

**Автономная некоммерческая организация высшего образования  
«Научно-клинический центр имени Башларова»**



Утверждаю  
Проректор по учебно-методической  
работе

\_\_\_\_\_ А.И. Аллахвердиев  
«28» апреля 2023 г.

Рабочая программа дисциплины	Б1.О.45 Гнатология
Уровень профессионального образования	Высшее образование-специалитет
Специальность	31.05.03 Стоматология
Квалификация	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Махачкала, 2023

Рабочая программа дисциплины «Гнатология» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984, приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 06.04.2021 № 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры».

Программа одобрена на заседании учебно-методического совета (протокол № 3 от «28» апреля 2023 г.)

## 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

### 1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения

соотнесенные с планируемыми результатами обучения по дисциплине:

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.2 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний; интерпретирует и анализирует результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводит дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме	знать: способы интерпретации результатов обследования пациентов с целью установления диагноза уметь: интерпретировать результаты обследований пациентов с целью установления диагноза владеть: способами интерпретации результатов обследований пациентов с целью установления диагноза
ОПК-12 Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации стоматологического пациента	ИОПК-12.3 Оценивает эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями	знать: способ осуществления контроля эффективности проводимых реабилитационных мероприятий при реализации индивидуальных программ реабилитации стоматологического пациента уметь: осуществлять контроль эффективности проводимых реабилитационных мероприятий при реализации индивидуальных программ реабилитации стоматологического пациента владеть: способами контроля эффективности проводимых реабилитационных мероприятий при реализации

		индивидуальных программ реабилитации стоматологического пациента
--	--	--

## 1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Семестр	Этап
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	А	заключительный
ОПК-12	Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации стоматологического пациента	А	заключительный

## 2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Гнатология» относится к обязательной части блока 1 ОПОП специалитета 31.05.03 Стоматология

Данная дисциплина является логическим продолжением содержания стоматологических дисциплин, таких как: протезирование зубов зубных рядов, ортодонтия и детское протезирование, зубочелюстное протезирование детей и подростков, кариесология и заболевания твердых тканей зубов, профилактика стоматологических заболеваний, эндодонтия, клиническая стоматология, пародонтология, детская стоматология, заболевания слизистой оболочки полости рта, челюстно-лицевое протезирование, местное обезболивание и анестезиология в стоматологии, детская челюстно-лицевая хирургия, и для успешного прохождения практики по разным видам стоматологической помощи.

## 3. Объем дисциплины и виды учебной работы

**Трудоемкость дисциплины: в з.е. 4 / час 144**

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр	
		9	10
<b>Контактная работа</b>	82		82
В том числе:	-		-
Лекции	22		22
Лабораторные работы (ЛР)	-		-
Практические занятия (ПЗ)	60		60

<b>Самостоятельная работа (всего)</b>		62		62
В том числе:		-		-
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям				
Самостоятельное изучение тем				
Реферат				
Вид промежуточной аттестации зачет			-	
Общая трудоемкость	час.	144	-	144
	з.е.	4		4

#### 4. Содержание дисциплины

##### 4.1 Контактная работа

##### Лекции

№ п/п	Содержание лекций дисциплины	Трудоемкость (час)
1	Гнатология как научно-практическое направление в ортопедической стоматологии	2
2	Морфофункциональные элементы зубочелюстной системы, их взаимосвязь.	2
3	Методики определения центральной окклюзии.	2
4	Методики определения центрального соотношения челюстей.	2
5	Функциональное состояние зубочелюстной системы при частичном отсутствии зубов.	2
6	Аппаратурная функциональная диагностика зубочелюстной системы при частичном отсутствии зубов.	2
7	Выбор конструкции зубных протезов (несъемные зубные протезы, съемные зубные протезы).	2
8	Выбор конструкции зубных протезов (сочетанные зубные протезы, зубные протезы с опорой на имплантанты).	2
9	Моделирование зубных протезов в индивидуально настроенном артикуляторе.	2
10	Формирование физиологичных окклюзионных контактов при изготовлении зубных протезов с учетом биомеханики зубочелюстной системы и состояния ВНЧС.	2
11	Ошибки при функциональной диагностики ВНЧС.	2
	Итого	22

##### Практические занятия

№ раздела	№ п/п	Темы практических занятий	Трудоемкость (час)	Формы текущего контроля
-----------	-------	---------------------------	--------------------	-------------------------

Семестр 10				
1	1	Гнатология как научно-практическое направление в ортопедической стоматологии. Морфофункциональные элементы зубочелюстной системы. Функциональное состояние зубочелюстной системы при частичном отсутствии зубов.	4,6	Устный опрос
3	2	Аппаратурная функциональная диагностика зубочелюстной системы при частичном отсутствии зубов.	4,6	Письменный опрос
2	3	Методики определения центральной окклюзии. Методики определения центрального соотношения челюстей.	4,6	Письменный опрос
2	4	Классификация заболеваний ВНЧС ассоциированных с нарушениями окклюзии и артикуляции.	4,6	Доклады
2	5	Привычные вывихи, подвывихи нижней челюсти и вывихи диска ВНЧС. РК1	4,6	Устный опрос
6	6	Нейромускулярный и окклюзионно-артикуляционный дисфункциональные синдромы ВНЧС	4,6	Устный опрос
6	7	Артриты и артрозы ВНЧС	4,6	Устный опрос
6	8	Опухолевые и опухолевоподобные заболевания ВНЧС	4,6	Письменный опрос
4	9	Выбор конструкции зубных протезов (несъемные зубные протезы, съемные зубные протезы, сочетанные зубные протезы, зубные протезы с опорой на имплантанты). РК8	4,6	Устный опрос
5	10	Моделирование зубных протезов в индивидуально настроенном артикуляторе.	4,6	Защита реферата, решение практических заданий
5	11	Формирование физиологичных окклюзионных контактов при изготовлении зубных протезов с учетом биомеханики зубочелюстной системы и состояния ВНЧС.	4,6	Письменный опрос
3	12	Современные методы коррекции окклюзии. Ошибки при функциональной диагностики ВНЧС. РК3	4,6	тестирование
3	13	Ошибки при функциональной диагностики ВНЧС. РК3	4,8	Устный опрос
		Итого	60	

### Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Всего часов	Вид контроля
	10			

1.	10	Гнатология как научнопрактическое направление в ортопедической стоматологии	3	Защита реферата
2.	10	Морфофункциональные элементы зубочелюстной системы, их взаимосвязь.	3	Доклады
3.	10	Выбор конструкции зубных протезов (несъемные зубные протезы, съемные зубные протезы, сочетанные зубные протезы, зубные протезы с опорой на имплантанты).	9	Проверка конспекта
4.	10	Аппаратурная функциональная диагностика зубочелюстной системы при частичном отсутствии зубов	7	Просмотр презентации
5.	10	Функциональное состояние зубочелюстной системы при частичном отсутствии зубов	7	Защита реферата, решение практических заданий
6.	10	Современные методы коррекции окклюзии. Ошибки при функциональной диагностики ВНЧС.	7	Проверка конспекта
7.	10	Классификация заболеваний ВНЧС ассоциированных с нарушениями окклюзии и артикуляции.	6	Просмотр презентации
8.	10	Привычные вывихи, подвывихи нижней челюсти и вывихи диска ВНЧС.	5	Просмотр презентации
9.	10	Нейромускулярный и окклюзионно-артикуляционный дисфункциональные синдромы ВНЧС	5	Просмотр презентации
10.	10	Артриты и артрозы ВНЧС	5	Просмотр презентации
11.	10	Опухолевые и опухолоподобные заболевания ВНЧС	5	Просмотр презентации
		Итого	62	

**Формы текущего контроля успеваемости студентов:** устный опрос, письменный опрос, доклады, практические задания, тестирование, реферат.

**Формы промежуточной аттестации:** зачет.

## **5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций**

### **5.1 Оценочные материалы для оценки текущего контроля успеваемости (этапы оценивания компетенции)**

## Тестовые задания

1. Первая помощь при переломах нижней челюсти:

1) туалет полости рта, Транспортная иммобилизация плащевидной повязкой или

лигатурное связывание зубов по Айви

2) дать совет и направить пострадавшего по назначению

3) произвести I хирургическую обработку

4) осуществить окончательную иммобилизацию шинировать или оперативным

способом

5) нет необходимости в оказании I ой помощи

2. Мини пластины к отломкам челюстей фиксируют:

1) проволочной лигатурой

2) спицами

3) Компрессионно-дистракционном аппаратом

4) шурупами

5) резиновой тягой

3. Достоверным симптомом перелома основания черепа является:

1) кровотечение из носа

2) ликворея

3) кровотечение из наружного слухового прохода

4) патологическая подвижность верхней челюсти

5) симптом "ступени"

4. Характерный рентгенологический признак перелома челюстных костей:

1) очаги склероза

2) деструкция

3) нарушение целостности кости

4) разрежение костной ткани

5) очаги расплавления костной ткани

5. Первая помощь при переломах верхней челюсти:

1) остановка кровотечения

2) репозиция отломков

3) временная иммобилизация повязкой

4) репозиция отломков, наложение повязки "узда", шины ложки с фиксацией на своде черепа,

5) плащевидная повязка в прикусе при неповрежденной нижней челюсти

6) нет необходимости

6. Позднее осложнение воспалительного характера при переломах челюстных костей:

1) флегмона

2) травматический остеомиелит

3) одонтогенный периостит

4) актиномикоз челюстных костей

5) подглазничная гематома

7. Консервативное /ортопедическое/ лечение переломов нижней челюсти:

1) применением ортодонтических аппаратов

2) на зубные одно челюстные /гладкие/", двух челюстные шины

3) мостовидные протезы

4) на костные и внутрикостные конструкций

5) костный шов

8. Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава:

1) стационарное

2) симптоматическое

3) комплексное

4) терапевтическое

5) хирургическое

9. Симптомы перелома скуловой кости:

1) отек, гиперемия подглазничной области

2) гематома скуловой области

3) кровоизлияние в нижнее веко, головокружение

4) уплощение скуловой области, парестезия в подглазничной области

5) деформация носа, кровотечение из носа, диплопия

10. Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1) артрит височно-нижнечелюстного сустава

2) нижняя макрогнатия

3) снижение высоты прикуса

4) глубокое резцовое перекрытие

5) слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава

11. Какому виду травмы соответствует данная симптоматика: это разновидность полного вывиха, когда корень зуба, перфорируя компактную

пластинку альвеолы, внедряется в губчатое вещество альвеолярного отростка. Сосудисто-нервный пучок всегда при этом разрывается:

- 1) Неполный вывих
- 2) Полный вывих
- 3) Вколоченный вывих
- 4) Перелом зуба
- 5) Перелом альвеолярного отростка

12. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

- 1) шпатель
- 2) распатор
- 3) зажим Кохера
- 4) крючок Фарабефа
- 5) крючок Лимберга

13. Мягкая праща Померанцевой-Урбанской используется как:

- 1) транспортная иммобилизация челюстей
- 2) лечебная иммобилизация костей лицевого скелета
- 3) постоянная иммобилизация костей лицевого скелета
- 4) постоянная иммобилизация челюстей
- 5) временная иммобилизация скуловой кости

14. Истинный «Симптом очков» появляется в случае перелома:

- 1) Лефор I
- 2) Лефор II
- 3) Лефор III
- 4) Перелом альвеолярного отростка
- 5) Перелом верхней челюсти с прободением дна гайморовой пазухи

15. Симптом "Носового платка" положителен при переломе:

- 1) Лефор I
- 2) Лефор II
- 3) Лефор III
- 4) перелом альвеолярного отростка
- 5) перелом верхней челюсти с прободением дна гайморовой пазухи

16. К первично-костным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится

- 1) остеоартрит
- 2) периостит
- 3) ревматоидный артрит
- 4) анкилоз
- 5) неартроз

17. К группе первично-костных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава относится

- 1) периостит
- 2) ревматоидный артрит
- 3) анкилоз
- 4) неоартро
- 5) врождённая аплазия

18. При вторичном деформирующем остеоартрозе правого височно-нижнечелюстного сустава средняя линия подбородка смещена

- 1) вправо
- 2) влево
- 3) вперед
- 4) кзади
- 5) книзу

19. При анкилозе правого височно-нижнечелюстного сустава правый угол рта

- 1) приподнят
- 2) опущен
- 3) сдвинут в лево
- 4) сдвинут в право
- 5) без изменений

20. Дополнительный метод исследования при анкилозе височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) Томограмма ВНЧС
- 2) Рентгенография
- 3) Зонография
- 4) Телерентгенография
- 5) Сиалогграфия

21. Шину с распорочным изгибом применяют:

- 1) в области прохождения линии перелома через беззубый участок челюсти
- 2) при открытом переломе угла нижней челюсти со смещением
- 3) при двустороннем переломе угла нижней челюсти без смещения
- 4) при переломе нижней и верхней челюсти с полной адентией
- 5) при одностороннем переломе нижней челюсти в области

суставного отростка

22. Какой оперативный метод фиксации используется при переломе верхней челюсти

- 1) метод Донского

- 2) метод Кручинского
  - 3) метод Адамса
  - 4) метод Рудько
  - 5) метод Васильева
23. Аппарат Збаржа применяют при...
- 1) переломах верхней челюсти
  - 2) переломах скуловой кости
  - 3) переломах нижней челюсти
  - 4) переломе костей носа
  - 5) переломе альвеолярного отростка нижней челюсти
24. Назовите временную иммобилизацию при переломах верхней челюсти.
- 1) эластичная повязка Померанцевой-Урбанской
  - 2) гладкая шина скоба
  - 3) шина Порта
  - 4) аппарат Ванкевич
  - 5) шина Вебера
25. Основной причиной вывихов нижней челюсти является
- 1) артрит височно-нижнечелюстного сустава
  - 2) нижняя макрогнатия
  - 3) снижение высоты прикуса
  - 4) глубокое резцовое перекрытие
  - 5) слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава
26. Основной причиной вывихов нижней челюсти является
- 1) артрит височно-нижнечелюстного сустава
  - 2) нижняя макрогнатия
  - 3) снижение высоты прикуса
  - 4) глубокое резцовое перекрытие
  - 5) снижение высоты суставного бугорка
27. Виды вывихов нижней челюсти
- 1) медиальный
  - 2) передний
  - 3) центральный
  - 4) боковой
  - 5) латеральный
28. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти
- 1) слезотечение
  - 2) снижение высоты прикуса

- 3) невозможность сомкнуть зубы
  - 4) ограничение подвижности нижней челюсти
  - 5) слюнотечение
29. Лечение при вывихе нижней челюсти заключается
- 1) в артропластике
  - 2) в резекции суставного бугорка
  - 3) в прошивании суставной капсулы
  - 4) в резекции мышечковых отростков нижней челюсти
  - 5) во введении суставной головки в суставную впадину
30. Врач при вправлении вывиха нижней челюсти осуществляет давление на моляры в направлении
- 1) вниз
  - 2) в бок
  - 3) книзу
  - 4) снизу вверх
  - 5) сверху вниз
31. При вправлении вывиха нижней челюсти врач осуществляет давление на подбородок в направлении
- 1) в бок
  - 2) вверх
  - 3) книзу
  - 4) снизу вверх и кзади
  - 5) сверху вниз
32. У больного с диагнозом артрит необходимо определить вид возбудителя. Какие из перечисленных видов относятся к специфическим
- 1) сифилитический
  - 2) травматический
  - 3) гангренозный
  - 4) гнойный
  - 5) фиброзный
33. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- 1) актиномикоз
  - 2) ревматическая атака
  - 3) околоушной гипергидроз
  - 4) хроническая травма
  - 5) остеофлегмона

34. Ведущим симптомом анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

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

35. Верхняя челюсть меньше поражается одонтогенным остеомиелитом чем нижняя челюсть, т.к. в верхней челюсти

- 1) мало губчатого вещества и много отверстий
- 2) более толще
- 3) не имеет входных ворот
- 4) неподвижна
- 5) более массивнее

36. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава из перечисленных является

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

37. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава из перечисленных является

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

38. У больного выделяют форму анкилоза височно-нижнечелюстного сустава:

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

39. Инфекционный артрит, развивающийся при гонорее, сифилисе, туберкулезе и актиномикозе, называется

- 1) специфическим
- 2) неспецифическим

- 3) гнойным
- 4) серозным
- 5) фиброзным

40. После вправления вывиха больному накладывают подбородочную пращу на:

- 1) 35 дней
- 2) 12 дня
- 3) 78 дней
- 4) 611 дней
- 5) 1 месяц

41. После вправления вывиха больному рекомендуют принимать мягкую пищу и запрещают открывание рта /широко/ в течении:

- 1) 7-10 дней
- 2) 12 дня
- 3) 37 дней
- 4) 45 дней
- 5) 2 недели

42. При осмотре больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава определяется

- 1) нижняя макрогнатия
- 2) верхняя микрогнатия
- 3) верхняя ретрогнатия
- 4) профиль «птичьего» лица
- 5) несимметрично гипертрофированные жевательные мышцы

43. Местная клиническая картина, у больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется

- 1) нижней макрогнатией
- 2) верхней микрогнатией
- 3) верхней ретрогнатией
- 4) уплощением и укорочением тела и ветви нижней челюсти на больной стороне
- 5) несимметрично гипертрофированными жевательными мышцами

44. У больного с костным анкилозом образуются костные сращения мышечного отростка нижней челюсти с

- 1) лобной костью
- 2) височной костью
- 3) височно-нижнечелюстным суставом
- 4) верхнечелюстной костью
- 5) венечным отростком нижней челюсти

45. Основное лечение рубцовых контрактур височно-нижнечелюстного сустава

- 1) ортодонтическое
- 2) хирургическое
- 3) ортопедическое
- 4) терапевтическое
- 5) физио-лечение

46. У больного при фиброзном анкилозе методом хирургического лечения в настоящее время является

- 1) ведение имплантата
- 2) лоскут на ножке
- 3) Филатовский стебель
- 4) свободная пересадка
- 5) артропластика

47. У больного с диагнозом полный костный анкилоз при рентгенологическом исследовании определяют

- 1) отсутствие суставной щели
- 2) укорочение ветви нижней челюсти
- 3) утолщение головки и шейки суставного отростка
- 4) разрежение костной ткани
- 5) сохранение суставной щели

48. У больной 50 лет деформирующий артроз. Наиболее характерные изменения в височно-нижнечелюстном суставе в данном случае?

- 1) Воспаление сустава
- 2) Дистрофические изменения
- 3) Перегрузка сустава
- 4) Растяжение связок сустава
- 5) Растяжение капсулы сустава

49. Больная 58 лет жалуется на щелчок височно-нижнечелюстного сустава, в анамнезе лечение по поводу склерозирующего артроза. Наиболее характерные изменения при данном заболевании

- 1) Деформация суставной головки
- 2) Дистрофия суставных костей
- 3) Склерозирование поверхностей сустава
- 4) Дегенеративные процессы в суставе
- 5) Воспаление сустава

50. У больной 45 лет, привычный вывих височно-нижнечелюстного сустава. Назовите рекомендацию врача

- 1) Миогимнастика

- 2) Механотерапия
- 3) Физиотерапия
- 4) Массаж жевательных мышц
- 5) Ограничение движений нижней челюсти

51. Какие осложнения бывают при номе:

- 1) инфекционная болезнь которая характеризуется тяжелой интоксикацией,  
поражением кожи и лимфатического аппарата
- 2) инфекционная болезнь характеризующаяся очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией;
- 3) дефект мягких тканей с последующей костной деформацией
- 4) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией  
поражением кожи и лимфатического аппарата
- 5) инфекционная болезнь, характеризующаяся очаговым серозным или серозно-геморрагическим оспалением кожи (слизистой оболочки) лихорадкой и интоксикацией;

52. Возбудителем рожи является:

- 1) стафилококк;
- 2) бактероиды;
- 3) вейлонеллы;
- 4) стрептококк;
- 5) спирохеты,

53. Какое инфекционное заболевание часто начинается с язвенно-некротического стоматита или гингивита и приводит к дефекту мягких тканей:

- 1) нома;
- 2) актиномикоз;
- 3) туберкулез,
- 4) сифилис,
- 5) эритематоз

54. Наиболее частой формой актиномикоза ЧЛЮ является, приводящая к дефектам и деформациям челюстей:

- 1) Подкожно-межмышечная
- 2) подкожная
- 3) кожная
- 4) костная
- 5) эпидермальная

55. В комплекс лечения больных с актиномикозом ЧЛЮ входит:
- 1) седативная терапия
  - 2) гормонотерапия
  - 3) хирургическое пособие
  - 4) лечебная физкультура
  - 5) миогимнастика
56. . Мини пластины к отломкам челюстей фиксируют:
- 1) проволочной лигатурой
  - 2) спицами
  - 3) Компрессионно-дистракционным аппаратом
  - 4) шурупами
  - 5) резиновой тягой
57. Переход в хроническую стадию остеомиелита челюсти происходит:
- 1) на 12 неделе
  - 2) на 23 неделе
  - 3) на 36 неделе
  - 4) через 2 месяца
  - 5) через полгода
58. Клиническая картина острого сialoadenита характеризуется:
- 1) синдромом Шегрена
  - 2) синдромом Олбрайта
  - 3) умеренным уплотнением железы
  - 4) болью, увеличением железы, гипосаливацией
  - 5) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
59. Диагностика актиномикоза основывается на данных:
- 1) анамнеза жизни больного
  - 2) гистологического исследования
  - 3) кожно-аллергической реакции с актинолизатом
  - 4) рентгенографии
  - 5) Кожно-аллергической пробы Манту
60. Первая помощь при переломах верхней челюсти:
- 1) остановка кровотечения
  - 2) репозиция отломков
  - 3) временная иммобилизация повязкой
  - 4) репозиция отломков, наложение повязки "узда", шины ложки с фиксацией на своде черепа, плащевидная повязка в прикусе при неповрежденной нижней челюсти
  - 5) нет необходимости

61. Консервативное /ортопедическое/ лечение переломов нижней челюсти:

- 1) применением ортодонтических аппаратов
- 2) на зубные одно челюстные /гладкие/", двух челюстные шины
- 3) мостовидные протезы
- 4) на костные и внутрикостные конструкций
- 5) костный шов

62. Секвестрация при остеомиелите на нижней челюсти происходит:

- 1) через неделю
- 2) через 34 недели
- 3) через 57 недель
- 4) через 10 дней
- 5) через полгода

63. Ложный паротит Герценберга это

- 1) эпидемический паротит
- 2) хронический интерстициальный паротит
- 3) хронический паренхиматозный паротит
- 4) острый серозный лимфаденит лимфатических узлов околоушно-жевательной области
- 5) острый бактериальный сиалоаденит

64. Поздним местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает

- 1) диплопия
- 2) ксеростомия
- 3) деформация челюсти
- 4) паралич лицевого нерва
- 5) неврит лицевого нерва

65. Поздним местным осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает

- 1) перикоронит
- 2) дефект челюсти
- 3) ксеростомия
- 4) повреждения лицевого нерва
- 5) невралгия

66. Поздним местным осложнением хронического травматического остеомиелита челюсти бывает

- 1) ложный сустав
- 2) ксеростомия
- 3) повреждение лицевого нерва

4) слюнной свищ

5) дефект кожи

67. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением

1) на скуловые кости снизу вверх

2) подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх

3) подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх

4) крючек крыловидного отростка снизу вверх

5) На скуло-альвеолярный гребень

68. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением

1) на скуловые кости снизу вверх

2) подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх

3) подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх

4) крючек крыловидного отростка снизу вверх

5) на скуло-альвеолярный гребень

69. Основной причиной вывихов нижней челюсти является

1) артрит височно-нижнечелюстного сустава

2) нижняя макрогнатия

3) снижение высоты прикуса

4) глубокое рзцовое перекрытие

5) снижение высоты суставного бугорка

70. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти

1) слезотечение

2) снижение высоты прикуса

3) невозможность сомкнуть зубы

4) ограничение подвижности нижней челюсти

5) слюноотделение

71. Обезболивание при вправлении нижней челюсти

1) наркоз

2) местное

3) нейроплептаналгезия

4) стволовая анестезия

5) проводниковая

72. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является

1) актиномикоз

2) острая травма

3) Околоушной гипергидроз

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

5) воспалительный процесс

73. Причиной хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является

1) актиномикоз

2) острая травма

3) околоушной гипергидроз

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

5) воспалительный процесс

74. Причиной обострения хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является

1) актиномикоз

2) околоушной гипергидроз

3) шейный остеохондроз

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

5) воспалительный процесс

75. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является

1) актиномикоз

2) околоушной гипергидроз

3) ревматическая атака

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

5) воспалительный процесс

76. Причиной острого специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является

1) актиномикоз

2) околоушной гипергидроз

3) ревматическая атака

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

5) остеофлегмона

77. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является

1) сифилис

2) Околоушной гипергидроз

- 3) ревматическая атака
  - 4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
  - 5) воспалительный процесс
78. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать
- 1) острый отит
  - 2) острый гайморит
  - 3) с околоушным гипергидрозом
  - 4) с переломом верхней челюсти
  - 5) с переломом нижней челюсти
79. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать
- 1) перелом мышечного отростка нижней челюсти
  - 2) острый гайморит
  - 3) с околоушным гипергидрозом
  - 4) с переломом верхней челюсти
  - 5) с переломом нижней челюсти
80. Рентгенологическая картина при хронических артритах височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:
- 1) расширением суставной щели;
  - 2) сужением суставной щели;
  - 3) нечеткими контурами головок нижней челюсти;
  - 4) деформацией костных элементов сустава.
  - 5) отсутствием суставной щели;
81. Рентгенологическая картина при артрозах височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:
- 1) расширением суставной щели;
  - 2) сужением суставной щели;
  - 3) отсутствием суставной щели;
  - 4) изменением формы костных элементов суставов;
  - 5) уплотнением кортикального слоя головки нижней челюсти.
82. 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

82. Первый этап лечения при вывихе нижней челюсти заключается

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

84. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется

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

85. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется

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

сторон

86. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

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

87. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

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

88. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- 1) остеомиелит нижней челюсти
- 2) опухоль

- 3) мастоидит
- 4) Околоушной гипергидроз
- 5) целлюлит околоушно-жевательной области

89. Местным осложнением после формирования филатовского стебля является

- 1) отек
- 2) некроз
- 3) миозит
- 4) парастезии
- 5) абсцесс

90. Местным осложнением после формирования филатовского стебля является

- 1) отек
- 2) гематома
- 3) миозит
- 4) парастезии
- 5) абсцесс

91. Местным осложнением после формирования филатовского стебля является

- 1) отек
- 2) нагноение
- 3) миозит
- 4) парастезии
- 5) абсцесс

92. При септикопиемическом осложнении острого гематогенного остеомиелита гнойные очаги чаще локализуются в

- 1) печени
- 2) Почках
- 3) головном мозгу
- 4) сердце
- 5) Легких

93. Больная 3, 30 лет, обратилась с жалобами на нарушение функции жевания из-за неправильного смыкания зубов. Два года назад после травмы у больной был перелом нижней челюсти справа в области угла. Производилось шинирование челюстей бимаксилярными шинами с зацепными петлями, но из-за трудностей питания больная сама сняла их через 12 дней. Отмечает затруднение при пережевывании пищи. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа в области угла определяется нарушение целостности костной ткани ложного сустава.

Вопрос: Какая причина образования ложного сустава в области нижней челюсти?

1) нарушение режима лечения, больной самопроизвольно снял бимаксиллярные шины с зацепными петлями на 12й день после травмы, фрагменты не консолидировались, образовался ложный сустав

2) Неправильная техника иммобилизации челюстей

3) Неправильная постановка диагноза

4) Не осуществлялась иммобилизация челюстей оперативным способом

5) Не произведена репозиция костных отломков

94. Больной .Д, 34 лет, с симметричным недоразвитием нижней челюсти и адаптированным прикусом планируется контурная пластика подбородочного отдела нижней челюсти.

Вопрос: Какие показания являются при контурной пластики?

1) недоразвитие нижней челюсти, адаптированный прикус

2) Верхняя прогнатия с открытым прикусом

3) Нижняя прогнатия с глубоким прикусом

4) Правосторонняя микрогнатия с перекрестным прикусом

5) Нижняя прогнатия с открытым прикусом

95. Возбудитель актиномикоза является:

1) грибы Candida

2) лучистые грибки Actinomyces

3) грибки Penicillinum

4) синегнойная палочка

5) грибки Aspergillus

96. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется

1) нижней макрогнатией

2) верхней микрогнатией

3) верхней ретрогнатией

4) профилем "птичьего" лица

5) несимметрично гипертрофированными жевательными мышцами

97. Внешний вид больного при двустороннем костном анкилозе височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:

1) нижней макрогнатией

2) верхней микрогнатией

3) верхней ретрогнатией

4) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами

5) уплощением и укорочением тела и ветвей нижней челюсти с обеих сторон

98. Оценка интенсивности кожной пробы актиноанализатором, при актиномикозе, проводится в течении

- 1) 4 часа
- 2) 6 часов
- 3) 12 часов
- 4) 24 часа
- 5) 36 часов

99. Возбудителями при флегмоне дна полости рта чаще всего являются

- 1) хламидии
- 2) стафилококки
- 3) лучистые грибы
- 4) бледные спирохеты
- 5) туберкулезные микобактерии

100. Причиной развития флегмоны дна полости рта является воспалительный процесс в области

- 1) зубов нижней челюсти
- 2) зубов верхней челюсти
- 3) лимфоузлов щечной области
- 4) лимфоузлов околоушной области
- 5) верхней губы

#### Ключи к тестовым заданиям

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	4	2	3	3	2	2	3	4	5
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
3	5	1	1	1	1	5	1	1	1
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	3	1	1	5	5	2	3	5	3
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
4	1	1	5	1	1	5	2	1	1
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
1	4	4	3	2	5	2	2	3	5
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
3	4	1	4	3	4	3	4	3	3
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
2	4	4	3	2	1	4	3	5	3
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
2	2	4	4	3	1	1	1	1	3
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90

4	1	5	4	5	1	1	1	2	2
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
2	3	1	1	2	4	5	4	2	1

## Практические задачи

### Задача 1.

Пациент В., 43 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на боли воколоушно-жевательной области и частичное отсутствие зубов. Из анамнеза пациент на протяжении 5 лет страдает остеохондрозом позвоночника.

Вопросы:

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?  
Какие вопросы необходимо задать пациенту

### Задача 2.

Пациент В., 56 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на

затрудненное пережевывание пищи нарушение дикции. У пациента тугоухость, на прием пришел с сопровождением (жена).

Вопросы:

Кому можно задать вопросы для сбора анамнеза?

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

### Задача 3.

Пациентка Н., 47 лет. Жалобы на: неудовлетворительную эстетику и затруднённое пережёвывание пищи, кровоточивость дёсен при чистке зубов, нарушение фонетики.

Анамнез заболевания: последний раз за стоматологической помощью обращалась три года назад. Пациентка ранее не протезировалась. Зубы удалялись в результате осложнений кариеса.

Данные объективного обследования, внешний осмотр: Выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены. Снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм.

Клинический осмотр полости рта:

0		0	0	0	С/п	R	С	С	С/п	С/п	R	0	0		0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
0	R	С											R	П	0

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

К какому специалисту необходимо направить пациентку перед началом ортопедического лечения

### Задача 4

Пациентка Н., 47 лет. Жалобы на: неудовлетворительную эстетику и затруднённое пережёвывание пищи, нарушение фонетики.

Анамнез заболевания: последний раз за стоматологической помощью обращалась три года назад. Пациентка ранее не протезировалась. Зубы удалялись в результате осложнений кариеса.

Вопросы:

Поставьте диагноз

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

### **Задача 5**

Пациент 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на кровоточивость дёсен во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога

каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щёк бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 13 12 11 21 22 23 карманы 3,5 мм. Десну окрасили раствором Шиллера-Писарева.

Вопросы

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология. 2. Назовите причину патологических изменений десны у этого пациента.

3. Определите индекс ПМА в области зубов 13 12 11 21 22 23.

4. Поставьте предварительный диагноз. Назовите метод диагностики, необходимый для уточнения диагноза.

5. Составьте план лечения.

### **Задача 6**

Пациентка Н., 47 лет. Жалобы на: неудовлетворительную эстетику и затруднённое пережёвывание пищи, кровоточивость дёсен при чистке зубов, нарушение фонетики. Отсутствуют 12, 14, 15.

Анамнез заболевания: последний раз за стоматологической помощью обращалась три года назад. Пациентка ранее не протезировалась. Зубы удалялись в результате осложнений кариеса.

Данные объективного обследования, внешний осмотр: Выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены. Снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз. Составьте план лечения.

### **Задача 7**

Задача 4 Больная К., 37 лет, технолог мебельного производства, явилась в клинику с жалобами на отсутствие зубов и связанное с этим нарушение жевания и эстетики. Полость рта у нее не

санирована. Было предложено сделать панорамную рентгенографию.

При внешнем осмотре изменений со стороны ВНЧС и жевательных

мышц не выявлено. При разговоре и улыбке заметно отсутствие зубов. Слизистая оболочка полости рта чистая, розового цвета. Видимых патологических изменений, включая красную кайму губ, не обнаружено.

Зубная формула по результатам осмотра и панорамной рентгенографии:

0	C	C	0	0	0						C	0	0	КС	0
18	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
0	0	0										C	C	КС	0

Прикус ортогнатический.

Имеются неглубокие кариозные полости в 1.7, 1.6, 2.7.

На ОД-поверхности 3.6 имеется глубокая полость с остатками пломбировочного материала на дне. На медиально-щечной поверхности 3.7 по краю стальной коронки выявляется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба; определяется разрушение бифуркации корней. Зуб 3.7 наклонён медиально, внедряясь в кариозную полость на дистальной поверхности 3.6. Зуб 2.4 эндодонтически вылечен, композиционная пломба частично разрушена. Состояние корневой пломбы и периапикальных тканей по данным рентгенограммы оценить невозможно.

При изучении рентгенограммы видно, что каналы мезиального корня 3.6 не запломбированы, у верхушек корней 3.7 и у верхушки мезиального корня 3.6 имеются очаги разрежения костной ткани округлой формы. Перкуссия 3.6 и 3.7 безболезненна.

Зубы 1.6 и 1.7 перемещены вниз по отношению к окклюзионной плоскости на 4 – 5 мм, корни их обнажены на ¼ (зубоальвеолярное удлинение 2 формы по Пономаревой).

Десна не воспалена, более бледного, чем в норме, цвета, пародонтальных карманов нет, зубы устойчивы. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной – 1,2 балла.

Вопросы

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план лечения на подготовительном этапе (без имплантации).

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?

Составьте план ортопедического лечения.

Укажите способы предупреждения деформации зубных рядов и прикуса.

### Задача 8

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 сноющей 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. Вопросы:

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

### **Задача 9**

Пациент, 63 лет, обратился к врачу с жалобами на периодическое блокирование движений нижней челюсти во время зевания, при этом он не может закрыть рот самостоятельно и приходится обращаться за помощью.

Общее состояние в норме, хронических заболеваний нет. В полости рта слизистая оболочка

бледно-розового цвета, без видимых изменений. Отмечается полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях. Протезы съёмные пластиночные на обеих челюстях.

Вопрос:

Какой диагноз можно предположить, основываясь на жалобах больного?

### **Задача 10**

Не приём к врачу-ортопеду пришёл 20-летний мужчина с жалобами на ограниченное открывание рта. Со слов пациента, общесоматические заболевания у него отсутствуют. При осмотре полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, без видимых изменений, умеренно увлажнена.

Прикус нейтральный. Открывание рта ограничено (33 мм), движения нижней челюсти при открывании и закрывании рта плавные, без девиаций. Тонус жевательных мышц в норме. Врач назначил дополнительное исследование височно-нижнечелюстного сустава.

Вопрос: Какое исследование будет наиболее информативным и щадящим?

### **Задача 11**

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной И. 54 лет. Жалобы на плохое жевание в связи с отсутствием большого количества зубов и плохую фиксацию протеза на нижней

челюсти. Анамнез заболевания: пациент неоднократно протезировался съёмными пластиночными протезами на верхней и нижней челюстях с гнутыми кламперами, но не пользовался протезами, особенно на нижней челюсти, то из-за боли под базисом протеза, то из-за неудобства при жевании. Объективно при осмотре: Открывание рта свободное. 1.4, 1.3, 2.1, 2.3, 2.4 зубы покрыты одиночными искусственными штампованными

коронками с нитрид титановым напылением. Зубы

- устойчивы, атрофия альвеолярного отростка на нижней челюсти неравномерная, резко

выраженная в дистальном отделе слева. 4.5 и 4.4 зубы покрыты одиночными штампованными коронками. Рентген контроль – зубы под коронками не депульпированы: 1.4, 1.3, 2.1, 2.3, 2.4, 4.5,

4.4. Пластиночные протезы на верхней челюсти фиксируются удерживающими кламмерами на 1.4 и 2.4 зубы. Границы базиса протеза не соответствуют переходной складке протезного ложа

верхней челюсти. Пластиночные протезы на нижней челюсти фиксируются гнутыми кламмерами на 4.4 и 4.5 зубы. Базис в области зубов плохо прилегает к опорным зубам, границы базиса укорочены. Зубы устойчивы. Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии на искусственных зубах уменьшена на 4-5 мм. Гигиена полости рта неудовлетворительная.

Зубная формула:

Зубная формула															
О	О	О	О	К	К	О	О	К	О	К	К	О	О	О	О
1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
О	О	О	К	К	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О

Задания:

1. Запишите пункт жалобы в истории болезни пациента.
2. Заполните местный статус в истории болезни пациента.
3. Укажите этиологический фактор разрушенных зубов.
4. Укажите дополнительные методы обследования.
5. Сформулируйте развернутый диагноз.

### Задача 12

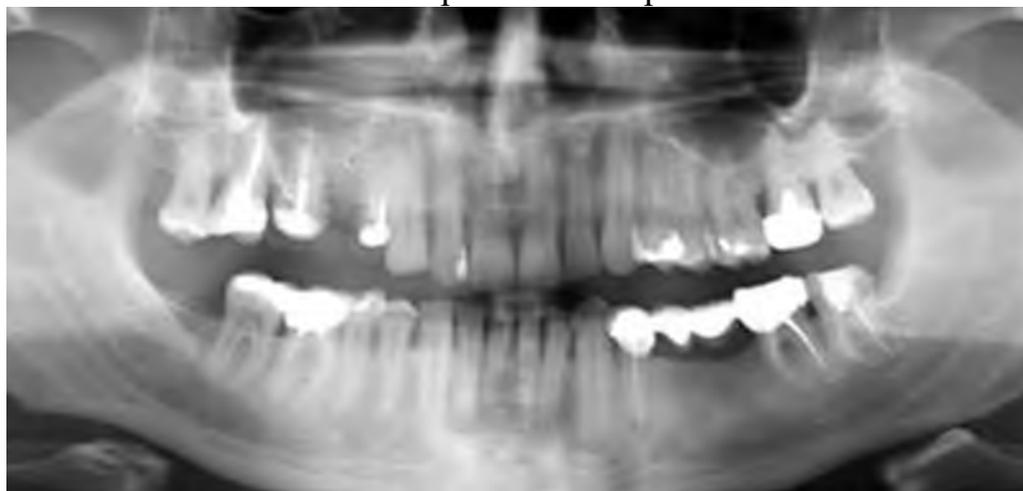
В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная В. 45 лет. Жалобы на отсутствие зубов в боковых участках на нижней челюсти и затруднённое жевание. Анамнез заболевания: к врачу-стоматологу-ортопеду не обращалась лет восемь. Последнее удаление зубов было 4 года назад. Объективно при осмотре: Оставшиеся зубы на верхней и нижней челюстях имеют 1 степень подвижности зубов. Слизистая оболочка бледно-розового цвета. Отмечается истирание

фронтальной группы зубов нижней челюсти на  $\frac{1}{3}$ . Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии – уменьшена 3-4 мм. Отмечаются симптомы пародонтита на верхней и нижней челюстях в области всех зубов.

Зубная формула:

Зубная формула																
	П	П	О	П							П		П	К		
1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
О	П	К									К	+	+	К	П	О

Ортопантограмма:



**Задания:**

1. Запишите пункт жалобы в истории болезни пациента.
2. Заполните местный статус в истории болезни пациента.
3. Укажите этиологический фактор разрушенных зубов.
4. Укажите дополнительные методы обследования.
5. Составьте комплексный план реабилитации пациента.

**Эталоны ответов**

Задача 1.

Ортопантомографию

С чем связана утрата зубов и как давно началась.

Задача 2.

Вопросы задать жене

Направить на ортопантомографию

Задача 3.

Частичное отсутствие зубов верхней челюсти 3 класс по Кеннеди, потеря жевательной эффективности 44 % по Агапову. Этиологический фактор – кариес и его осложнения. Необходимо провести КЛКТ 3D  
К парадонтологу

Задача 4.

Частичное отсутствие зубов верхней челюсти 3 класс по Кеннеди, на

нижней челюсти 1 класс по Кеннеди, потеря жевательной эффективности 76 % по Агапову. Этиологический фактор – кариес и его осложнения. Вторичная деформация окклюзии 2 тип

Необходимо провести КЛКТ 3D

Задача 5.

1. К группе воспалительных заболеваний пародонта.
2. Причиной патологических изменений десны у этого пациента является микробная бляшка, которая не полностью удаляется с поверхности зубов при их ежедневной чистке.
3. Индекс ПМА а области 13 12 11 21 22 23 равен 66,6 (6)%.
4. Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит лёгкой степени в области 13 12 11 21 22 23. Для уточнения диагноза необходимо применить рентгенологический метод исследования – панорамную рентгенографию верхней и нижней челюстей.
5. План лечения:
  - удаление зубных отложений;
  - коррекция и контроль гигиены полости рта;
  - местная противовоспалительная терапия;
  - санация полости рта

Задача 6.

1. Частичное отсутствие зубов верхней челюсти 3 класс по Кенни, потеря жевательной эффективности 18% по Агапову . Этиологический фактор кариес и его осложнения.
2. - удаление зубных отложений;
  - коррекция и контроль гигиены полости рта;
  - местная противовоспалительная терапия;
  - Рациональное протезирование

Задача 7.

Частичное отсутствие зубов верхней челюсти 3 класс по Кеннеди, нижней челюсти 2 класс по Кеннеди

Снятие имеющихся коронок санация полости рта

Необходимо провести КЛКТ 3D или ортопантомографию

Изготовить искусственные коронки на 16, 17, 24, 27, 37, 36, 35, 45 зубы и бюгельные протезы для замещения дефектов зубного ряда

Изготовление временных конструкций протезов на период изготовления окончательных конструкций

Задача 8.

Подвывих ВНЧС с обеих сторон

МРТ сустава при открытом и закрытом рте

Задача 9.

## Вывих головки нижней челюсти

### Задача 10.

#### Магнитно-резонансная томография в косой плоскости

### Задача 11.

1. На плохое жевание в связи с отсутствием большого количества зубов и плохую фиксацию протеза на нижней челюсти.
2. При осмотре открывание рта свободное. 1.4, 1.3, 2.1, 2.3, 2.4 зубы покрыты одиночными искусственными штампованными коронками с нитрид титановым напылением. Зубы - устойчивы, атрофия альвеолярного отростка на нижней челюсти неравномерная, резко выраженная в дистальном отделе слева. 4.5 и 4.4 зубы покрыты одиночными штампованными коронками.
3. *Streptococcus mutans*, *Str. Viridans*.
4. Рентгенологические методы исследования (КЛКТ, ОПТГ, внутриротовая рентгенография).
5. Дефект зубного ряда верхней челюсти 1 класс по Кеннеди. Дефект зубного ряда нижней челюсти 1 класс по Кеннеди.

### Задача 12.

1. На отсутствие зубов в боковых участках на нижней челюсти и затруднённое жевание.
2. При осмотре оставшиеся зубы на верхней и нижней челюстях имеют 1 степень подвижности зубов. Слизистая оболочка бледно-розового цвета. Отмечается истирание фронтальной группы зубов нижней челюсти на  $\frac{1}{3}$ . Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии – уменьшена 3-4 мм. Отмечаются симптомы пародонтита на верхней и нижней челюстях в области всех зубов.
3. *Streptococcus mutans*, *Str. Viridans*.
4. Рентгенологические методы исследования (КЛКТ, внутриротовая рентгенография).
5. 1. Профессиональная гигиена полости рта. 2. Терапевтическая санация. 3. Хирургическая санация полости рта. 4. Рациональное протезирование. 5. Диспансеризация.

## **5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)**

### **Вопросы к зачету:**

1. Гнатология. Морфофункциональные элементы зубочелюстной системы. Биомеханика жевательного аппарата. Прикус, артикуляция,

окклюзия.

2. Функциональная патология зубов и зубных рядов.
3. Особенности ортопедического лечения функциональной перегрузки пародонта.
4. Функциональное назначение окклюзионных поверхностей зубов и их взаимоотношение с зубами антагонистами.
5. Окклюзионный компас. Формирование окклюзионных контактов при изготовлении зубных протезов.
6. Функциональная патология височно-нижнечелюстного сустава. Методы диагностики. Аппаратурная функциональная диагностика зубочелюстной системы.
7. Виды ортопедических лечебных аппаратов и зубных протезов при патологии височно-нижнечелюстного сустава
8. Диагностика нарушений функции жевания при частичном отсутствии зубов. Лечение. К08.1 (по МКБ-10С)
9. Диагностика и лечение функциональной перегрузки тканей пародонта. К05.3 (по МКБ-10С).
10. Диагностика и лечение больных с деформациями зубных рядов и прикуса. К08 (по МКБ-10С)
11. Диагностика и лечение больных с патологией ВНЧС. К07.6 (по МКБ-10С)
12. Гнатология как научно-практическое направление в ортопедической стоматологии.
13. История развития гнатологии
14. Морфофункциональные элементы зубочелюстной системы,
15. взаимосвязь элементов зубочелюстной системы.
16. Биомеханика жевательного аппарата.
17. Методики определения центральной окклюзии
18. Методики определения центрального соотношения челюстей
19. Функциональное состояние зубочелюстной системы при частичном отсутствии зубов.
20. Аппаратурная функциональная диагностика зубочелюстной системы при частичном отсутствии зубов.
21. Выбор конструкции зубных протезов - несъемные зубные протезы,
22. Выбор конструкции зубных протезов съемные зубные протезы,
23. Выбор конструкции зубных протезов - сочетанные зубные протезы,
24. Выбор конструкции зубных протезов - зубные протезы с опорой на имплантанты
25. Моделирование зубных протезов в индивидуально настроенном

артикуляторе.

26. Формирование физиологических окклюзионных контактов при изготовлении зубных протезов с учетом биомеханики зубочелюстной системы и состояния ВНЧС.

27. Причины функциональной перегрузки тканей пародонта. Травматическая окклюзия. Прямой и отраженный

28. травматические узлы.

29. Морфофункциональные изменения в тканях пародонта при его функциональной перегрузке. Функциональная

30. перегрузка пародонта при пародонтите. Вторичные деформации зубных рядов при пародонтите.

31. Диагностика функционального состояния пародонта. Одонтопародонтограмма. Аппаратурные методы

32. диагностики окклюзионных взаимоотношений при функциональной перегрузки пародонта. Ортопедическое

33. лечение функциональной перегрузки тканей пародонта. Избирательное пришлифовывание зубов.

34. Протезирование при частичном отсутствии зубов, сопровождающееся травматической окклюзией. Принципы

35. шинирования зубов, временные и постоянные шины, шинирующие зубные протезы.

36. Понятие о комплексном лечении заболеваний пародонта. Место ортопедического лечения в комплексном лечении заболеваний пародонта.

37. Особенности диагностики окклюзионных нарушений при деформациях зубных рядов и прикуса, связанных с

38. патологией твёрдых тканей зубов,

39. Особенности диагностики окклюзионных нарушений при деформациях зубных рядов и прикуса, связанных с

40. парафункциями,

41. Особенности диагностики окклюзионных нарушений при деформациях зубных рядов и прикуса, связанных

42. частичным отсутствием зубов.

43. Патогенез вертикальных деформаций зубных рядов и

44. Патогенез горизонтальных деформаций зубных рядов.

45. Клиника деформаций зубных рядов

46. Классификация деформаций зубных рядов

47. аппаратная функциональная диагностика деформаций зубных рядов.

48. Планирование ортопедического лечения дефектов зубов

49. Планирование ортопедического лечения дефектов зубных рядов, осложненных деформациями зубных рядов в индивидуально настроенном артикуляторе.

50. Деформация прикуса при множественных дефектах твердых тканей зубов и частичном отсутствии зубов.

51. Деформация прикуса при частичном отсутствии зубов.

52. Патогенез глубокого резцового перекрытия и дистального смещения нижней челюсти.

53. Современные методы ортопедического этапа при комплексном лечении пациентов с деформациями зубных рядов.

### **5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине**

1.1. Основания и сроки проведения промежуточных аттестаций в форме зачетов.

1.1.1. Освоение образовательной программы, в том числе отдельной части или всего объема учебного предмета, курса, дисциплины (модуля) образовательной программы, сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, проводимой в формах, определенных учебным планом, и в порядке, установленном вузом.

1.1.2. Зачет проводится после выполнения рабочего учебного плана для данной дисциплины в части установленного объема учебных занятий и при условии успешной текущей и рубежной аттестации дисциплины, но не позднее, чем в последнюю неделю семестра.

1.2. Общие правила приема зачетов:

1.2.1. преподаватель, принимающий зачет, должен создать во время зачета спокойную деловую атмосферу, обеспечить объективность и тщательность оценки уровня знаний студентов, учет их индивидуальных особенностей;

1.2.2 при явке на зачет студент обязан иметь при себе зачетную книжку, которою он предъявляет преподавателю, принимающему зачет. В исключительных случаях при отсутствии зачетной книжки прием зачета может осуществляться по индивидуальному допуску из деканата при предъявлении документа, удостоверяющего личность;

1.2.3 в процессе сдачи зачета студенты могут пользоваться учебными программами и, с разрешения преподавателя, справочными и другими необходимыми пособиями. Использование несанкционированных источников информации не допускается. В случае обнаружения членами зачетной комиссии факта использования на зачете несанкционированных

источников информации (шпаргалки, учебники, мобильные телефоны, пейджеры и т.д.), зачетной комиссией составляется акт об использовании студентом несанкционированных источников информации, а студент удаляется с зачета с оценкой «не зачтено». Кроме того, актируются с последующим удалением студента все возможные случаи мошеннических действий; 2.3.4. присутствие посторонних лиц в аудитории, где принимается зачет, без письменного распоряжения ректора университета (проректора по учебной работе, декана факультета) не допускается. Посторонними лицами на комиссионной сдаче зачета считаются все, не включенные в состав зачетной комиссии приказом ректора.

1.2.4 по окончании зачета преподаватель оформляет и подписывает зачетную ведомость и передает её в деканат с лаборантом кафедры не позднее следующего после сдачи зачета дня;

### **Зачет**

Порядок проведения зачета:

- ответственным за проведение зачета является преподаватель, руководивший практическими, лабораторными или семинарскими занятиями или читавший лекции по данной учебной дисциплине;

- при проведении зачета в форме устного опроса в аудитории, где проводится зачет, должно одновременно находиться не более 6 - 8 студентов на одного преподавателя, принимающего зачет. Объявление итогов сдачи зачета производится сразу после сдачи зачета;

- при использовании формы письменного опроса, зачет может проводиться одновременно для всей академической группы. Итоги сдачи зачета объявляются в день сдачи зачета;

- при проведении зачета в виде тестовых испытаний с использованием компьютерной техники на каждом рабочем месте должно быть не более одного студента;

- на подготовку к ответу при устном опросе студенту предоставляется не менее 20 минут. Норма времени на прием зачета - 15 минут на одного студента. 3.4. Критерии сдачи зачета:

- Зачет считается сданным, если студент показал знание основных положений учебной дисциплины, умение решить конкретную практическую задачу из числа предусмотренных рабочей программой, использовать рекомендованную нормативную и справочную литературу.

- Результаты сдачи зачета в письменной форме или в форме компьютерного тестирования должны быть оформлены в день сдачи зачета. В зачетную книжку вносятся наименование дисциплины, общие часы/количество зачетных единиц, ФИО преподавателя, принимавшего

зачет, и дата сдачи. Положительная оценка на зачете заносится в зачетную книжку студента («зачтено») и заверяется подписью преподавателя, осуществлявшего проверку зачетной работы. При неудовлетворительном результате сдачи зачета запись «не зачтено» и подпись преподавателя в зачетную книжку не вносятся. В зачетно-экзаменационную ведомость заносятся как положительные, так и отрицательные результаты сдачи зачета.

- По окончании зачета преподаватель оформляет зачетную ведомость: против фамилии не явившихся студентов проставляет запись «не явился», против фамилии не допущенных студентов проставляет запись «не допущен», проставляет дату проведения зачета, подсчитывает количество положительных и отрицательных результатов, число студентов, не явившихся и не допущенных к зачету, и подписывает ведомость.

- Заполненные зачетные ведомости с результатами сдачи зачета группы сотрудники кафедры передают в соответствующий деканат до начала сессии.

### **Процедура проведения и оценивания зачета**

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 2 вопросов (II). Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент 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 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.

Если зачет дифференцированный, то можно пользоваться следующими критериями оценивания:

Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной

деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

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

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

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

**Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):**

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

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

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

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

соответствующей дисциплине.

### **Критерии и шкалы оценки тестового контроля:**

Оценка «отлично» - **высокий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он дал правильные ответы на 85% и более тестовых заданий;

Оценка «хорошо» - **средний уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 75-84% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» - **низкий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 65-74% тестовых заданий;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он набрал менее 64% правильных ответов на тестовые задания.

### **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 оценки рефератов:**

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

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат 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 реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

**Для оценки презентаций:**

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

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

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

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

**Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции**

<b>Шкала оценивания</b>	<b>Уровень освоения компетенции</b>	<b>Критерии оценивания</b>
-------------------------	-------------------------------------	----------------------------

отлично	зачтено	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании. изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо		достаточный	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу. обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно		базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	не зачтено	Компетенция не сформирована	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

## **6. Перечень учебно-методической литературы**

### **6.1 Учебные издания:**

1. Ортопедическая стоматология [Электронный ресурс] : учебник / под ред. И. Ю. Лебедеенко, Э. С. Каливраджения. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-3722-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437223.html>

2. Ортопедическая стоматология. Материалы и технологии [Электронный ресурс] : учебник / А.И. Абдурахманов, О.Р. Курбанов. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-3863-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438633.html>

3. Стоматологическое материаловедение [Электронный ресурс] / И.Я. Поюровская - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-0902-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970409022.html>

### **6.2 Методические и периодические издания**

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>

2. Журнал «Стоматология». Режим доступа: [elibrary.ru](http://elibrary.ru)

3. Российский стоматологический журнал. Режим доступа: [elibrary.ru](http://elibrary.ru)

## **7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины**

1. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru/>

2. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>

## **8. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине**

### **8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства**

В процессе изучения дисциплины, подготовки к лекциям и выполнению практических работ используются персональные компьютеры с установленными стандартными программами:

1. Consultant+

2. Операционная система Windows 10.
3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office
4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.
5. PROTEGE – свободно открытый редактор, фреймворк для построения баз знаний
6. Open Dental - программное обеспечение для управления стоматологической практикой.
7. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

## **8.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:**

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека elibrary.ru <http://elibrary.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Стоматология <http://www.orthodont-t.ru/>
7. Виды протезирования зубов: <http://www.stom.ru/>
8. Русский стоматологический сервер <http://www.rusdent.com/>
9. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru).

## **9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)**

### **Методические рекомендации для студентов**

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме

указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке, предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

### **Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины**

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К самостоятельной работе вне аудитории относится: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного материала; подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного

выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочитать нужный отрывок текста, поразмыслить над ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно проделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения, проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление дойти до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или

введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги, справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и

места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, отненном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже позже составления конспекта.

### **Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ**

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;
- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов. Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных

вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

### **Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний**

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

### **Методические указания по подготовке к опросу**

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

### **Методические указания по подготовке к тестированию**

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора

правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

### **Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)**

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников, лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);

- полный конспект семинарских занятий;

3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

## **10. Особенности организации обучения по дисциплине при наличии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.**

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохождения.

## 11. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине:

### Справка о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины Гнатология

№ п/п	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
1	<b>Учебная аудитория</b> для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками, оснащенная средствами обучения, оборудованием и техническими средствами, учебно-наглядными пособиями, образовательными, информационными ресурсами и иными материальными объектами, необходимыми для организации образовательной деятельности.	367031, Республика Дагестан, город Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91., 2 этаж, кабинет № 11
2	<b>Учебная аудитория для самостоятельной работы обучающихся, оснащенная компьютерной техникой с</b>	367031, Республика Дагестан, город Махачкала,

	подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.	пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91., 3 этаж, библиотека, кабинет № 23
--	--	---