



ОСНОВЫ ГНАТОЛОГИИ

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии	
Учебный план	o310872_17_12СОП.plx Специальность 31.08.72 Стоматология общей практики	
Квалификация	врач-стоматолог общей практики	
Форма обучения	очная	
Общая трудоемкость	2 ЗЕТ	
Часов по учебному плану	72	Виды контроля в семестрах: зачеты с оценкой 3
в том числе:		
аудиторные занятия	48	
самостоятельная работа	24	

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес- тр на курсе>)	3 (2.1)		Итого	
	уп	рпд		
Неделя	22			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	6	6	6	6
Практически	42	42	42	42
Итого ауд.	48	48	48	48
Контактная	48	48	48	48
Сам. работа	24	24	24	24
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

д.м.н. , Зав. кафедрой, профессор., Юлдашев И. М.; к.м.н., Завуч кафедры, Нуритдинов Р.М.



Рецензент(ы):

д.м.н., зав.каф, профессор, Чолокова Г.С.



Рабочая программа дисциплины

Основы гнатологии

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.72 СТОМАТОЛОГИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 26.08.2014г. №1115)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.72 Стоматология общей практики
утвержденного учёным советом вуза от 07.11.2015 протокол № 1.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 20.10.2015 г. № 1

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

Зав. кафедрой Юлдашев И. М.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

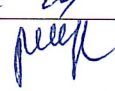
12 сентября 2020 г.

Зав. кафедрой 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 12 09 2020 г. № 2

Зав. кафедрой 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

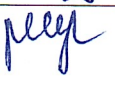
20 сентября 2021 г.

Зав. кафедрой 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 23 08 2021 г. № 1

Зав. кафедрой 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

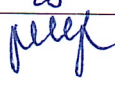
21 сентября 2022 г.

Зав. кафедрой 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 25 08 2022 г. № 1

Зав. кафедрой 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

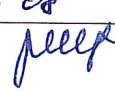
20 сентября 2023 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2023-2024 учебном году на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 26 08 2023 г. № 1

Зав. кафедрой 

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	В соответствии с ФГОС ВПО третьего поколения и примерной основной образовательной программой по данному направлению подготовки сформулированы основные цели образовательной программы дисциплины «Гнатология и функциональная диагностика височно-нижнечелюстного сустава»: □ развитие у обучающихся личностных качеств и формирование общекультурных компетенций; □ формирование у обучающихся основ клинического мышления при обследовании и лечении пациентов с заболеваниями зубочелюстно-лицевой системы на базе знаний общей и частной гнатологии; □ подготовка врача-стоматолога, способного оказать ортопедическую стоматологическую помощь с учетом функционального взаимодействия компонентов жевательной системы (зубы, периодонт, височно-нижнечелюстные суставы, жевательные мышцы и нервная система).
-----	---

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.02
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Компьютерное моделирование и изготовление CEREC-реконструкций (вкладки, коронки, виниры) для разрушенных зубов
2.1.2	Ортопедическая стоматология
2.1.3	Хирургическая стоматология
2.1.4	Специальные методы диагностики в стоматологии
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Ортопедическая стоматология
2.2.2	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 1
2.2.3	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 2
2.2.4	Компьютерное моделирование и изготовление CEREC-реконструкций (вкладки, коронки, виниры) для разрушенных зубов
2.2.5	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-5: готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Знать:	
Уровень 1	Сбор и анализ жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях выявления стоматологического заболевания
Уровень 2	Основные и дополнительные методы обследования применяемые в стоматологии
Уровень 3	Результаты лабораторных, патологоанатомических исследований
Уметь:	
Уровень 1	Собирать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра.
Уровень 2	Провести и интерпретировать результаты обследования
Уровень 3	Анализировать результаты лабораторных патологоанатомических исследований
Владеть:	
Уровень 1	Навыками сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях выявления стоматологического заболевания
Уровень 2	Работа со стоматологическими инструментами, методикой чтения рентген снимков
Уровень 3	Анализом результатов лабораторных, патологоанатомических анализов.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	1. Основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения (СЗз4)
3.1.2	2. Структуру и оснащение лечебных отделений поликлиники и стационара; санитарно-гигиенические требования к организации медицинских организаций стоматологического профиля (СЗз 6)
3.1.3	3. Проблемы медико-санитарной и стоматологической помощи лицам, связанным с профвредностями (СЗз 7)
3.1.4	4. Особенности сбора высокопатогенных биологических материалов; меры предосторожности, специальная одежда (СЗз 9)

3.1.5	5. Принципы диспансерного стоматологического наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитация пациентов, организацию врачебного контроля состояния стоматологического здоровья населения, принципы управления лечебным процессом в медицинских организациях стоматологического профиля (СЗз13)
3.1.6	6. Ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях стоматологического профиля, осуществление экспертизы трудоспособности (СЗз17)
3.1.7	7. Комплексную взаимосвязь между стоматологическим здоровьем, питанием, общим здоровьем, заболеваниями, применением лекарственных препаратов (СЗз19)
3.1.8	8. Этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний (СЗз20)
3.1.9	9. Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме (СЗз21)
3.1.10	10. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных терапевтического, хирургического и инфекционного профиля (СЗз24);
3.1.11	11. Организацию и проведение реабилитационных мероприятий, механизм лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, фитотерапии, массажа и других немедикаментозных методов, показания и противопоказания к их назначению в стоматологии (СЗз26);
3.1.12	12. Виды и методы современной анестезии; способы и методы профилактики послеоперационных легочных осложнений; особенности проведения интенсивной терапии (СЗз27)
3.1.13	13. Особенности организации работы с больными ВИЧ - инфекцией (СЗз33);
3.1.14	14. Окклюзию, биомеханику зубочелюстной системы, гнатологию (СЗз35);
3.1.15	15. Свойства стоматологических материалов и препаратов, применяемых в стоматологической практике (СЗз40);
3.1.16	16. Роль премедикации и седации при стоматологических вмешательствах у детей и взрослых (СЗз45);
3.1.17	17. Стоматологические инструменты и аппаратуру (СЗ з47);
3.2	Уметь:
3.2.1	1. Анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи (СЗу1);
3.2.2	2. Собрать полный медицинский анамнез пациента, включая данные о состоянии полости рта и зубов; провести опрос больного, его родственников (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию) (СЗу2);
3.2.3	3. Интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз (СЗу4);
3.2.4	4. Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия при заболеваниях челюстно-лицевой области (СЗу5);
3.2.5	5. Проводить с больными и их родственниками профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды; пропагандировать здоровый образ жизни (СЗу7);
3.2.6	6. Вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях (СЗу8);
3.2.7	7. Проводить работу по пропаганде стоматологического здоровья населения, предупреждение наследственных и врожденных заболеваний (СЗу9);
3.2.8	8. Разработать оптимальную тактику лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента
3.2.9	(СЗу12);
3.2.10	9. Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств (СЗу13);
3.2.11	10. Определить состояние, требующее неотложной стоматологической и медицинской помощи, выходящей за рамки компетенции стоматолога общей практики, и немедленно обратиться к соответствующим специалистам (СЗу14);
3.2.12	11. Применять методы асептики и антисептики, медицинский инструментарий, медикаментозные средства в лабораторно-диагностических и лечебных целях (СЗу18);
3.2.13	12. Проводить профилактику и лечение пациентов с болезнями твердых тканей зубов, пульпы и периапикальных тканей, пародонта, слизистой оболочки рта и при необходимости направить пациента к соответствующим специалистам (СЗу22);
3.2.14	13. Работать со стоматологическими инструментами, материалами, средствами, и аппаратурой (СЗу33)
3.3	Владеть:
3.3.1	1. Методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях (СЗв1);

3.3.2	2.	Оценками состояния стоматологического здоровья населения различных возрастно-половых групп (СЗв2);
3.3.3	3.	Методами общего клинического обследования детей и взрослых (СЗв3);
3.3.4	4.	Клиническими методами обследованиями челюстно-лицевой области (СЗв4);
3.3.5	5.	Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста (СЗв5);
3.3.6	6.	Алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам и при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки раз-вернутого клинического диагноза больным (СЗв6);
3.3.7	7.	Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи пострадавшим при неотложных и угрожаю-щих жизни состояниях (СЗв7);
3.3.8	8.	Методикой чтения различных видов рентгенограмм (СЗв10);
3.3.9	9.	Методами организации первичной профилактики стоматологических заболеваний в любой возрастной группе, формирования мотивации к поддержанию стоматологического здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние полости рта (СЗв11);
3.3.10	10.	Методами инфильтрационной и проводниковой анестезии в полости рта для проведения терапевтического, хирургического, ортопедического и ортодонтического лечения, устранения возможных осложнений при проведении анестезии у детей и взрослых (СЗв 13);
3.3.11	11.	Методами комплексной терапии и реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями с учётом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии (СЗв17);
3.3.12	12.	Методами диагностики и лечения дефектов твердых тканей зубов, дефектов и деформации зубных рядов, патологии пародонта, полного отсутствия зубов ортопедическими конструкциями (СЗв18);
3.3.13	13.	Методами диспансеризации в стоматологии у детей и взрослых (СЗв21)

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Основы гнатологии						
1.1	Основы клинической гнатологии. Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи. Особенности строения височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Биомеханика жевательного аппарата. Движения нижней челюсти. Окклюзионная поверхность (морфологические и функциональные особенности). Факторы окклюзии /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.2	Функциональная диагностика зубочелюстной системы. Методы окклюзионной коррекции /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

1.3	Деформации зубных рядов и прикуса при дефектах твердых тканей зубов, частичном отсутствии зубов, заболеваниях пародонта. Макро- и микро-морфологические изменения в зубочелюстной системе, механизм их развития. Этиология, патогенез, клиника. Классификация. Феномен Попова - Годона. Клинические формы. Диагностика, дифференциальная диагностика. Методы устранения деформаций как этап подготовки полости рта к протезированию. Обоснование тактики ведения пациентов с данной патологией /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.4	Диагностика и ортопедическое лечение пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.5	Окклюзионная коррекция. Методы ортопедического лечения пациентов с окклюзионными нарушениями смыкания зубных рядов. Методы выявления суперконтактов. Избирательное пришлифовывание зубов. Показания, противопоказания. Методы и основные правила избирательного пришлифовывания зубов. Ортодонтический метод окклюзионной коррекции. Лечебно-диагностические аппараты. Ошибки и осложнения при диагностике и лечении пациентов с окклюзионными нарушениями зубных рядов. /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.6	Функциональное состояние зубочелюстной системы при дефектах твердых тканей зубов и частичном отсутствии зубов. Этиология, патогенез, классификации деформаций зубных рядов. Деформации зубных рядов и прикуса, обусловленных перемещением зубов в вертикальной плоскости. Методы устранения окклюзионных нарушений при деформациях зубных рядов и прикуса.. /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

1.7	Функциональное состояние зубочелюстной системы, методы обследования пациентов с деформациями зубных рядов и прикуса. Деформации зубных рядов и прикуса, обусловленных перемещением зубов в сагиттальной плоскости. Патологические состояния жевательных мышц, их взаимосвязь с окклюзией. Парафункции жевательных мышц. Бруксизм. Основные принципы комплексного лечения /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.8	Причины функциональной перегрузки тканей пародонта. Травматическая окклюзия. Прямой и отраженный травматические узлы. Морфофункциональные изменения в тканях пародонта при его функциональной перегрузке. Вторичные деформации зубных рядов при пародонтите. Диагностика функционального состояния пародонта. Одонтопародонтограмма /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.9	Аппаратурные методы диагностики окклюзионных взаимоотношений при функциональной перегрузке пародонта. Ортопедическое лечение функциональной перегрузки тканей пародонта. Избирательное пришлифовывание зубов. Принципы шинирования зубов, временные и постоянные шины, шинирующие зубные протезы. Значение ортопедических методов лечения в комплексном лечении заболеваний пародонта /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
Раздел 2. Заболевания ВНЧС.							
2.1	Заболевания ВНЧС. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Функциональная патология височно-нижнечелюстного сустава. /Пр/	3	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.2	Изменения в ВНЧС при патологических 6 44 процессах в зубочелюстной системе. Методы обследования пациентов с патологией ВНЧС. Аппараты для обследования больных с патологией ВНЧС (лицевые дуги, артикуляторы, аксиографы). Основные принципы комплексного лечения заболеваний ВНЧС. /Пр/	3	2	ПК-5	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

2.3	Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Дисфункции ВНЧС. Нейромускулярный дисфункциональный синдром. Окклюзионно-артикуляционный синдром. Клинические проявления. Методы обследования больных с дисфункциями ВНЧС. Протоколы (стандарты) ведения пациентов при ортопедическом лечении заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. Принципы комплексного лечения. Врачебная тактика и виды ортопедических аппаратов и протезов, применяемых при лечении пациентов с патологией ВНЧС /Пр/	3	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.4	Основы клинической гнатологии биомеханика зубочелюстно-лицевой системы) /Лек/	3	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.5	Функциональная диагностика зубочелюстной системы. Методы окклюзионной коррекции /Лек/	3	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.6	Диагностика функциональной патологии зубов и зубных рядов /Лек/	3	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.7	Основы клинической гнатологии (биомеханика зубочелюстно-лицевой системы) /Ср/	3	6	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.8	Функциональная диагностика зубочелюстной системы. Методы окклюзионной коррекции /Ср/	3	6	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.9	Диагностика функциональной патологии зубов и зубных рядов /Ср/	3	5,7	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.10	/КрТО/	3	0,3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.11	/ЗачётСОц/	3	0	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки знать:

1. Формирование зубочелюстно-лицевой области в пренатальном периоде. Факторы риска возникновения и развития зубочелюстных аномалий.
2. Формирование зубочелюстной системы в постнатальном периоде. Период новорожденности. Факторы риска возникновения и развития зубочелюстных аномалий.
3. Рост костей лица в постнатальном периоде. Ремоделирование костной ткани челюстей. Периоды активного роста.
4. Физиологический постоянный прикус. Виды. Морфологическая и функциональная характеристика ортогнатической окклюзии.

5. Современные представления об этиологии зубочелюстно-лицевых аномалий. Роль экзо- и эндогенных факторов в возникновении зубочелюстно-лицевых аномалий.
6. Временный прикус. Периоды формирования. Особенности зубов, зубных дуг и их соотношения. Факторы риска возникновения и развития зубочелюстных аномалий.
7. Смешанный прикус. Состояние зубов, зубных дуг, их соотношение. Факторы риска возникновения и развития зубочелюстных аномалий.
8. Классификация зубочелюстных аномалий по Е.Н. Angle, А.Я. Катцу, МГМСУ. Международная номенклатура зубочелюстно-лицевых аномалий. Их практическое применение, преимущества и недостатки.
9. Клинический статический метод обследования в ортодонтии. Его роль в планировании лечения зубочелюстно-лицевых аномалий.
10. Клинический динамический метод обследования в ортодонтии. Его роль в диагностике и планировании лечения зубочелюстно-лицевых аномалий.
11. Дополнительные методы исследования в ортодонтии. Их значение для диагностики, планирования и оценки результатов лечения.
12. Фотометрический метод исследования в ортодонтии. Его практическое значение.
13. Методы изучения диагностических моделей челюстей по Nance, H.G. Gerlach, P. Tonn. Их практическое применение.
14. Методы изучения диагностических моделей челюстей по A. Pont, G. Korkhaus, G. Schmutz. Их практическое применение.

Вопросы для проверки уметь, владеть:

15. Дентальная рентгенография. Ортопантомография. Метод изучения кистей рук по А. Bjork. Компьютерная томография головы. Их значение для диагностики, планирования и оценки результатов лечения.
16. Анализ профильной рентгеноцефалограммы по методу А. М. Schwarz, практическое значение.
17. Ортодонтический диагноз. Алгоритм постановки ортодонтического диагноза.
18. Методы лечения зубочелюстно-лицевых аномалий. Планирование комплексного лечения аномалий окклюзии в зависимости от периодов формирования прикуса.
19. Биомеханические концепции перемещения зубов (теория А.М. Schwarz). Их практическое значение в профилактике возможных осложнений.
20. Тканевые преобразования, происходящие при ортодонтическом лечении в ВНЧС и срединном небном шве. Профилактика возможных осложнений.
21. Классификация ортодонтических аппаратов по Ф.Я. Хорошилкиной и Ю.М. Малыгину.
22. Механический аппаратный метод лечения в ортодонтии.
23. Аппарат Е.Н. Angle. Характеристика по классификации Ф.Я. Хорошилкиной и Ю.М. Малыгина. Особенности конструкции, показания к применению скользящей, экспансивной и стационарной дуг.
24. Съёмные одночелюстные ортодонтические аппараты механического действия, особенности конструкции, показания к применению.
25. Миодинамическое равновесие в зубочелюстно-лицевой области. Миотерапевтический и функциональный аппаратный методы лечения в ортодонтии.
26. Стандартные функциональные ортодонтические аппараты. Трейнеры. Вестибулярные пластинки, LM активаторы и др. Показания к их применению.
27. Ортодонтические аппараты комбинированного действия.
28. Регулятор функции R. Frankel I и II типа. Характеристика аппарата по классификации Ф.Я. Хорошилкиной и Ю.М. Малыгина, особенности конструкции, показания к применению. Конструктивный прикус.
29. Регулятор функции R. Frankel III типа. Характеристика аппарата по классификации Ф.Я. Хорошилкиной и Ю.М. Малыгина, особенности конструкции, показания к применению. Конструктивный прикус.
30. Активатор Кламмта, особенности конструкции, модификации. Характеристика аппарата по классификации Ф.Я. Хорошилкиной и Ю.М. Малыгина, показания к применению, механизм действия.
31. Внеротовые ортопедические устройства. Характеристика аппаратов по классификации Ф.Я. Хорошилкиной и Ю.М. Малыгина, разновидности, показания к применению.
32. Диастема, разновидности. Трема. Этиология, клиника, диагностика и лечение в зависимости от периода формирования прикуса.
33. Тесное положение зубов. Вестибулопозиция постоянных клыков. Этиология, клиника, диагностика и лечение в зависимости от периода формирования прикуса.
34. Аномалии зубных рядов и положения отдельных зубов. Классификация. Этиология, клиника, диагностика и лечение в зависимости от периода формирования прикуса.
35. Дистальная окклюзия (1 подкласс II класса по классификации Е.Н. Angle). Виды. Этиология, клиника, диагностика.
36. Дистальная окклюзия (2 подкласс II класса по Е.Н. Angle). Этиология, клиника, диагностика.
37. Профилактика и лечение дистальной окклюзии в зависимости от периода формирования

прикуса.

38. Мезиальная окклюзия. Формы и виды. Этиология, клиника, диагностика.

39. Профилактика и лечение мезиальной окклюзии в зависимости от периода формирования прикуса.

40. Открытая резцовая и боковая дизокклюзии. Виды, формы, степени тяжести. Этиология, клиника, диагностика.

41. Профилактика и лечение открытой резцовой и боковой дизокклюзии в зависимости от периода формирования прикуса.

42. Глубокая резцовая окклюзия и дизокклюзия. Виды, формы, степени тяжести, этиология, клиника, диагностика.

43. Профилактика и лечение глубокой резцовой дизокклюзии в зависимости от периода формирования прикуса.

44. Перекрестная окклюзия. Виды, формы, этиология, диагностика, клиника.

45. Профилактика и лечение перекрестной окклюзии в зависимости от периода формирования прикуса.

46. Постоянный прикус. Периоды формирования. Особенности зубов, зубных дуг и их соотношения. Факторы риска возникновения и развития зубочелюстных аномалий.

Перечень тестовых вопросов:

001. К моменту рождения в норме нижняя челюсть

+1) меньше верхней

-2) больше верхней

-3) равна верхней

002. В беззубом рте новорожденного десневые валики имеют форму

-1) полуэллипса

+2) полукруга

-1) параболы

003. Нижняя челюсть новорожденного расположена дистальнее верхней на расстоянии

-1) до 5 мм

-2) до 10 мм

+3) до 14 мм

004. Вертикальная щель между десневыми валиками в норме достигает

+1) 2,5 мм

-2) 5 мм

-3) 7,5 мм

005. Порядок прорезывания молочных зубов

-1) I-II-III-IV-V

+2) I-II-IV-III-V

-3) II-I-III-IV-V

006. Зубные ряды в прикусе молочных зубов имеют форму

-1) полуэллипса

+2) полукруга

-3) параболы

007. Дистальные поверхности молочных моляров трехлетнего ребенка в норме располагаются

+1) в одной плоскости

-2) с мезиальной ступенью

-3) с дистальной ступенью

008. Фронтальные зубы 3-летнего ребенка в норме располагаются

-1) с тремами

+2) без трем

-3) только с диастемой

009. Щечные бугорки нижних молочных моляров 3-летнего ребенка располагаются

-1) вестибулярнее щечных бугорков верхних моляров

-2) на одном уровне со щечными бугорками верхних моляров

+3) в продольной фиссуре верхних моляров

010. Небные бугорки молочных моляров 3-летнего ребенка располагаются

-1) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров

+2) в продольной фиссуре нижних моляров

-3) вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров

011. Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные продолжается

-1) от 5 до 8 лет

+2) от 4 до 6 лет

-3) от 3 до 4 лет

012. Активный рост челюстей ребенка в период подготовки к смене зубов происходит

-1) во фронтальном отделе

-2) в позадимоллярной области

+3) в позадимоллярной области и во фронтальном отделе

- # 013. Наличие трем между зубами в переднем отделе зубных рядов 5-летнего ребенка
- 1) признак аномалии
 - +2) признак нормального развития
 - 3) не имеет диагностического значения
- # 014. Физиологическая стираемость молочных 5-летнего ребенка в норме происходит
- 1) во фронтальном отделе
 - 2) в боковых отделах
 - +3) во фронтальном и боковых отделах
- # 015. Дистальные поверхности вторых молочных моляров 6-летнего ребенка располагаются
- 1) в одной вертикальной плоскости
 - +2) с мезиальной ступенькой
 - 3) с дистальной ступенькой
- # 016. Порядок прорезывания постоянных зубов
- 1) 6-1-2-3-4-5-7
 - 2) 1-2-4-5-3-6
 - +3) 6-1-2-4-3-5-7
- # 017. Форма верхнего зубного ряда взрослого человека в норме
- 1) полукруг
 - +2) полуэллипс
 - 3) парабола
- # 018. Форма нижнего зубного ряда взрослого человека в норме
- 1) полукруг
 - 2) полуэллипс
 - +3) парабола
- # 019. Небные бугорки верхних боковых зубов в норме контактируют с
- +1) продольными фиссурами нижних
 - 2) язычными бугорками нижних
 - 3) вестибулярными бугорками нижних
- # 020. Щечные бугорки нижних боковых зубов в норме контактируют
- 1) с небными бугорками верхних
 - +2) с продольными фиссурами верхних
 - 3) со щечными бугорками верхних
- # 021. Каждый зуб верхней челюсти антагонизирует в норме
- 1) с одноименным и впередистоящим зубами НЧ
 - +2) одноименным и позади стоящим зубами НЧ
 - 3) одноименным зубом
- # 022. Нижнее 1|1 имеют в норме по
- +1) одному антагонисту на ВЧ
 - 2) два антагониста на ВЧ
 - 3) три антагониста на ВЧ
- # 023. Верхнее 8|8 имеют в норме по
- +1) одному антагонисту на НЧ
 - 2) два антагониста на НЧ
 - 3) три антагониста на НЧ
- # 024. Глубина резцового перекрытия в норме не превышает
- 1) 1/2 высоты коронки резцов НЧ
 - +2) 1/3 высоты коронки резцов НЧ
 - 3) 2/3 высоты коронки резцов НЧ
- # 025. Резцы ВЧ в норме контактируют с резцами НЧ
- +1) небной поверхностью
 - 2) режущим краем
 - 3) вестибулярной поверхностью
- # 026. Резцы НЧ в норме контактируют с резцами ВЧ
- 1) язычной поверхностью
 - +2) режущим краем
 - 3) вестибулярной поверхностью
- # 027. Зубная дуга верхней челюсти
- +1) больше альвеолярной дуги
 - 2) меньше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
- # 028. Базальная дуга верхней челюсти
- +1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
- # 029. Зубная дуга нижней челюсти
- +1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге

- # 030. Базальная дуга нижней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - +2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
- # 031. Передний щечный бугорок верхнего б в норме контактирует с
- 1) задним щечным бугорком нижнего б
 - +2) межбугорковой фиссурой нижнего б
 - 3) контактной точкой между нижними б и 5
- # 032. Бугорок верхнего 3 в норме располагается
- +1) между нижним 3 и 4
 - 2) на уровне бугорка нижнего 3
 - 3) между 3 и 2
- # 033. Окклюзия- это смыкание зубных рядов
- +1) при привычном положении НЧ
 - 2) в состоянии физиологического покоя
 - 3) при смещении нижней челюсти вперед на половину ширины коронок моляров
- # 034. Сроки прорезывания молочных зубов
- 1) 4-6 месяцев –II и I, 6-8- III, 8-10 мес.-IV, 10-12 мес.-V
 - +2) 6-8 месяцев-I, 8-12 мес.-II, 12-16 мес.-III, 16-20 мес.-IV
- # 035. Сроки прорезывания постоянных зубов
- 1) 6-6-7 лет, 1- 7-8 лет, 2- 8-9 лет, 4- 9-11 лет, 3- 10-12 лет
 - +2) 6- 6-7 лет, 1- 7-8 лет, 2- 8-9 лет, 4- 9-11 лет, 3- 9-10 лет, 5- 10-11 лет, 7- 11-12 лет
 - 3) 1- 6-7 лет, 2- 7-8 лет, 3- 8-9 лет, 4- 10-12 и 5-11-13 лет
- # 036. Гиперодонтия возникает при
- +1) наличии сверхкомплектных зубов
 - 2) отсутствии зачатков зубов
 - 3) ретенции зубов
- # 037. Гиподонтия возникает при
- 1) наличии сверхкомплектных зубов
 - +2) отсутствии зачатков зубов
 - 3) задержке прорезывания зубов
- # 038. Макродонтия относится к аномалии
- +1) размеров зубов
 - 2) формы зубов
 - 3) структуры зубов
- # 039. Микродонтия- это
- 1) увеличение размеров зубов
 - +2) уменьшение размеров зубов
 - 3) уменьшение количества зубов
- # 040. Макродонтия-это
- 1) уменьшение размеров зубов
 - 2) увеличение количества зубов
 - +3) увеличение размеров зубов
- # 041. Тортоаномалия это:
- 1) высокое положение зуба
 - +2) поворот зуба вокруг вертикальной оси
 - 3) вестибулярный наклон зуба
- # 042. Ретенция зубов относится к аномалиям
- 1) количества зубов
 - +2) сроков прорезывания зубов
 - 3) формирования зубов
- # 043. Адонтия зубов относится к аномалиям
- +1) количества зубов
 - 2) сроков прорезывания зубов
 - 3) структуры зубов
- # 044. Супраположение- это аномалия положения зубов в направлении
- +1) вертикальном
 - 2) сагитальном
 - 3) трансверсальном
- # 045. Мезиальное положение зуба- это смещение зуба
- +1) вперед по зубной дуге
 - 2) назад по зубной дуге
 - 3) в сторону неба
- # 046. Дистальное положение зуба- это смещение зуба
- 1) вперед по зубной дуге
 - +2) назад по зубной дуге
 - 3) в сторону неба
- # 047. Инфраположение нижнего клыка- это положение зуба

- 1) выше окклюзионной плоскости
- +2) ниже окклюзионной плоскости
- 3) вне зубной дуги
- # 048. Классификация Энгля основана на смыкании
- 1) челюстей
- +2) первых моляров
- 3) резцов
- # 049. Ключ окклюзии по Энглю- это смыкание
- +1) первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей
- 2) постоянных клыков верхней и нижней челюстей
- 3) постоянных резцов верхней и нижней челюстей
- # 050. Первый и второй подклассы II класса Энгля различаются положением
- 1) моляров
- 2) клыков
- +3) резцов
- # 051. II класс Энгля характеризуется смещением зубов
- +1) нижней челюсти назад
- 2) верхней челюсти назад
- 3) нижней челюсти вперед
- # 052. III класс Энгля характеризуется смещением
- 1) нижней челюсти назад
- 2) верхней челюсти вперед
- +3) нижней челюсти вперед
- # 053. Дистальная окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
- +2) II классу Энгля
- 3) III классу Энгля
- # 054. Мезиальная окклюзия соответствует
- 1) I классу Энгля
- 2) II классу Энгля
- +3) III классу Энгля
- # 055. Нейтральная (физиологическая) окклюзия соответствует
- +1) I классу Энгля
- 2) II классу Энгля
- 3) III классу Энгля
- # 056. Дистальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов
- +1) нижней челюсти назад
- 2) нижней челюсти вперед
- 3) верхней челюсти назад
- # 057. Мезиальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов
- 1) нижней челюсти назад
- +2) нижней челюсти вперед
- 3) верхней челюсти вперед
- # 058. Дистальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях
- +1) сагиттальном
- 2) вертикальном
- 3) трансверсальном
- # 059. Мезиальная окклюзия относится к аномалиям окклюзии в направлениях
- +1) сагиттальном
- 2) вертикальном
- 3) трансверсальном
- # 060. Вестибулоокклюзия- это смещение
- +1) нижних или верхних боковых зубов в щечную сторону
- 2) нижних или верхних боковых зубов в оральную сторону
- 3) только верхних боковых зубов в оральную сторону
- # 061. Лингвоокклюзия- это смещение
- 1) верхних боковых зубов орально
- +2) нижних боковых зубов орально
- 3) верхних боковых зубов щечно
- # 062. Палатокклюзия- это смещение
- +1) верхних боковых зубов орально
- 2) нижних боковых зубов орально
- 3) верхних боковых зубов щечно
- # 063. Лингвоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
- 2) вертикальным аномалиям окклюзии
- +3) трансверсальным аномалиям окклюзии
- # 064. Глубокая резцовая окклюзия относится к

- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
- +2) вертикальным аномалиям окклюзии
- 3) трансверсальным аномалиям окклюзии
- # 065. Вестибулоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
- 2) вертикальным аномалиям окклюзии
- +3) трансверсальным аномалиям окклюзии
- # 066. Палатокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
- 2) вертикальным аномалиям окклюзии
- +3) трансверсальным аномалиям окклюзии
- # 067. Лингвоокклюзия относится к
- 1) сагиттальным аномалиям окклюзии
- 2) вертикальным аномалиям окклюзии
- +3) трансверсальным аномалиям окклюзии
- # 068. Макрогнатия- это
- +1) увеличение челюсти
- 2) уменьшение челюсти
- 3) смещение челюсти вперед
- # 069. Микрогнатия относится к аномалиям
- +1) размера челюстей
- 2) положения челюстей
- 3) формы челюстей
- # 070. Прогнатия и ретрогнатия относятся к аномалиям
- 1) размера челюстей
- +2) положения челюстей
- 3) формы челюстей
- # 071. Функциональное состояние мышц челюстно-лицевой области определяют методом
- +1) электромиографии, электромиотонометрии
- 2) реопарадонтोगрафии
- 3) артрофонографии
- # 072. Реография области ВНЧС позволяет определить
- 1) сократительную способность мышц челюстно-лицевой области
- +2) гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС
- 3) движение головок нижней челюсти
- # 073. Электромиотонометрия позволяет определить
- 1) биоэлектрическую активность жевательных мышц
- +2) сократительную способность жевательных мышц
- 3) сократительную способность только височных мышц
- # 074. Синхронную работу мышц антагонистов и синергистов позволит определить
- 1) амплитуда ЭМГ
- 2) временные параметры ЭМГ
- +3) коэффициент координации в фазе жевательного движения
- # 075. К специальным методам диагностики в ортодонтии относятся
- 1) осмотр полости рта, функциональные работы
- +2) антропометрические, рентгенологические, функциональные, графические
- 3) опрос, осмотр, измерение гипсовых моделей челюстей.
- # 076. При аномалии окклюзии необходимо провести
- 1) клиническое обследование
- 2) антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей, внешней осмотр
- +3) клиническое обследование и специальные методы диагностики
- # 077. По таблице Ветцеля можно определить
- +1) мезиодистальные размеры коронок молочных зубов
- 2) мезиодистальные размеры коронок постоянных зубов
- 3) вертикальные размеры коронок молочных зубов
- # 078. Для предотвращения возникновения зубочелюстных аномалий в пренатальный период развития ребенка необходимо проводить профилактические мероприятия
- 1) сбалансированный режим питания будущей матери
- 2) отказ от вредных привычек
- +3) все вышеперечисленные факторы
- # 079. При ранней потере молочных зубов для профилактики деформаций зубных рядов нужно провести
- 1) стимулирование прорезывания постоянных зубов
- 2) сошлифовывание нестершихся бугров молочных зубов
- +3) протезирование
- # 080. О симметричности развития правой и левой половины нижней челюсти позволяют судить
- 1) панорамная рентгенограмма
- 2) ТРГ-боковая проекция
- +3) ТРГ-прямая проекция и ортопантомограмма

- # 081. С целью измерения длины тела верхней челюсти используют
- 1) ортопантограмму
 - 2) ТРГ-прямая проекция
 - +3) ТРГ-боковая проекция
- # 082. Метод долгополовой применяется для определения
- 1) длины и ширины нижней челюсти в постоянном прикусе
 - 2) ширины и длины апикального базиса в постоянном прикусе
 - +3) длины и ширины зубных рядов в период прикуса молочных зубов
- # 083. Панорамную рентгенографию применяют в ортодонтии для
- 1) измерения размеров зубов нижней челюсти
 - 2) измерения ширины зубного ряда
 - +3) выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей
- # 084. Для определения размеров апикального базиса челюсти используют
- 1) метод Пона
 - +2) метод Хауса-Снагиной
 - 3) индекс Тона
- # 085. Ортопантографию в ортодонтии применяют для определения
- 1) длины верхней челюсти
 - 2) длины нижней челюсти
 - +3) наличия зачатков постоянных зубов
- # 086. Длину переднего отрезка зубного ряда определяют с помощью метода
- 1) Пона
 - +2) Коркхауза
 - 3) Хауса-Снагиной
- # 087. Наиболее полное представление о размерах челюстей дает
- +1) антропометрическое изучение строения лица ребенка
 - 2) фотометрический метод
 - 3) телерентгенография головы
- # 088. Индекс Тона применяют для определения
- 1) пропорциональности размеров верхнего и нижнего зубного ряда
 - 2) ширины зубного ряда
 - +3) пропорциональности размеров верхних и нижних резцов
- # 089. Для определения симметричности роста нижней челюсти целесообразно сделать ребенку
- 1) панорамную рентгенограмму нижней челюсти
 - 2) телерентгенограмму в прямой проекции
 - +3) ортопантограмму и телерентгенограмму в прямой проекции
- # 090. Метод Герлаха применяют для определения
- 1) длины тела нижней челюсти
 - 2) ширины зубного ряда
 - +3) пропорциональности размеров боковых и передних сегментов зубных рядов верхней и нижней челюстей
- # 091. Графический метод Хаулея-Гербера-Гербста применяют для определения
- 1) нарушения длины зубных рядов
 - 2) нарушения ширины зубных рядов
 - +3) нарушения положения зубов и формы зубных рядов
- # 092. Электромиография регистрирует
- 1) движения нижней челюсти
 - 2) движения в ВНЧС
 - +3) биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области
- # 093. Тонус мышц изучается
- +1) в расслабленном и сокращенном состоянии
 - 2) в активном состоянии
 - 3) при выдвижении челюсти
- # 094. Реографией называется метод
- 1) исследования биопотенциалов мышц
 - +2) изучения гемодинамики
 - 3) исследования движения суставных головок
- # 095. Метод электрографии в ортодонтии применяется для
- 1) исследования кровеносных сосудов пародонта
 - 2) исследования ВНЧС
 - +3) изучения функции мышц
- # 096. Для оценки парадонта боковой группы зубов целесообразно использовать
- 1) ТРГ-прямую проекцию
 - +2) ортопантографию
 - 3) томографию
- # 097. Латеральное смещение нижней челюсти позволяет определить
- 1) томография
 - +2) телерентгенография в прямой проекции
 - 3) ТРГ в боковой проекции

098. Для определения переднего положения нижней челюсти необходим рентгенологический метод

- +1) ТРГ в боковой проекции
- 2) ТРГ в прямой проекции
- 3) ортопантомография

099. для определения пародонта фронтальной группы зубов используется

- 1) ТРГ прямая проекция
- 2) ортопантомография
- +3) панорамная рентгенография челюстей

100. Метод, используемый для определения состояния пародонта отдельных зубов

- 1) ортопантомография
- +2) внутривисочная рентгенография
- 3) панорамная рентгенография

ДОКЛАД В ФОРМАТЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ ИЛИ РЕФЕРАТА.

Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела:

Биомеханика зубо-челюстнолицевой системы. Типы суставов. Анатомия височнонижнечелюстного сустава и жевательных мышц. Особенности строения и функции

височно-нижнечелюстного сустава в зависимости от вида прикуса.

Окклюзия и артикуляция. Виды окклюзий. Центральное соотношение челюстей.

Способы регистрации центрального соотношения челюстей.

Характеристика зубных дуг. Фактор, обеспечивающий устойчивость зубных рядов.

Окклюзионная поверхность зубных рядов (кривая Шпее, кривая Уилсона).

Понятие о ретрузионном контроле.

Биомеханика жевательного аппарата.

Приборы, имитирующие движение нижней челюсти.

Использование гипсовых моделей с раздвоенным цоколем (split-cast модели)

Применение упрощенной лицевой дуги, ее клиническое значение.

Установка (гипсование) моделей челюстей в универсальный артикулятор.

Диагностическое избирательное шлифование на гипсовых моделях челюстей.

Методика определения изменения положения головок нижней челюсти из центрального соотношения (RCP) в привычную окклюзию (ICP).

Анализ ошибок при работе с инструментальными методами диагностики. Практические советы.

Методика снятия анатомических оттисков.

Создание верхней и нижней моделей челюстей с разборным основанием.

Регистрация центрального соотношения челюстей

Наложение лицевой дуги на лицо пациента.

Гипсование верхней модели челюсти в пространство артикулятора.

Установка модели нижней челюсти в центральное соотношение с помощью воскового регистрата.

Анализ окклюзионной поверхности зубных рядов на гипсовых моделях челюстей.

Нахождение первого окклюзионного контакта зубов-антагонистов на гипсовых моделях в артикуляторе.

Настройка артикулятора на индивидуальную функцию по индивидуальным регистратам.

Методика измерения смещения головки нижней челюсти при переходе нижней челюсти из центрального соотношения челюстей в привычную окклюзию.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Пациент Б, 46 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи. При внешнем осмотре: высота нижнего отдела лица снижена, выраженные носогубные складки. При осмотре полости рта: отсутствие жевательных зубов с обеих сторон нижней челюсти; на верхней челюсти отсутствуют зубы 18, 17, 25, 26, 27. Прикус: ортогнатическое соотношение челюстей, глубокое резцовое перекрытие.

Вопросы:

• На основании данных клинического обследования сформулируйте предварительный диагноз.

• Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза и выбора плана лечения?

• Предложите варианты ортопедического лечения.

2. Пациенту с полным отсутствием зубов были изготовлены съемные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти. Пациент предъявляет жалобы на появляющееся к вечеру чувство тяжести, «усталости» жевательных мышц; на «стук» зубов при разговоре и приеме пищи. Какую допущенную ошибку при проведении ортопедического

лечения можно предположить?

- На этапе определения и фиксации центрального соотношения челюстей была превышена высота нижнего отдела лица;
- Врачом было зафиксировано дистальное смещение нижней челюсти;

- Недостаточно корректно была проведена припасовка съемных протезов;
- При паковке пластмассы в кювету произошло утолщение базиса протеза.

3. При боковых движениях нижняя челюсть перемещается из крайнего левого положения через центральную окклюзию в крайнее правое положение. Графически это отображается как угол трансверзального режцового пути или так называемый готический угол. Какова величина этого угла?

4. Пациенту К. 67 лет, изготавливаются полные съемные протезы на обе челюсти. Для постановки искусственных зубов проводят запись движений нижней челюсти. Какова средняя величина угла сагиттального суставного пути?

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

не предусмотрено

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ:

Перечень теоретических вопросов из п. 5.1. согласно тематики.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО:

1. Каждый студент получает для курации одного больного.
2. На примере курируемого больного студент должен проделать следующее:
 - 1) Ознакомиться с тематикой;
 - 2) Установить доверительный контакт;
 - 3) Произвести сбор жалоб. Описываются жалобы, относящиеся к заболеванию;
 - 4) Собрать анамнез заболевания пациента (начало заболевания, течение процесса, лечение в прошлом);
 - 5) Собрать анамнез жизни (заболевания, перенесенные в прошлом, семейный анамнез);
 - 6) Произвести осмотр и обследование пациента;
 - 7) Описать клинический статус;
 - 8) Проанализировать лабораторно-инструментальные данные исследования;
 - 9) Поставить предварительный диагноз;
 - 10) Провести дифференциальный диагноз;
 - 11) Поставить клинический диагноз;
 - 12) Определить тактику предполагаемого лечения;
 - 13) Кратко резюмировать этиологию, патогенез, клинику и лечение.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ:

Студент заполняет историю болезни согласно нижеприведенной схеме:

1. Общие сведения о больной;
2. Жалобы.
3. Анамнез болезни (anamnesis morbi).
4. Анамнез жизни (anamnesis vitae).
5. Объективное исследование.
6. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования.
7. Клинический диагноз.
8. Обоснование клинического диагноза.
9. Дифференциальный диагноз.
10. Этиология. патогенез.
11. Лечение.

Использованная литература.

Методические рекомендации по заполнению истории болезни в ПРИЛОЖЕНИИ № 1.

ДОКЛАД В ФОРМАТЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ ИЛИ РЕФЕРАТА.

Перечень докладов из п. 5.1. согласно тематики.

ТЕСТЫ:

Перечень тестов из п. 5.1. согласно тематики.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Перечень ситуационных задач из п. 5.1. согласно тематики.

Промежуточная аттестация (ЗАЧЕТ С ОЦЕНКОЙ):

Перечень вопросов из п.5.1.

5.4. Перечень видов оценочных средств

1. Теоретическое задание.
 2. Курация больного.
 3. История болезни.
 4. Доклад в формате презентации или реферата.
 5. Тесты.
 6. Ситуационные задачи.
- Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №2.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И.	Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство: учебное пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010
Л1.2	Хватова В.А.	Клиническая гнатология: Учебное пособие	М.: Медицина 2005
Л1.3	В.Н. Трезубов, А.С.Щербаков, Р.А. Фадеев	Ортодонтia	2001

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Сост.: П.Т. Жолуева, Т.Т. Сельпиев, Р.С. Алымбаев и др.	Гнатология и функциональная диагностика височно- нижнечелюстного сустава: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2014

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	http://www.booksmad.com/stomatologiya/495-klinicheskaya-gnatologiya-xvatova-uchebnik.html	
Э2	znanium.com	
Э3	lib.krsu.edu.kg	
Э4	biblioclub.ru	

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	<p>При реализации различных видов учебной работы используются традиционные и современные образовательные технологии и методы формирования компетенций: Лекции: лекции- визуализации, обзорные лекции. Клинико-практические занятия: работа обучающихся на фантомах и гипсовых моделях челюстей, просмотр учебных видеофильмов и мультимедийных презентаций; демонстрация пациентов и разбор клинических ситуаций, курация пациентов под руководством преподавателя, написание и защита академических историй болезни, написание и защита рефератов. При изучении дисциплины применяются индивидуальные и групповые формы обучения. Методическое обеспечение учебного процесса осуществляется за счет разработанных на кафедре методических пособий, указаний и рекомендаций для ординаторов. Во внеаудиторное время: участие в заседаниях СНО, в научно-практических конференциях, в межпредметной внутривузской олимпиаде; учебно- исследовательская работа ординаторов. Самостоятельная работа студентов включает в себя следующие элементы: - подготовку к клинико-практическим занятиям; - чтение и реферирование специальной литературы; - написание историй болезни, рефератов; - самостоятельное освоение определенных разделов дисциплины; - подготовка к контрольным (итоговым) занятиям.</p>
---------	--

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	учебные аудитории, оборудованные мультимедийными (экран, проектор, ноутбук) и иными средствами обучения компьютер; сканер, принтер, комплекты слайдов для отдельных практических занятий и лекций; таблицы для практических занятий и лекций; фантом-муляж «Голова», позволяющими обучающимся осваивать теоретический материал; помещения, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью г. Бишкек, улица Загорская 86/1, кафедра СДВЧЛиПХ.
-----	---

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Учебная дисциплина «Гнатология и функциональная диагностика височно-нижнечелюстного сустава» является частью основной профессиональной образовательной программы дисциплины «Стоматология» и относится к циклу профессиональных дисциплин.

Содержание разделов дисциплины «Гнатология и функциональная диагностика височно-нижнечелюстного сустава» направлено на подготовку врача-стоматолога к самостоятельной работе в клинике и ориентировано на освоение студентами ортопедических этапов комплексного лечения пациентов с заболеваниями зубочелюстной системы с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания и возраста пациента.

Преподавание дисциплины ставит своей конечной целью усвоение студентами теоретических знаний, освоение и совершенствование практических умений и навыков, необходимых для оказания амбулаторной стоматологической ортопедической помощи пациентам с патологическими состояниями (компенсированными, субкомпенсированными и декомпенсированными) зубочелюстной системы у взрослых, лиц пожилого и старческого возраста, обусловленными:

- приобретенными частичными или полными дефектами зубов и зубных рядов;
- заболеваниями тканей пародонта;
- повышенным стиранием зубов;
- аномалиями развития челюстных костей и деформациями зубочелюстной системы;
- нетипичным течением или (и) осложнениями заболеваний зубочелюстной системы,
- заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов.

Конечная цель преподавания разделов дисциплины направлена на базисную подготовку будущего врача-стоматолога к самостоятельной работе в клинике:

- формирование у студентов основ клинического мышления,
- формирование способностей решать профессиональные клинические задачи,
- совершенствование практических умений и навыков в области профилактики, диагностики, протетических и ортопедических методов лечения в комплексной терапии патологических состояний зубочелюстной системы.

Изучение любой научной дисциплины становится более эффективным, если студент видит и понимает значение данной дисциплины в его будущей профессиональной деятельности.

В связи с этим преподавание дисциплины «Гнатология и функциональная диагностика височно-нижнечелюстного сустава» направлено на формирование мотивационной основы деятельности обучающихся и осуществляется по следующим направлениям:

- 1) структурирование учебного материала по мере его усложнения от простого к сложному, что обеспечивает формирование целостного представления о дисциплине «Стоматология ортопедическая»;
- 2) профессионализация процесса обучения – изменение форм и содержания обучения, адаптация содержания к профессиональным задачам будущих специалистов;
- 3) поиск и внедрение новых эффективных методов обучения;
- 4) активизация личного потенциала студента в сочетании с групповыми (командными) формами организации учебного процесса.

Отличительной особенностью такого методологического подхода является ориентация обучения на всех его уровнях на конечные цели – профессиональную деятельность

Специфика авторской концепции преподавания дисциплины определяется особенностями организации учебного процесса и основано на сочетании теоретического компонента с профессионально-практическим принципом организации обучения. Такая организация учебного процесса

ориентирует весь процесс обучения на конечные цели – освоение основных видов профессиональной деятельности врача стоматолога-ортопеда, которая включает в себя:

- сбор и анализ информации о пациенте и оценку результатов дополнительных методов исследования;
- постановку диагноза (предварительного и окончательного) с учетом современных методов построения диагноза;
- назначение лечебных, профилактических и оздоровительных мероприятий;
- решение аналитических и организационных вопросов

Содержание разделов дисциплины «Гнатология и функциональная диагностика височно-нижнечелюстного сустава» тематически связано с планами занятий преемствующих дисциплин, что обеспечивает реализацию принципа преемственности. В связи с этим большое внимание уделяет вопросам самоподготовки студентов, основанной, прежде всего, на повторении материалов ранее изученных модулей и разделов смежных дисциплин.

Теоретический раздел дисциплины направлен на изучение:

- принципов медицинской этики и деонтологии;
- основной профессиональной терминологии;
- биомеханики и теорий артикуляционного равновесия и функциональной патологии зубочелюстной системы;
- современных теорий этиологии и патогенеза патологических состояний (компенсированных, субкомпенсированных и декомпенсированных) зубочелюстной системы;

семиотики и классификаций основных заболеваний зубочелюстной системы;

методов обследования, диагностики, дифференциальной диагностики пациентов с заболеваниями зубочелюстной системы;

методов подготовки полости рта к ортопедическому лечению: терапевтическую, хирургическую, ортодонтическую;

современные принципы и методы комплексного, протетического и ортопедического лечения патологических состояний зубочелюстной системы;

Знание теоретических основ дисциплины является базой для формирования у студентов профессиональных навыков и умений, а именно:

грамотно проводить обследование пациента стоматологического профиля и выявлять изменения в объективном стоматологическом статусе;

составлять план обследования (при необходимости – план подготовки полости рта к протезированию) и ортопедического лечения пациентов с патологией зубочелюстной системы;

проводить диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний зубочелюстной системы;

проводить клинические этапы ортопедического лечения с патологическими состояниями зубочелюстной системы с соблюдением правил техники безопасности и санитарно-противоэпидемических мероприятий;

грамотно заполнять и вести медицинскую документацию (врачебную историю болезни).

Изложение вопросов зубного протезирования в представленном ракурсе позволяет обеспечить формирование у студентов системного, многоуровневого подхода к освоению теоретических знаний и ориентирует их на приобретение начальных профессиональных умений. Для повышения интереса к изучаемому предмету и формирования мотивационной основы деятельности студентов в преподавании разделов зубопротезирования используются конкретные практические примеры.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (9 семестр - зачет, 10 семестр экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем

студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть). Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по практическому заданию студентами в течении семестра.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)

- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)

- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1) Организационный этап занятия (время – до 2%):

а) переключки;

б) задание на дом следующей темы;

в) мотивация темы данного практического занятия;

г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;

2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%):

а) варианты тестового контроля I и III уровня;

б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;

3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время – до 15%);

4) Этап самостоятельной работы студентов на практическом задании (время – до 45%);

5) Заключительный этап занятия (время – до 18%):

а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами

б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;

в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут.

Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю.

Подготовка к практическому занятию – 2 час.

Всего в неделю – 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф? какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю.

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?. При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала

понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролям нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.).

Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере. Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?

- что будет на слайде?

- что будет говориться?

- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент – докладчик подошёл спустя рукава.

- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.

- Количество слайдов не более 30.

- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.

- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.

- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.

- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.

- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.

- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.

- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.

- Любая фраза должна говориться за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.

- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.

- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы придется размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов.

Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

Тема реферата выбирается по согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы: "Детская хирургия", "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др, а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике.

План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.

Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.

Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.

Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).

Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:

Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.

Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __ до __.

Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до __.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАДАНИЯМ

Необходимо удобно разместить пациента в стоматологическом кресле: голову расположить на уровне локтя врача; одеть латексные перчатки и маску; Студент располагается впереди пациента, большой палец его правой руки фиксируют на верхней губе пациента при исследовании зубов верхней челюсти или на подбородке - при исследовании области зубов нижней челюсти в этой же руке врач держит зонд, в левой руке - стоматологическое зеркало.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА

Условие:

Родители пациента К. 8 лет обратились к врачу-ортодонт с целью профилактического осмотра и определения нужности в лечении. При осмотре полости рта определяется скученное положение резцов нижней челюсти, центральные резцы повернуты по оси, боковые – находятся в язычном положении. Между центральными резцами верхней челюсти имеется промежуток 3мм и они при смыкании с резцами нижней челюсти полностью их перекрывают с вестибулярной стороны.

Вопросы:

1. Назовите аномалию окклюзии во фронтальном отделе.
2. Назовите аномалию верхнего зубного ряда в области передних зубов.

3. Каковы этиологические факторы нарушения положения резцов нижней челюсти?

4. С чем необходимо дифференцировать данные аномалии?

5. Какие методы дополнительной диагностики необходимо провести?

Ответы:

1. Глубокая резцовая окклюзия.

2. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1

3. Короткая уздечка языка, вредные привычки.

4. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1 может встречаться как самостоятельная аномалия и как следствие наличия сверхкомплектного зуба.

5. Антропометрические методы диагностики и методы лучевой диагностики.

Технологическая карта дисциплины
Специальность «Стоматология»
Дисциплина «ОСНОВЫ ГНАТОЛОГИИ»
Количество ЗЕ – 2, отчетность – зачет с оценкой.

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
IX семестр					
Раздел 1					
Основы гнатологии	Текущий контроль	Ситуационная задача, фронтальный опрос.	10	15	7
	Рубежный контроль	Реферат. Защита презентации.	10	15	
Раздел 2					
Заболевания ВНЧС.	Текущий контроль	Практические навыки, фронтальный опрос.	10	20	15
	Рубежный контроль	Курация больного. Практические навыки. Ситуационная задача	10	20	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль зачет:			20	30	19
Ситуационная задача.					
Семестровый рейтинг по дисциплине:			60	100	

Примечание: За каждое пропущенное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.

Введение

Учебная программа на кафедре стоматологии детского возраста предусматривает написание истории болезни. Студенту предстоит всесторонне обследовать пациента-ребенка, провести диагностический поиск и поставить развернутый клинический диагноз. Кроме этого, необходимо спланировать, обосновать и назначить соответствующее лечение, а также определить прогноз заболевания. Полученные данные должны быть полно изложены в истории болезни.

Прежде, чем начать работать с пациентом и приступить к написанию истории болезни, необходимо помнить, что история болезни должна соответствовать определенным требованиям: отражать картину проведенного обследования, планирования профилактических и лечебных мероприятий, изменения как стоматологического, так и общего состояния пациента-ребенка в ходе проводимого лечения. Кроме того, поскольку в истории болезни представлены данные о практической деятельности врача, она является юридическим документом. Ниже изложены общие положения, которые делают работу более осмысленной и целенаправленной.

Структура истории болезни

1. Паспортная часть:

Ф.И.О.

Возраст.

Пол.

Место жительства.

Детский сад, школа.

Дата поступления.

Диагноз при поступлении. Клинический диагноз (на день курации):

а) основной;

б) сопутствующий.

2. Жалобы больного.

В этом разделе необходимо описать жалобы больного (или сопровождающего его лица) при поступлении (в день курации). Выяснить основные жалобы (которые беспокоят пациента в первую очередь), характерные для данного заболевания, задать наводящие вопросы, которые помогут пациенту (родителям) ответить на них и самостоятельно сообщить другие данные, которые дополнят клиническую картину заболевания.

Боль является наиболее частым симптомом стоматологических заболеваний, поэтому ей необходимо дать характеристику:

- а) локализация;
- б) самопроизвольная или причинная;
- в) какие факторы провоцируют, усиливают или уменьшают боль;
- г) интенсивность и характер (сильная, умеренная или слабая; ноющая, рвущая, пульсирующая, острая, тупая, иррадиирующая);
- д) продолжительность (постоянная, приступообразная);
- е) длительность болевых приступов и светлых промежутков;
- ж) наличие или отсутствие боли при накусывании на зуб.

При заболеваниях, которые сопровождаются поражением слизистой оболочки полости рта, дети или их родители могут предъявлять жалобы на высыпания в полости рта, а также на коже. При таких заболеваниях необходимо задать дополнительные уточняющие вопросы:

- ощущения во рту (боль при приеме кислой или сладкой пищи, сухость в полости рта, повышенное слюноотделение);
- жевание, глотание (свободное, болезненное, затрудненное);
- кровотечение из десен (спонтанное, при чистке зубов, при приеме пищи).

Выявить жалобы, характеризующие общее состояние и нервно-психический статус ребенка:

- общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость;
- повышение температуры тела;
- апатия, повышенная возбудимость, раздражительность;
- нарушение сна;
- миалгии, артралгии.

3. Анамнез настоящего заболевания.

Подробно описать в хронологическом порядке начальные симптомы заболевания, их дальнейшее развитие до момента обращения в клинику и начала обследования.

Провести опрос:

- когда, где и при каких обстоятельствах возникло заболевание;
- с чем связывает больной или его родственники данное заболевание;
- выяснить первые симптомы заболевания (общие проявления: температура тела, озноб, сонливость, вялость, раздражительность, нарушение сна, аппетита; и местные проявления — отек тканей, высыпания на коже и СОПР и т. д.);
- начало заболевания — острое или постепенное.

При хроническом течении заболевания необходимо выяснить частоту обострений, провоцирующие их факторы, сезонность. Выяснить куда и когда пациент обращался за медицинской помощью, какой диагноз был поставлен, проводились ли ранее дополнительные методы исследования

и их результаты, какое лечение было назначено и его эффективность. Находится ли ребенок на диспансерном учете, какое получал профилактическое лечение и когда. Выяснить когда было последнее обострение, его симптомы и лечение рецидива.

4. Анамнез жизни.

При сборе анамнеза жизни ребенка у родителей выясняют материально-бытовые условия (в каких условиях рос и развивался, где родился). Выясняют течение беременности и родов у матери (антенатальный и постнатальный периоды), особенности раннего развития ребенка, характер вскармливания, перенесенные заболевания, наличие хронических или системных заболеваний; наличие вредных привычек (сосание пальцев, щек, сосок и др.); аллергологический анамнез, наследственность, выявить факторы риска развития кариеса и некариозных поражений, режим и характер питания, активность кариеса временных зубов у ребенка, у матери, травма зубов и т. д., герпетическая инфекция у родственников.

5. Данные объективного обследования больного.

Оценка общего состояния: хорошее, удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Психоземциональное состояние: спокоен, возбужден, общителен.

Физическое развитие: соответствует возрасту, отставание, опережение.

Осанка: правильная, патологическая.

Походка: свободная, затрудненная.

Телосложение: гармоничное, гипостеничное, гиперстеничное.

Внешний осмотр ЧЛЮ.

Выявляют симметричность лица и шеи, форму ушной раковины.

Состояние кожных покровов (цвет, пигментация, сухость, элементы поражения).

Красная кайма губ (цвет, отечность, влажная, сухая, наличие элементов поражения).

Переносица (узкая, широкая, входы в преддверие носа овальные, округлые или щелевидные).

Оценка состояния лимфатических узлов. Локализация и порядок исследования: затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные (передние, задние), трахеальные;

- болезненные, безболезненные;
- форма (овальные, округлые);
- поверхность (гладкая, бугристая);
- консистенция (твердая, мягкая, эластичная, однородная, неоднородная);
- спаянные с кожей, клетчаткой и между собой;
- подвижность;
- размер (мм);

– состояние кожи над ними (цвет, температура).

Оценка функции речеобразования (нарушение произношения звуков «ш», «с», «з», «р»).

Состояние ВНЧС — движения плавные, безболезненные, в полном объеме, без щелчков и хруста, скачкообразные, болезненные.

Оценка функции дыхания (свободное, затрудненное, носовое, ротовое, смешанное).

Оценка функции глотания (соматический, инфантильный или смешанный тип), подробно описать диагностированный тип глотания.

Оценка функции жевания: активное, вялое, одностороннее или двустороннее, охотно ли ребенок употребляет твердую пищу, не запивает ли ее жидкостью или предпочитает мягкую пищу, обратить внимание на стертость бугров временных зубов, наличие трем и зубных отложений.

Осмотр полости рта проводят в следующей последовательности:

Осмотр слизистой оболочки полости рта: губ, щек, нёба, спинки языка и дна полости рта; цвет и влажность, наличие элементов поражения (пятна, везикулы, эрозии, афты), их количество, размер, локализация, болезненность; характер налета (фибринозный, некротический), цвет налета (серый, желтый).

Выводные протоки слюнных желез. Характер слюны (жидкая, прозрачная, вязкая, скудная, мутная). Язык: окраска, выраженность сосочков, степень ороговения, наличие налета, его качество (легко снимается, с трудом снимается).

Исследование архитектоники преддверия полости рта: уздечки губ, боковые тяжи, уздечка языка; определение глубины преддверия, осмотр уздечек (место прикрепления, длина, толщина, подвижность ее); боковые тяжи — сильные, средние, слабые. Уздечка языка: длина, толщина, мощная, место прикрепления (средняя треть языка, передняя треть языка); кончик языка при высунутом положении: раздвоен, подгибается книзу, округленный, острый. Движения языка ограничены или нет.

Оценка состояния периодонта. Состояние десны: выраженность десневых сосочков, окраска, консистенция, форма, плотно прилегает к зубам или нет, кровоточивость, наличие элементов поражения, налета, десквамации, свищей. Определение индексов и их интерпретация: гингивальные (РМА, GI); периодонтальные (КПИ);

Определение прикуса. Прикус характеризуют по трем позициям: соотношение челюстей в сагиттальной, вертикальной и горизонтальной плоскостях; форма зубных дуг: положение отдельных зубов.

Оценка состояния зубов. Зубная формула для временного и постоянного прикуса заполняется по принятой в Республике Беларусь форме. Определение интенсивности кариеса зубов (кпуз, КПУЗ, кпуз+КПУЗ, УИК) и гигиены полости рта (PLI, ОНI-S).

Оценка кариозных и некариозных поражений зубов: локализация кариозной полости, глубина поражения, состояние стенок и дна кариозной полости (плотность, окраска твердых тканей, результаты зондирования кариозной полости).

6. Предварительный диагноз.

Необходимо сгруппировать главные симптомы заболевания в симптомокомплексы и предположить наиболее вероятное заболевание. Предварительный диагноз ставится на основании жалоб (указать каких), данных анамнеза (указать каких), клинических признаков (указать каких), результатов основных методов обследования (все перечислить).

7. Дополнительные методы исследования.

В этом разделе необходимо перечислить методы, применяемые для диагностики, описываемого в истории болезни заболевания. Кратко изложить суть метода, его диагностическую и прогностическую ценность.

Например: цитологический метод используется для диагностики герпетического стоматита у детей. Суть метода заключается в исследовании мазков, взятых с элементов поражения на СОПР. Обнаружение в материале мазка многоядерных гигантских клеток указывает на вирусную этиологию заболевания, но не позволяет идентифицировать вирус, вызвавший патологию.

При заболеваниях слизистой оболочки полости рта у детей используют методы диагностики:

- вирусологический;
- цитологический;
- микробиологический;
- иммунофлюоресцентный;
- серологический;
- полимеразная цепная реакция;
- реакция иммунопреципитации;
- иммуноэлектрофорез.

Для диагностики кариеса зубов и его осложнений применяют методы:

- визуальный (осмотр);
- тактильный (зондирование);
- термодиагностика;
- электроодонтодиагностика;
- рентгенография (классическая, bite wing цифровая, компьютерная томография);
- электрометрия;
- диагностическая биопсия (визуально-тактильный метод после биопсии, диагностическое препарирование);
- расклинивание с помощью сепарационных ортодонтических колец;

– витальное окрашивание (при начальном кариесе гладких поверхностей).

Для диагностики кариеса фиссур применяют методы:

- трансиллюминация (просвечивание);
- оптическая когерентная томография (Optical coherence tomography — OCT);
- волоконно-оптическая трансиллюминация (Fiber-Optic Transillumination — FOTI);
- количественная лазер-индуцированная флюоресценция (Quantitative Light-induced Fluorescence — QLF);
- лазерная флюоресценция (Diagnodent, KaVo);
- инфракрасная термография;
- ультразвуковое исследование (эходонтография).

Указать, какие методы исследования проводились у курируемого пациента.

8. Дифференциальная диагностика.

Цель диагностики — исключение диагностических ошибок. Дифференциальная диагностика проводится путем сравнения (сопоставления), исключения и анализа наиболее важных симптомов, выявленных у курируемого пациента-ребенка с заболеваниями, имеющими похожие клинические проявления.

Отмечают симптомы (или симптомокомплекс) имеющиеся у курируемого пациента, но отсутствующие при заболевании, с которым проводится дифференциальная диагностика, а также симптомы (или симптомокомплекс) отсутствующие у курируемого пациента, но свойственные заболеванию, с которым проводится дифференциальная диагностика. При этом рассматриваемые признаки анализируются в строгой последовательности: жалобы, анамнез, данные объективного обследования и дополнительных методов исследования. Дифференциальная диагностика заканчивается уточнением нозологической формы заболевания, характера течения и степени тяжести, локализации процесса и т. д.

Пример проведения дифференциальной диагностики ОГС среднетяжелой формы в период разгара и энтеровирусного стоматита.

Симптомы общие для обоих заболеваний: острое начало, повышение температуры тела, общее недомогание, нарушение аппетита, наличие элементов поражения в полости рта, регионарный лимфаденит.

Различия: различные этиологические факторы. ОГС вызывает вирус простого герпеса, энтеровирусный стоматит (герпангина) — вирус Коксаки А. ОГС чаще болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, герпангиной — дети школьного и младшего школьного возраста, нередко герпангина возникает в виде эпидемической вспышки в организованных детских

коллективах. Для герпангины характерен симптом миалгии (боли при движении глазных яблок, боли в животе).

Внешний осмотр : при ОГС — на коже, чаще лица, нередко появляются мелкоточечные, сгруппированные пузырьки; при герпангине — гиперемия верхней половины туловища.

В полости рта: элементы поражения при ОГС могут локализоваться в области различных топографических зон, характерный симптом — гингивит. При герпангине поражаются только задние отделы ротоглотки, высыпания располагаются на мягком нёбе, передних нёбных дужках, миндалинах.

Если проводились дополнительные методы исследования, необходимо сравнить полученные данные и указать, для какого заболевания они характерны.

Дифференциальную диагностику *начального кариеса* на гладких поверхностях необходимо проводить с гипоплазией (неэндемической) и эндемической крапчатостью; с незаконченной минерализацией фиссур при начальном кариесе фиссур и ямок.

Поверхностный кариес дифференцируют с кариесом дентина, гипоплазией, дентальным флюорозом.

Кариес дентина дифференцируют с гиперемией пульпы, хроническим пульпитом, некрозом пульпы, хроническим периодонтитом, кариесом эмали (поверхностным).

Дифференциальную диагностику *острого пульпита* проводят с гиперемией пульпы, гнойным пульпитом, другим уточненным пульпитом (обострением хронического), острым апикальным периодонтитом, периапикальным абсцессом без свища (острый гнойный периодонтит, обострение хронического периодонтита).

Хронический пульпит дифференцируют с кариесом дентина, хроническим периодонтитом, некрозом пульпы.

Хронический гиперпластический пульпит дифференцируют с разрастанием десневого сосочка, хроническим гранулирующим периодонтитом, перфорацией дна полости зуба.

Острый герпетический стоматит дифференцируют с ХРГС, ОРВИ, корью, ветряной оспой, herpes Zoster, герпангиной, краснухой, инфекционным мононуклеозом, скарлатиной, дифтерией, вторичным сифилисом, формы ОГС между собой.

Хронический рецидивирующий герпетический стоматит дифференцируют с ОГС, туберкулезом, сифилисом, травматической эрозией.

Энтеровирусный стоматит дифференцируют с ОГС, ОРВИ, ветряной оспой, скарлатиной, дифтерией, инфекционным мононуклеозом, корью, herpes Zoster, краснухой.

9. Клинический диагноз и его обоснование.

На основании данных клинических и дополнительных методов исследования, проведения дифференциальной диагностики, ставится клинический диагноз. При постановке окончательного диагноза необходимо использовать международную классификацию стоматологических заболеваний и другие классификации, принятые в Республике Беларусь. Диагноз «Кариес зубов» ставится, используя классификацию МКБ-10 и классификацию, в основу которой положены патоморфологические изменения (В. В. Паникоровский, 1966); диагноз «Пульпит» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации Е. М. Гофунга, 1927; диагноз «Апикальный периодонтит» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации И. Г. Лукомского, 1936; диагноз «Травма зуба» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации ММСИ им. Семашко; диагноз «Острый герпетический стоматит», «Хронический рецидивирующий герпетический стоматит» и другие вирусные и бактериальные поражения СОПР ставится с использованием клинической классификации (Т. Ф. Виноградова, 1974).

Обоснование диагноза проводится с учетом следующих данных:

- жалоб ребенка или родителей (перечислить жалобы на день курации ребенка);
- анамнеза заболевания (когда и какие симптомы появились, как развивалось заболевание);
- анамнеза жизни (указать выявленные факторы риска заболевания);
- клинического осмотра (указать симптомы основного заболевания, выявленные в день курации ребенка, и показатели здоровья полости рта, которые сопутствуют основному заболеванию или могут отягощать его течение (показатели гигиены полости, показатели гингивальных индексов, активности кариозного процесса) и результатов дополнительных методов исследования (ЭОД, рентгенологических данных и т. д.);
- дифференциальной диагностики.

10. Этиология и патогенез заболевания.

Этиологию и патогенез заболевания следует описать подробно.

11. Лечение.

После установления диагноза куратор должен составить и обосновать план лечения. При планировании лечения необходимо:

- определить наиболее важную (приоритетную) стоматологическую проблему: кариес, осложнение кариеса или заболевание СОПР, которая доминирует у данного пациента над другими имеющимися стоматологическими проблемами, и без устранения которой затруднительно оказать качественно другие виды помощи;
- составить общий план лечения;

- составить детальный план лечения нозологической формы заболевания;
- обсудить и согласовать план лечения с родителями ребенка;
- оценить эффективность лечения.

Общий план лечения пациента составляется по результатам первичного визуального и инструментального исследования при первичном обращении после постановки предварительного диагноза.

**Общий план лечения по результатам обследования пациента
при первичном обследовании**
(утвержден приказом МЗ РБ 22.08.2006 №658)

Оказание неотложной помощи _____

Профилактические мероприятия:

мотивация по факторам риска стоматологических заболеваний _____

обучение гигиене _____

профессиональная гигиена _____

другие _____

Терапевтическое лечение:

замена пломб _____

лечение кариеса и некариозных поражений _____

эндодонтическое лечение _____

периодонтологическое лечение _____

лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта _____

другое _____

Хирургическое лечение:

удаление зубов, корней _____

амбулаторно-хирургические операции:

на мягких тканях _____

на костях лицевого скелета _____

другое _____

Ортодонтическое лечение _____

Дополнительные диагностические мероприятия _____

Консультация других специалистов _____

Куратор должен провести детальное планирование индивидуальных профилактических мероприятий с учетом всех имеющихся у пациента факторов риска стоматологических заболеваний, при этом учитывают их интенсивность (например, по данным УИК или другим диагностическим критериям), возраст пациента, уровень образования родителей и социальный статус семьи, отношение родителей к здоровью ребенка и желание сотрудничать с врачом. Немаловажную роль как в планировании профилактических мероприятий, так и в планировании лечения любой нозологической формы заболевания играет материально-техническое оснащение лечебно-профилактического учреждения.

На основании окончательного диагноза выявленной нозологической формы заболевания куратором составляется детальный план лечения основного заболевания.

Показания к выбору метода лечения

В этом разделе необходимо перечислить методы лечения, которые могут применяться для лечения нозологической формы заболевания курируемого пациента. Следует выбрать оптимальный метод лечения для конкретного пациента-ребенка (на основании показаний и противопоказаний) и обосновать его (учитывая общее состояние ребенка, активность кариеса, стадию развития заболевания, возраст ребенка и т. д.), описать технику выполнения метода лечения.

Кариозная болезнь.

1. Методы лечения:

- реминерализующая терапия;
- малоинвазивное лечение: инвазивная герметизация фиссур, профилактическая реставрация (композит-силантная, стеклоиономерная), АРТ-метод, туннельное препарирование;
- инвазивное лечение (классическое препарирование, адгезивное препарирование).

2. Методы пломбирования кариозной полости:

- «сэндвич»-техника;
- с использованием тотального протравливания;
- отсроченное пломбирование.

3. Обосновать выбор пломбировочного материала.

4. Динамическое наблюдение (диспансеризация) (с учетом риска возникновения кариеса, класса выбранного пломбировочного материала).

5. Оценка эффективности лечения проводится:

- по динамике индексов, отражающих интенсивность кариозного процесса;
- минимизации факторов риска.

Оценка качества реставраций осуществляется по критериям Ruge (USPHS, 1971) или Каральника (1979).

На все лекарственные препараты, назначенные для лечения конкретного пациента, необходимо выписать рецепты.

Пульпит

Перечислить методы лечения пульпита (непрямая пульпотерапия, прямое покрытие пульпы, витальная или девитальная пульпотомия, пульпэктомия и др.). Указать, какие из них могут быть использованы у курируемого пациента, обосновать целесообразность выбранного метода (перечислить показания и противопоказания). Описать технику выполнения выбранного метода лечения, при этом указать:

- метод обезболивания;
- метод защиты от слюны (система коффердам, другой);
- девитализирующую пасту;
- пасту для покрытия дна кариозной полости или пульпы;
- методику препарирования корневого канала;
- антисептики для ирригации корневого канала;
- пасту для obturации корневых каналов временных зубов;
- силер для пломбирования корневых каналов постоянных зубов;
- способ obturации корневого канала;
- пломбировочный материал для восстановления анатомической формы коронки зуба;
- динамическое наблюдение (диспансеризация): оценить эффективность лечения (клинические и рентгенологические критерии оценки): непосредственно после его проведения; в ближайшие (1–3–6 месяцев) и в отдаленные сроки (1 год и более) или в сроки, предусмотренные конкретным методом лечения;
- прогноз заболевания.

На все лекарственные препараты, используемые (назначенные) для лечения пациента, необходимо выписать рецепты.

Апикальный периодонтит

Выбрать и обосновать метод лечения: консервативный, хирургический. Описать этапы выбранного метода лечения:

- метод обезболивания;
- способ оттока воспалительного экссудата;
- метод препарирования корневого канала (Crown Down, Step Back);
- растворы для ирригации корневого канала (вид антисептика, объем, концентрация);
- метод пломбирования корневого канала (временное, постоянное);
- паста для временного пломбирования корневого канала и силера для obturации канала;
- общая медикаментозная терапия (при остром или обострении хронического апикального периодонтита);

- динамическое наблюдение (диспансеризация): оценка эффективности лечения (клинические и рентгенологические критерии оценки);
- прогноз заболевания.

На все лекарственные препараты, используемые (назначенные) для лечения пациента, необходимо выписать рецепты.

Заболевания слизистой оболочки полости рта

Лечение заболеваний СОПР зависит от того, к какой группе заболеваний относится данное поражение: самостоятельное заболевание или это проявление общего заболевания. Если поражение СОПР является симптомом общего заболевания, то необходима консультация соответствующего врача-интерниста и согласование с ним плана лечения.

Общее лечение проводится, согласно протоколу лечения, и согласовывается с врачом-интернистом.

Местное лечение:

- устранение местных факторов риска;
- нормализация гигиены полости рта;
- местное лечение слизистой оболочки полости рта согласно протоколу лечения;
- после купирования острой формы заболевания оказание всех необходимых видов стоматологической помощи;
- динамическое наблюдение (диспансеризация): оценка эффективности лечения (длительность пребывания родителей на больничном листе по уходу за ребенком, наличие рецидива после перенесенного ОГС, частота рецидивов ХРГС).

Описать лечение конкретной нозологической формы заболевания курируемого пациента: комплексное, общее или местное; этиологическое, патогенетическое, симптоматическое, физиотерапевтическое лечение. Перечислить, какие методы лечения и препараты применяются в зависимости от формы течения и периода развития заболевания. На препараты, назначенные курируемому ребенку, необходимо выписать рецепты, указать параметры используемых методов физиотерапевтического лечения (мощность излучения, экспозиция и т. д.).

Составить прогноз заболевания, назначить противорецидивное лечение, план диспансерного наблюдения и консультацию специалистов при необходимости.

Последовательность мероприятий может быть изменена в зависимости от нозологической формы заболевания, степени тяжести и общего состояния пациента.

12. Дневник.

Заполняется с первого дня курации и до ее окончания. В дневнике проводится запись о выполненных диагностических и лечебно-профилактических мероприятиях.

тических манипуляциях на этапах лечения пациента, отражается динамика заболевания и лечебных мероприятий.

Дата	Дневник (анамнез, статус, диагностические манипуляции, диагноз, лечебно-профилактические мероприятия)	Фамилия куратора

13. Эпикриз — краткое изложение истории болезни. В эпикризе после паспортной части в сжатом виде излагаются основные данные анамнеза: причины и факторы риска заболевания, его течение; результаты проведенного обследования и клинический диагноз (выставленный на основании данных анамнеза, клинических данных и дополнительных методов исследования), проведенное лечение и его результат, состояние пациента на момент окончания лечения, прогноз заболевания и рекомендации на будущее.

Эпикриз, как и история болезни в целом, имеет юридическое значение, поэтому должен быть оформлен четко и сопровождается датой и подписью куратора. Оформление эпикриза проводится по единой форме, которая приводится ниже.

Эпикриз

Пациент _____

Ф. И. О., возраст

находился в _____

название лечебного учреждения

с _____ по _____ 200__ г.

Клинический диагноз _____

Поступил с жалобами _____

Анамнестические данные _____

При объективном исследовании пациента _____

Данные дополнительных методов исследования _____

Проведены консультации специалистов _____

Пациенту проводилось следующее лечение _____

В результате проведенного лечения отмечалась следующая динамика _____

Рекомендации после проведенного лечения _____

Дата _____

Подпись куратора _____

Литература, использованная при написании истории болезни.

Указываются фамилия и инициалы автора (авторов), название публикации, литературный источник, год издания, номер журнала, страницы.

Пример:

Казеко, Л. А. Современные методы дезинфекции корневых каналов зубов / Л. А. Казеко, И. Н. Федорова, О. А. Борисеева // Современная стоматология. 2009. № 1. С. 15–23.

Атлас по реставрации молочных зубов. Иллюстрированное руководство по реставрации молочных зубов с обширным кариозным поражением / М. С. Даггел [и др.]. М. : Лори, 2001. 134 с.

Приложение 2.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - ЧТЕНИЕ СНИМКОВ
(текущий, рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность интерпретации обзорных рентгенологических снимков	0-20
2	Правильность интерпретации компьютерной томограммы (МРТ и КТ)	0-40
3	Правильность интерпретации рентгенологических снимков с контрастированием	0-20
4	Правильность интерпретации стоматологических индексов	0-20
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО -
АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Предварительная оценка состояния больного по внешним признакам слюны	0-30
2	Правильность прочтения результатов общего анализа крови, мочи и биохимических показателей крови.	0-70
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО -
УЧАСТИЕ В ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ ПРОЦЕДУРАХ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-15
2	Оценка состояния полости рта	0-20
3	Обработка полости рта	0-25
4	Наложение материалов на зубы и десны	0-25
5	Умение пользоваться стоматологическим инструментарием	0-15
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА
(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки	0-30

3	Обоснованное привлечение медицинской терминологии (уместность и достоверность сведений)	0-30
4	Ключевые слова (анатомия): их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-15
5	Логичность и последовательность устного высказывания	0-10
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ (рубежный, промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
	Всего баллов	Среднее арифм. (сумма баллов /4)

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

« менее 60%»

- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного

ответа

правильный ответ должен быть.

4. За каждый правильно ответ – 5 баллов

5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

6. Отметка (в %).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		25
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		15
	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
	Выполнение регламента	0-5
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, выполнена задача заинтересовать читателя	85 - 100
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис	

4	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
5	Правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи	
6	Все требования, предъявляемые к заданию выполнены	
7	При защите реферата демонстрирует полное понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя	75 – 84
2	В основной части логично, связно, но не достаточно полно доказывается выдвинутый тезис	
3	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
4	Уместно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно - примитивным языком.	
1	Во введении тезис сформулирован не четко и не вполне соответствует теме реферата	60 - 74
2	В основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично (убедительно) и последовательно	
3	Заключенные выводы не полностью соответствуют содержанию основной части	
4	Недостаточно или, наоборот, избыточно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует не полное понимание проблемы и язык работы в целом не соответствует уровню соответствующего курса	
1	Во введении тезис отсутствует или не соответствует теме реферата	40 - 59
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части нет логичного последовательного раскрытия темы	
4	Выводы не вытекают из основной части	
5	Средства связи не обеспечивают связность изложения материала	
6	Отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение	
7	При защите реферата демонстрирует полное непонимание проблемы и язык работы можно оценить, как «примитивный».	
	Работа написана не по теме менее	40
	Всего баллов	Сумма

	баллов
--	---------------

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
(промежуточный контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ	0-2
2	ЖАЛОБЫ (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в наст.время)	0-7
3	АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ	0-7
4	АНАМНЕЗЖИЗНИ	0-7
5	ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:	0-8
6	ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	0-7
7	КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ и ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА	0-10
8	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ	0-7
9	ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ	0-8
10	ЛЕЧЕНИЕ	0-9
11	ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ	0-7
12	ПРОТОЛ ОПЕРАЦИИ по схеме	0-7
13	ДНЕВНИК	0-7
14	ЭПИКРИЗ и ПРОГНОЗ	0-7
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

(итоговый контроль по дисциплине)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Отметкой (**16-20 баллов**) оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования

больных;

- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в стоматологии

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **(10-15 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна-две неточности в ответе.

Отметкой **(5-10 баллов)** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ
(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с стоматологической патологией;
- проводит самостоятельно обследование пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных);
- грамотно формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов со стоматологической патологией, травмами внутренних органов, ожогами;
- ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует полное понимание проблемы. Профессионально владеет различными методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения стоматологических заболеваний у детей.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Отметкой **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- умеет ставить постановку проблемы собственными словами;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с стоматологической патологией;
- не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов;
- при этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

7

Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общем владеет различными методами лечения стоматологических заболеваний у детей, методами консервативного лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент

- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы; не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;
- медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с стоматологической патологией;
- не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;
- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз

показания к избранному методу лечения;

- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов;

- ранее не достаточно полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Отметкой **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу. Ранее плохо заполнял историю болезни.