

«УТВЕРЖДАЮ»
И.о. ректора ФГБОУ ВО
ИМА,
Шкляев А.Е.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КЛИНИЧЕСКАЯ ГНАТОЛОГИЯ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ НА 36 ЧАСОВ)

2019 год

Программа дополнительного профессионального образования «Клиническая гнатология» разработана сотрудниками кафедры терапевтической стоматологии (заведующая кафедрой – доктор медицинских наук, доцент Тарасова Ю.Г.) под руководством ректора ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ – доктора медицинских наук, профессора А.Е. Шкляева.

Рассмотрена Методическим советом ФПК и ПП ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ в качестве дополнительной профессиональной программы повышения квалификации специалистов с высшим профессиональным образованием по специальности «Стоматология»

«17» декабря 2019 года (протокол №.6).

Утверждена Ученым советом ФГБОУ ВО ИГМА РФ в качестве дополнительной профессиональной программы повышения квалификации специалистов с высшим профессиональным образованием по специальности «Стоматология».

«28» января 2020 года (протокол № 5)

СОДЕРЖАНИЕ

Состав рабочей группы и консультантов по разработке рабочей учебной программы непрерывного медицинского образования специалистов с высшим профессиональным образованием по теме «Клиническая гнатология»	3
Пояснительная записка	4
Требования к уровню подготовки врача-специалиста, успешно освоившего программу дополнительного профессионального образования «Клиническая гнатология»	6
Профессиональные компетенции врача-специалиста	7
Перечень знаний, умений и владений врача-специалиста	8
Содержание программы «Клиническая гнатология»	9
Учебный план цикла (ПК) по программе дополнительного профессионального образования «Клиническая гнатология»	10
Учебно-тематический план цикла (ПК) по программе дополнительного профессионального образования «Клиническая гнатология»	11
Материально-техническое оснащение программы дополнительного профессионального образования «Клиническая гнатология»	13
Список литературы	14
Оценочные средства	15
Законодательные и нормативно-правовые документы	65

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ

по разработке рабочей программы дополнительного профессионального образования специалистов с высшим профессиональным образованием по направлению «Клиническая гнатология»

№ пп.	Фамилия, имя, Отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Злобина Ольга Александровна	Кандидат медицинских наук	Ассистент	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра терапевтической стоматологии
2.	Головатенко Ольга Викторовна	Кандидат медицинских наук	Ассистент	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра ортопедической стоматологии
3.	Чучалина Инна Борисовна	Кандидат медицинских наук	Ассистент	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра терапевтической стоматологии
4.	Колесников Сергей Николаевич	Кандидат медицинских наук	Доцент	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра терапевтической стоматологии
5.	Мохначева Светлана Борисовна	Кандидат медицинских наук	Заведующая кафедрой	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра хирургической стоматологии
По методическим вопросам				
1.	Дударев Михаил Валерьевич	Доктор медицинских наук, доцент	Декан ФПК и ПП	ФГБОУ ВО ИГМА, деканат ФПК и ПП

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Программа дополнительного профессионального образования специалистов с высшим профессиональным образованием «Клиническая гнатология» является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения в дополнительном профессиональном образовании врачей.

Актуальность программы дополнительного профессионального образования «Клиническая гнатология» заключается в необходимости приобретения врачами-стоматологами углублённых знаний и навыков, отвечающих современным стандартам для повышения качества медицинского обслуживания, повышения эффективности подготовки врачей-стоматологов и стоматологов-терапевтов. В программе отражены важнейшие современные достижения теории и практики в области диагностики и лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, приведены примеры работы с современными технологиями.

Настоящая дополнительная профессиональная программа предназначена для врачей, работающих в должности «Врачей-стоматологов» и «Стоматологов-терапевтов», окончивших высшие учебные заведения по специальности «Стоматология». Обучение ведется с отрывом от основного места работы.

Цель повышения квалификации – изучение особенностей анатомии, физиологии, нормального функционирования височно-нижнечелюстного сустава, причин возникновения дисфункции ВНЧС, клиники, дифференциальной диагностики дисфункций, методов лечения заболеваний ВНЧС.

Задачи повышения квалификации:

1. Углубить знания врачей-стоматологов по вопросам анатомо-функционального строения ВНЧС.
2. Углубить знания врачей-стоматологов о современных представлениях об этиологии, патогенезе и диагностике заболеваний ВНЧС.
3. Углубить знания врачей-стоматологов о современных технологиях лечения дисфункций ВНЧС, методах комплексного лечения пациентов с заболеваниями зубочелюстной системы с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания и возраста пациента.

Программа дополнительного профессионального образования специалистов с высшим профессиональным образованием «Клиническая гнатология» включает в себя содержание рабочей программы дисциплины (модуля), учебный план, учебно-тематический план, перечень заданий для самостоятельной внеаудиторной работы, ситуационные задачи, тестовые задания и задания для работы на симуляторах.

Для реализации программы дополнительного профессионального образования «Клиническая гнатология» кафедра располагает наличием: 1) учебно-методической документации и материалов по всем разделам дисциплины (модуля); 2) учебно-методической литературы для внеаудиторной работы обучающихся; 3) материально-технической базой, обеспечивающей организацию всех видов дисциплинарной подготовки: учебную аудиторию и кабинет, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса; клинической базой в стоматологической клинической поликлинике ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ г.Ижевска.

Основными видами учебных занятий являются проблемные и обзорные лекции, практические занятия на симуляторах в учебном классе. Общее рабочее время аудиторной работы обучающегося составляет 36 часов за весь цикл обучения, что по трудоемкости равно 1 зачетной единице. В процессе подготовки слушателя цикла повышения квалификации обязательна проверка базисных знаний и навыков до начала обучения с

последующим рубежным и итоговым контролем знаний. При этом используются различные формы контроля: решение ситуационных задач, тестовый контроль и итоговая аттестация. В процессе обучения слушатель обязан посещать лекции, практические занятия и совершенствовать свои знания путем изучения научных статей, руководств, монографий, нормативной и специальной литературы.

ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА, УСПЕШНО ОСВОИВШЕГО ПРОГРАММУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КЛИНИЧЕСКАЯ ГНАТОЛОГИЯ»

В процессе освоения программы дополнительного профессионального образования «Клиническая гнатология» углубляются и совершенствуются следующие профессиональные компетенции:

в диагностической деятельности:

- способность и готовность к постановке диагноза на основании диагностического исследования;
- способность и готовность использовать знания анатомо-физиологических особенностей строения сустава, мышечного аппарата, основные методики клинического обследования для своевременной диагностики дисфункций ВНЧС.

в лечебной деятельности:

- способность и готовность выполнять мероприятия по устранению причин возникновения дисфункций ВНЧС;
- способность и готовность применять различные терапевтические методы лечения заболеваний ВНЧС, миофасциальных болей, владеть информацией о возможностях ортопедической и хирургической коррекции дисфункции ВНЧС, осуществлять принцип комплексного подхода при лечении патологии ВНЧС;

в профилактической деятельности:

- способность и готовность осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению дисфункций височно-нижнечелюстного комплекса;

в организационно-управленческой деятельности:

- способность и готовность использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, международную систему единиц (СИ), действующие международные классификации.)

Формирование профессиональных компетенций врача-специалиста предполагает овладение врачом системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

Перечень знаний, умений и владений врача- стоматолога

Врач- стоматолог должен знать:

1. Нормальное строение височно-нижнечелюстного сустава, его физиологию, иметь современные представления об анатомии и функциях жевательных мышц;
2. Этиологию, патогенез, диагностику дисфункций височно-нижнечелюстного комплекса;
3. Клиническую картину, методы диагностики дисфункций височно-нижнечелюстного сустава и окружающих его мышц;
4. Классификации заболеваний височно-нижнечелюстного сустава;
5. Современные медицинские изделия (аппаратура, инструментарий и материалы), применяемые в стоматологии для диагностики и лечения дисфункций височно-нижнечелюстного комплекса;

6. Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем;

7. Стандарты медицинской помощи при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава и окружающих его мышц;

8. Основные мероприятия оздоровительного характера в профилактике возникновения дисфункций височно-нижнечелюстного сустава и миофасциального болевого синдрома.

Врач-стоматолог должен уметь:

1. Диагностировать заболевания височно-нижнечелюстного сустава и окружающих его мышц;
2. Интерпретировать результаты осмотра и инструментальных исследований заболеваний височно-нижнечелюстного комплекса;
3. Проводить лечение патологии ВНЧС;
4. Определять объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и профилактике дисфункций височно-нижнечелюстного сустава и миофасциального болевого синдрома.

Врач-стоматолог должен владеть:

1. Методикой отбора больных и определения показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи;
2. Приемами самостоятельного стоматологического лечения больных с мышечно-суставной дисфункцией зубочелюстного аппарата в амбулаторных условиях;
3. Приемами реабилитации больных с мышечно-суставной дисфункцией зубочелюстного аппарата в амбулаторных условиях с применением инновационных методик.

**СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
«КЛИНИЧЕСКАЯ ГНАТОЛОГИЯ»**

Индекс	Индекс Наименование тем, элементов и т.д.
1.	Раздел 1. Анатомия и физиология височно-нижнечелюстного сустава. Физиологическая окклюзия и область ее применения при лечении дисфункций ВНЧС
1.1	Анатомия и физиология височно-нижнечелюстного сустава.
1.2.	Нормальная окклюзия (статическая и динамическая) Патология окклюзии (понятие мешающих контактов, поражение пародонта и твердых тканей зубов, реакция мышц и ВНЧС)
1.3.	ВНЧС и жевательная мускулатура (анатомия, патофизиология). Понятие ЦС, RP, NM позиция. КЛКТ и МРТ ВНЧС.
1.4.	Методы определения оптимального положения нижней челюсти в различных концепциях (гнатологических, NM, GNM-концепциях)
1.5.	Анализ окклюзионных контактов в артикуляторе. Анализ окклюзионной плоскости и зубных рядов
2	Раздел 2. Клиника дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Миофасциальный синдром.
2.1.	Клиника дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Миофасциальный синдром.
2.2.	Алгоритм диагностики и лечения пациентов с дисфункцией зубочелюстной

	системы. Определение состояния мышц.
2.3.	Техника внеротовой и внутриротовой пальпации жевательных мышц, закономерности распространения отраженной боли при пальпации триггерных точек (зон или тяжей).
2.4.	Комплекс лечебно-гимнастических упражнений для профилактики или устранения повышенного тонуса или напряжения жевательных мышц.
3.	Раздел 3. Особенности психологического взаимодействия с гнатологическими больными на врачебном приеме.
3.1	Основные алгоритмы мотивационных коммуникаций с гнатологическими пациентами на врачебном приеме
3.2	Методы диагностики психологического состояния у больных с заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов.
3.3	Способы снятия психологического напряжения у больных с заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов.
4.	Раздел 4. Комплексный подход в диагностике и лечении заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава.
4.1.	Методы хирургического лечения ВНЧС.
4.2.	Применение нестероидных противовоспалительных препаратов и хондропротекторов при лечении заболеваний ВНЧС
4.3.	Протокол диагностики и комплексного лечения при синдроме болевой дисфункции ВНЧС.
4.4.	Принципы профилактики заболеваний ВНЧС– комплексность, своевременность, периодичность, последовательность, инновационность.
5.	Раздел 5. Методы лучевой диагностики височно-нижнечелюстного сустава.
5.1.	Лучевая анатомия челюстно-лицевой области и лучевая диагностика аномалий зубо-челюстной системы.
5.2	Лучевая диагностика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (артроз, артрит, фиброзный и костный анкилоз).
5.3.	Рентгенсиомика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН ЦИКЛА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КЛИНИЧЕСКАЯ ГНАТОЛОГИЯ»

Цель: изучение особенностей анатомии и физиологии ВНЧС с учетом функционального взаимодействия компонентов жевательной системы, причины дисфункции и их клинические проявления, методов лечения заболеваний ВНЧС и их профилактика, что в совокупности обеспечивает решение профессиональных задач и применение алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению больных с патологией зубочелюстной системы с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания и возраста пациента.

Категория обучающихся: врачи-стоматологи, стоматологи-терапевты.

Срок обучения: 36 часов (1 неделя) **Трудоемкость:** 1 ЗЕТ (в зачетных единицах)

Режим занятий: 6 академических часов в день **Форма обучения:** очная

№	Наименование разделов и дисциплин	Всего, час	В том числе	Форма контроля
---	-----------------------------------	------------	-------------	----------------

			лекции	практ. занятия	
1	Анатомия и физиология височно-нижнечелюстного сустава. Причины возникновения дисфункции.	7	2	5	Тестовые задания, задания для работы на симуляторах, с моделями в артикуляторе. Кейс-задачи
2	Клиника дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Миофасциальный синдром.	7	2	5	Тестовые задания, задания для работы на симуляторах, Кейс-задачи
3	Особенности психологического взаимодействия с гнатологическими больными на врачебном приеме.	6	2	4	Тестовые задания, задания на совместную работу, Кейс-задачи
4	Комплексный подход в диагностике и лечении заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава.	7	2	5	Тестовые задания, Задания для работы с рентгеновскими изображениями и, в программе КТ, Кейс-задачи
5	Методы лучевой диагностики височно-нижнечелюстного сустава.	7	2	5	Тестовые задания, Задания для работы с рентгеновскими изображениями и, в программе КТ
6	Итоговая аттестация	2			зачет
ИТОГО:		36	10	24	

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЦИКЛА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КЛИНИЧЕСКАЯ ГНАТОЛОГИЯ»

Цель: повышение уровня профессиональных знаний врача-стоматолога, для диагностики и планирования комплексного лечения пациентов с заболеваниями зубочелюстной системы с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания и возраста пациента, с учетом современных тенденций.

Категория обучающихся: врачи-стоматологи, стоматологи-терапевты.

Срок обучения: 36 часов (1 неделя) Трудоемкость: 1 ЗЕТ (в зачетных единицах)

Режим занятий: 6 академических часов в день. Форма обучения: очная

№	Наименование тем	Всего, час	В том числе		Форма контроля
			лекции	практ. занятия	
1	Анатомия и физиология височно-нижнечелюстного сустава. Причины возникновения дисфункции.	2	2	-	Тестовые задания Кейс-задачи
2	Нормальная окклюзия (статическая и динамическая). Патология окклюзии (понятие мешающих контактов, поражение пародонта и твердых тканей зубов, реакция мышц и ВНЧС)	5	-	5	Задания для работы на артикуляторе
3.	Клиника дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Миофасциальный синдром.	2	2	-	Тестовые задания Кейс-задачи
4	Алгоритм диагностики и лечения пациентов с дисфункцией зубочелюстной системы. Определение состояния мышц	5	-	5	Задания для работы на симуляторах
5	Особенности психологического взаимодействия с гнатологическими больными на врачебном приеме.	2	2	-	Тестовые задания Кейс-задачи
6	Способы снятия	4	-	4	Тестовые

	психологического напряжения у больных с заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов.				задания Кейс-задачи
7	Диагностика и хирургические методы лечения височно-нижнечелюстного сустава.	2	2	-	Тестовые задания Кейс-задачи
8	Протоколы диагностики и комплексного лечения при синдроме болевой дисфункции ВНЧС. Принципы профилактики заболеваний ВНЧС.	5	-	5	Задания для работы на симуляторах
9	Методы лучевой диагностики височно-нижнечелюстного сустава.	2	2	-	Тестовые задания Кейс-задачи
10	Лучевая анатомия челюстно-лицевой области, рентгенсиомиотика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.	5	-	5	Задания для работы с рентгеновскими изображениями и, в программе КТ
11	Итоговая аттестация	2			зачет
ИТОГО:		36	10	24	

**МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОСНАЩЕНИЕ ПРОГРАММЫ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КЛИНИЧЕСКАЯ ГНАТОЛОГИЯ »**

№/№	Наименование оборудования	Кол-во
1	SMILY (дентальный стоматологический симулятор преподавателя с фантомным манекеном)	1
2	SMILY (дентальный стоматологический симулятор студента с фантомным манекеном)	4
3	Компрессор медицинский DK-50 2VS	2
4	Артикулятор	1
5	Интраоральная видеокамера VistaProof	1
6	Ноутбук с веб-камерой	1
7	Проектор "Тошиба"	1

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «КЛИНИЧЕСКАЯ ГНАТОЛОГИЯ »**

Перечень основной литературы

Название источника	Кол-во экземпляров в библиотеке
Хватова В.А. Клиническая гнатология: учебное пособие /В.А. Хватова. - М.: Медицина, 2008. - 294 с.: ил.	1
Персин Л.С. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункции зубочелюстной системы: учеб. пособие/ Л.С. Персин, М. Н. Шаров.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013.-360 с.:ил.	1
Семкин В.А. Патология височно-нижнечелюстных суставов/В.А. Семкин, Н.А. Рабухина, С.И. Волков.- М.:Практическая медицина, 2011.- 168 с.:ил.	1
Пузин М.Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава/ М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин.-М.:Медицина, 2002.-160 с.:ил.	1
Ортопедическая стоматология: учебник / под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливрадзияна. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 640 с.: ил.	1
Ортопедическая стоматология. Национальное руководство. Под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского –М: ГЭОТАР-Медиа, 2016–824с.	1
Функциональная окклюзия. От височно-нижнечелюстного сустава до планирования улыбки. П.Е. Доусон. Перевод с английского.–М.: Практическая медицина, 2016. –592с.	1
Окклюзионные шины (современное состояние проблемы). Учебное пособие.В.А. Хватова, С.О. Чикунов. М.: МИГ «Медицинская книга». 2010, –56с.	1
Основы функциональной окклюзии.Учебное пособие.Н.С. Робакидзе, К.А. Овсянников СПб: Издат.СЗГМУ им. И.И. Мечникова.2016, –40с.	1
Андреев И.Л., Березанцев А.Ю. Психосоматика, психотерапия, личность (теоретический аспект) // Российский психиатрический журнал. 2012. № 2. С. 39-46.	1
Лучевая диагностика в стоматологии: Монография/ А.Ю. Васильев, Ю.И. Воробьев, В.П. Трутень. – М.: Медика, 2007. – 496 с.: ил.	1
Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Серова Н.С. и др. Лучевая диагностика в стоматологии: Учебное пособие. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 176 с.: ил.	1
Лучевая диагностика в стоматологии: национальное руководство / гл.ред.тома А.Ю.Васильев. – М.: ГЭОТАР –Медиа, 2010.-288 с.	1

Перечень дополнительной литературы

Название источника	Кол-во экземпляров в библиотеке

1. Клиническая стоматология/ Под ред. И.Дж.Честнатта, Дж. Тибсона. Пер. с англ. Под. Общ. ред. А.Г.Притыко. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 624с.	1
2. Курякина Н.В. Практикум по фантомному курсу терапевтической стоматологии / Н.В. Курякина, О.Г. Омаров. – М.: Медицинская книга, 2007 - 392с	1
3. Попруженко, Т. В. Профилактика основных стоматологических заболеваний / Т. В. Попруженко, Т. Н. Терехова. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009. - 464 с.	100
4. Бакирова З.А., Мочалов С.М., Куксо П.А. Последствия нарушения психоэмоциональной сферы человека // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2010. Т. 12. № 3-2. С. 382-385.	1
5. Стандарты в стоматологии : рук. / [авт. текста : Петрова Наталья Гурьевна ; ред. : Татьяна Климова]. - СПб., 2009.- 284 с.	1
Бойко В.В. Энергия эмоций. - СПб.: Питер, 2004. 474 с	1
Жукова Н.В. Клиника внутренних болезней. Основы психосоматики. Психиатрия. - М.: Человек, 2010. - 48 с.	1
Краснов А.А. и др. Основы психосоматики. - СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2012. - 112 с.	1
Краткий атлас по цифровой рентгенографии: учебное пособие / Под ред. Васильева А.Ю. – М.: Геотар-Медиа, 2008. – 88 с.: ил.	1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Раздел 1. «Анатомия и физиология височно-нижнечелюстного сустава. Физиологическая окклюзия и область ее применения при лечении дисфункций ВНЧС»

Задания в тестовой форме

Укажите номер правильного ответа:

1. Суставной признак передней окклюзии – суставная головка находится:

- а) на скате суставного бугорка
- б) у основания ската суставного бугорка
- в) за вершиной суставного бугорка

Ответ: а

2. Положение центральной окклюзии отличается от состояния физиологического покоя на величину в:

- а) 2-4 мм
- б) 5-6 мм
- в) 7-8 мм
- г) 6-12 мм

Ответ: а

3. Мышечный признак относительного физиологического покоя – мышцы, поднимающие и опускающие нижнюю челюсть, находятся в состоянии:

- а) равномерного, одновременного расслабления
- б) равномерного, одновременного напряжения

в) напряжены мышцы, опускающие нижнюю челюсть

Ответ: а

4. Метод регистрации жевательных движений нижней челюсти:

- а) мастикациография
- б) реопародонтография
- в) гнатодинамометрия
- г) электромиография

Ответ: г

5. Угол сагиттального суставного пути равен в среднем:

- а) 110 градусам
- б) 60 градусам
- в) 33 градусам
- г) 15-17 градусам

Ответ: в

6. Линия, проведенная по щечным и небным бугоркам 14 и 24 зубов, называется:

- а) сагиттальной компенсационной кривой
- б) трансверсальной окклюзионной кривой
- в) камперовской кривой
- г) базальной кривой

Ответ: б

7. Сагиттальные окклюзионные кривые называются кривыми

- а) Шпее
- б) Бонвиля
- в) Гизи
- г) Уилсона

Ответ: а

8. Угол трансверсального резцового пути по данным Гизи равен в среднем:

- а) 110 градусам
- б) 33 градусам
- в) 60 градусам
- г) 15-17 градусам

Ответ: а

9. Линия (дуга), проведенная по шейкам зубов называется

- а) альвеолярной
- б) челюстной
- в) базальной
- г) зубной

Ответ: а

10. В теле нижней челюсти различают:

- а) основание и базальную дугу
- б) основание и альвеолярную часть
- в) альвеолярную часть и базальную дугу
- г) альвеолярные отростки и основание

Ответ: б

11. Особенности строения первого верхнего моляра:

- а) два корня, треугольная форма коронки, три бугорка на жевательной поверхности
- б) три корня, ромбическая форма коронки, четыре бугорка на жевательной поверхности
- в) два корня, кубическая форма коронки, четыре бугорка на жевательной поверхности
- г) три корня, кубическая форма коронки, четыре бугорка на жевательной поверхности

Ответ: б

12. Опускание нижней челюсти осуществляется мышцами (правильно все, кроме):

- а) челюстно-подъязычными
- б) подбородочно-подъязычными
- в) медиальными крыловидными
- г) передним брюшком двубрюшной мышцы

Ответ: в

13. Укажите признак центральной окклюзии:

- а) одностороннее сокращение латеральных крыловидных мышц
- б) суставная головка нижней челюсти располагается у основания ската суставного бугорка
- в) суставные головки нижней челюсти располагаются у вершины суставных бугорков
- г) двустороннее сокращение латеральных крыловидных мышц

Ответ: б

14. Аппарат, воспроизводящий вертикальные движения нижней челюсти, называется:

- а) параллелометр
- б) артикулятор
- в) окклюдатор
- г) гнатодинамометр

Ответ: в

15. Укажите признак смыкания зубов в сагиттальной плоскости при прогнатическом прикусе:

- а) медиальный щечный бугор верхнечелюстного первого моляра располагается в межбугорковой борозде одноименного нижнего моляра
- б) медиальный щечный бугор верхнечелюстного первого моляра смыкается с одноименным бугорком первого нижнего моляра
- в) медиальный щечный бугор верхнечелюстного первого моляра смыкается с дистальным бугорком первого нижнего моляра
- г) верхние передние зубы перекрывают нижние более чем на $\frac{1}{2}$

Ответ: б

16. Линия, проведенная от основания крыла носа до середины козелка уха, называется:

- а) франкфуртская горизонталь

- б) окклюзионная плоскость
 - в) камперовская горизонталь
 - г) кривая Шпее
- Ответ: в

17. Жевательное давление от резцов верхней челюсти передается на череп через контрофорсы:

- а) скуловые
 - б) лобно-носовые
 - в) небные
 - г) крыло-небные
- Ответ: б

18. Центральная окклюзия определяется:

- а) зубным, глотательным, лицевым
 - б) язычным, мышечным, глотательным
 - в) зубным, суставным, мышечным
 - г) суставным, лицевым, мышечным
- Ответ: в

19. Прикус – это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии:

- а) боковой
 - б) передней
 - в) центральной
 - г) дистальной
- Ответ: в

20. Направляющими буграми моляров и премоляров являются:

- а) щечные бугры на верхней челюсти и щечные бугры на нижней челюсти
 - б) щечные бугры на верхней челюсти и язычные бугры на нижней челюсти
 - в) небные бугры на верхней челюсти и щечные бугры на нижней челюсти
 - г) небные бугры на верхней челюсти и язычные бугры на нижней челюсти
- Ответ: в

21. Артикуляция – это

- а) всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей
 - б) смыкание зубных рядов при ортогнатическом прикусе
 - в) всевозможные перемещения нижней челюсти относительно верхней
 - г) соотношение беззубых челюстей
- Ответ: в

Раздел 2. «Клиника дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Мнофасциальный синдром»

Задания в тестовой форме:

Укажите номер правильного ответа:

1. Избирательное пришлифовывание зубов при заболеваниях ВНЧС проводится с целью

- а) уменьшения нагрузки на пародонт
- б) снижения окклюзионной высоты
- в) нормализации функциональной окклюзии
- г) нормализации функции мышц

Ответ: в

2. Укажите методы лечения больных с миофасциальным синдромом: а) медикаментозное лечение, применение расслабляющей каппы, местное обезболивание

- б) коррекция окклюзии
- в) избирательное пришлифовывание, медикаментозное лечение
- г) лечебная гимнастика, физиотерапевтическое лечение

Ответ: а

3. К характерным клиническим признакам острого артрита относятся а) приступообразные боли в суставе

- б) постоянные боли в суставе в покое
- в) открывание рта до 4,5 – 5,0 см
- г) открывание рта до 0,5 – 1,0 см, боли в суставе, усиливающиеся при движении

нижней челюсти

Ответ: г

4. Показаниями к применению окклюзионных шин при заболеваниях ВНЧС являются

- а) ограничение движений нижней челюсти
- б) исключение чрезмерной нагрузки на ткани зуба, пародонт, предохранение тканей сустава от существующих окклюзионных нарушений
- в) нормализация функции мышц, положения головок нижней челюсти, предохранение тканей сустава от существующих окклюзионных нарушений
- г) все ответы верны

Ответ: г

5. Причинами развития дисфункционального синдрома ВНЧС могут быть

- а) частичное отсутствие зубов
- б) снижение межальвеолярной высоты
- в) преждевременные окклюзионные контакты
- г) все ответы верны

Ответ: г

6. Синдром дисфункции ВНЧС относится

- а) к воспалительным заболеваниям
- б) к невоспалительным заболеваниям
- в) к аномалиям ВНЧС
- г) к остеоартрозам

Ответ: б

7. Болевой синдром, характеризующийся мышечной дисфункцией с формированием локальных болезненных уплотнений в пораженных мышцах – это:

- а) болевой синдром, возникающий при воспалении
- б) нейропатический болевой синдром

в) миофасциальный болевой синдром

Ответ: в

8. Причины возникновения миофасциального болевого синдрома:

- а) растяжение мышцы
- б) перенапряжение мышцы
- в) повторная микротравматизация
- г) все варианты

Ответ: г

9. Формирование триггерных точек патогномонично для:

- а) нейропатического болевого синдрома
- б) вертеброгенного болевого синдрома
- в) воспалительного болевого синдрома
- г) миофасциального болевого синдрома

Ответ: г

10. Пальпаторное воздействие на триггерную точку вызывает:

- а) боль в отдаленном, неопределенном месте
- б) боль в отдаленном, но строго определенном месте
- в) боль в месте воздействия
- г) не вызывает болевых ощущений

Ответ: б

11. Лечение миофасциального болевого синдрома:

- а) создание покоя в пораженной мышце
- б) НПВС
- в) миорелаксанты
- г) все варианты

Ответ: г

12. Что является пусковым механизмом в развитии болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава:

- а) давление головки нижней челюсти на свод суставной ямки
- б) давление головки нижней челюсти на ушно-височный нерв
- в) давление головки нижней челюсти на барабанную струну
- г) нарушения в зубочелюстной системе

Ответ: г

13. Симптом головной боли в большей степени характерен для заболевания ВНЧС:

- а) болевой дисфункции;
- б) острого артрита;
- в) хронического артрита;
- г) артроза.

Ответ: а

14. Резкие боли в суставе характерны в большей степени для:

- а) болевой дисфункции;
- б) острого артрита;
- в) хронического артрита;
- г) артроза.

Ответ: б

15. Максимальное ограничение открывания рта наблюдается при:

- а) болевой дисфункции;
- б) остром артрите;
- в) хроническом артрите;
- г) артрозе.

Ответ: б

16. Щелканье в суставе наблюдается при:

- а) болевой дисфункции;
- б) остром артрите;
- в) хроническом артрите;
- г) артрозе.

Ответ: а

17. Хруст в височно-нижнечелюстном суставе наиболее выражен при:

- а) болевой дисфункции;
- б) остром артрите;
- в) хроническом артрите;
- г) артрозе.

Ответ: г

18. Снижение слуха наиболее часто встречается при:

- а) болевой дисфункции;
- б) остром артрите;
- в) хроническом артрите;
- г) артрозе.

Ответ: а

19. Шум в ухе чаще встречается при каком заболевании?:

- а) болевой дисфункции;
- б) остром артрите;
- в) хроническом артрите;
- г) артрозе.

Ответ: а

20. Чувство сведения челюстей после сна наблюдается при:

- а) болевой дисфункции;
- б) остром артрите;
- а) хроническом артрите;
- г) артрозе.

Ответ: а

21. Чувство скованности в жевательных мышцах наиболее выражено при:

- а) болевой дисфункции;
- б) остром артрите;
- в) хроническом артрите;
- г) артрозе.

Ответ: а

22. Тугоподвижность в суставе в конце дня наиболее выражено при:

- а) болевой дисфункции;
- б) остром артрите;
- в) хроническом артрите;
- г) артрозе.

Ответ: в

23. Тугоподвижность, скованность по утрам наиболее часто встречается при:

- а) болевой дисфункции;
- б) остром артрите;
- в) хроническом артрите;
- г) артрозе.

Ответ: г

24. В течение дня нижняя челюсть "разрабатывается" при:

- а) болевой дисфункции;
- б) остром артрите;
- в) хроническом артрите;
- г) артрозе.

Ответ: г

25. Крепитация - это симптом характерен для:

- а) болевой дисфункции;
- б) остром артрите;
- в) хроническом артрите;
- г) артрозе.

Ответ: а

26. При открывании рта нижняя челюсть делает S-образное движение при:

- а) болевой дисфункции;
- б) остром артрите;
- в) хроническом артрите;
- г) артрозе.

Ответ: а

27. При каком заболевании боль в суставе резко усиливается при любых движениях нижней челюстью:

- а) болевой дисфункции;
- б) остром артрите;
- в) хроническом артрите;
- г) артрозе.

Ответ: б

28. Припухлость впереди козелка уха наблюдается при:

- а) болевой дисфункции;
- б) остром артрите;
- в) хроническом артрите;
- г) артрозе.

Ответ: б

29. Наличие болезненных и спазмированных участков в мышцах встречается при:

- а) болевой дисфункции;
- б) острым артритом;
- в) хроническом артритом;
- г) артрозе.

Ответ: а

30. Увеличение объема движений нижней челюсти наблюдается чаще при:

- а) болевой дисфункции;
- б) острым артритом;
- в) хроническом артритом;
- г) артрозе.

Ответ: г

**Раздел 3. «Особенности психологического взаимодействия с гнатологическими
больными на врачебном приеме»
Задания в тестовой форме:**

Укажите номер правильного ответа:

1. У больной, 37 лет, после семейных неприятностей появилась дисфункция ВНЧС. Неврологический статус в норме. Какая психотерапия необходима в первую очередь?

- а) Рациональная психотерапия
- б) Аналитическая психотерапия
- в) Гипнотерапия
- г) Наркопсихотерапия

Ответ: г

2. Тревожный тип пациента, по отношению к болезни, характеризуется:

- а) слабостью, утомляемостью, раздражительностью, вегетативной лабильностью;
- б) безразличием к происходящему, слабой энергетикой, подавленным настроением;

в) внутренним напряжением, волнением и беспокойством;

г) демонстративностью, театральностью, преувеличенной экспрессией, стремлением привлечь к себе внимание

Ответ: в

3. Студент, 19 лет, долго и напряженно готовился к сессии, но не сдал экзамена. Появились жалобы на слабость, вялость, раздражительность, плохой сон, затрудненное открывание рта. Какой вид психотерапии необходимо назначить?

- а) Аутотренинг
- б) Рациональную психотерапию
- в) Внушение
- г) Каузальную психотерапию

Ответ: б

4. Эгоцентрический тип пациента, по отношению к болезни, характеризуется:

- а) слабостью, утомляемостью, раздражительностью, вегетативной лабильностью;
 - б) безразличием к происходящему, слабой энергетикой, подавленным настроением;
 - в) внутренним напряжением, волнением и беспокойством;
 - г) демонстративностью, театральностью, преувеличенной экспрессией, стремлением привлечь к себе внимание
- Ответ: г

5. После сильного стресса у молодой девушки, 21 год, появились неприятные ощущения в области ВНС справа, опасения, что ее болезнь может привести к асимметрии лица и инвалидности. На фоне проводимой рациональной психотерапии состояние начало улучшаться. Какой вид психотерапии необходимо прибавить, учитывая возможность применения специальных веществ?

- а) Аутотренинг
 - б) Аналитическую психотерапию
 - в) Наркопсихотерапию
 - г) Групповую психотерапию
- Ответ: в

6. Апатический тип пациента, по отношению к болезни, характеризуется:

- а) слабостью, утомляемостью, раздражительностью, вегетативной лабильностью;
 - б) безразличием к происходящему и исходу болезни;
 - в) внутренним напряжением, волнением и беспокойством;
 - г) неоправданное беспокойство по поводу здоровья;
- Ответ: б

7. Подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно-психических процессов, оказывает воздействие на вегетативные функции без активного участия личности, без логической переработки воспринимаемого. К какому виду психотерапии подходит данное определение?

- а) Рациональная психотерапия;
 - б) Внушение
 - в) Аутогенная тренировка;
 - г) Каузальная психотерапия;
- Ответ: б

8. При лечении больной К., 37 лет, обратившейся с жалобами на ограничение подвижности в ВНС, удалось выяснить, что в последнее время больная чувствует несправедливое, предвзятое отношение к себе со стороны окружающих, в том числе персонала клиники, считает себя обиженной. По этому поводу она обратилась к психотерапевту, который начал использовать метод логического убеждения, учить пациентку рационально мыслить, избегать конфликтов. Как называется этот метод психотерапии?

- а) Рациональная психотерапия
 - б) Психоанализ
 - в) Суггестивная психотерапия
 - г) Психологические тренинги
- Ответ: а

9. С какой основной целью врачи направляют своих пациентов к психологам на консультацию?

- а) Формирование личностной позиции;
- б) Формирование адекватного поведения;
- в) Постановка диагноза;
- г) Формирование невротической устойчивости.

Ответ: б

10. Больной 40 лет, проходит лечение в стационаре по поводу дисфункции ВНС. Психологически характеризуется чувствительностью, эмоциональной лабильностью, истощаемостью. На этом фоне легко возникают ситуационно обусловленные аффективные проявления, истерические реакции, приводящие к конфликтам с другими больными и медицинским персоналом. Какова правильная тактика поведения врача?

- а) Сделать строгий выговор больному
- б) Назначить успокаивающие средства
- в) Ни в коем случае не обращать внимание
- г) Сделать строгий выговор персоналу

Ответ: б

11. Ипохондрический тип пациента, по отношению к болезни, характеризуется:

- а) слабостью, утомляемостью, раздражительностью, вегетативной лабильностью;
- б) безразличием к происходящему, слабой энергетикой, подавленным настроением;

в) внутренним напряжением, волнением и беспокойством;

г) неоправданное беспокойство по поводу здоровья;

Ответ: г

12. Если пациент нуждается в уменьшении силы раздражителей, устранении стимулов и триггеров физического дискомфорта, то о каком типе пациента, по отношению к болезни, идет речь?

- а) апатическом
- б) меланхолическом
- в) тревожном
- г) ипохондрическом

Ответ: а

13. Больному с формирующимся на фоне длительного перенапряжения на работе артрозом ВНС врач дополнительно к назначенному медикаментозному лечению может порекомендовать проведение лечения у психотерапевта. Какой из перечисленных методов на ваш взгляд будет наиболее целесообразен?

- а) Поведенческая терапия
- б) Обучение методам релаксации
- в) Психоанализ
- г) Арттерапия

Ответ: б

14. Если пациенту требуются доказательства наличия здоровья, сочувствие, разделенное волнение по поводу здоровья пациента, то о каком типе пациента по отношению к болезни идет речь?

- а) меланхолическом
 - б) тревожном
 - в) ипохондрическом
 - г) эгоцентрическом
- Ответ: б

15. Артриты ВНЧС психосоматически чаще характеризуются:

- а) сдерживанием собственных эмоций обиды и гнева;
- б) трудоголизмом, работой на износ;
- в) чувством незащищенности в этом мире;
- г) нежеланием отпускать болезненные воспоминания из прошлого

Ответ: а

16. Больному 45 лет, установлен диагноз хондрома суставного отростка ВНЧС. Испытывает необоснованный, навязчивый страх перед злокачественностью новообразования. Больной навязчиво обращается к врачу с вопросами по этому поводу. Какова правильная тактика поведения врача, с учетом того, что диагноз злокачественного новообразования исключен по результатам всестороннего обследования?

- а) Игнорировать вопросы больного как несостоятельные
- б) Рекомендовать обратиться к психиатру
- в) Терпеливо доказать больному несостоятельность его подозрений
- г) Рекомендовать обследование в специализированном онкоцентре

Ответ: в

17. Пациентки, какого типа по отношению к болезни, предпочитают лечиться у мужчин, считая, что врачи-женщины холодны, нетерпимы на приеме, не в состоянии понять и вообще недостаточно профессиональны?

- а) апатического
- б) меланхолического
- в) тревожного
- г) эгоцентрического

Ответ: г

18. Меланхолический тип пациента, по отношению к болезни, характеризуется:

- а) удрученностью болезнью, неверием в выздоровление;
- б) безразличием к происходящему и исходу болезни;
- в) внутренним напряжением, волнением и беспокойством;
- г) неоправданное беспокойство по поводу здоровья;

Ответ: а

19. Артрозы ВНЧС психосоматически характеризуются:

- а) сдерживанием собственных эмоций обиды и гнева;
- б) трудоголизмом, работой на износ;
- в) чувством незащищенности в этом мире;
- г) нежеланием отпускать болезненные воспоминания из прошлого

Ответ: б

20. О каком типе пациента, по отношению к болезни, идет речь, если он хочет, чтобы его как можно меньше беспокоили, он не ищет общения, нуждается в мягком, заботливом обращении?

- а) апатическом
- б) меланхолическом
- в) тревожном
- г) ипохондрическом

Ответ: а

Раздел 4. «Комплексный подход в диагностике и лечении заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава»

Укажите номер правильного ответа:

1. Основной причиной вывихов нижней челюсти является:
- а) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 - б) нижняя макрогнатия
 - в) снижение высоты прикуса
 - г) слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава

Ответ: г

2. Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

- а) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- б) нижняя макрогнатия
- в) снижение высоты прикуса
- г) снижение высоты суставного бугорка

Ответ: г

3. Укажите признаки характерные для вывиха нижней челюсти

- а) слюнотечение изо рта
- б) невозможность закрыть рот
- в) зубы смыкаются на фронтальном участке
- г) сухость в полости рта

Ответ: в

4. Лечение при вывихе нижней челюсти заключается:

- а) в иммобилизации
- б) в резекции суставного бугорка
- в) в прошивании суставной капсулы
- г) во введении суставной головки в суставную впадину

Ответ: г

5. Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти:

- а) наркоз
- б) местное
- в) нейрелептаналгезия
- г) эндотрахеальный наркоз

Ответ: б

6. Вправление вывиха нижней челюсти проводится при положении больного:

- а) лежа
 - б) сидя
 - в) стоя
 - г) полулежа
- Ответ: б

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

- а) на углы нижней челюсти
- б) на фронтальную группу зубов
- в) на моляры справа и слева или альвеолярные отростки
- г) на подбородок

Ответ: в

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

- а) вниз
- б) вбок
- в) книзу
- г) снизу вверх

Ответ: в

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

- а) вбок
- б) вверх
- в) книзу
- г) снизу вверх и кзади

Ответ: г

10. Показания для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти:

- а) при привычном вывихе
- б) при выраженной гиперсаливации
- в) при подозрении на тромбофлебит угловой вены
- г) при рефлекторной контрактуре жевательных мышц

Ответ: г

11. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

- а) актиномикоз
- б) острая травма
- в) околоушный гипергидроз
- г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

Ответ: б

12. Причиной хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

- а) актиномикоз
- б) острая травма

- в) околоушный гипергидроз
 - г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
- Ответ: г

13. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:
- а) актиномикоз
 - б) ревматическая атака
 - в) околоушный гипергидроз
 - г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
- Ответ: а

14. Характерные симптомы острого артрита височно-нижнечелюстного сустава в начальной стадии:
- а) тризм жевательных мышц
 - б) околоушный гипергидроз
 - в) боль, ограничение открывания рта
 - г) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав
- Ответ: в

15. В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава входят:
- а) химиотерапия, иглотерапия
 - б) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава
 - в) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
 - г) физиотерапия, удаление мышечкового отростка, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава
- Ответ: б

16. К привычному вывиху предрасполагает патология прикуса:
- а) нижняя прогнатия
 - б) открытый прикус
 - в) нижняя ретрогения
 - г) перекрестный прикус

Ответ: б

17. Основной метод лечения больных с костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава:
- а) физиотерапия
 - б) хирургический
 - в) консервативный
 - г) ортопедический
- Ответ: б

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

- а) через 6 месяцев от начала заболевания
- б) через один год после начала заболевания
- в) с началом интенсивного роста костей лица
- г) является первым признаком заболевания

Ответ: в

19. Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является:

- а) ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в височно-нижнечелюстном суставе
- б) снижение высоты прикуса
- в) укорочение ветвей нижней челюсти
- г) ограничение подвижности нижней челюсти

Ответ: г

20. Основным хирургическим методом лечения контрактур нижней челюсти заключается:

- а) в иссечении рубцов
- б) в рассечении рубцов
- в) в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти
- г) в рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов

Ответ: г

Раздел 5. Методы лучевой диагностики височно-нижнечелюстного сустава.

Укажите номер правильного ответа:

1. Рентгенологическая картина костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:

- а) прерывистой суставной щелью
- б) сплошным костным конгломератом
- в) четко контурируемыми элементами суставных структур
- г) недоразвитие нижней челюсти

Ответ: б

2. Характерный рентгенологический признак характерен для деформирующего артроза:

- а) расширение суставной щели
- б) изменение контуров сочленяющихся поверхностей за счет неравномерного разрастания костной ткани
- в) сужение суставной щели
- г) остеопороз кости

Ответ: б

3. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при оценке морфологии элементов ВНЧС является:

- а) ортопантомография
- б) панорамная рентгенография
- в) магнитно-резонансная томография
- г) компьютерная томография

Ответ: в

4. Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС характеризуется:

- а) расширением суставной щели
- б) сужением суставной щели
- в) уплотнением кортикального слоя суставной головки
- г) изменением формы костных элементов сустава *

Ответ: г

5. Рентгенологическая картина при хронических артритах характеризуется:

- а) расширением суставной щели
- б) сужением суставной щели
- в) отсутствием суставной щели
- г) нечеткими контурами суставной головки

Ответ: г

6. Характерная рентгенологическая картина острого артрита височно-нижнечелюстного сустава:

- а) всегда наблюдается расширение суставной щели
- б) обычно изменений нет, редко наблюдается расширение суставной щели
- в) вначале наблюдается расширение суставной щели, а через неделю ее сужение
- г) наблюдается сужение суставной щели.

Ответ: б

7. Рентгенологическая симптоматика хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава:

- а) изменений нет
- б) расширение суставной щели
- в) сужение суставной щели
- г) расширение или сужение суставной щели, остеопороз

Ответ: г

8. При фиброзном анкилозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически суставная щель:

- а) неразличима
- б) едва различима
- в) резко расширена
- г) не изменена

Ответ: б

9. При костном анкилозе височно - нижнечелюстного сустава рентгенологически суставная щель:

- а) неразличима
- б) едва различима
- в) резко расширена
- г) не изменена

Ответ: а

10. Отсутствуют рентгенологические изменения костных структур височно-нижнечелюстного сустава при:

- а) болевой дисфункции
- б) хроническом артрите
- в) артрозе
- г) анкилозе

Ответ: а

11. Склероз кортикальной пластинки суставной головки и бугорка наблюдается при:

- а) болевой дисфункции
- б) остром артрите
- в) хроническом артрите
- г) артрозе

Ответ: г

12. Наличие экзофитов на суставных поверхностях встречается при:

- а) болевой дисфункции
- б) остром артрите
- в) хроническом артрите
- г) артрозе

Ответ: г

13. Деформация головки нижней челюсти наблюдается при:

- а) болевой дисфункции
- б) остром артрите
- в) хроническом артрите
- г) артрозе

Ответ: г

14. Уплотнение суставного бугорка происходит при:

- а) болевой дисфункции
- б) остром артрите
- в) хроническом артрите
- г) артрозе

Ответ: г

15. Укорочение шейки мышцелкового отростка наблюдается при:

- а) болевой дисфункции
- б) остром артрите
- в) хроническом артрите
- г) артрозе

Ответ: г

16. Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС характеризуется:

- а) расширением суставной щели
- б) сужением суставной щели
- в) нечеткими контурами головок нижней челюсти
- г) деформацией костных элементов сустава

Ответ: в

17. Метод рентгенодиагностики, наиболее информативный для выявления морфологии элементов височно-нижнечелюстного сустава:

- а) панорамная рентгенография
- б) ортопантомография
- в) телерентгенография
- г) томография

Ответ: г

18. Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС:

- а) сужение суставной щели
- б) отсутствие суставной щели
- в) расширение суставной щели
- г) изменение формы костных элементов сустава

Ответ: г

19. Для исследования состояния мягких тканей сустава используют:

- а) артрографию
- б) магниторезонансную томографию
- в) ультразвуковую диагностику
- г) верно б) и в)

Ответ: г

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

- а) расширена равномерно
- б) расширена неравномерно
- в) сужена равномерно
- г) сужена неравномерно

Ответ: г

ЗАДАНИЯ ДЛЯ РАБОТЫ НА СИМУЛЯТОРАХ

Раздел 1. «Анатомия и физиология височно-нижнечелюстного сустава.

Физиологическая окклюзия и область ее применения при лечении дисфункций ВНЧС»

На практическом занятии будет проводиться изучение строения зубных рядов в норме и при патологии; строения и биомеханики ВНЧС на моделях, фантомах, рисунках. В артикуляторе будет проводиться анализ окклюзионных контактов, окклюзионной плоскости и зубных рядов. Будет изучена методика расчета окклюзионного индекса пациентов с ДВНЧС.

Раздел 2. «Клиника дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Миофасциальный синдром»

На практическом занятии на моделях, фантомах, рисунках будет проводиться изучение техники внеротовой и внутриротовой пальпации жевательных мышц, закономерности распространения отраженной боли при пальпации триггерных точек (зон или тяжей). Отработка техники пальпации триггерных точек (зон или тяжей) будет проводиться при групповой работе.

При работе в группах будет изучаться комплекс лечебно-гимнастических упражнений для профилактики или устранения повышенного тонуса или напряжения жевательных мышц.

Раздел 3. «Особенности психологического взаимодействия с гнатологическими больными на врачебном приеме»

На практическом занятии будет проводиться работа в группах для изучения методов диагностики психологического состояния у больных с заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов, проводиться психологический тренинг и ролевые игры по изучению и отработке техники способов снятия психологического напряжения у больных с заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов.

Раздел 4. «Комплексный подход в диагностике и лечении заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава»

На практическом занятии будут изучаться основные принципы диагностики, лечения и профилактики заболеваний и повреждений ВНЧС. На симуляторах будут демонстрироваться методы диагностики заболеваний ВНЧС. При групповой работе будут отрабатываться протоколы и схемы назначения медикаментозного лечения при заболеваниях и повреждениях ВНЧС.

Раздел 5. «Методы лучевой диагностики височно-нижнечелюстного сустава»

На практическом занятии будет проводиться отработка навыков чтения и анализа рентгеновских снимков, демонстрироваться работа в программе компьютерной томографии.

ЕЙС-ЗАДАЧИ

Раздел 1. «Анатомия и физиология височно-нижнечелюстного сустава. Физиологическая окклюзия и область ее применения при лечении дисфункций ВНЧС»

Задача 1. Больной К., 27 лет, обратился с целью протезирования. Зубы 3.6, 3.5 удалены по поводу осложненного кариеса около 5 лет назад. Зубоальвеолярное выдвижение 2.6 и 2.5 зубов на 1,5 мм без обнажения шеек зубов, наклон 3.7 зуба около 25° в сторону дефекта. Зубы 2.6, 2.5, 3.7 интактные. Жалоб со стороны других органов не предъявляет. Привычная сторона жевания правая. Объективно: Лицо симметричное. Пальпация задних и средних отделов височной, собственно жевательной мышц справа и нижней головки ЛКМ слева болезненная. При открывании рта девиация н/ч вправо, Слева в начале открывания отмечается щелчок. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений.

1. Поставьте развернутый диагноз
2. Объясните механизм девиации нижней челюсти в данной клинической ситуации.
3. Перечислите дополнительные методы обследования ВНЧС.
4. Составьте план лечения с учетом возраста пациента.
5. Перечислите способы устранения деформаций зубных рядов

Ответы.

1. Дефект зубного ряда на нижней челюсти, III класс по Кеннеди. Мышечно-суставная дисфункция. Осложнения: Зубоальвеолярное удлинение 1.6, 1.5 (первая форма), Мезиальный наклон 4.7
2. Обход н/ч мешающих контактов.
3. КЛКТ, МРТ, Кондилография (аксиография)
4. Специальная подготовка к протезированию – ортодонтическое устранение деформаций зубных рядов, Протезирование 3.6, 3.5 искусственными коронками с опорой на имплантаты.
5. Сошлифовывание зубов, аппаратурный (ортодонтический), аппаратурно-хирургический, хирургический.

Задача 2. Больная 42 года обратилась к врачу стоматологу с жалобами на кровоточивость дёсен, неприятный запах изо рта, болезненность зубов и дёсен при приёме твердой пищи. Впервые жалобы появились около 7 лет назад, ранее неоднократно обращалась к стоматологу, проводилось снятие зубных отложений и назначались антисептические полоскания, наблюдалось временное улучшение. В последние 2 года к стоматологу не обращалась. В анамнезе беспокоят боли и неприятные ощущения в области желудка, часто кислый привкус во рту, к врачу с данными жалобами не обращалась.

Внешний осмотр: высота нижней трети лица не занижена, выраженность носогубных складок соответствует возрасту, при пальпации поднижнечелюстные лимфоузлы болезненные, мягкой консистенции, подвижны, незначительно увеличены.

Осмотр полости рта: слизистая оболочка десны гиперемирована, отечна, при зондировании кровоточит. Дорсальная поверхность языка обложена бело-серым налётом, нитевидные сосочки языка гипертрофированы. Скученность передних зубов верхней и нижней челюсти, язычное положение 3.2 и нёбное положение 1.2 и 2.2 зубов, отложение над и поддесневого камня в области передней группы зубов нижней челюсти, обильное мягкое зубное налёта в области жевательной группы зубов, индекс гигиены Федорова-

Володкиной 2,4, подвижности зубов нет. Пародонтальные карманы в области 1.7,2.7,3.6,3.7, 1.4,1.5, 2.2,2.3,2.4 до 3 мм, рецессия десны в области 2.1,3.1 – 1,5 мм. На окклюдодиаграмме определяются травматические узлы в области 4.3,1.4, 2.2, 2.5, 3.3 зубов. Зубная формула:

У	П	С	С			П		П	П			П	У	К	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	П	П											П	У	П

Данные рентгенологического обследования: неравномерная деструкция межзубных перегородок в области 1.7, 2.7, 3.6, 3.7, 1.4, 1.5, 2.2, 2.3, 2.4 до 1/3 длины корня зуба, усечение вершин межзубных перегородок.

Консультация гастроэнтеролога: обострение гиперацидного гастрита

1. Поставьте развёрнутый диагноз патологии тканей пародонта.
2. Составьте план комплексного лечения данного заболевания

Ответы:

1. Диагноз: Хронический генерализованный пародонтит лёгкой степени тяжести. Скученность передней группы зубов ниж.чел и верх.чел. Суперконтакты в обл. 4.3,1.4, 2.2, 2.5, 3.3 зубов. Индекс гигиены Федорова-Володкиной 2,4 (неудовлетворительная гигиена полости рта). Аномалия положения 3.2, 1.2 и 2.2 зубов. Сопутствующая соматическая патология - гиперацидный гастрит.

2. План лечения: профессиональная гигиена, обучение гигиене, контролируемая гигиена; ортодонтическое лечение после противовоспалительной местной терапии; лечение у гастроэнтеролога; лечение 1.6 и 1.5 зубов; 2.6 и 3.7 – удалены, поэтому следует выбрать метод ортопедического лечения исходя из состояния соседних зубов: избирательной пришлифовывание после ортодонтического лечения, а также перед и после ортопедического лечения согласно данных окклюдодиаграммы или анализа окклюзии в артикуляторе.

Задача 3. Больной И., 22 года, обратился с жалобами на повышенную чувствительность жевательных зубов при приеме холодной и кислой пищи, при чистке зубов. Из анамнеза отмечает частые головные боли, стискивание и скрежетание зубами по ночам. Объективно: Лицо симметричное. Собственно жевательные мышцы с обеих сторон гипертрофированы, болезненны при пальпации. Открывание рта в полном объеме. Зубные ряды интактные. Отмечаются выраженные фасетки стирания в области клыков и вершин бугров первых и вторых моляров. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план комплексного лечения.

Ответы.

1. Диагноз: Локализованная патологическая стираемость 1 степени; Бруксизм.
2. План лечения.
 - 1) Пломбирование некариозных дефектов.
 - 2) Консультация невропатолога для подтверждения/исключения бруксизма центрального генеза.
 - 3) Обследование окклюзии в концепции ЦС: депрограммация мышц, регистрация центрального соотношения, перенос данных в артикулятор, анализ окклюзионных

контактов.

- 4) По данным обследования ортодонтическое лечение или пришлифовывание.
- 5) Изготовление защитной миорелаксирующей ночной каппы

Задача 4. Больная И., 32 года, обратился с жалобами на подвижность жевательных зубов. Объективно: Лицо симметричное. Пальпация жевательных мышц чувствительна. Открывание рта в полном объеме. Зубы 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, 3.7, 4.6, 4.7 подвижность 1 степени, 28, 3.8 подвижность 2 степени. Данные рентгенографии занесены в пародонтограмму:

0	½	½	¼	N	N	N	N	N	N	N	N	¼	½	½	¾
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
0	½	½	¼	N	N	N	N	N	N	N	N	N	½	½	¾

Смыкание зубов по 1 классу, отмечаются множественные медиатрузионные и протрузионные контакты на жевательных зубах. Индекс гигиены удовлетворительный. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план комплексного лечения.

Ответы.

1. Локализованный хронический пародонтит. Травматическая окклюзия.
2. План лечения.
 - 1) Профессиональная гигиена.
 - 2) Удаление 2.8, 3.8.
 - 3) Обследование окклюзии в концепции ЦС: депрограммация мышц, регистрация центрального соотношения, перенос данных в артикулятор, анализ окклюзионных контактов.
 - 4) По данным обследования ортодонтическое лечение, пришлифовывание или ортопедическое лечение
 - 5) Хирургическое лечение: НКР, открытый кюретаж.

Раздел 2. «Клиника дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Миофасциальный синдром»

Задача 1. Больной К., 37 лет, обратился к стоматологу по поводу болей в челюстях, особенно сильно выраженных утром, после сна. Интенсивность болей колеблется от простого дискомфорта до сильно выраженных. При осмотре: лицо симметричное. При пальпации задних и средних отделов височной, собственно жевательной мышц справа и нижней головки латерально-крыловидной мышцы слева определяется напряжение, пальпируются плотные, болезненные участки. При открывании рта девиация нижней челюсти вправо. При аускультации височно-нижнечелюстных суставов слева в начале открывания рта отмечается щелчок. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений. Зубы 3.6, 3.5 удалены по поводу осложненного кариеса около 5 лет назад. Зубоальвеолярное выдвижение 2.6 и 2.5 зубов на 1,5 мм без обнажения шеек зубов, наклон 3.7 зуба около 25° в сторону дефекта. Зубы 2.6, 2.5, 3.7 интактные.

1. Поставьте диагноз
2. Перечислите дополнительные методы обследования ВНЧС.

3. Составьте план лечения с учетом возраста пациента.

Ответы.

1. Миофасциальный болевой синдром лица
2. КЛКТ, МРТ, Кондилография (аксиография)
3. Медикаментозное лечение, направленное на восстановление нормального функционирования мышечной ткани (общее и местное (в виде мазей и гелей) применение НПВП; миорелаксантов; физиотерапия, лечебный массаж и гимнастика. При длительном течении, упорных болях следует оказывать комплексное воздействие с применением психотерапевтических методик, антидепрессантов. После стихания острых явлений нормализация окклюзионных соотношений - протезирование 3.6,3.5 искусственными коронками с опорой на имплантаты после специальной подготовки – ортодонтического устранения деформаций зубных рядов

Задача 2. Больная 42 года обратилась к врачу стоматологу с жалобами на боли в околоушной области, усиливающиеся при дотрагивании, головные боли, больше в лобной и височной области. Пациентка работает преподавателем, и отмечает, что боли усиливаются после чтения лекций, проведения занятий со студентами. Также отмечает усиление болей после эмоциональных переживаний. При опросе было выяснено, что во время эмоциональных переживаний, а также при физическом напряжении имеет привычку «стискивать зубы». Впервые жалобы появились около 2 лет назад, беспокоят периодически, но в последнее время усилились. При болях принимала обезболивающие средства, которые снижали интенсивность болевого приступа, но до конца его не снимали.

Внешний осмотр: лицо симметрично, высота нижней трети лица не занижена, выраженность носогубных складок соответствует возрасту. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, без патологических высыпаний. Осмотр полости рта: слизистая оболочка физиологической окраски, дорсальная поверхность языка обложена бело-серым налётом, нитевидные сосочки языка гипертрофированы. Скученность передних зубов верхней и нижней челюсти, язычное положение 3.2 и нёбное положение 1.2 и 2.2 зубов.

На окклюдограмме определяются супраконтакты в области 4.3,1.4, 2.2, 2.5, 3.3 зубов.

Зубная формула:

У	П	С	С			П		П	П			П	У	К	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	П	У	У										П	У	П

1. Поставьте диагноз.
2. Что, по-вашему, могло явиться причиной данной патологии?
 2. Составьте план комплексного лечения данного заболевания

Ответы:

1. Миофасциальный болевой синдром
2. Нарушение целостности верхнего и нижнего зубных рядов, и вследствие этого - нарушение окклюзионных соотношений, наличие супраконтактов, вредная привычка сжимать челюсти во время физического напряжения, эмоциональных переживаний.
3. Консультация психотерапевта для назначения психотерапевтических методик,

помогающих справиться с вредной привычкой, при необходимости назначение антидепрессантов. Консультация ортопеда-стоматолога для изготовления расслабляющей временной каппы. Медикаментозное лечение, направленное на восстановление нормального функционирования мышечной ткани, общее и местное (в виде мазей и гелей), применение НПВП; миорелаксантов; физиотерапия, лечебный массаж и гимнастика. После стихания острых явлений нормализация окклюзионных соотношений - протезирование, избирательное шлифование (до и после протезирования) согласно данным окклюдодиаграммы и анализа окклюзии в артикуляторе.

Задача 3. Больной И., 22 года, обратился с жалобами на боли в челюстях, особенно сильно выраженных утром, после сна. Интенсивность болей колеблется от простого дискомфорта до сильно выраженных. Из анамнеза отмечает частые головные боли, стискивание и скрежетание зубами по ночам. Объективно: Лицо симметричное. Собственно жевательные мышцы с обеих сторон гипертрофированы, болезненны при пальпации. Открывание рта в полном объеме. Зубные ряды интактные. Отмечаются выраженные фасетки стирания в области клыков и вершин бугров первых и вторых моляров. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений.

1. Поставьте диагноз.
2. Что, в данном случае, является показанием к применению окклюзионных шин?

Ответы.

- 1 Диагноз: Миофасциальный болевой синдром. Локализованная патологическая стираемость 1 степени. Бруксизм.
2. Показаниями к применению окклюзионных шин при данном заболевании являются
 - а) ограничение движений нижней челюсти
 - б) исключение чрезмерной нагрузки на ткани зуба, пародонт, предохранение тканей сустава от существующих окклюзионных нарушений
 - в) нормализация функции мышц, положения головок нижней челюсти, предохранение тканей сустава от существующих окклюзионных нарушений

Раздел 3. «Особенности психологического взаимодействия с гнатологическими больными на врачебном приеме»

Задача 1 Молодая женщина в возрасте 24 лет. Замужем. Страдает дисфункцией ВНЧС. Воспитание проходила в полной семье с гиперпротекцией. Из анамнеза известно, что, начиная с дошкольного возраста, данная больная всегда могла добиться от взрослых исполнения своих желаний, т.к. в случаях малейших отказов у нее возникали проблемы с открыванием рта.

1. Назовите механизм формирования дисфункции ВНЧС у данной больной.
2. Как подобное поведение отражается на жизни данной пациентки и ее близких?

Ответ:

1. Механизм формирования дисфункции ВНЧС у данной больной является истероподобным.
2. Данная пациентка с раннего возраста манипулирует посредством своей болезни; у нее имеется тенденция перекладывания ответственности за себя и свою жизнь на других. Такое поведение мешает социально-профессиональной адаптации личности и

налаживанию нормальных отношений с окружающими.

Задача 2. Врач, изучив данные томографии и других методов исследования, поведал больному о предполагаемом диагнозе, возможных методах лечения и их ориентировочной стоимости. Узнав о стоимости лечения своего недуга, пациент попросил представить ему подробный отчет о том, как сформировалась такая стоимость лечения, и потребовал провести ему дополнительное обследование для уточнения диагноза.

1. К какому типу, по восприятию болезни, относится пациент?
 2. Каковы особенности психологической подготовки таких больных к лечению?
- Ответ:

1. Пациент относится к паранойяльному типу.
2. Общаясь с такими пациентами, следует подробно комментировать и обосновывать свои действия, демонстрируя открытость и понятность всего, что вы делаете в отношении него.

Задача 3. Мужчина в возрасте 37 лет страдает дисфункцией ВНС с 6-летнего возраста. Воспитывался в семье, где присутствовал отчим, который всегда предъявлял к мальчику повышенные требования, порой с применением физического наказания. Данный больной пояснил, что всегда боится разгневаться, т.к. не хочет быть похожим на своего отчима. Поэтому всегда опасается «выпустить свой гнев».

1. Как ситуация в семье мужчины могла повлиять на развитие заболевания?
2. Какие необходимо дать рекомендации данному больному?

Ответ:

1. В связи с тем, что агрессия у пациента никак не вытесняется, поэтому психосоматическую природу болезни можно расценить как проявление алекситимии.
2. Таким больным рекомендуется психотерапия, обучающая адекватным эмоциональным проявлениям, в том числе рекомендуется обучить такого больного разумно «выпускать» свою агрессивность. Подобное можно проводить в виде перевода агрессии в физическую нагрузку.

Задача 4. Больной П., 47 лет с тяжелой дисфункцией ВНС, достаточно уравновешенный, трезво оценивает свое состояние, демонстрирует врачу на первичном приеме готовность к сотрудничеству с ним в лечении своего недуга.

1. К какому типу, по восприятию болезни, относится пациент?
2. Как следует врачу построить стратегию сотрудничества с больным для достижения максимального терапевтического результата?

Ответ:

1. Пациент относится к гармоничному типу.
2. Врачу следует максимально понятно для больного описать его состояние здоровья, показать, как можно достичь необходимого уровня здоровья и что конкретно, на каких этапах, для этого нужно сделать. Наметить ближайшие цели и действия. Оптимальным будет общение в стиле «коучинг».

Задача 5. Врач на консультации подробно рассказал пациентке о возможных последствиях несвоевременного лечения дисфункции ВНЧС. При этом он во всех красках и подробностях описал самые тяжелые последствия из возможных. Пациентка с первых минут беседы с врачом выразила свою озабоченность по поводу прогноза болезни, и даже поделилась своими предчувствиями на сей счет. Уже во время консультации она почувствовала слабость и головокружение, ее настроение заметно ухудшилось, исчез позитивный настрой, с которым она пришла к врачу.

1. Правильную ли тактику общения выбрал врач по отношению к больной?

2. К какому типу, по восприятию болезни, предположительно относится пациентка? Как следует врачу консультировать таких больных?

Ответ:

1. Врач выбрал по отношению к больной неправильную тактику.
2. Пациентка относится к тревожному типу. Тактика общения с такими пациентами должна исключать все возможные запугивания и сгущение красок относительно болезни и ее прогноза, вселяя уверенность в благоприятном ее исходе.

Задача 6. Больной Д., 38 лет. В детстве перенес тяжелое инфекционное заболевание, с тех пор постоянно беспокоится о своем здоровье, находит у себя симптомы различных заболеваний. В последнее время стал находить симптомы онкологических заболеваний, в частности обратил внимание на челюсть – нащупал плотное выбухание в области ВНЧС справа, которое расценил как опухоль. Нарушился сон, больной похудел на 5 кг.

1. Как врачу, к которому он обратился за консультацией, построить беседу с ним, чтобы снять эмоциональное напряжение пациента и помочь справиться с недугом?

Ответ:

1. Врачу следует похвалить пациента за бережное отношение к своему здоровью, и доступными средствами и аргументами развеять его страхи, приведя веские доказательства благоприятности исхода его болезни.

Задача 7. Врач прочитал по радио лекцию, в которой описал признаки известных заболеваний ВНЧС и подчеркнул, что эти признаки не слишком типичны, поэтому иногда их не замечают, и объяснил, какие тяжелые последствия могут наступить при позднем обнаружении болезни.

1. На какую аудиторию оно должно быть рассчитано?

2. Какова ваша оценка такого выступления? Каковы результаты?

Ответ:

1. Выступление было нацелено не на широкую аудиторию радиослушателей, а на узкий круг специалистов, врачей.
2. Поэтому данное выступление не было столь полезным для слушателей, а напротив могло вызвать у некоторых из них всплеск ипохондрических настроений.

Задача 8. Больной впал в тяжелое депрессивное состояние после сообщения о том, что ему будет сделано томографическое исследование ВНЧС. Причиной этого явился

ответ врача, который на вопрос, что такое томографическое исследование, объяснил больному: «это такой рентгенологический разрез челюсти». Дома больной сказал, что ему «будут резать челюсть рентгеном».

1. К какому типу, по восприятию болезни, относится пациент?
2. Как следовало бы провести презентацию предстоящего томографического обследования пациента?

Ответ:

1. Пациент относится к ипохондрическому типу.
2. Врачу следовало, видя чрезмерную озабоченность больного своим здоровьем, разрешить все проблемные моменты, подробно рассказав суть метода, доказав его безопасность для пациента.

Задача 9. Больной П., 45 лет находясь в стационаре с артритом ВНЧС, требует выписки из стационара т.к. ему необходимо срочно лететь в командировку.

1. К какому типу, по восприятию болезни, относится пациент?
2. Каковы особенности психологической подготовки таких больных к лечению?

Ответ:

1. Пациент относится к эргопатическому типу.
2. При общении с такими пациентами не следует проявлять назойливость, командный тон, то есть, все то, что может вызвать раздражение пациента. Также следует уделить внимание программам оказания экстренной и неотложной помощи и методам лечения при обострении.

Задача 10. Пациентка 55 лет, с деформирующим артрозом ВНЧС внешне выглядела чрезвычайно эффектно: модная прическа, дорогие украшения, броская стильная одежда. Увидев впервые изображение сустава на рентгеновском снимке, она начала громко и безудержно плакать, привлекая внимание всех присутствующих.

1. К какому типу, по восприятию болезни, относится пациент?
2. Какая тактика в отношении пациентки будет наиболее эффективной в плане сотрудничества в лечении недуга?

Ответ:

1. Пациентка относится к эгоцентрическому типу.
2. Наиболее эффективной будет тактика демонстрации уважения и эксклюзивного подхода к пациентке.

Раздел 4. «Комплексный подход в диагностике и лечении заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава»

Задача 1. Больная Г. 54 лет. Из анамнеза; 18 лет назад имел место острый вывих нижней челюсти, от вправления которого больная отказалась. Через полгода боль исчезла, рот стал открываться. При внешнем осмотре отмечается прогения, открывание рта до 2,2 см. На томограмме головки суставных отростков нижней челюсти находятся за пределами

суставных бугорков кпереди. Суставные ямки свободны от суставных головок, как при закрытом, так и при открытом рте. За пределами суставных бугорков кпереди, под скуловыми костями справа и слева рентгенологически отчетливо определимо «новое сочленение».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?
2. Укажите причину развившейся патологии?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациентке для уточнения диагноза?
4. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?
5. Укажите возможные осложнения в случае отказа от лечения?

Ответы:

1. Вывих суставной головки кпереди многолетней давности.
2. Причиной явился острый вывих нижней челюсти.
3. Рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерная томография.
4. Оперативное вмешательство с постановкой нижней челюсти в правильное положение.
5. Возникновение ложного сустава, возможно развитие анкилоза.

Задача 2 Больная Б. Обратилась с жалобами на боль и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе, боль в суставе справа, появившуюся после перенесенной вирусной инфекции. Появление болей связывает с травматичным удалением третьего моляра 2 года назад. Боль периодическая, возникает в основном после простуды. Объективно при открывании рта нижняя челюсть совершает зигзагообразное смещение вправо, затем влево, устанавливаясь в правильное положение при максимально открытом рте. При открывании рта болезненность справа. Имеется скученность зубов и частичная потеря зубов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?
2. Какой метод дополнительного обследования необходимо провести?
3. Консультации каких специалистов необходимы пациентке?
4. Наметьте план лечения?
5. Перечислите возможные осложнения заболевания?

Ответы:

1. Хронический подвывих ВНЧС, артрит ВНЧС с права.
2. Необходимо провести рентгенологическое обследование суставов.
3. Необходимы консультации артролога, стоматолога ортопед, стоматолога ортодонта.
4. В период обострения противовоспалительная терапия, щадящая диета, мазовые повязки, ограничение открывание рта, пращевидная повязка. После обострения возможно ортодонтическое и ортопедическое лечение.
5. Фиброзный, затем костный анкилоз.

Задача 3 Больная Н. 76 лет, была доставлена бригадой скорой помощи в отделение челюстно-лицевой хирургии, с жалобами на невозможность закрыть рот, сильные боли в области ВНЧС, отдающие в уши. Из анамнеза: при попытке откусить яблоко, в суставе

появился хруст и сильная боль, после этого рот самостоятельно закрыть не смогла, обратилась в скорую помощь.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?
2. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какой метод лечения необходимо провести?
4. Как можно зафиксировать нижнюю челюсть после вправления ВНЧС?
5. Какие осложнения могут возникнуть впоследствии?

Ответы:

1. Двухсторонний передний вывих нижней челюсти.
2. Рентгенологическое обследование ВНЧС
3. Лечение: вправление вывиха, затем наложить подбородочную пращу на 3-5 дней, рекомендовать прием мягкой пищи и запретить открывать широко рот в течение 7-10 дней.
4. Працевидная повязка
5. Возникновение хронического подвывиха нижней челюсти.

Задача 4 Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которая возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, затем боль. Объективно: гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?
2. Проведите дополнительные лабораторные методы обследования?
3. Предложите план лечения?
4. Назначьте медикаментозное лечение?
5. Показана ли физиотерапия этой больной?

Ответы:

1. Острый артрит ВНЧС справа.
2. Рентгенография ВНЧС, анализ крови на наличие ревматоидных факторов
3. Для снятия воспалительных явлений назначается антибактериальная терапия, после стихания воспалительных явлений физиотерапия. Щадящая диета.
4. Противовоспалительная, антибактериальная, антигистаминная медикаментозная терапия.
5. Не показана. Физиотерапевтическое лечение возможно проводить после стихания острых воспалительных процессов.

Задача 5. Больная П., 23 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?

4. Предложите план лечения?
5. Назовите возможные осложнения заболевания?

Ответы:

1. Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.
2. Анализ крови на наличие ревматоидных факторов. Рентгенография ВНЧС.
3. Необходима консультация ревматолога.
4. Противовоспалительная терапия (НПВС), физиотерапия, мазовые повязки.
5. При отсутствии лечения возможно возникновение анкилоза ВНЧС

Задача 6. Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?
3. Проведите дифференциальную диагностику?
4. Опишите клинико-рентгенологическую картину?
5. Методы лечения в данном случае?

Ответ:

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.
2. Для постановки диагноза и составления плана лечения необходимо провести рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.
3. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с мышечной контрактурой, деформирующим артрозом и анкилозом ВНЧС.
4. Клинически отмечается искривление нижнего отдела лица за счет деформации и уменьшения в размерах правой половины нижней челюсти. Средняя линия подбородка смещена вправо. На коже щечной и поднижне-челюстной областей ряд втянутых рубцов. При обследовании движений головок ВНЧС через наружные слуховые проходы слева отмечаются слабые движения, справа - движения отсутствуют. Прикус перекрестный. При рентгенологическом обследовании ВНЧС справа и слева (для сравнения), слева отмечается суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок хорошо контурированы. Справа суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок слиты в единый костный массив, полулунная вырезка ветви нижней челюсти резко сужена, ветвь челюсти укорочена, угол челюсти деформирован в виде шпоры. Консервативное лечение – механотерапия, физиолечение с гидрокортизоном и лидазой. Хирургическое лечение – остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви н/ч с интерпозицией между фрагментами мягких тканей с целью формирования ложного сустава, артропластика ортотопическим гомотрансплантатом или имплантатом

Задача 7. Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес

остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

Вопросы:

1. О каких видах патологии ВНЧС можно думать?
2. Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза?
3. Опишите возможные варианты лечения?
4. В какой последовательности должна проводиться санация полости рта?
5. Какой вид обезболивания можно применить при оперативном лечении в данном случае?

Ответы:

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.
2. Рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.
3. При лечении фиброзного анкилоза ВНЧС возможны варианты:
4. а) консервативного лечения - активная механотерапия аппаратами типа Дарсисака, физиолечение с гидрокортизоном или лидазой, но эта попытка может быть малоэффективной. Необходимы б) хирургические методы лечения. Выбор хирургического метода лечения зависит степени и возможности открывания рта, характера деформации и размеров нижней челюсти. Мы стремимся к созданию нового или ложного сустава ближе к естественному, а также восстановлению нормального прикуса. Для этого осуществляется остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви нижней челюсти с интерпозицией между фрагментами мягких тканей круглого стебельчатого лоскута (его соединительнотканной основы - метод Лимберга), интерпозиция с помощью колпачков, обработка концов фрагментов по Великановой. Однако методом выбора в настоящее время является артропластика ортотопическим гомотрансплантатом нижней челюсти - суставной головки вместе с ветвью челюсти, что позволяет одновременно восстановить сустав и удлинить ветвь челюсти (по Н.А.Плотникову).
 – хирургическое лечение анкилоза ВНЧС
 – консультация ортодонта
 – терапевтическое и хирургическое лечение зубов
 – ортодонтическое и (или) ортопедическое лечение
5. Проводниковая анестезия внеротовым доступом или общее обезболивание

Задача 8. Больная, 20 лет, перенесла ному в пятилетнем возрасте. В результате образовался сквозной дефект щечной области и угла рта слева, невозможность открывания рта вследствие рубцовой деформации верхнего и нижнего свода преддверия полости рта.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику?
2. Какие методы лечения можно применить?
3. Какой метод наиболее показан в данном случае?
4. Возможные этапы оперативного лечения и их последовательность?
5. Назовите возможные осложнения оперативного лечения?

Ответы:

1. При обследовании больного со сведением челюстей могут быть выявлены контрактуры дерматогенные, миогенные, мукозогенные, остеогенные, неврогенные (при истерии).
2. Рубцовая контрактура нижней челюсти подлежит хирургическому лечению - рассечению рубцовой ткани со свободной пересадкой кожи или тканей филатовского стебля, или одномоментной операции пересадки комплекса тканей с применением микрососудистой хирургической техники. При поверхностных кожных подвижных рубцах возможна пластика местными тканями встречными треугольными лоскутами по Лимбергу.
3. Оптимальным в данной ситуации будет использование комбинированного аутоотрансплантата на микрососудистом анастомозе.
4.
 - устранение сквозного дефекта
 - формирование свода преддверия
 - возможны корригирующие вмешательства
5. Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала, несостоятельность сосудистой ножки трансплантата. В ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, тромбоз сосудов, ишемия или некроз пересаженных тканей. Отдалённые осложнения – рубцовая деформация, дефект тканей.

Задача 9. После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?
2. Наметьте план хирургического лечения?
3. Назовите варианты пластики?
4. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения?
5. Методы послеоперационного ведения?

Ответы:

1. Мукозогенная контрактура нижней челюсти.
2. Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением образовавшегося дефекта.
3. Свободная пересадка кожи, пластика местными тканями.
4. Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала. В ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, ишемия или некроз пересаженных тканей. Отдалённые осложнения – рубцовая деформация.
5. В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.

Задача 10. После простудного заболевания у больной, 30 лет, развилось ограниченное болезненное открывание рта, боли справа, усиливающиеся при глотании. Лечилась полосканиями полости рта, боли не уменьшились. Врач отоларинголог рекомендовал обратиться к стоматологу, который обнаружил гиперемию и отек слизистой оболочки ретромоларной области справа, зуб 4.8 прорезался одним дистальным бугром.

Вопросы:

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить для установления диагноза?

2. Поставьте диагноз?
3. Составьте план лечения?
4. Объём и последовательность оперативного лечения?
5. Необходимые компоненты медикаментозной терапии?

Ответы:

1. Рентгенологическое - для выявления патологии 4.8 зуба, его расположения по отношению к 4.7 зубу и ветви челюсти (ортопантомография), клинико-лабораторное обследование
2. Мышечная воспалительная контрактура - вследствие перикоронита 4.8 зуба.
3. Необходимо хирургическое лечение - вскрытие абсцесса, медикаментозное лечение; удаление 4.8 зуба.
4. Вскрытие гнойного очага, дренирование, при аномальном расположении зуба 4.8, целесообразно удаление после ликвидации воспалительных явлений.
5. Антибактериальные, десенсибилизирующие, противовоспалительные препараты.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ.

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 1 июля 2013 г. N 499 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам".
3. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 декабря 2011 г. № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».
5. Профессиональный стандарт «Врач-стоматолог» (утв. приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 10 мая 2016 г. № 227н).