе детей:**

- 1) 8-11 лет
- 2) 12-15 лет
- 3) 3-7 лет

95. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава наблюдается чаще у:**

- 1) мальчиков
- 2) девочек

96. Привычный вывих височно-нижнечелюстного сустава в юношеском возрасте проявляется смещением суставной головки:**

- 1) кнаружи
- 2) назад
- 3) вперед

97. Наиболее информативным методом рентгенологического исследования височно-нижнечелюстного сустава при юношеской дисфункции является:*

- 1) панорамный
- 2) томография

98. Острый артрит развивается при перегрузке сустава:*

- 1) однократной
- 2) многократной

99. Смещение нижней челюсти при открывании рта ребенком с привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава слева происходит:**

- 1) влево
- 2) вправо

100. Девиация челюсти у ребенка с привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны при закрывании рта происходит в сторону:*

- 1) поражения
- 2) противоположную поражению

101. Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите височно-нижнечелюстного сустава:*

- 1) расширена равномерно
- 2) расширена неравномерно
- 3) сужена равномерно
- 4) сужена неравномерно

102. Для функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава диспропорция роста опорно-двигательного аппарата:**

- 1) характерна
- 2) не характерна

103. Патогенетически функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава между собой:**

- 1) не связаны
- 2) связаны

104. Чрезмерная подвижность суставной головки нижней челюсти для деформирующего юношеского артроза:**

- 1) характерна
- 2) не характерна

105. Для острого артрита сужение суставной щели на рентгенограмме.*

- 1) характерно
- 2) не характерно

106. Деформация суставной головки, сглаженность суставной ямки, бугорка рентгенологическими признаками хронического артрита.*

- 1) являются
- 2) не являются

107. Симптом «хруста» в момент открывания рта имеет место при:**

- 1) вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава
- 2) привычном вывихе суставной головки
- 3) хроническом артрите

108. Симптом «щелчка» при открывании рта характерен для:**

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава
- 2) привычного вывиха суставной головки
- 3) хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава

109. Укрепление тонуса мышечно-связочного аппарата является основной целью при лечении:**

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза
- 2) дисфункциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава

110. В комплексе лечения функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава применяется:*

- 1) пращевидная повязка
- 2) механотерапия

111. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:**

- 1) костный анкилоз
- 2) привычный вывих
- 3) остеоартроз
- 4) болевой синдром дисфункции
- 5) врожденная патология сустава
- 6) вторичный деформирующий остеоартроз

112. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава и их исходам относятся:**

- 1) привычный вывих

- 2) вторичный деформирующий остеоартроз
- 3) деформирующий юношеский артроз
- 4) остеоартрит
- 5) костный анкилоз

113. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:**

- 1) хронический артрит
- 2) привычный вывих
- 3) аплазия височно-нижнечелюстного сустава
- 4) юношеский деформирующий артроз
- 6) неоартроз

114. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:**

- 1) артрит (острый, хронический)
- 2) остеоартрит
- 3) юношеский деформирующий артроз
- 4) анкилоз
- 5) привычный вывих головки сустава
- 6) неоартроз

115. Привычный вывих головки височно-нижнечелюстного сустава часто сочетается с:**

- 1) плоскостопием
- 2) врожденными пороками сердца
- 3) дискинезией желчных путей
- 4) сколиозом

116. У больного с привычным вывихом головки височно-нижнечелюстного сустава при движениях челюсти определяется:**

- 1) щелканье
- 2) девиация
- 3) ринолалия
- 4) крепитация
- 5) смещение суставной головки вперед
- 6) флюктуация
- 7) западение кпереди от козелка уха на стороне поражения

117. Для лечения функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава применяются:**

- 1) щадящая диета
- 2) механотерапия
- 3) пращевидная повязка

- 4) антибактериальная терапия
- 5) электрофорез йодида калия
- 6) противовоспалительная терапия

118. Острый артрит клинически характеризуется:**

- 1) болями в области височно-нижнечелюстного сустава
- 2) чрезмерной подвижностью нижней челюсти
- 3) ограничением открывания рта
- 4) хрустом
- 5) болезненностью при пальпации области височно-нижнечелюстного сустава

119. При деформирующем юношеском артрозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически определяется:**

- 1) неравномерное сужение суставной щели
- 2) расширение суставной щели
- 3) деформация суставной головки
- 4) уплощение суставного бугорка и суставной ямки
- 5) очаги остеосклероза в головке нижней челюсти

120. Для лечения острого и обострения хронического артрита назначают:**

- 1) щадящую диету
- 2) ограничение подвижности челюсти
- 3) механотерапию
- 4) седативные препараты
- 5) противовоспалительную терапию
- 6) жесткую пищу

121. В комплекс лечения детей с привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава входят:**

- 1) щадящая диета
- 2) наложение працевидной повязки
- 3) механотерапия
- 4) физиотерапия
- 5) антибактериальная терапия
- 6) остеотомия ветви нижней челюсти

122. В комплекс лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом входят:**

- 1) механотерапия
- 2) наложение працевидной повязки
- 3) ортодонтическое лечение
- 4) хирургическое лечение

5) логопедическое лечение

* пороговый уровень сложности

** базовый уровень сложности

*** повышенный уровень сложности

Ответы:

1-3	38-2	75-5
2-2	39-3	76-2
3-2	40-3	77-4
4-4	41-4	78-3
5-1	42-4	79-1
6-4	43-2	80-2
7-2	44-4	81-3
4-3	45-2	82-2
9-1	46-3	83-3
10-1	47-1	84-1
11-2	48-1	85-2
12-3	49-1	86-3
13-1	50-3	87-1
14-3	51-2	88-1
15-4	52-5	89-2
16-1	53-5	90-2
17-1	54-2	91-2
18-4	55-5	92-4
19-2	56-1	93-3
20-3	57-5	94-2
21-2	58-4	95-2
22-3	59-2	96-3
23-1	60-1	97-2
24-1	61-5	98-1
25-3	62-5	99-2
26-1	63-5	100-1
27-2	64-5	101-4
28-3	65-4	102-1
29-5	66-4	103-2
30-5	67-4	104-2
31-2	68-5	105-2
32-1	69-2	106-1
33-2	70-2	107-3
34-2	71-1	108-2
35-3	72-3	109-2
36-5	73-3	110-1
37-2	74-3	111-1,3,5,6

112-1,3
115-1,4
116-1,2,5,6
117-1,3,5,6
118-1,3,5
119-1,3,4,5
120-1,2,4,5
121-3,4
122-3,4

113-1,2,4

114-1,3,5

Заведующий кафедрой ортодонтии
Доктор медицинских наук,
профессор

_____ Фадеев Р.А.

« _____ » _____ 20__ г.