федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ГНАТОЛОГИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по направлению подготовки (специальности)

31.05.03 – стоматология

Квалификация (степень) выпускника «специалист»

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.05.03 Стоматология, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № \_\_\_\_8\_\_\_\_ от «25» марта 2016

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОПК-4 Способность и готовность реализовывать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности уметь владеть

ОПК-9 способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач

ПК-5Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результата осмотра, лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания

ПК-12 Готовностью к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема 1. Основы клинической гнатологии. Основные звенья зубочелюстной системы и их функция. Методы диагностики.**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи.
2. Строение ВНЧС.
3. Жевательные мышцы.
4. Факторы, определяющие рельеф окклюзионной плоскости («Факторы окклюзии»)
5. Окклюзионные контакты жевательных зубов, как основные звенья, обеспечивающие стабильное положение нижней челюсти. Основы окклюзионной диагностики
6. Биомеханика нижней челюсти

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Суставная головка ВНЧС имеет форму:

А) шаровидную

Б) эллипсовидную+

В) трапециевидную

Г) овальную

2. Диск ВНЧС состоит из:

А) фиброзной соединительной ткани+

Б) гиалинового хряща

В) эпителиальной ткани

Г) костной основы и фиброзной ткани

3. В норме суставная головка ВНЧС, совершая экскурсии, передает жева-

тельное давление через суставной диск на:

А) заднюю стенку суставной ямки

Б) суставной диск

В) суставной бугорок.+

Г) вершину суставного бугорка

4. Суставной диск ВНЧС имеет форму:

А) двояковыпуклой линзы

Б) двояковогнутой линзы+

В) плоского диска

Г) сферического диска

5.Для диагностики заболевания височно-нижнечелюстного сустава применяют слдующие методы:

А) измерение высоты нижнего отдела лица

Б) анализ функциональной окклюзии

В) рентгенологическое исследование+

Г) электромиографическое исследование

6. Реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для

определения:

А) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области

Б) гемодинамики+

В) движения головок нижней челюсти

Г) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава

7. Рентгенологическая картина при хронических артритах височно-

нижнечелюстного сустава:

А) расширение суставной щели

Б) сужение суставной щели

В) контуры суставной головки нечеткие+

Г) деформация костных элементов сустава

8. Рентгенологическая картина при артрозах височно-нижнечелюстного

сустава:

А) сужение суставной щели

Б) отсутствие суставной щели

В) расширение суставной щели

Г) изменение формы костных элементов сустава+

 9. Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы:

а) анализ функциональной окклюзии

б) рентгенологическое исследование

в) электромиографическое исследование

г) верно а), б) и в) +

д) верно а) и в)

10. Избирательное пришлифовывание зубов при патологии ВНЧС проводится с целью:

а) снижения окклюзионной высоты

б) нормализации функциональной окклюзии

в) достижения плавности движений нижней челюсти

г) верно б) и в)+

д) верно а)и б)

11. Виды окклюзионных кривых:

а) сагиттальная

б) трансверзальная

в) горизонтальная

г) верно а) и б)+

д) верно б) и в)

12. Окклюзионная коррекция проводится методами:

а) ортопедическими

б) избирательного сошлифовывания зубов

в) хирургическими

г) верно а)и б)

д) верно а), б) и в)+

13.  Жевательная нагрузка концентрируется в области:

а) моляров

б) резцов и клыков

в) премоляров

г) моляров и премоляров+

д) клыков и премоляров

14. При потере левых жевательных зубов нижняя челюсть смещается во вторичную вынужденную окклюзию:

а) влево

б) вправо+

в) вперед и влево

г) вперед и вправо

д) вперед

15. Сроки пользования ортодонтическими аппаратами при заболеваниях ВНЧС:

а) одна неделя

б) две недели

в) три недели

г) один месяц

д) 3-6 месяцев+

16. Для исследования состояния мягких тканей сустава используют:

а) артрографию

б) магниторезонансную томографию

в) ультразвуковую диагностику

г) верно а) и б)

д) верно б) и в)+

17. Для выявления суперконтактов в заднем контактном положении нижнюю челюсть смещают:

а) дистально+

б) в правую боковую окклюзию

в) в левую боковую окклюзию

г) в переднюю окклюзию

д) открыванием рта в пределах до 1 -2 см

18. Факторы нарушения окклюзии:

а) местные факторы полости рта

б) поражения ВНЧС

в) дисфункции жевательных мышц при общих заболеваниях

г) верно а), б) и в)+

д) верно а)и б)

19. Окклюзионные шины применяются с целью:

а) нормализовать функцию жевательных мышц

б) предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений

в) нормализовать положение суставных головок

г) верно а), б) и в)+

д) верно б) и в)

20. Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы:

а) измерение высоты нижнего отдела лица

б) рентгенологическое исследование

в) анализ функциональной окклюзии

г) верно а)и б)

д) верно б) и в)+

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости решение ситуационных задач**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Задача 1:** В клинику обратился больной с жалобами на затрудненное открывание рта. Из анамнеза выяснено, что больной 1,5 года назад оперирован по поводу костного анкилоза височно-челюстного сустава (операция - остеотомия).

При осмотре: в правой зачелюстной области виден рубец, открывание рта на 0,5-0,8 см, при исследовании головок нижней челюсти - справа движения не определяются, слева - в минимальном объеме.

Вопросы:

1.Какое исследование необходимо провести дополнительно?

2.Ваш диагноз? План лечения?

Ответы:

1.Рентгенография височно-нижнечелюстного сустава по Шюллеру, R-графия нижней челюсти справа, слева, обзорная.

2.Диагноз: рецидив анкилоза костного правого височно-нижнечелюстного сустава. Показано оперативное лечение - резекция анкилозированной части и костная пластика нижней челюсти.

**Задача 2:**

Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно

развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица.

Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.

Вопросы и задания:

1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки

 диагноза и составления плана лечения?

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Опишите клинико-рентгенологическую картину.

5. Методы лечения в данном случае?

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.

2. Для постановки диагноза и составления плана лечения необходимо провести рентгенологическое

обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения

размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.

3. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с мышечной контрактурой,

деформирующим артрозом и анкилозом ВНЧС

4. Клинически отмечается искривление нижнего отдела лица за счет деформации и уменьшения в

размерах правой половины нижней челюсти. Средняя линия подбородка смещена вправо. На коже

щечной и поднижнечелюстной областей ряд втянутых рубцов. При обследовании движений головок

ВНЧС через наружные слуховые проходы слева отмечаются слабые движения, справа - движения

отсутствуют. Прикус перекрестный. При рентгенологическом обследовании ВНЧС справа и слева

(для сравнения), слева отмечается суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок хорошо контурированы. Справа суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок слиты в единый

костный массив, полулунная вырезка ветви нижней челюсти резко сужена, ветвь челюсти укорочена,

угол челюсти деформирован в виде шпоры.

5. Консервативное лечение – механотерапия, физиолечение с гидрокортизоном и лидазой.

Хирургическое лечение – остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви

н/ч с интерпозицией между фрагментами мягких тканей с целью формирования ложного сустава,

артропластика ортопедическим гомотрансплантатом или имплантатом.

**Тема 2. Диагностика морфологического и функционального состояния окклюзионных соотношений и ВНЧС**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Клинико-лабораторные методы исследования
* опрос, осмотр
* пальпация ВНЧС и жевательных мышц
* исследование суставного шума ВНЧС
* оценка окклюзии, прикуса, выявление и характеристика супраконтактов
* анализ моделей челюстей
* пробы на сжатие и скрип зубов
1. Функциональные пробы. Индекс дисфункции
2. Изучение движений нижней челюсти с применением лицевой дуги, артикуляторов (среднеанатомических, индивидуальных). Анализ функциограмм.
3. Рентгенологические методы исследования
* Томография височно-нижнечелюстного сустава
* Компьютерная томография
* Телерентгенография
1. Магнитно-резонансная томография ВНЧС
2. Графические методы исследования
* Внутриротовая регистрация движений нижней челюсти
* Внеротовая регистрация движений нижней челюсти (аксиография)
* Электромиография
* Реоартрография

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1) Что изучает миотонометрия?

 а) тонус мышц;

 б) степень развитости мышц и их функций;+

 в) адаптационные возможности мышц.

2) Ортопантомографию челюстей проводят:

 а) для определения количества и расположения зубов;+

 б) для изучения строения лицевого отдела черепа;

 в) для прогноза роста челюстей.

3) Цель проведения рентгенографии нёбного шва:

 а) для определения его строения, степени окостенения; изменений, происходящих при расширении верхней челюсти, наличия волокон уздечки верхней губы;+

 б) для определения изменений, происходящих в нёбном шве при ортодонтическом лечении;

 в) для решения вопроса о хирургическом вмешательстве при диастеме.

4) На прямых (фасных) ТРГ головы можно выявить:

 а) количество и положение зубов;

 б) форму и размеры лицевого отдела черепа;+

 в) динамику роста челюстей.

5) С какой целью проводится телерентгенография головы?

 а) для определения размеров и расположения челюстей по отношению к ос-

нованию черепа, изучения динамики и направления роста челюстей; изменений, происходящих в процессе ортодонтического лечения;+

 б) для уточнения клинического диагноза и выбора метода лечения;

 в) для изучения изменений, происходящих в процессе ортодонтического

лечения.

6) Методика проведения телерентгенографии головы:

 а) обычным аппаратом для получения панорамных рентгенограмм;

 б) специальным рентгеновским аппаратом с трубкой, удаленной от головы

пациента на 1,5 м;+

в) специальным рентгеновским аппаратом с трубкой, удаленной от головы

пациента на 4 м.

7) Метод, применяемый в ортодонтии, для определения периода роста лицевых костей:

 а) телерентгенография кисти руки;+

 б) рентгенография височно-нижнечелюстного сустава;

 в) ортопантомография.

8) Что изучает электромиография?

 а) биопотенциал мышц с целью изучения их электрофизиологической активности;+

 б) влияние функций мышц на рост челюстей и формирование прикуса;

 в) тонус мышц.

9) Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучения:

 а) возможности роста челюстей;

 б) формы и размера суставных отростков нижней челюсти, головок и суставных ямок;+

 в) формы и размера суставных дисков;

 г) местоположения головок суставных отростков нижней челюсти в суставных ямках.

10) Где на телерентгенограмме головы определяют точки N (назион)?

 а) центральная точка «чаши» турецкого седла;

 б) передняя точка шва лобной и носовой кости;+

 в) передняя точка носовой кости.

11) Где на телерентгенограмме головы определяют точку В?

 а) наиболее постериально расположенная точка на переднем контуре апикального базиса верхней челюсти;

 б) центральная точка «чаши» турецкого седла;

 в) наиболее постериально расположенная точка на переднем контуре апикального базиса нижней челюсти.+

12) Где на телерентгенограмме головы определяют точку S (селе)?

 а) центральная точка «чаши» турецкого седла;+

 б) точка перехода верхнего контура тела нижней челюсти в передний контур ее ветвей;

 в) передняя точка шва лобной и носовой кости.

13) Плоскость переднего основания черепа проводится через точки:

а) N-S;+

б) Go-Gn;

в) Po-Or.

 14) Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы:

а) анализ функциональной окклюзии

б) рентгенологическое исследование

в) электромиографическое исследование

г) верно а), б) и в)+

д) верно а) и в)

15) Реография области ВНЧС используется для определения:

а) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области

б) гемодинамики+

в) движения головок нижней челюсти

г) размеров элементов ВНЧС

д) верно в) и г)

16) Для исследования состояния мягких тканей сустава используют:

а) артрографию

б) магниторезонансную томографию

в) ультразвуковую диагностику

г) верно а) и б)

д) верно б) и в)+

17) Для исследования состояния мягких тканей сустава используют:

а) артроскопию

б) ультразвуковую диагностику

в) МРТ

г) верно а) и б)

д) верно б) и в)+

18) Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы:

а) измерение высоты нижнего отдела лица

б) рентгенологическое исследование

в) анализ функциональной окклюзии

г) верно а)и б)

д) верно б) и в)+

19) Орбитальная плоскость в норме проходит через:

А) боковые резцы

Б) клыки

В) первые премоляры+

Г) вторые премоляры

20) При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в внчс предположительный диагноз

1. артрит

2. мышечно-суставная дисфункция+

3. артроз

4. остеома суставного отростка нижней челюсти

5. перелом шейки суставного отростка

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости решение ситуационных задач**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Задача 1:**

Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания рта. Стоматолог не

может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

Вопросы и задания:

 1. О каких видах патологии ВНЧС можно думать?

 2. Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.

 3. Опишите возможные варианты лечения.

 4. В какой последовательности должна проводиться санация полости рта?

 5. Какой вид обезболивания можно применить при оперативном лечении в данном случае?

Ответ

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.

2. Рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также

линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.

3. При лечении фиброзного анкилоза ВНЧС возможны варианты.

4. Консервативного лечения - активная механотерапия аппаратами типа Дарсисака, физиолечение с гидрокортизоном или лидазой, но эта попытка может быть малоэффективной. Необходимы хирургические методы лечения. Выбор хирургического метода лечения зависит степени и

возможности открывания рта, характера деформации и размеров нижней челюсти. Мы стремимся к созданию нового или ложного сустава ближе к естественному, а также восстановлению нормального прикуса. Для этого осуществляется остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви нижней челюсти с интерпозицией между фрагментами мягких тканей круглого стебельчатого лоскута (его соединительнотканной основы - метод Лимберга), интерпозиция с помощью колпачков, обработка концов фрагментов по Великановой. Однако методом выбора в

настоящее время является артропластика ортотопическим гомотрансплантатом нижней челюсти - суставной головки вместе с ветвью челюсти, что позволяет одномоментно восстановить сустав и удлинить ветвь челюсти (по Н.А.Плотникову):

– хирургическое лечение анкилоза ВНЧС,

– консультация ортодонта,

– терапевтическое и хирургическое лечение зубов,

– ортодонтическое и (или) ортопедическое лечение.

5. Проводниковая анестезия внеротовым доступом или общее обезболивание.

**Задача 2:**

Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которая возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, затем боль. Объективно; гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена.

Вопросы и задания:

 1. Поставьте диагноз.

 2. Проведите дополнительные лабораторные методы обследования.

 3. Предложите план лечения.

 4. Назначьте медикаментозное лечение.

 5. Показана ли физиотерапия этой больной?

Ответ

1. Острый артрит ВНЧС справа.

2. Рентгенография ВНЧС, анализ крови на наличие ревматоидных факторов

3. Для снятия воспалительных явлений назначается антибактериальная терапия, после стихания воспалительных явлений физиотерапия. Щадящая диета.

4. Противовоспалительная, антибактериальная, антигистаминная медикаментозная терапия.

5. Не показана. Физиотерапевтическое лечение возможно проводить после стихания острых воспалительных процессов.

**Тема 3. Прикус и окклюзионные контакты зубов. Центральная окклюзия и центральное соотношение челюстей**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Артикуляция, окклюзия, резцовое перекрытие. Прикус и окклюзионные контакты зубов.
2. Закономерности окклюзии и артикуляции зубных рядов при различных видах физиологического прикуса.
3. Центральное соотношение челюстей, центральная и «привычная» окклюзия
4. Методы определения центрального соотношения челюстей
5. Нагрузочный тест для определения центрального соотношения челюстей
6. Регистрация центрального соотношения челюстей
7. Проверка правильности определения центрального соотношения челюстей

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1) Центральная окклюзия определяется признаками:

а) лицевым, глотательным, зубным

б) зубным, суставным, мышечным+

в) язычным, мышечным, суставным

г) зубным, глотательным, лицевым

д) лицевым, суставным, мышечным

2) Виды окклюзионных кривых:

а) сагиттальная

б) траисверзальная

в) горизонтальная

г) верно а) и б)+

д) верно б) и в)

3) Окклюзионная коррекция проводится методами:

а) ортопедическими

б) избирательного сошлифовывания зубов

в) хирургическими

г) верно а)и б)

д) верно а), б) и в)+

4) В боковых окклюзиях на рабочей стороне могут быть контакты:

а) групповые щечных бугров жевательных зубов

б) клыков и боковых резцов

в) резцов и щечных бугров премоляров

г) резцов

д) щечных бугров жевательных зубов или клыков+

5) Окклюзионная коррекция проводится методами:

а) избирательного сошлифовывания зубов

б) ортопедическими

в) ортодонтическими

г) верно а) и б)

д) верно а), б) и в)+

6) Для выявления суперконтактов в заднем контактном положении нижнюю челюсть смещают:

а) дистально+

б) в правую боковую окклюзию

в) в левую боковую окклюзию

г) в переднюю окклюзию

д) открыванием рта в пределах до 1 -2 см

7) Факторы нарушения окклюзии:

а) местные факторы полости рта

б) поражения ВНЧС

в) дисфункции жевательных мышц при общих заболеваниях

г) верно а), б) и в)+

д) верно а)и б)

8) Укажите, сколько выделяется основных периодов формирования прикуса:

а) два;

б) три;

в) четыре;

 г) пять;+

д) шесть.

9) Младенческая ретрогения полностью исчезает:

а) к 2–3 месяцу жизни;

б) 6–8 месяцу жизни;

в) к 10–11 месяцу жизни.+

10) В период новорожденности функция глотания протекает по типу:

а) инфантильному;+

б) смешанному;

в) соматическому.

11) Укажите, сколько классов аномалий прикуса выделил Энгль:

а) 2;

б) 3;+

в) 4.

12) В основу классификации Персина положены:

 а) нарушения окклюзии зубных рядов;+

 б) морфологические изменения зубных рядов;

 в) соотношения зубных рядов.

13) Укажите, сколько видов неправильного положения зубов выделил

 Энгль:

а) 3;

б) 6;

в) 7;+

г) 8.

14) Укажите, к какому возрасту сформирована функция жевания:

а) к 2 годам;

б) 3 годам;+

в) к 4 годам.

15) Понятие «норма» в ортодонтии на современном этапе может трактоваться как:

 а) средняя норма;

 б) ортогнатический прикус;

 в) морфофункциональный и эстетический оптимум;+

 г) средне-индивидуальная норма.

16) Для настройки артикулятора на индивидуальную функцию необходимо использовать следующий метод

1. аксиографический метод+

2. электромиографический метод

3. рентгенокинематографический метод

4. ортопантомографию

5. прицельная внутриротовая рентгенограмма

17) окклюзия - частный случай артикуляции, характеризующийся

1. смыканием зубов+

2. разобщением зубных рядов

3. боковыми движениями нижней челюсти

4. всеми перемещениями нижней челюсти

5. широким открыванием рта

18) окклюдатор - аппарат, воспроизводящий

1. Все движения нижней челюсти

2. Смыкание и размыкание челюстей+

3. Движения нижней челюсти вправо

4. Движения нижней челюсти влево

5. Движения нижней челюсти вперед

19) артикуляция - понятие, включающее в себя соотношение челюстей при

1. Всевозможных положениях нижней челюсти+

2. Передней окклюзии

3. Состоянии физиологического покоя

4. Боковой окклюзии

5. Центральной окклюзии

20) центральная окклюзия характеризуется

1. Бугорковым контактом

2. Напряжением мышц, поднимающих нижнюю челюсть+

3. Смещением суставных головок вперед

4. Контактом жевательных групп зубов справа

5. Смещением влево резцовой линии

Задача 1:

Больная П., 23 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух

сторон. Утром открывание рта ограниченно. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по

поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно:

наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.

Вопросы и задания:

 1. Поставьте предварительный диагноз.

 2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

 3. Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?

 4. Предложите план лечения.

 5. Назовите возможные осложнения заболевания.

Ответы:

Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.

Анализ крови на наличие ревматоидных факторов. Рентгенография ВНЧС.

Необходима консультация ревматолога.

Противовоспалительная терапия (НПВС), физиотерапия, мазевые повязки.

При отсутствии лечения возможно возникновение анкилоза ВНЧС.

**Тема 4. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. Дисфункциональные состояния височно-нижнечелюстного сустава.**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Классификация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.
2. Этиология, патогенез дисфункциональных состояний височно-нижнечелюстного сустава (нейромускулярный дисфункциональный синдром, окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром, мышечно-суставная дисфункция, синдром болевой дисфункции)
3. Диагностика дисфункциональных состояний височно-нижнечелюстного сустава.
4. Клинические проявления дисфункциональных состояний височно-нижнечелюстного сустава и их дифференциальная диагностика.
5. Лечение дисфункциональных состояний височно-нижнечелюстного сустава

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**«Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. Дисфункциональные состояния височно-нижнечелюстного сустава»**

1) Характерные признаки острого артрита:

А) боли в суставе постоянные в покое

Б) боли в суставе приступообразные

В) боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти

Г) боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти открыва-

ние рта до 0.5-1.0 см+

2) Аускультация височно-нижнечелюстного сустава при артрозе и хрони-

ческом артрите выявляет:

А) крепитацию

Б) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей

В) отсутствие суставного шума

Г) крепитацию, щелкающие звуки+

3) При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгено-

логических изменений в височно-нижнечелюстном суставе возможен сле-

дующий диагноз:

А) мышечно-суставная дисфункция+

Б) артрит

В) артроз

Г) остеома суставного отростка нижней челюсти

4) Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного фи-

зиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении централь-

ной окклюзии составляет в среднем:

А) 0,5-1 мм.

Б) 2-3 мм.+

В) 6-8 мм.

Г) 8-12 мм.

5) Причиной щелчка в височно-нижнечелюстном суставе в начальной фазе

открывания рта является:

А) вывих и подвывих височно-нижнечелюстного сустава

Б) гипертонус медиальной крыловидной мышцы

В) снижение высоты нижнего отдела лица и дистальное смещение головок

нижней челюсти+

Г) деформация межсуставного диска

6) Деформация зубочелюстной системы – это:

А) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное па-

тологическими процессами+

Б) потеря зубов

В) нарушение развития формы и функций зубочелюстной системы

Г) открытый прикус

7) Суставные симптомы при заболеваниях ВНЧС:

а) суставной шум

б) тугоподвижность нижней челюсти

в) неудобство при смыкании зубов

г) верно а) и б)+

д) верно б) и в)

8) Факторы, способствующие возникновению и развитию артроза:

а) врожденное укорочение ветви нижней челюсти

б) недоразвитие суставной головки с одной стороны

в) нарушение функциональной окклюзии

г) макротравма челюстно-лицевой области

д) верно а),б)ив)+

9) Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС:

а) сужение суставной щели

б) отсутствие суставной щели

в) расширение суставной щели

г) уплотнение кортикального слоя суставной головки

д) изменение формы костных элементов сустава+

10) Характерные признаки боли в суставе при остром артрите:

а) постоянная в покое

б) усиливающаяся при движениях нижней челюсти+

в) приступообразная

г) верно а) и в)

д) верно а), б) и в)

11) При потере левых жевательных зубов нижняя челюсть смещается во вторичную вынужденную окклюзию:

а) влево

б) вправо+

в) вперед и влево

г) вперед и вправо

д) вперед

12) Сроки пользования ортодонтическими аппаратами при заболеваниях ВНЧС:

а) одна неделя

б) две недели

в) три недели

г) один месяц

д) 3-6 месяцев+

13) Аускультация ВНЧС при артрозе и хроническом артрите выявляет:

а) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей

б) крепитацию+

в) отсутствие суставного шума

г) верно а) и в)

д) верно а) и б)

 14) Аускультация ВНЧС при артрозе и хроническом артрите выявляет:

а) крепитацию

б) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей

в) щелкающие звуки

г) верно а) и в)+

д) верно а) и б)

15) Характерный признак острого артрита - открывание рта в пределах:

а) 4,5-5,0 см

б) 3,5-4,5 см

в) 2,5-3,5 см

г) 1,5-2,5 см

д) 0,5-1,0 см+

16) При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в ВНЧС можно предположить диагноз:

а) мышечно-суставная дисфункция+

б) артрит

в) артроз

г) остеома суставного отростка нижней челюсти

д) перелом в области ветви нижней челюсти

17) Факторы, способствующие возникновению и развитию артроза

а) недоразвитие суставной головки с одной стороны

б) нарушение функциональной окклюзии

в) врожденное укорочение ветви нижней челюсти

г) верно а) и б)

д) верно а), б) и в)+

18) блокада движений нижней челюсти вызывает изменения

1. в височно-нижнечелюстном суставе+

2. слизистой оболочке

3. в жевательных мышцах

4. пульпе зуба

5. альвеолярном отростке

19) форма генерализованного повышенного стирания твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижней трети лица, называется

1. компенсированной+

2. вертикальной

3. смешанной

4. декомпенсированной

5. горизонтальной

20) форма генерализованного повышенного стирания твердых тканей зубов, которая характеризуется наличием снижения высоты нижней трети лица, называется

1. компенсированной

2. вертикальной

3. смешанной

4. декомпенсированной+

5. горизонтальной

**Тема 5.** Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. Парафункции жевательных мышц. Бруксизм. Дислокация диска. Привычные вывихи в суставе (мыщелковые нарушения, дисковые нарушения).

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Парафункции жевательных мышц. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

2. Бруксизм. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

3. Дислокации диска ВНЧС. Разновидности дислокаций по Farrar. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

4. Диагностика мыщелковых и дисковых нарушений.

5. Клиническая картина вывихов (в т.ч. привычных) в суставе. Дифференциальная диагностика. Лечение.

6. Основные принципы комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц

7. Виды лечебно-диагностических аппаратов

8. Классификация и характеристика окклюзионных шин

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1) Клиника заболеваний ВНЧС характеризуется всем, кроме:

а) глоссалгией

б)астигматизмом

в) синхронной работой жевательных мышц

г) усталостью жевательных мышц

д) болями в области сустава

е) верно а, г, д+

ж) верно а, б, в, д

з) нет правильного ответа

2) Симптомами дисфункции ВНЧС является все, кроме::

а) атипичные лицевые боли

б) щелканье в суставе

в) уменьшение нагрузки на суставной диск+

г) утомляемость мышц, болевые ощущения в мышцах

3) Избирательное пришлифовывание зубов при заболеваниях ВНЧС направлено на:

а) снижение высоты зубов

б) снижение высоты нижнего отдела лица

в) создание плавного, бесприпятственного скольжения зубных рядов нижней и верхней челюстей

г) профилактику кариеса

д) профилактику пародонтита

е) устранение микротравмы тканей сустава

ж) верно в, е+

з) верно а, в, е,

и) верно б, в, д

4) Перестройка миотатического рефлекса направлена на все, кроме:

а) увеличение силы жевательных мышц

б) нормализацию функции жевательных мышц

в) нормализацию функции мимических мышц+

г) снятие нагрузки на ВНЧС

5) Перестройка миотатического рефлекса проводится с помощью:

а) миогимнастики

б) лечебно-диагностических капп+

в) съемных протезов

г) металлокерамических несъемных протезов

д) штифтовых вкладок

6) Суставные симптомы при заболеваниях ВНЧС

а) боль в жевательных мышцах, челюстях

б) суставной шум

в) тугоподвижность нижней челюсти

г) боль в ушах

д) боли при длительной нагрузке

е) верно а, б, в

ж) верно б, в, д+

7)  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

5. верно 1) и 3)

8) При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон ребенку пяти лет показана:

1. остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу

2. остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой+

3. механотерапия

4. пращевидная повязка

5. Физиотерапия

9) Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава свойственны детям телосложения:

1. нормостенического

2. гиперстенического

3. Астенического+

4. верно 1) и 2)

5. верно 2) и 3)

10) Родовая травма является наиболее частой причиной:

1. острого артрита височно-нижнечелюстного сустава

2. вторичного деформирующего остеоартроза+

3. хронического артрита

4. вывиха височно-нижнечелюстного сустава

5. аплазии мыщелкого отростка

11) Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите височно-нижнечелюстного сустава:

1. расширена равномерно

2. расширена неравномерно

3. сужена равномерно

4. сужена неравномерно+

5. не изменена

12) Широкая суставная щель, вплоть до полного отсутствия сочленения поверхностей сустава, гипо- или аплазия мыщелкого отростка являются рентгенологическими признаками:

1. острого артрита височно-нижнечелюстного сустава

2. врожденной патологии сустава+

3. привычного вывиха

4. вторичного деформирующего остеоартроза

5. костного анкилоза

13) 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. чрезмерно развитая половина нижней челюсти

5. гемигипертрофия жевательной мышцы

14) При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны ребенку пяти лет показана:

1. остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу+

2. остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой

3. пращевидная повязка

4. механотерапия

5. физиотерапия

15) К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

1. болевой синдром дисфункции

2. привычный вывих

3. врожденная патология сустава+

4. острый артрит

5. деформирующий юношеский артроз

16) Угол рта опущен на стороне, противоположной больному суставу, при:

1. остром артрите височно-нижнечелюстного сустава

2. вторичном деформирующем остеоартрозе+

3. хроническом артрите

4. привычном вывихе сустава

5. верно 1) и 2)

17) Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава чаще встречаются в возрастной группе детей:

1. 1-2 лет

2. 3-4 лет

3. 5-6 лет

4. 7-9 лет

5. 10-15 лет+

18) Однократная перегрузка височно-нижнечелюстного сустава является этиологическим фактором для:

1. острого артрита височно-нижнечелюстного сустава+

2. хронического артрита

3. неоартроза

4. вторичного деформирующего остеоартроза

5. костного анкилоза

19) Диспропорция роста опорно-двигательного аппарата характерна для детей с:

1. привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава+

2. вторичным деформирующим остеоартрозом

3. аплазией суставной головки

4. анкилозом височно-нижнечелюстного сустава

5. неоартрозом

20) В комплексе лечения функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава применяется:

1. пращевидная повязка+

2. механотерапия

3. артропластика

4. остеотомия ветви нижней челюсти

5. верно 3) и 4)

**Тема 6.** Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. Артриты. Артрозы. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика .

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Артрит. Классификация. Этиология, патогенез..

2. Артрит. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика

3. Артроз. Классификация. Этиология, патогенез.

4. Артроз. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

5. Основные принципы лечения заболеваний ВНЧС.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1) Клиническая симптоматика, характерная для острого артрита височно-нижне-челюстного сустава?:

1. ноющие боли в суставе, усиливаются при движении нижней челюсти, усиливаются при приеме твердой пищи и открывании рта, головная боль, головокруже­ние;

2. резкие боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти; постоянные, при покое нижней че­люсти боли уменьшаются, ограничение открывания рта, впереди козелка уха болезненность, слабость, недомогание;+

3. хруст, крепитация, боли в суставе, смещение челюсти при открывании рта, ограничение открывания рта, го­ловная боль, головокружение.

2) Длительность течения острого артрита ?:

1. 1-2 недели;

2. 1 месяц;

3. 2-3 месяца;+

4. 4-5 месяцев;

5. 6-7 месяцев;

6. до 1 года.

3) Для ревматоидного артрита височно -нижнечелюстного сустава характерно:

1. одностороннее поражение;

2. двустороннее поражение;+

3. в равной степени встречается как одностороннее, так идвустороннее.

4) Для контактного артрита височно -нижнечелюстного сустава характерно:

1.одностороннее поражение;+

2. двустороннее поражение;

3. в равной степени встречается как одностороннее, так и двустороннее.

5) Характерная рентгенологическая картина острого артрита височно-нижнечелюстного сустава:

1. всегда наблюдается расширение суставной щели;

2. обычно изменений нет, редко наблюдается расшире­ние суставной щели;+

3. вначале наблюдается расширение суставной щели, а через неделю ее сужение;

4. наблюдается сужение суставной щели.

6) Длительность течения хронического артрита:

1. 1-2 месяца;

2. 2-4 месяца;

3. 6-8 месяцев;

4. от нескольких месяцев до нескольких лет.+

7) Рентгенологическая симптоматика хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава:

1. изменений нет;

2. расширение суставной щели;

3. сужение суставной щели;

4. расширение или сужение суставной щели, остеопороз.+

8) Артриты у детей возникают чаще на почве:

1. одонтогенных кист нижней челюсти;

2. остеомиелитов ветви нижней челюсти;+

3. опухолей нижней челюсти;

4. лимфаденитов околоушно-жевательной области.

9) Могут ли хрящевые элементы сустава погибать при возникновении вторичных артритов у детей?:

1. нет, не погибают;

2. крайне редко погибают;

3. могут погибать;+

4. практически погибают всегда.

10) При фиброзном анкилозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически суставная щель:

1. неразличима;

2. едва различима;+

3. резко расширена.

11) При костном анкилозе височно - нижнечелюстного сустава рентгенологически суставная щель:

**1.**неразличима;+

2. едва различима;

3. резко расширена.

12) Укорочение и утолщение шейки нижней челюсти наблюдается при следующих заболеваниях ВНЧС:

1. остром артрите;

2. хроническом артрите;

3. первичном артрите;

4. вторичном артрите;+

5. артрозе;

6. ревматоидном артрите.

13) Неоартроз - это:

1. злокачественная опухоль в области височно - нижне­челюстного сустава;

2. доброкачественная опухоль в области височно - ниж­нечелюстного сустава;

3. патологическое сочленение, выполняющее роль сус­тава;+

4. внутрисуставной костный анкилоз;

5. внутрисуставной фиброзный анкилоз;

6. внесуставной анкилоз.

14) Анкилоз - это:

1. стойкое ограничение движения в суставе;

2. отсутствие движения в суставе;+

3. периодически появляющаяся боль и ограничение движения в суставе.

15) Контрактура - это:

**1.**стойкое ограничение движения в суставе;+

2. отсутствие движения в суставе;

3. периодически появляющаяся боль и ограничение движения в суставе.

16) Анкилоз бывает:

1. только внутрисуставной;

2. внутри- и внесуставной;+

3. только внесуставной.

17) Внутрисуставной анкилоз ВНЧС бывает:

1. только фиброзным;

2. только костным;

3. фиброзным и костным.+

18) Внесуставной анкилоз ВНЧС бывает:

1. только фиброзным;

2. только костным;+

3. фиброзным и костным.

19) Контрактура обусловлена:

**1.**внесуставными изменениями;+

2. внутрисуставными изменениями;

3. как вне-, так и внутрисуставными изменениями.

20) Артрогенная контрактура - это заболевание:

**1.**обусловленное изменениями в капсуле сустава или его связках;+

2. возникающее при болезненности движения в суставе;

3. в результате изменений в мышцах или после обез­движивания нижней челюсти (при переломах);

4. при нарушении нервной регуляции;

5. обусловленное грубыми изменениями в тканях, окру­жающих сустав.

**Тема 7.**  Лечение заболеваний ВНСЧ и жевательных мышц. Итоговое занятие.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1.Основные принципы комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц

2. Виды лечебно-диагностических аппаратов

3. Классификация и характеристика окклюзионных шин

3. Метод изготовления окклюзионных шин

4. Осложнения при применении накусочных пластинок и окклюзионных шин

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1) УВЧ- или СВЧ-терапия при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава у детей применяются в целях:

1. профилактики образования соединительной ткани и венозного застоя

2. стимуляции иммунобиологических процессов в организме

3. противовоспалительных, стимуляции обмена веществ и функции сустава+

4. снижения эмоциональной возбудимости и болеутоления

5. стимуляции репаративных процессов и образования соединительной ткани

2) При остром артрите височно-нижнечелюстного сустава и обострении хронического артрита в подростковом возрасте назначают.

1. УВЧ-терапию, микроволновую терапию+

2. электрофорез 6% KJ, электрофорез 10% хлористого кальция

3. магнитотерапию, парафинотерапию

4. ультразвуковую терапию, электрофорез кальция

5. ультратонтерапию, ИК-излучение

3) Параметры СВЧ-терапии при лечении острого артрита височно-нижнечелюстного сустава у детей 5-15-летнего возраста:

1. тепловая доза, мощность 8-10 Вт

2. тепловая доза, мощность 16-18 Вт

3. тепловая доза, мощность 18-20 Вт

4. нетепловая доза, мощность 1-2 Вт

5. слаботепловая доза, мощность 3-5 Вт+

4) Применение окклюзионных шин при болезнях височно-нижнечелюстного сустава призвано:

1. нормализовать функцию мышц, положение суставных головок, предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений

2. ограничить движение нижней челюсти

3. исключить чрезмерную нагрузку на ткани зуба, пародонт, предохранить

ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений

4. нормализовать функцию мышц, положение суставных головок, предохранить ткани сустава, ограничить движение нижней челюсти+

5) Ограничитель открывания рта применяется для лечения:

1. мышечно-суставной дисфункции

2. привычного вывиха ВНЧС+

3. хронического артрита

4. артроза ВНЧС

6) Основной задачей перестройки миотатических рефлексов по И.С.Рубинову является:

1. самостоятельное ортодонтическое лечение

2. функциональная перестройка нервно-рефлекторных связей с последующим рациональным протезированием+

3. морфологическая перестройка зубочелюстной системы

4. предотвращение рецидива аномалии

7) Основной функцией капповой шины, применяющейся при лечении вторичного глубокого прикуса, сочетающегося с повышенной стираемостью, является:

1) нормализация положения нижней челюсти+

2) увеличение межальвеолярной высоты

3) устранение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

4) устранение патологического прикуса

8) Основными принципами ортопедического лечения привычных вывихов

и подвывихов нижней челюсти являются:

1) лечение основного заболевания

2) нормализация высоты нижнего отдела лица или межальвеолярного рас-

стояния при его нарушениях

3) протезирование полости рта

4) вправление вывиха и создание препятствия для широкого открывания рта, протезирование полости рта+

9) Сроки пользования ортодонтическими аппаратами при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава:

1) 1 нед.

2) 2 нед.

3) 1 мес.

4) 3-6 мес.+

10) При лечении артроза и хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков ультразвуковая терапия применяется в комплексе с:

1. Виброакустическими колебаниями

2. Гипотермией

3. Парафинотерапией+

4. УВЧ-терапией

5. Микроволновой терапией

11) Основным методом лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстных суставов является

1) физиотерапия в сочетании с миогимнастикой

2) ограничение функции в сочетании с противовоспалительной терапией и физиотерапией

3) хирургическое в комплексе с ортодонтическим лечением+

4) межчелюстная фиксация в сочетании с физиотерапией

5) иглорефлексотерапия

12) При вторичном деформирующем остеоартрозе правого и левого височно-нижнечелюстных суставов больному ребёнку пяти лет показана

1) остеотомия правой и левой ветвей нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением по Лимбергу

2) остеотомия ветвей челюсти с одномоментной костной пластикой+

3) наложение компрессионно-дистракционных аппаратов

4) редрессация

5) ортодонтическое лечение

13) Остеотомию ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением при анкилозе одного височно-нижнечелюстного сустава возможно проводить больным детям в возрасте

1) 3 – 5 лет+

2) 6-7 лет

3) 8-9 лет

4) 10 – 13 лет

5) 15 и старше

14) При вторичном деформирующем остеоартрозе одного височно-нижнечелюстного сустава больному ребёнку 14 лет показана

1) остеотомия ветви челюсти с последующим скелетным вытяжением

2) остеотомия ветви челюсти с одномоментной костной пластикой+

3) редрессация

4) миогимнастика

5) наложение КДА

15) Больному 14 лет с анкилозом правого и левого височно-нижнечелюстных суставов показана

1) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим костным вытяжением

2) остеотомия ветвей с одномоментной костной пластикой+

3) редрессация

4) миогимнастика

5) наложение КДА

16) При лечении функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава назначается

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

17) Для лечения острого и обострения хронического артрита назначают

1) щадящую диету+
2) ограничение подвижности челюсти+

3) механотерапию
4) седативные препараты+
5) противовоспалительную терапию+

18) 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

19) В комплекс лечения больных детей с вторичным деформирующим остеоартрозом входят

1) механотерапия
2) ортодонтическое лечение+
3) хирургическое лечение+
4) логопедическое лечение
5) физиолечение+

20) Деформация суставной головки, сглаженность суставной ямки, бугорка рентгенологическими признаками
1) хронического артрита+
2) острого артрита
3) неоартроза
4) анкилоза
5) привычного подвывиха ВНЧС

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "5" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "4" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "3" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "2" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **собеседование** | Оценка «5» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
|  Оценка «4» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «3» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «2» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **тестирование** | Оценка «5» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «4» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «3» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «2» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «5» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «4» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «3» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «2» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет: Рд=Рт+Рб+Рз,*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине– экзамен: Рд=Рт+Рб+Рэ, где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**6-10 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**0-2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1.Центральное соотношение челюстей: понятие, методы определения.

2.Анализ модели в артикуляторе.

3.Снятие анатомических слепков с имплантанта методом закрытой ложки.

4.Артикулятор.

5.Пробы на сжатие и зубов

6.Строение и функция ВНЧС.

7.Опрос, осмотр пациента при паталогических состояниях ВНЧС.

8.Мышцы участвующие в движениях н/ч, их функции.

9.Пальпация ВНЧС.

10.Заболевания ВНЧС. Артрит. Артроз. Этиология. Патогенез. Клиническая

картина.

11.Пальпация жевательных мышц.

12. Снятие слепков альгинатными массами.

13.Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика.

14. Изготовление гипсовой модели.

15. Понятие окклюзии и артикуляции в ортопедической стоматологии.

16. Препарирование зуба под культевую вкладку.

17.Заболевания ВНЧС. Анкилозы. Новообразования. Этиология. Патогенез.

Клиническая картина.

18.Методы определения центрального соотношения.

19. Пародонтит. Причины функциональной перегрузки пародонта.

20. Произведите избирательное пришлифовывание тканей в области

суперконтактов.

21.Ренгенологические методы исследования в гнатологии.

 (МРТ, томография ВНЧС, КТ ВНЧС, ТРГ)

22. Снятие анатомических слепков силиконовыми массами.

23.Мышечно-суставная дисфункция.

24. Препарирование под цельнокерамическую коронку

25.Классификация заболеваний ВНЧС. Патология, клиника, этиология.

26.Современные методы аппаратурной, функциональной диагностики ВНЧС.

27.Пальпация жевательной мускулатуры.

28.Современные методы аппаратурной, функциональной диагностики

жевательной мускулатуры.

29.Исследование суставного шума.

30.Характеристика движения нижней челюсти.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

1)Больной Т., 12 лет обратился с жалобами на ограниченное открывание рта, косметический и эстетический недостаток лица. Из анамнеза: в 7 дней после рождения у ребенка было гнойничковое поражение кожи, инфекция распространилась на мыщелковый отросток нижней челюсти слева. В 1,5 года родители заметили асимметрию лица и ограниченное открывание рта. С возрастом асимметрия и ограничение открывания рта увеличивались. Объективно: асимметрия лица за счет сглаженности правой половины лица, подбородок смещен влево на 14 мм. Рот открывается на 12 мм. Пальпаторно в области угла нижней челюсти определяется "шпора". Рентгенологически: томограмма левого ВНЧС - неравномерно суженная и деформированная суставная щель. Деформация головки нижней челюсти, укорочение суставного отростка, уплощение суставного бугорка и нижнечелюстной ямки височной кости.

1. Выскажите предположение о возможном заболевании ВНЧС?

2. Выскажите предположение о возможной причине возникновения данного заболевания ВНЧО?

3. Какой принцип лечения Вы можете предложить этому больному?

2)Больной Н., 5 лет обратился с жалобами на невозможность открывания рта, косметический и эстетический дефект лица. Из анамнеза: в 3 года у ребенка была травма - перелом головки суставного отростка нижней челюсти слева. Проводилось консервативное лечение. Через 8 месяцев после травмы появилось ограничение открывания рта, которое со временем усиливалось, и появилась полная неподвижность нижней челюсти. Одновременно с ограничением открывания рта родители заметили деформацию лица, которая с возрастом ребенка увеличивалась.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет уплощения правой половины лица. Пальпаторно в области угла нижней челюсти определяется "шпора". Размеры тела и ветви нижней челюсти слева меньше, чем справа. Полная неподвижность нижней челюсти. На томограммах левого ВНЧС суставная щель отсутствует, костная ткань мыщелкового отростка без границ переходит в височную кость.

1. Выскажите предположение о возможном заболевании сустава?

2. Какой принцип лечения Вы можете предложить этому больному?

3. Выскажите предположение о возможной причине возникновения данного заболевания ВНЧС.

3)В клинику обратилась девочка 12 лет с жадобами на хруст в области правого уха при открывании рта. Объективно: при открывании рта нижняя челюсть смещается влево. В конце открывания рта слышен щелчок в области правого ВНЧС. При пальпации ВНЧС впереди козелков при максимальном открывании рта палец справа "проваливается" в суставную ямку. На томограммах правого ВНЧС при максимальном открывании рта головка нижней челюсти находится за суставным бугорком, на переднем его скате.

1. Поставьте диагноз.

2. В какое лечебное учреждение направите больного на лечение.

3. Определите план лечения данного больного.

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий. (Тестирование обучающихся проводится в информационной системе Университета)

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра терапевтической стоматологии

направление подготовки (специальность) 31.05.03 Стоматология

дисциплина гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава

 **ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №\_\_\_**

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №\_\_\_\_/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. ……………………………………………………………..………………………

2. …………………………………………………………..…………………………

…………………………………………………………..……………………………

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица 1 – виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Вид деятельности** | **Вид контроля** | **Баллы** |
| 1 | Проведение научно-исследовательской работы | Оценка отчета | **1** |
| 2 | Участие в заседаниях кружка СНО | Оценка куратора кружка | **1** |
| 3 | Участие в создании наглядных учебных пособий | Оценка пособий | **1** |
| 4 | Разработка обучающих компьютерных программ | Оценка программ | **1** |
| 5 | Составление тестовых заданий | Оценка пакета тестов | **1** |
| 6 | Составление проблемно-ситуационных задач | Оценка пакета задач | **1** |
| 7 | Создание презентаций | Оценка презентации | **1** |
| 8 | Создание учебных кинофильмов | Оценка фильма | **1** |
| 9 | Участие в конференциях разного уровня | Ксерокопия сертификата участника | **2** |
| 10 | Выполнение полного объема практических навыков по изучаемой дисциплине согласно тематике практических занятий | Контроль выполнения практических навыков | **2** |
| 11 | Посещение лекций по дисциплине без пропусков | Контроль посещаемости | **1** |
| 12 | Посещение практических занятий по дисциплине без пропусков | Контроль посещаемости | **2** |

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
|  | ОПК -4 способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности; | **Знать** морально-этические нормы и правила и принципы профессионального врачебного поведения | вопросы №1-25 |
| **Уметь** применить принципы врачебной деонтологии и медицинской этики. | практические задания №1,2,3 |
| **Владеть** принципами врачебной деонтологии и медицинской этики. | практические задания № 1,2,3 |
|  | ОПК -9 способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач; | **Знать** методы обследования, диагностики и лечения заболеваний пульпы и периодонта. | вопросы №10,11,12,13 |
| **Уметь** обследовать пациента с пульпитом и периодонтитом,интерпретировать результаты основных и дополнительных методов исследования. | практические задания №1,2,3 |
| **Владеть** методами обследования пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта, проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы диагностики, лечения. | практические задания №1,2,3 |
|  | ПК-5 Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результата осмотра, лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания | **Знать** принципы обследования пациента | вопросы №1-30 |
| **Уметь** проводить осмотр и опрос пациента | практические задания № 1,2,3 |
| **Владеть** навыками основных и дополнительных методов обследования пациента. | практические задания №1,2,3 |
|  | ПК-12 Готовностью к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний | **Знать** основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера ,основные физиологические показатели | вопросы №1-30 |
| **Уметь** проводить профилактические мероприятия | практические задания №1,2,3 |
| **Владеть** методами профилактических мероприятий | практические задания №1-3 |