

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2019 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «ГНАТОЛОГИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНОГО НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
для лиц на базе среднего профессионального образования
(31.00.00 Клиническая медицина, 34.00.00 Сестринское дело), высшего образования
Форма обучения: очная
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Срок обучения: 5 лет**

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.	Этиология и патогенез деформаций зубных рядов. Теория артикуляционного равновесия.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
2.	Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи. Височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС).	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
3.	Прикус и окклюзионные контакты зубов. Центральная окклюзия и центральное соотношение челюстей. Методы обследования, диагностики больных с окклюзионными нарушениями.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
4.	Артикуляторы и их применение для	ОПК-11	Устный ответ,	Пятибалльная

	диагностики и устранения нарушений окклюзии. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)	ПК-5 ПК-8 ПК-9	стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач	шкала оценивания
5.	Эволюция развития и особенности строения височно-нижнечелюстного сустава.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
6.	Методы исследования и диагностики при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
7.	Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Стоматологические симптомы при мышечно-суставных дисфункциях.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни,	Пятибалльная шкала оценивания

			решение ситуационных задач	
8.	Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
9.	Ошибки и осложнения при лечении заболеваний ВНЧС. Зачёт	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины –п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);

- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;

- составление доклада/ устных реферативных сообщений;

- решение ситуационных задач

- курация больного/разбор тематического больного

- разбор истории болезни

- иные формы контроля, определяемые преподавателем

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема 1. Этиология и патогенез деформаций зубных рядов. Теория артикуляционного равновесия.

1. Что такое апикальная дуга?

- 1) Линия, проходящая по вершине альвеолярного отростка
- 2) Линия, проходящая по режущим краям и жевательной поверхности зубов
- 3) Линия, соединяющая верхушки корней

2. Что такое альвеолярная дуга?

- 1) Линия, проходящая по вершине альвеолярного отростка
- 2) Линия, проходящая по режущим краям и жевательной поверхности зубов
- 3) Линия, соединяющая верхушки корней

3. Что такое окклюзионная дуга?

- 1) Линия, проходящая по вершине альвеолярного отростка
- 2) Линия, проходящая по режущим краям и жевательной поверхности зубов
- 3) Линия, соединяющая верхушки корней.

4. В каких анатомических осевых взаимоотношениях находятся корневая и коронковая части зуба на верхней челюсти?

- 1). Оси коронок зубов конвергируют, а оси корней дивергируют
- 2). Оси коронок зубов дивергируют, а оси корней конвергируют
- 3). Оси коронок и корней совпадают.

5. В каких анатомических осевых взаимоотношениях находятся корневая и коронковая части зуба на нижней челюсти?

- 1) Оси коронок зубов конвергируют, а оси корней дивергируют
- 2) Оси коронок зубов дивергируют, а оси корней конвергируют
- 3) Оси коронок и корней совпадают.

6. Какую форму имеет зубной ряд верхней челюсти?

- 1) Параболы
- 2) Элипса
- 3) Полуэлипса

7. Какую форму имеет зубной ряд нижней челюсти?

- 1) Параболы
- 2) Элипса
- 3) Полуэлипса

8. Что такое «окклюзионная плоскость»?

- 1) Линия, проведенная от основания края носа до середины козелка уха
- 2) Плоскость, проведенная от режущего края центрального резца нижней челюсти к вершине дистального щечного бугра второго (третьего) моляра
- 3) Линия, проведенная по режущим краям и жевательной поверхности зубов

9. Окклюзионная кривая Шпее - это:

- 1) Искривление окклюзионной плоскости в трансверзальном направлении
- 2) Искривление окклюзионной плоскости в сагиттальном направлении
- 3) Искривление окклюзионной плоскости в любом направлении

10. Окклюзионная кривая Уилсона - это:

- 1) Искривление окклюзионной плоскости в трансверзальном направлении
- 2) Искривление окклюзионной плоскости в сагиттальном направлении
- 3) Искривление окклюзионной плоскости в любом направлении

Ответы

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

Тема 2. Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи. Височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС).

1. Височно-нижнечелюстной сустав образован:

- 1) каменистой частью височной кости и нижней челюстью;
- 2) головкой нижней челюсти и нижнечелюстной ямкой;
- 3) венечным отростком нижней челюсти и височной костью;
- 4) венечным отростком.

2. Капсула височно-нижнечелюстного сустава снизу прикрепляется к:

- 1) венечному отростку нижней челюсти;
- 2) головке нижней челюсти;
- 3) шейке нижней челюсти;
- 4) углу нижней челюсти.

3. Какие интракапсулярные связки имеет височно-нижнечелюстной сустав:

- 1) переднюю диско-височную, переднюю, заднюю, медиальную, латеральную диско-нижнечелюстную связку;
- 2) переднюю, заднюю, медиальную, латеральную, диско-нижнечелюстные связки;
- 3) переднюю и заднюю диско-височные, медиальную и латеральную диско-нижнечелюстные связки;
- 4) латеральную связку.

4. В височно-нижнечелюстном суставе возможны следующие виды движений:

- 1) опускание и поднятие нижней челюсти, движение вперед и назад;
- 2) опускание и поднятие нижней челюсти, боковые движения, движение нижней челюсти вперед и назад;
- 3) опускание нижней челюсти, поднятие нижней челюсти, движение вперед и назад;
- 4) боковые движения нижней челюсти, движение ее вперед и назад.

5. Какие из перечисленных анатомических образований составляют височно-нижнечелюстной сустав?

- 1) Капсула, головка, диск, бугорок, ямка
- 2) Капсула, головка, ямка, связка, хрящ
- 3) Отросток, головка, ямка, хрящ, диск
- 4) Кость, хрящ, диск, связка, ямка
- 5) Головка, связка, хрящ, диск, ямка

6. Для диагностики заболеваний ВНЧС применяют:

- 1) анализ функциональной окклюзии
- 2) рентгенологическое исследование
- 3) электромиографическое исследование
- 4) радионуклидное исследование
- 5) верно все

7. Нарушения жевательно-речевого аппарата вызывающего заболевания височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) Понижение тонуса жевательных мышц и спазм латеральных крыловидных мышц;
- 2) Повышение тонуса жевательных мышц и спазм латеральных крыловидных мышц;
- 3) Расстройства координации сокращения латеральных крыловидных мышц;
- 4) Нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов;
- 5) 1+3;
- 6) 2+3+4.

8. Укажите факторы нарушения окклюзии:

- 1) Местные факторы полости рта;
- 2) Поражение височно-нижнечелюстного сустава;
- 3) Дисфункция жевательных мышц при общих заболеваниях;
- 4) 1+2+3;
- 5) 1+2;
- 6) 2+3.

К гипербалансирующим

9. В боковых окклюзиях на рабочей стороне в норме могут быть:

- 1) Групповые контакты щёчных бугорков жевательных зубов;
- 2) Контакт клыков и боковых резцов;
- 3) Резцов и щёчных бугорков премоляров;

- 4 Резцов;
- 5 Дистальных бугорков вторых моляров;
- 6 Щёчных бугорков жевательных зубов и (или) контакт клыков.

10. В передней окклюзии в норме допустимы следующие варианты взаимоотношений зубных рядов:

- 1 Отсутствие контактов в области жевательных зубов;
- 2 Наличие контактов в области передних зубов;
- 3 Наличие контактов в области жевательных зубов;
- 4 1+2+3;
- 5 1+2.

Ответы

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

Тема 3. Прикус и окклюзионные контакты зубов. Центральная окклюзия и центральное соотношение челюстей. Основы окклюзионной диагностики, окклюзиограммы. Методы обследования, диагностики больных с окклюзионными нарушениями.

1. Как располагаются окклюзионные кривые на верхней и нижней челюстях?

- 1) На верхней челюсти выпуклая книзу, на нижней челюсти вогнутая книзу
- 2) На верхней челюсти вогнутая, на нижней челюсти выпуклая
- 3) На верхней и на нижней челюстях - выпуклая
- 4) На верхней и на нижней челюстях - вогнутая

2. Что такое «прикус»?

- 1) Пространственное расположение зубных рядов
- 2) Смыкание зубных рядов при различных положениях нижней челюсти
- 3) Смыкание зубных рядов в положении центральной окклюзии

3. Что такое «окклюзия»?

- 1) Пространственное расположение зубных рядов
- 2) Смыкание зубных рядов при различных положениях нижней челюсти
- 3) Тип взаимоотношений верхнего и нижнего зубных рядов

4. Центральная окклюзия - это:

- 1) Выдвижение нижней челюсти вперед
- 2) Перемещение нижней челюсти в сторону
- 3) Смыкание зубных рядов при максимальном количестве контактов зубов-антагонистов

5. Передняя окклюзия - это:

- 1) Смыкание зубных рядов при выдвижении нижней челюсти вперед.
- 2) Смыкание зубных рядов при выдвижении нижней челюсти в сторону.
- 3) Смыкание зубных рядов при максимальном количестве контактов-зубов антагонистов.

6. Что такое «артикуляция»?

- 1) Пространственное расположение зубных рядов и челюстей при всех движениях нижней челюсти.
- 2) Смыкания зубных рядов при различных положениях нижней челюсти.
- 3) Тип взаимоотношений зубных рядов.

7. Состояние относительного физиологического покоя нижней челюсти определяется как:

- 1) Пространственное расположение зубных рядов и челюстей при всех движениях нижней челюсти.
- 2) Смыкание зубных рядов при различных положениях нижней челюсти.
- 3) Одно из артикуляционных положений нижней челюсти при минимальной активности жевательных мышц и полном расслаблении мимической мускулатуры.

8. Как определить термин «контактный пункт»

- 1) Контакт между зубами - антагонистами.
- 2) Контакт между рядом стоящими зубами в области экваторных линий

на апроксимальных поверхностях.

- 3) Контакт между зубами при различных положениях нижней челюсти.

9. Какое назначение «контактного пункта»?

- 1) Предупреждение травмы десневого соска.
- 2) Предупреждение травмы десневого соска и перераспределение жевательного давления по всему зубному ряду.
- 3) Предупреждение смещения зубов в вертикальной плоскости.

10. Боковая окклюзия - это:

- 1) Смыкание зубных рядов при выдвижении нижней челюсти вперед
- 2) Смыкание зубных рядов при выдвижении нижней челюсти в сторону
- 3) Смыкание зубных рядов при максимальном количестве контактов зубов-антагонистов

ответы

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

Тема 4. Артикуляторы и их применение для диагностики и устранения нарушений окклюзии. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

1. Какие виды прикусов относятся к физиологическим?

- 1) Прогнатия, прогения, перекрестный, открытый, глубокий
- 2) Ортогнатический
- 3) Физиологическая прогения, физиологическая прогнатия, ортогнатический, прямой
- 4) Физиологическая прогения, прогнатия.

2. Какие виды прикусов относятся к аномальным ?

- 1) Прогнатия, прогения, перекрестный, открытый, глубокий
- 2) Ортогнатический
- 3) Физиологическая прогения, физиологическая прогнатия, ортогнатический, прямой

3. Каковы признаки смыкания передних зубов при ортогнатическом типе прикуса?

- 1) Степень перекрытия нижних резцов верхними - 1/3, центральные линии совпадают, наличие режущего-бугоркового контакта
- 2) Перекрытие нижних резцов верхними - отсутствует, центральная линия совпадает, наличие контакта режущими краями
- 3) Обратное перекрытие, центральная линия совпадает, отсутствие контакта режущими краями

4. Каковы признаки смыкания боковых зубов при ортогнатическом типе прикуса?

- 1) Щечные бугры верхних боковых зубов расположены снаружи от одноименных нижних, небные бугры верхних располагаются в продольных фиссурах нижних, медиально-щечный бугор первого верхнего моляра находится в контакте с дистальным щечным бугром нижнего моляра
- 2) Щечные бугры верхних боковых зубов расположены снаружи от одноименных нижних, небные бугры верхних располагаются в продольных фиссурах нижних, медиально-щечный бугор первого верхнего моляра находится в контакте с одноименным бугром первого нижнего моляра
- 3) Щечные бугры верхних боковых зубов расположены снаружи от одноименных нижних, небные бугры верхних располагаются в продольных фиссурах нижних, медиально-щечный бугор первого верхнего моляра находится в поперечной межбугорковой фиссуре первого нижнего моляра

5. Каковы признаки смыкания всех зубов при ортогнатическом типе прикуса?

- 1) Каждый зуб смыкается с двумя антагонистами, кроме центрального резца нижнего и третьего верхнего моляра. Средняя линия, проходящая между центральными резцами совпадает.
- 2) Отсутствует смыкание во фронтальной группе зубов. Средняя линия, проходящая между центральными резцами совпадает
- 3) Каждый зуб смыкается с двумя антагонистами, кроме центрального резца нижней челюсти и третьего верхнего моляра. Средняя линия, проходящая между центральными резцами совпадает

6. Какова степень перекрытия нижних резцов верхними при глубоком прикусе?

- 1) 1/3 высоты коронки
- 2) Более 1/3 высоты коронки
- 3) Перекрытие отсутствует

7. При каком виде прикуса имеется «выдвижение» нижних зубов вперед с образованием щели между зубами?

- 1) Ортогнатический
- 2) Прогнатический
- 3) Прогенический
- 4) Прямой

8. При каком виде прикуса имеется выдвижение верхних зубов вперед?

- 1) Ортогнатический
- 2) Прогнатический
- 3) Прогенический
- 4) Прямой

9. При каком виде прикуса медиально-щечный бугор верхнего первого моляра находится в поперечной межбугорковой фиссуре нижнего первого моляра?

- 1) Ортогнатический
- 2) Прогнатический
- 3) Прогенический
- 4) Прямой

10. При каком виде прикуса медиально-щечный бугор верхнего первого моляра находится в контакте с одноименным бугром нижнего первого моляра?

- 1) Ортогнатический
- 2) Прогнатический
- 3) Прогенический
- 4) Прямой

Ответы

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

Тема 5. Эволюция развития и особенности строения височно-нижнечелюстного сустава.

1. При каком виде прикуса медиально-щечный бугор верхнего первого моляра находится в контакте с дистально-щечным бугром нижнего первого моляра?

- 1) Ортогнатический
- 2) Прогнатический
- 3) Прогенический
- 4) Прямой

2. При каком виде прикуса щечные бугры нижних зубов расположены кнаружи от одноименных верхних?

- 1) Ортогнатический
- 2) Прогнатический
- 3) Прогенический
- 4) Прямой
- 5) Глубокий
- 6) Перекрестный

3. При каком виде прикуса имеется щель «по вертикали» между передними зубами?

- 1) Ортогнатический
- 2) Прогнатический
- 3) Прогенический
- 4) Прямой
- 5) Глубокий
- 6) Открытый

4. При каком виде прикуса наблюдается контакт режущих поверхностей верхних и нижних зубов?

- 1) Ортогнатический
- 2) Бипрогнатический
- 3) Опистогнатический
- 4) Прямой

5. При каком виде прикуса наблюдается вестибулярный наклон верхних и нижних резцов вперед?

- 1) Ортогнатический
- 2) Бипрогнатический
- 3) Опистогнатический
- 4) Прямой

6. При каком виде прикуса наблюдается наклон верхних и нижних резцов назад?

- 1) Ортогнатический
- 2) Бипрогнатический
- 3) Опистогнатический
- 4) Прямой

7. Височно-нижнечелюстной сустав образован:

- 1) Суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти
- 2) Суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти, суставным диском, суставной капсулой, связками
- 3) Головкой нижней челюсти, суставной капсулой

8. Какова функция внутрисуставного диска?

- 1) Плавное скольжение элементов сустава
- 2) Разделение полости сустава на две части
- 3) Амортизирующая функция и сглаживание инконгруэнтности суставных поверхностей
- 4) Все ответы правильные.

9. Какова функция связок сустава?

- 1) Участвуют в движении сустава
- 2) Препятствуют растяжению суставной капсулы
- 3) Растягивают суставную капсулу

10. В каком положении находится суставная головка при центральной окклюзии?

- 1) На вершине суставного бугорка
- 2) На скате суставного бугорка
- 3) У основания заднего ската суставного бугорка

Ответы

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

Тема 6. Методы исследования и диагностики при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава.

1. При максимально открытом рте суставная головка находится

- 1) На вершине суставного бугорка
- 2) На скате суставного бугорка
- 3) У основания заднего ската суставного бугорка

2. Перечислите возможные движения нижней челюсти

- 1) Вертикальные, сагиттальные
- 2) Сагиттальные, трансверзальные
- 3) Вертикальные, трансверзальные
- 4) Вертикальные, сагиттальные, трансверзальные

3. При открывании рта суставная головка...

- 1) Скользит по скату суставного бугорка вниз и вперед
- 2) Вращается вокруг своей горизонтальной оси
- 3) На рабочей стороне головка вращается вокруг вертикальной оси, на балансирующей - вперед, вниз, внутрь

4. При боковом смещении нижней челюсти, суставная головка

- 1) Скользит по скату суставного бугорка вниз и вперед
- 2) Вращается вокруг своей вертикальной оси
- 3) На рабочей стороне головка вращается вокруг вертикальной оси, на балансирующей - вперед, вниз, внутрь

5. Что такое «рабочая сторона»?

- 1) Сторона, противоположная стороне смещения нижней челюсти

2) Сторона, в которую произошло смещение нижней челюсти

3) Сторона, где возникают преждевременные контакты зубов

6. Что такое «балансирующая сторона»?

1) Сторона, противоположная стороне смещения нижней челюсти

2) Сторона, в которую произошло смещение нижней челюсти

3) Сторона, где возникают преждевременные контакты зубов

7. Что такое «сагиттальный резцовый путь»?

1) Путь, который проходят нижние резцы при открывании рта

2) Путь, который проходят нижние резцы при боковом смещении нижней челюсти

3) Путь, который проходят нижние резцы при выдвижении нижней челюсти вперед

8. Сагиттальный резцовый путь зависит от:

1) Глубины перекрытия передних зубов

2) Угла наклона резцов

3) Глубины перекрытия и угла наклона

9. Что такое «трансверзальный резцовый путь»?

1) Путь, который проходят нижние резцы при открывании рта

2) Путь, который проходят нижние резцы при боковом смещении нижней челюсти

3) Путь, который проходят нижние резцы при выдвижении нижней челюсти вперед

10. Что такое «угол сагиттального резцового пути»?

1) Угол, образованный пересечением линий сагиттального резцового пути с окклюзионной плоскостью

2) Угол, образованный пересечением кривых при боковых смещениях нижних резцов

3) Угол отклонения головки сустава при боковом смещении нижней челюсти

Ответы

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

Тема 7. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Стоматологические симптомы при мышечно-суставных дисфункциях.

1. Что такое «угол трансверзального резцового пути»?

1) Угол, образованный пересечением линий сагиттального резцового пути с окклюзионной плоскостью

2) Угол, образованный пересечением кривых при боковых смещениях нижних резцов

3) Угол отклонения головки сустава при боковом смещении нижней челюсти

2. Чему равен угол сагиттального резцового пути?

1) 30-40°

2) 40-50°

3) 50-60°

3. Чему равен угол трансверзального резцового пути?

1) 100-110°

2) 110-120°

3) 120-130°

4. Что такое «сагиттальный суставной путь»?

1) Перемещение суставных головок при открывании рта

2) Перемещение суставных головок при выдвижении нижней челюсти вперед

3) Перемещение суставных головок при боковом смещении нижней челюсти

5. Чему равен угол сагиттального суставного пути?

1) 43°

2) 33°

3) 53°

6. Что такое «трансверзальный суставной путь»?

1) Перемещение суставных головок при открывании рта

2) Перемещение суставных головок при выдвижении нижней челюсти вперед

3) Перемещение суставной головки на «рабочей» стороне вниз, вперед, внутрь при боковом смещении нижней челюсти

7. Чему равен угол трансверзального суставного пути?

- 2) Передняя суставная щель и задняя суставная щель
- 3) Нижне-передняя суставная щель и верхне-задняя суставная щель

8. Какие из жевательных мышц одним из своих пучков внедряется суставной диск и обеспечивает синхронность перемещения нижней челюсти и суставного диска?

- 1) Жевательная
- 2) Височная
- 3) Медиальная крыловидная
- 4) Латеральная крыловидная

9. Заболевания ВНЧС встречается

- 1) в 70-90% случаев
- 2) в 57-75% случаев
- 3) в 27-67% случаев
- 4) в 7-15% случаев

10. Суставные симптомы при заболеваниях ВНЧС

- 1) боль в жевательных мышцах, челюстях
- 2) суставной шум
- 3) тугоподвижность нижней челюсти
- 4) боль в ушах
- 5) боли при длительной нагрузке

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1-б, 2-а	1-б 2-а	1-б 2-а	2	6	1	4	3	2,4,5

Тема 9. Ошибки и осложнения при лечении заболеваний ВНЧС.

1. Чему равен угол сагиттального резцового пути по Гизи?

- 1) 30-35°
- 2) 15-17°
- 3) 100-115°
- 4) 40-50°

2. Рентгенологическая картина при хронических артритах ВНЧС

- 1) расширение суставной щели
- 2) сужение суставной щели
- 3) контуры суставной головки нечеткие
- 4) деформация костных элементов сустава

3. Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС

- 1) сужение суставной щели
- 2) отсутствие суставной щели
- 3) расширение суставной щели
- 4) уплотнение кортикального слоя суставной головки
- 5) изменение формы костных элементов сустава

4. Характерные признаки острого артрита

- 1) боли в суставе постоянные в покое
- 2) боли в суставе приступообразные
- 3) боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти
- 4) открывание рта до 4,5-5,0 см
- 5) открывание рта до 0,5-1,0 см
- 6) правильные ответы 1, 3, 5
- 7) правильные ответы 3, 5

5. Сроки пользования ортодонтическими аппаратами при заболеваниях ВНЧС

- 1) одна неделя
- 2) две недели
- 3) один месяц
- 4) 3-6 месяцев

6. Для выявления состояния мягких тканей сустава используют

- 1) артрографию
- 2) магниторезонансную томографию
- 3) артроскопию

4) ультразвуковую диагностику

7. Аускультация ВНЧС при артрозе и хроническом артрите выявляет

1) крепитацию

2) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей

3) щелкающие звуки

4) отсутствие суставного шума

8. Контакты каких зубов могут быть в боковых окклюзиях на рабочей стороне?

1) групповые контакты щечных бугров жевательных зубов

2) контакт клыков и боковых резцов

3) контакт резцов и щечных бугров премоляров

4) контакт резцов

5) контакт дистальных бугров вторых моляров

6) контакт щечных бугров жевательных зубов или контакт клыков

9. При снижении окклюзионной высоты, сужении верхнего и заднего отделов суставной щели ВНЧС какой вид окклюзионной шины Вы примените?

1) разобщающие

2) репозиционные

3) релаксационные

10. Какими методами проводится окклюзионная коррекция?

1) методами избирательного сошлифования зубов, ортопедическими, ортодонтическими

2) ортопедическими, ортодонтическими, хирургическими

3) методами избирательного сошлифования зубов, ортопедическими, ортодонтическими, хирургическими

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	1,2	1,2,5	7	4	2	1	1	1	1

2.2 Перечень тематик докладов/ устных реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя)

Название темы	Темы докладов/устных реферативных сообщений
Этиология и патогенез деформаций зубных рядов. Теория артикуляционного равновесия.	Темы докладов/устных реферативных сообщений: 1. Классификации дефектов зубного ряда 2. Теория артикуляционного равновесия. 3. Деформация зубных рядов и прикуса, связанная с патологией твердых тканей зубов при сохраненных зубных рядах.
Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи. Височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС).	Темы докладов/устных реферативных сообщений: Височно-нижнечелюстной сустав человека строение Прикус. Виды прикуса Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи.
Прикус и окклюзионные контакты зубов. Центральная окклюзия и центральное соотношение челюстей. Методы обследования, диагностики больных с окклюзионными нарушениями.	Темы докладов/устных реферативных сообщений: 1. Центральная окклюзия и центральное соотношение челюстей. 2. Прикус и окклюзионные контакты зубов. 3. Основы окклюзионной диагностики, окклюзиограммы. 4. Методы обследования, диагностики больных с окклюзионными нарушениями.

<p>Артикуляторы и их применение для диагностики и устранения нарушений окклюзии. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)</p>	<p>Темы докладов/устных реферативных сообщений:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Аппараты воспроизводящие движения нижней челюсти. 2. Артикуляторы и их применение для диагностики и устранения нарушений окклюзии. 3. Дисфункции, заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). 4. Избирательное сошлифовывание зубов. 5. Применение индивидуального артикулятора при анализе моделей челюстей. 6. Ортодонтический метод коррекции нарушений смыкания зубов. 7. Ортопедические методы лечения больных с окклюзионными нарушениями смыкания зубных рядов при интактных зубных рядах.
<p>Эволюция развития и особенности строения височно-нижнечелюстного сустава.</p>	<p>Темы докладов/устных реферативных сообщений:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Эволюция развития височно-нижнечелюстного сустава. 2. Особенности строения височно-нижнечелюстного сустава. 3. Окклюзионная коррекция. 4. Дисфункции, заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), при нарушениях смыкания зубных рядов (окклюзии).
<p>Методы исследования и диагностики при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава.</p>	<p>Темы докладов/устных реферативных сообщений:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рентгенологические и графические методы исследования при диагностике нарушений смыкания зубных рядов. 2. Электромиография 5. Анализ модели челюстей. Применение индивидуального артикулятора при анализе модели челюстей. Принцип его настройки при сохраненных зубных рядах. 6. Реоартрография. 7. Фоноартрография.
<p>Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Стоматологические симптомы при мышечно-суставных дисфункциях.</p>	<p>Темы докладов/устных реферативных сообщений:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Классификация заболеваний ВНЧС. 2. Этиология, патогенез, клиника артрозов, артритов. 3. Вывихи и подвывихи. Дифференциальная диагностика. 4. Синдром Костена 5. Анкилоз
<p>Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.</p>	<p>Темы докладов/устных реферативных сообщений:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Мышечно-суставная дисфункция. Диагностика и лечение. 2. Причины заболеваний височно-нижнечелюстного сустава 3. Общие симптомы заболеваний височно-нижнечелюстного сустава 4. Консервативные методы лечения ВНЧС
<p>Ошибки и осложнения при лечении заболеваний ВНЧС.</p>	<p>Темы докладов/устных реферативных сообщений:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ортопедические методы лечения больных с окклюзионными нарушениями 2. Основные ошибки в динамике и написании историй болезни. 3. Ошибки планирования ортопедического лечения. 4. Осложнения при протезировании несъемными конструкциями. 5. Осложнения при протезировании съемными конструкциями.

2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля

Задача 1.

Больная В., 42-х лет обратилась с жалобами на ноющие боли и хруст при широком открывании рта в правом височно-нижнечелюстном суставе. Анамнез: боли появились в течение недели, хруст замечала и раньше при зевании и энергичном жевании. Из анамнеза: несколько лет назад по поводу острой боли лечила 46 и удалила 45. Жует преимущественно на левой стороне. При осмотре отмечена незначительная асимметрия лица за счет различной выраженности носогубных складок и развития собственно жевательной мышцы. Открывание рта –4 см. Хруст и боль в правом височно-нижнечелюстном суставе при боковых движениях нижней челюсти и широком открывании рта. Прикус –ортогнатический. 46 зуб наклонен в сторону дефекта, изменен в цвете, на жевательно-передней поверхности цементная пломба, расположенная значительно ниже краев эмали, контактный пункт отсутствует. Неприятные ощущения при перкуссии. Пальпация альвеолярного отростка безболезненна. П П П18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 С О На рентгенограмме правого височно-

нижнечелюстного сустава отмечается незначительная деформация головки суставного отростка, экзостоз. На внутриротовой рентгенограмме в полости и устьях корневых каналов медиального корня 46 зуба отмечается рентгенконтрастное вещество, дистальный канал заполнен до верхушечного отверстия. В периапикальной области медиального корня – очаг просветления костной ткани округлой формы с четкими контурами Д -4 мм, у вершины межкорневой перегородки – остеопороз.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Назначьте лечение для купирования воспалительных явлений в ВНЧС.

Задача 2

Больной Л. 42-х лет, обратился с жалобами на резкую боль при открывании рта в области левого уха, припухлость, повышение температуры тела до 37,4°C. Из анамнеза: накануне на правой стороне долго жевал вяленую рыбу. Объективно: Асимметрия лица за счет отека мягких тканей левой в передишной области, кожа гиперемирована, напряжена, инфильтрат мягкий, малоболезненный. Резкая боль в левом височно-нижнечелюстном суставе при открывании рта. Рот открывается на 1 см. Прикус: глубокое резцовое перекрытие. Разрушение коронок 24, 25, 48 зубов, композитные пломбы не восстанавливают анатомическую форму 26 и 27 зубов. Зубы 16, 15, 11, 33, 37, 38, 45, 46 отсутствуют. О О RO RRP П R18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 R O O П O O O

1. Проведите необходимое обследование.
2. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
3. Составьте план санации полости рта

Задача 3

У пациента Е., 52 лет во время удаления зуба на нижней челюсти произошел полный вывих нижней челюсти, сопровождающийся выраженной болезненностью. Вывих произошел впервые и был вправлен непосредственно в хирургическом кабинете, после чего пациент был отправлен к стоматологу-ортопеду для лечения.

Тактика стоматолога-ортопеда.

Задача 4.

Пациентка С., 68 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на ноющие боли в обоих ВНЧС при движениях нижней челюсти, хлопающие звуки в суставе. Со слов пациентки подобные жалобы имеются более 1 года.

Объективно: лицо симметричное, при открывании рта слышен хлопающий звук в суставах с ноющей болью, рот открывается более чем на 5 см. На зонограммах суставов в положении центральной окклюзии суставные головки располагаются в центре суставных ямок, при открытом рте – суставные головки не имеют контакта с суставными бугорками и располагаются спереди от них.

Поставьте диагноз. Тактика врача.

Задача 4.

Пациентка О., 51 года обратилась после хирургического удаления угла нижней челюсти и левого ВНЧС по поводу опухоли в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на ограниченное открывание рта (около 2 см).

Объективно: лицо ассиметричное, рот открывается ограниченно, безболезненно, с S-изгибом. В полости рта: на нижней челюсти слева дистально неограниченный дефект зубного ряда за зубом 34. Все остальные зубы либо интактны, либо восстановлены зубными протезами, находящимися в удовлетворительном состоянии.

Тактика врача.

Задача 5.

Пациентка Р., 56 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи. Из анамнеза – страдает около 10 лет ревматоидным артритом.

Какие возможные негативные последствия общесоматической патологии необходимо учесть при составлении плана ортопедического лечения? Какие дополнительные методы обследования челюстно-лицевой области целесообразно провести?

Задача 6

Пациент В., 43 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на боли в околоушно-жевательной области и частичное отсутствие зубов. Из анамнеза пациент на

протяжении 5 лет страдает остеохондрозом позвоночника. Какие дополнительные методы обследования ВНЧС необходимо обязательно провести?

Поставьте предварительный диагноз. Тактика врача.

Задача 7

Пациенту С., 57 лет после клинического обследования поставлен предварительный диагноз – синдром болевой дисфункции ВНЧС.

Какие лабораторные и инструментальные методы обследования следует провести для окончательной постановки диагноза и составления плана ортопедического лечения.

Задача 8.

У пациента Е., 52 лет во время удаления зуба на нижней челюсти произошел полный вывих нижней челюсти, сопровождающийся выраженной болезненностью. Вывих произошел впервые и был вправлен непосредственно в хирургическом кабинете, после чего пациент был отправлен к стоматологу-ортопеду для лечения.

Тактика стоматолога-ортопеда.

Задача 9.

Пациентка С., 68 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на ноющие боли в обоих ВНЧС при движениях нижней челюсти, хлопающие звуки в суставе. Со слов пациентки подобные жалобы имеются более 1 года.

Объективно: лицо симметричное, при открывании рта слышен хлопающий звук в суставах с ноющей болью, рот открывается более чем на 5 см. На зонограммах суставов в положении центральной окклюзии суставные головки располагаются в центре суставных ямок, при открытом рте – суставные головки не имеют контакта с суставными бугорками и располагаются спереди от них.

Поставьте диагноз. Тактика врача.

Задача 10

Пациентка О., 51 года обратилась после хирургического удаления угла нижней челюсти и левого ВНЧС по поводу опухоли в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на ограниченное открывание рта (около 2 см).

Объективно: лицо ассиметричное, рот открывается ограниченно, безболезненно, с S-изгибом. В полости рта: на нижней челюсти слева дистально неограниченный дефект зубного ряда за зубом 34. Все остальные зубы либо интактны, либо восстановлены зубными протезами, находящимися в удовлетворительном состоянии

Тактика врача.

2.4 Итоговый тестовый контроль

- 1) В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НАХОДИТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К СКАТУ СУСТАВНОГО БУГОРКА
 1. у основания
 2. на середине
 3. на вершине
 4. на любом участке
- 2) ВИД СООТНОШЕНИЯ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
 1. прикус
 2. артикуляцию
 3. окклюзию
 4. межальвеолярную высоту
- 3) В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ ЗУБНЫЕ РЯДЫ В НОРМЕ
 1. разобщены на 2-4 мм
 2. сомкнуты
 3. разобщены на 0,5-1 мм
 4. разобщены на 5-7 мм
- 4) НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ

1. анатоμο-физиологический
2. анатомический
3. антропометрический
4. гнатологический
- 5) ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ
 1. зубным, суставным, мышечным
 2. язычным, мышечным, глотательным
 3. лицевым, глотательным, зубным
 4. лицевым, суставным, мышечным
- 6) СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕЖДУ ВЫСОТОЙ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И В ПОЛОЖЕНИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ СОСТАВЛЯЕТ (ММ)
 1. 2-4
 2. 5-6
 3. 1
 4. 10
- 7) К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ НАРУШЕНИЯМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ПОЛНОЙ УТРАТЫ ЗУБОВ ОТНОСЯТ
 1. смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
 2. атрофию суставного бугорка
 3. уплощение суставной ямки
 4. истончение внутрисуставного диска
- 8) МЕТОДОМ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ОСНОВАНИЮ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. телерентгенография
 2. дентальная рентгенография
 3. панорамная рентгенография
 4. ортопантомография
- 9) МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ НАЗЫВАЕТСЯ
 1. миотонометрия
 2. реопародонтография
 3. гнатодинамометрия
 4. электромиография
- 10) ГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД РЕГИСТРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЕТСЯ
 1. мастикациография
 2. миотонометрия
 3. одонтопародонтограмма
 4. реопародонтография
- 11) ПОКАЗАТЕЛИ РАЗНОСТИ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ПОТЕНЦИАЛОВ В ПОЛОСТИ РТА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЮТ (МВ)
 1. до 60
 2. 90-100
 3. 110-120
 4. 130-150
- 12) ГНАТОДИНАМОМЕТРИЯ ИССЛЕДУЕТ
 1. силу жевательного давления и выносливость пародонта к нагрузке
 2. движения нижней челюсти
 3. биопотенциалы жевательных мышц
 4. выносливость пародонта к нагрузке
- 13) АППАРАТ, ВОСПРОИЗВОДЯЩИЙ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1. артикулятор
 2. миограф
 3. гнатодинамометр
 4. параллеломер
- 14) К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ ВИДУ ПРИКУСА ОТНОСИТСЯ
1. глубокий
 2. прямой
 3. бипрогнатический
 4. ортогнатический
- 15) СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СТОРОНУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МЫШЦЕЙ
1. латеральной крыловидной
 2. подбородочно-подъязычной
 3. челюстно-подъязычной
 4. височной
- 16) В ПОДНЯТИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УЧАСТВУЕТ МЫШЦА
1. собственно жевательная
 2. челюстно-подъязычная
 3. подбородочно-подъязычная
 4. латеральная крыловидная
- 17) В ОПУСКАНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УЧАСТВУЕТ МЫШЦА
1. подбородочно-подъязычная
 2. латеральная крыловидная
 3. височная
 4. медиальная крыловидная
- 18) ДВИЖЕНИЯ ГОЛОВОК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИЗУЧАЮТ С ПОМОЩЬЮ
1. рентгенокинематографии
 2. томограммы ВНЧС
 3. реоартрографии
 4. реопародонтографии
- 19) ВВЕДЕНИЕ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА В СУСТАВНУЮ ЩЕЛЬ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕНТГЕНОГРАФИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ
1. артрография
 2. реопародонтографии
 3. рентгенокинематография
 4. реодонтография
- 20) КЛЮЧОМ ОККЛЮЗИИ (ПО ЭНГЛЮ), ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ПРИЗНАК ПРИКУСА, ЯВЛЯЕТСЯ СООТНОШЕНИЕ
1. первых моляров
 2. центральных резцов
 3. клыков
 4. первых премоляров
- 21) РАЗНИЦА ВЕЛИЧИН ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ И В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ (ММ)
1. 2-4
 2. 5-7
 3. 7-9
 4. 10-12
- 22) СТЕПЕНЬ ИЗМЕЛЬЧЕНИЯ ПИЩИ В ЕДИНИЦУ ВРЕМЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ
1. жевательную эффективность
 2. выносливость пародонта
 3. выносливость зубочелюстной системы
 4. абсолютную силу жевательных мышц

23) АРТИКУЛЯЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1. всевозможные движения и положения нижней челюсти относительно верхней
2. смещение нижней челюсти дистально
3. выдвигание нижней челюсти только вперёд
4. движение нижней челюсти только вправо и влево

24) ПРИКУС ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1. вид смыкания зубных рядов в центральной окклюзии
2. вид окклюзии зубов
3. смыкание зубных рядов при выдвигании нижней челюсти вперёд

25) ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ ПО ИМЕНИ АВТОРА НАЗЫВАЕТСЯ КРИВАЯ

1. Уилсона
2. Шпее
3. Беннетта
4. Хантера

26) ПРИ ПРЯМОМ ПРИКУСЕ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

1. режущие края верхних резцов контактируют с режущими краями нижних резцов встык
2. верхние резцы перекрывают нижние на 2-4 мм
3. нижние резцы перекрывают верхние на 2-4 мм
4. верхние резцы перекрывают нижние на 1 мм

27) ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

1. при плотном режуще-бугорковом контакте верхние резцы перекрывают нижние не более $\frac{1}{3}$ высоты коронки
2. режущие края верхних резцов контактируют с нижними резцами встык
3. нижние резцы перекрывают верхние на 2-4 мм
4. центральные резцы обеих челюстей наклонены вперёд, контакт между ними и глубина перекрытия сохранены

28) В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ

1. напряжение мышц, опускающих и поднимающих нижнюю челюсть, равнозначно, окклюзионные поверхности зубов разобщены в среднем на 2-4 мм
2. жевательные мышцы находятся в состоянии слабого напряжения
3. жевательные мышцы напряжены умеренно
4. жевательные мышцы напряжены максимально

29) ЦИКЛ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ

1. возвращением в положение центральной окклюзии
2. смещением в сторону
3. опусканием и выдвиганием вперёд из положения центральной окклюзии
4. возвращением в переднюю окклюзию

30) ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В БИПРОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ

1. центральные резцы обеих челюстей наклонены вперёд, контакт между ними и глубина перекрытия сохранены
2. верхние резцы перекрывают нижние на 1 мм
3. режущие края верхних резцов контактируют с нижними резцами встык
4. нижние резцы перекрывают верхние на 2-4 мм

31) ПРИКУС ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВИД СМЫКАНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ОККЛЮЗИИ

1. центральной
2. боковой правой
3. боковой левой
4. передней

- 32) СУСТАВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
НАХОЖДЕНИЕ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ _____ СУСТАВНОГО БУГОРКА
1. у основания ската
 2. на скате
 3. на вершине ската
 4. впереди
- 33) ПРИБОР, МОДЕЛИРУЮЩИЙ ТОЛЬКО ВЕРТИКАЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ЧЕЛЮСТИ,
НАЗЫВАЕТСЯ
1. окклюдатор
 2. параллелометр
 3. гнатодинамометр
 4. артикулятор
- 34) ПРИБОР, МОДЕЛИРУЮЩИЙ ВСЕ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ
1. артикулятор
 2. аппарат «Т-scan»
 3. эстезиометр
 4. окклюдатор
- 35) ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ МЫШЦЫ, ПОДНИМАЮЩЕЙ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
1. m. masseter
 2. m. digastricus
 3. m. pterygoideuslateralise
 4. m. platysma
- 36) ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ МЫШЦЫ, ОПУСКАЮЩЕЙ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
1. m. digastricus
 2. m. pterygoideus medialise
 3. m. pterygoideus lateralise
 4. m. masseter
- 37) ДЛЯ НАИБОЛЕЕ ЧЁТКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО
СУСТАВА НА ТОМОГРАММЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТОМОГРАФИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕЗ ДОЛЖЕН ПРОХОДИТЬ ЧЕРЕЗ
1. середину головки нижней челюсти
 2. основание ската суставного бугорка
 3. середину суставного бугорка
 4. передний полюс головки нижней челюсти височно-нижнечелюстного сустава
- 38) ШИНЫ, УСТРАНЯЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ ОККЛЮЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ НА
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ И ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ И
СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАССЛАБЛЕНИЮ ПОСЛЕДНИХ, ОТНОСЯТСЯ К
1. релаксирующим
 2. репозиционным
 3. центрирующим
 4. разобшающим
- 39) ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТАХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА НА
РЕНТГЕНОГРАММЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
1. нечёткий контур суставной головки, сужение суставной щели
 2. уплощение суставной головки и значительная атрофия суставного бугорка
 3. расширение суставной щели
 4. деформация костных элементов сустава
- 40) ФУНКЦИЯ СВЯЗОК СУСТАВА СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ОНИ
1. препятствуют растяжению суставной капсулы
 2. участвуют в движении сустава
 3. растягивают суставную капсулу
 4. осуществляют питание сустава

- 41) ПРИ БОЛЕЗНЕННОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ОТСУТСТВИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ВНЧС МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ДИАГНОЗ
1. мышечно-суставная дисфункция
 2. артрит
 3. артроз
 4. остеома суставного отростка нижней челюсти
- 42) ПРИ БОКОВОМ ДВИЖЕНИИ СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА СТОРОНЕ СДВИГА СМЕЩАЕТСЯ
1. вокруг собственной оси
 2. вперёд и в сторону
 3. вниз и вперёд
 4. назад и внутрь
- 43) К АППАРАТАМ, ВОСПРОИЗВОДЯЩИМ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОТНОСИТСЯ
1. артикулятор
 2. функциограф
 3. гнатодинамометр
 4. параллелометр
- 44) ЖЕВАТЕЛЬНАЯ ПРОБА С.Е. ГЕЛЬМАНА ПОКАЗЫВАЕТ
1. степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 с
 2. время, необходимое для совершения 50 жевательных движений
 3. степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
 4. степень измельчения 0,8 г ореха после пережёвывания до появления глотательного рефлекса
- 45) МЕТОД АУСКУЛЬТАЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ В НИХ СТЕПЕНИ И ХАРАКТЕРА ХРУСТА, ЩЁЛКАНЬЯ НАЗЫВАЕТСЯ
1. артрофонография
 2. осциллография
 3. миоартрография
 4. мастикациография
- 46) ВНЕРОТОВАЯ ЗАПИСЬ СУСТАВНОГО ПУТИ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ
1. аксиографа
 2. цефалостата
 3. гнатостата
 4. параллелометра
- 47) МАСТИКАЦИОГРАММА СОСТОИТ ИЗ ВОЛНООБРАЗНЫХ КРИВЫХ
1. жевательных волн
 2. электроволн
 3. миоволн
 4. потенциаловолн
- 48) ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ РЕЖУЩИЕ КРАЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАХОДЯТСЯ
1. на 2-3 мм ниже окклюзионной плоскости
 2. в соприкосновении с окклюзионной плоскостью
 3. на 2-3 мм выше окклюзионной плоскости
 4. на 4-5 мм ниже окклюзионной плоскости
- 49) ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ РЕЖУЩИЕ БУГОРКИ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАХОДЯТСЯ
1. на 2-3 мм ниже окклюзионной плоскости
 2. в соприкосновении с окклюзионной плоскостью
 3. на 4-5 мм ниже окклюзионной плоскости
 4. на 2-3 мм выше окклюзионной плоскости

- 50) МЫШЕЧНЫЙ ПРИЗНАК ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ: МЫШЦЫ, ПОДНИМАЮЩИЕ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ, СПРАВА И СЛЕВА НАХОДЯТСЯ В СОСТОЯНИИ
1. равномерного одновременного напряжения
 2. равномерного одновременного расслабления
 3. относительного физиологического покоя
 4. максимального мышечного напряжения
- 51) ГОРИЗОНТАЛЬНАЯ ФОРМА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ ЗНАЧИТЕЛЬНО БЫСТРЕЕ ПРОТЕКАЕТ ПРИ ПРИКУСЕ
1. прямом
 2. открытом
 3. глубококом блокирующем
 4. перекрестном
- 52) К АППАРАТАМ, ВОСПРОИЗВОДЯЩИМ ДВИЖЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОТНОСИТСЯ
1. артикулятор
 2. параллелометр
 3. гнатодинамометр
 4. периотестометр
- 53) РАЗНИЦА ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ И ПРИ МЫКАНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ (ММ)
1. 2-4
 2. 6-8
 3. 4-6
 4. 0,5-1
- 54) АРТИКУЛЯЦИЕЙ НАЗЫВАЮТ
1. всевозможные движения нижней челюсти
 2. вид смыкания зубов в центральной окклюзии
 3. вид смыкания зубов в передней окклюзии
 4. вид смыкания зубов в боковой окклюзии
- 55) ВИДАМИ ОККЛЮЗИОННЫХ КРИВЫХ ЯВЛЯЮТСЯ
1. сагиттальная Шпея и трансверзальная Уилсона
 2. сагиттальная Уилсона и фронтальная Бонвиля
 3. трансверзальная Шпея и вертикальная Гиза
 4. фронтальная Бонвиля и вертикальная Гиза
- 56) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ В СТОМАТОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД
1. гнатодинамометрии
 2. электроодонтодиагностики
 3. ортопантомографии
 4. реопародонтографии
- 57) ВНЕРОТОВУЮ ЗАПИСЬ СУСТАВНОГО ПУТИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ПРИ ПОМОЩИ
1. аксиографа
 2. гнатостата
 3. цефалостата
 4. параллелометра
- 58) С ПОМОЩЬЮ МАСТИКАЦИОГРАФИИ ИЗУЧАЮТ
1. жевательные движения нижней челюсти
 2. характер смыкания зубных рядов
 3. сокращение жевательных мышц
 4. характер движений головок сустава нижней челюсти
- 59) АППАРАТОМ, ВОСПРОИЗВОДЯЩИМ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ТОЛЬКО В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. окклюдатор
 2. параллеломер
 3. артикулятор
 4. аппарат Самсон
- 60) ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ПОКОЕ МЫШЦЫ НАХОДЯТСЯ В СОСТОЯНИИ
1. минимального и уравновешенного тонического напряжения
 2. повсеместного расслабления
 3. равномерного напряжения
 4. неравномерного рефлекторного сокращения
- 61) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ УКЛАДКОЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ УКЛАДКА ПО
1. Шюллеру
 2. Вайсблату
 3. Вайсбрему
 4. Тигерштедту
- 62) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СМЕЩЕНИЯ СУСТАВНОГО ДИСКА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД
1. магнито-резонансной томографии ВНЧС
 2. рентгенографии нижней челюсти в боковой проекции
 3. ортопантомографии
 4. ультразвукового исследования
- 63) ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
1. компьютерная томография
 2. внутривисочная рентгенография
 3. ортопантомография
 4. панорамная рентгенография
- 64) К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВИДАМ ПРИКУСА ОТНОСИТСЯ
1. глубокий
 2. бипрогнатический
 3. ортогнатический
 4. прямой
- 65) МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ НА ОСНОВЕ ГРАФИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ БИОПОТЕНЦИАЛОВ МЫШЦ НАЗЫВАЕТСЯ
1. электромиография
 2. реопародонтография
 3. миотонометрия
 4. мастикациография
- 66) В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАХОДИТСЯ
1. у основания ската суставного бугорка
 2. на вершине суставного бугорка
 3. на середине ската суставного бугорка
 4. в центре суставной ямки

Эталон ответов (правильный ответ) в итоговом тесте под № 1

3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет

3.1 Форма промежуточной аттестации -зачет

Вопросы зачета (ОПК-11; ПК-5, ПК-8, ПК-9):

1. Развитие и особенности строения височно-нижнечелюстного сустава.

2. Классификация заболеваний ВНЧС, требующих ортопедического лечения.
3. Этиология и патогенез изменений в ВНЧС при патологических процессах в зубочелюстной системе
4. Методы обследования, диагностики больных с заболеваниями ВНЧС.
5. Специальные методы обследования больных с заболеваниями ВНЧС
6. Заболевания ВНЧС. Принципы лечения заболеваний ВНЧС
7. Особенности написания истории болезни при лечении заболеваний ВНЧС.
8. Ортопедическое лечение больных с челюстно-лицевой патологией.
9. Классификация сложных челюстно-лицевых аппаратов
10. Ортопедические методы лечения при костных дефектах нижней челюсти и микростомии
11. Ортопедические методы лечения при дефектах твердого и мягкого неба
12. Ортопедические методы лечения при односторонней и двусторонней резекции верхней челюсти.
13. Методика изготовления протезов после оперативных вмешательств. Конструкции формирующих аппаратов.
14. Эстетика в ортопедической стоматологии. Закономерности в строении тела, лица и зубочелюстной системы.
15. Особенности определения цвета зубов. Реконструктивное лечение частичного отсутствия зубов безметалловыми мостовидными протезами
16. Диагностика и профилактика осложнений при ортопедическом лечении различными видами зубных протезов и аппаратов
17. Ортопедическое лечение больных с аномалией зубов, зубных рядов, окклюзии
18. Ортопедическое лечение больных с окклюзионными нарушениями зубных рядов
19. Особенности диагностики окклюзионных нарушений при деформациях зубных рядов и прикуса, связанных с патологией твердых тканей зубов, с парафункциями, частичным отсутствием зубов.
20. Патогенез вертикальных и горизонтальных деформаций зубных рядов.
21. Клиника, классификация, аппаратная функциональная диагностика деформаций зубных рядов.
22. Планирование ортопедического лечения дефектов зубов или дефектов зубных рядов, осложненных деформациями зубных рядов в индивидуально настроенном артикуляторе.
23. Деформация прикуса при множественных дефектах твердых тканей зубов и частичном отсутствии зубов.
24. Патогенез глубокого резцового перекрытия и дистального смещения нижней челюсти.
25. Современные методы ортопедического этапа при комплексном лечении пациентов с деформациями зубных рядов.
26. Клинико-инструментальные и аппаратные методы обследования больных с патологией ВНЧС.
27. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
28. Аппараты для обследования больных с патологией ВНЧС (лицевые дуги, артикуляторы, аксиографы).
29. Патологические состояния жевательных мышц, их взаимосвязь с ВНЧС и окклюзией, компенсаторные изменения работы жевательной мускулатуры, лечение патологических состояний жевательных мышц.
30. Врачебная тактика и виды ортопедических аппаратов и протезов, применяемых при лечении больных с патологией ВНЧС.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой разделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-11	готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Знать: основные медицинские изделия, применяемые в общеклинической практике, правила их использования	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания основных медицинских изделий, применяемых в общеклинической практике, правил их использования	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания основных медицинских изделий, применяемых в общеклинической практике, правил их использования
		Уметь: Применять медицинские изделия при решении профессиональных задач	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения применять медицинские изделия при решении профессиональных задач	Обучающийся демонстрирует сформированное умение применять медицинские изделия при решении профессиональных задач
		Владеть: Навыками использования медицинских изделий, предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи при решении конкретных профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные мануальные навыки использования медицинских изделий, предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи при решении конкретных профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение мануальных навыков использования медицинских изделий, предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи при решении конкретных профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-5	готовностью к	Знать:	Обучающийся демонстрирует	Обучающийся демонстрирует

<p>сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания</p>	<p>понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципы классификации стоматологических заболеваний; функциональное состояние челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>фрагментарные знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>сформированные систематические знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>
	<p>Уметь: Проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированное умение проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>
	<p>Владеть: Навыками анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-8	способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями	Знать: Знать особенности течения и возможные осложнения при различной стоматологической патологии	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии
		Уметь: Исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Обучающийся демонстрирует сформированное умение исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов
		Владеть: Навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-9	готовностью к ведению лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями	Знать: Особенности медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических

	в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	поликлинических условиях и условиях дневного стационара	стационара	условиях и условиях дневного стационара
		Уметь: Диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Обучающийся демонстрирует сформированное умение диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара
		Владеть: Алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.

4.2. Шкала, и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	Традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	Преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач

4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для оценки доклада/устных реферативных сообщений:

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферативного сообщения не

раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для разбора тематического больного

Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного

Отлично- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Хорошо - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

Неудовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

Для разбора истории болезни

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.

Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт. «Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.