

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2019 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
Форма обучения: очная
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Срок обучения: 5 лет**

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

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.	Ортопедическое лечение челюстно-лицевых больных. Этиология, клиника, диагностика и принципы лечения огнестрельных и неогнестрельных переломов нижней челюсти.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
2.	Этиология, клиника, диагностика, принципы ортопедического лечения переломов верхней челюсти.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
3.	Классификация сложных челюстно-лицевых аппаратов.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
4.	Ортопедические методы лечения несросшихся и неправильно сросшихся переломов челюстей.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания

5.	Ортопедическое лечение после односторонней и двусторонней резекции верхней и нижней челюсти.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
6.	Роль ортопедической помощи в системе восстановительной хирургии лица и челюстей.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания

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

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

- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- подготовка доклада/устного реферативного сообщения;
- решение ситуационных задач;
- курация больного;
- разбор тематического больного;
- разбор истории болезни;
- иные формы контроля, определяемые преподавателем.

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

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

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема 1. Ортопедическое лечение челюстно-лицевых больных. Этиология, клиника, диагностика и принципы лечения огнестрельных и неогнестрельных переломов нижней челюсти.

1. Целями и задачами челюстно-лицевой ортопедической стоматологии являются:

- 1-восстановление анатомических контуров лица;
- 2-восстановление функции речи и дыхания;
- 3-улучшение жевательной эффективности;
- 4-восстановление тканей пародонта.

2. Укажите все причины приобретенных дефектов челюстно-лицевой области:

1. огнестрельная травма;
2. бытовая травма;
3. спортивная травма;

4. производственная травма;
5. воспалительные заболевания;
6. онкологические заболевания;
7. все вышеперечисленное.

3. К специальным методикам рентгенологического исследования челюстно-лицевой области относятся:

1. Рентгеноскопия;
2. Метод искусственного контрастирования;
3. Томография;
4. Рентгенография;
5. Ортопантомография;

4. Какие методики рентгенологического исследования наиболее информативны в диагностике заболеваний зубов и челюстей:

1. Обзорная рентгенография черепа;
2. Внеротовые снимки челюстей;
3. Внутриворотные рентгенограммы контактные и вприкус;
4. Ортопантомография;
5. Послойная рентгенография;

5. Наибольшую лучевую нагрузку дает:

1. Рентгенография;
2. Флюорография;
3. Рентгеноскопия;
4. Рентгенотелевидение;

6. Перечислите осложнения при переломах нижней челюсти:

1. Ложный сустав;
2. Травматический остеомиелит;
3. Синусит;
4. Нагноение костной раны;
5. Диплопия;

7. Укажите средние сроки консолидации неосложненных односторонних переломов нижней челюсти:

1. 4-5 недель;
2. 5-6 недель;
3. 6-7 недель;
4. 7-8 недель;

8. При лечении переломов целесообразно применять

1. шины гнутые из алюминиевой проволоки
2. шины из быстротвердеющих пластмасс
3. стандартные шины назубные ленточные
4. сочетание проволочных шин с быстротвердеющими пластмассовыми
5. индивидуальные шины лабораторного изготовления

9. Двусторонний перелом нижней челюсти в области подбородка может явиться опасным для жизни вследствие развития:

- 1- аспирационной;
- 2- дислокационной;
- 3- обтурационной асфиксии.

10. Одним из характерных симптомов перелома нижней челюсти является:

- 1- симптом носового платка;
- 2- симптом Венсана;
- 3 – симптом двух шпателей.

Ответы

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

Тема 2. Этиология, клиника, диагностика, принципы ортопедического лечения переломов верхней челюсти.

1) Противопоказаниями к применению штифтовых зубов является

- 1) значительное разрушение коронковой части
- 2) подвижность корня 2-3 степени
- 3) тонкие стенки корня
- 4) вред здоровью

1. Преимущество пластмассового штифтового зуба по Шираку в

- 1) быстром изготовлении
- 2) эстетичности
- 3) длительном изготовлении
- 4) прочности

2. Штифтовый зуб по Ахмедову состоит из

- 1) штифта и пластмассового зуба
- 2) штифта и фарфоровой коронки
- 3) коронки с облицовкой со штифтом
- 4) амортизационной вкладки

3. Ортодонтические коронки штампуются методом

- 1) внутренним
- 2) комбинированным и наружным
- 3) по выбору зубного техника
- 4) шовным

4. Поверхности ложа под окклюзионную накладку бюгельной коронки

- 1) не моделируется
- 2) моделируется
- 3) покрываются лаком
- 4) моделируются по усмотрению зубного техника

5. Температура плавления чистого золота (в град.С)

- 1) 1050
- 2) 1064
- 3) 1084
- 4) 1000

6. В четном ряду цветов пластмассы "СИНМА", выпускаемой промышленностью, отсутствуют цвета под №

- 1) 4, 6
- 2) 10, 12
- 3) 14, 16
- 4) 18, 22

7. Ортодонтическая коронка моделируется

- 1) по классическому типу зуба
- 2) воском от экватора до десневого края
- 3) воском от жевательной или режущей поверхности до экватора зуба
- 4) по усмотрению лечащего врача

8. При изготовлении комбинированной коронки по Белкину техник перед получением модели не заливает ее воском, чтобы

- 1) не нарушить точности облицовки
- 2) завершить работу на этой же модели
- 3) не увеличить объем
- 4) снять слепок с воском в коронке

9. При изготовлении штифтовой конструкции длина штифта относительно длины корня составляет

- 1) 1/3
- 2) 1/2
- 3) 3/4
- 4) 2/3

10. Латунь применяется в зуботехническом производстве

- 1) в составе золотого припоя
- 2) в виде ортодонтической проволоки
- 3) для изготовления ортодонтических аппаратов
- 4) для изготовления коронок

Ответы

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

Тема 3. Классификация сложных челюстно-лицевых аппаратов.

1. Понятия "Артикуляция" и "Окклюзия" относятся друг к другу как

- 1) существующие параллельно
- 2) независимые
- 3) общее к частному
- 4) не имеющие отношения друг к другу

2. Штифтовой зуб по Ильиной-Маркосян имеет

- 1) амортизационную вкладку
- 2) наддесневой колпачок
- 3) пластинку с оральной стороны
- 4) пластмассовый зуб из гарнитура

3. Для облицовки штифтовых зубов применяется пластмасса

- 1) карбопласт
- 2) этакрил
- 3) Синма-М, Синма-74
- 4) редонт

4. Для изготовления пластмассового штифтового зуба по Шираку применяется

- 1) фторакс
- 2) бесцветная пластмасса
- 3) стандартный пластмассовый зуб
- 4) синма

5. Недостатком пластмассовых коронок является

- 1) быстрое истирание
- 2) вред здоровью
- 3) быстрое расцементирование
- 4) эстетичность

6. Главный недостаток штифтовых зубов с колпачком

- 1) неэстетичность
- 2) непрочность
- 3) травмирование тканей в области шейки зубов
- 4) быстрое истирание

7. При изготовлении штифтового пластмассового зуба после отливки модели приступают к

- 1) изготовлению штифта
- 2) гравированию шейки культи зуба
- 3) моделированию анатомической формы
- 4) очерчиванию шейки карандашом

8. Амортизационная вкладка по Ильиной-Маркосян

- 1) амортизирует жевательное давление
- 2) замещает отсутствующий зуб
- 3) фиксирует коронку зуба
- 4) улучшает эстетический эффект

9. Преимущество штифтового зуба по Ричмонду перед упрощенным в

- 1) прочности
- 2) способе фиксации
- 3) эстетичности
- 4) быстром изготовлении

10. Перечислите осложнения при переломах нижней челюсти:

1. Ложный сустав;
2. Травматический остеомиелит;
3. Синусит;
4. Нагноение костной раны;
5. Диплопия;

Ответы:

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

3	3	1	3	3	1	3	3	1	1,2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----

Тема 4. Ортопедические методы лечения несросшихся и неправильно сросшихся переломов челюстей.

1. Золотая коронка изнутри заливается припоем в целях

- 1) упрочнения коронки
- 2) удорожания протеза
- 3) увеличения веса
- 4) эстетичности

2. Преимуществом комбинированных коронок перед штампованными металлическими является

- 1) прочность
- 2) эстетичность
- 3) долговечность
- 4) низкая себестоимость

1. Для изготовления коронки по Белкину применяется пластмасса

- 1) бесцветная
- 2) "Фторакс, Бақрил"
- 3) Синма-74 и Синма-М
- 4) протакрил

2. Следующий этап работы при изготовлении комбинированной коронки по Белкину после припасовки коронки

- 1) фиксация в полости рта
- 2) отбеливание
- 3) снятие слепка с воском в коронке
- 4) полировка

3. К «жакет» - коронкам относятся

- 1) пластмассовая с круглым уступом
- 2) металлокерамическая
- 3) фарфоровая
- 4) литая

4. Время полимеризации пластмассы (до кипения воды в минутах)

- 1) 15
- 2) 30
- 3) 45
- 4) 55

5. Целесообразней отлить культю зуба под комбинированную коронку из

- 1) легкоплавкого металла
- 2) гипса
- 3) супергипса
- 4) амальгамы

6. Предпочтительней штифты

- 1) круглые
- 2) граненые
- 3) овальные
- 4) квадратные

7. Время полимеризации пластмассы (кипение) (мин.)

- 1) 15
- 2) 30
- 3) 45
- 4) 60

8. Классический штифтовый зуб по Ричмонду имеет

- 1) штифт и пластмассовый зуб
- 2) штифт, паяный колпачок, оральную защиту, фарфоровую облицовку
- 3) штифт, фарфоровую коронку
- 4) амортизационную вкладку

Ответы:

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

1	2	3	3	1	2	3	3	3	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Тема 5. Ортопедическое лечение после односторонней и двусторонней резекции верхней и нижней челюсти.

Телескопическая коронка используется для фиксации протезов

- 1) консольного
- 2) несъемного мостовидного
- 3) съемного пластиночного
- 4) полного съемного

2.Материал, применяемый для изготовления пластмассового штифтового зуба по Шираку

- 1) Фторакс
- 2) бесцветная пластмасса
- 3) стандартный пластмассовый зуб
- 4) Синма

3.Пластмассовые штифтовые зубы изготавливаются на моделях из

- 1) амальгамы
- 2) гипса
- 3) легкоплавкого металла
- 4) супергипса

4.Паковка пластмассы в кювету производится на стадии

- 1) резиноподобная
- 2) песочная
- 3) тестообразная
- 4) тянущихся нитей

5.При изготовлении штифтовых конструкций толщина стенок корня зуба должна быть не менее (мм)

- 1) 0,5
- 2) 1,0
- 3) 1,5
- 4) 2,0

6.Оральная защитка штифтового зуба по Ричмонду моделируется

- 1) после изготовления надкорневого колпачка со штифтом
- 2) до изготовления надкорневого колпачка
- 3) после изготовления штифта
- 4) после гравировки шейки зуба

7.Оральная защитка штифтового зуба по Ричмонду служит для

- 1) защиты пластмассовой облицовки
- 2) восстановления анатомической формы
- 3) эстетичности
- 4) амортизации жевательного давления

8.Этап формирования полости для литой вкладки в культе зуба при изготовлении штифтового зуба по Ильиной-Маркосян

- 1) клинический
- 2) лабораторный
- 3) доклинический
- 4) выбирается по усмотрению зубного техника

9. Стандартные зубы используют при изготовлении штифтовых зубов по

- 1) Логану
- 2) Ричмонду
- 3) Паршину
- 4) Ильиной-Маркосян

10. Имеет металлический штифт, штампованный металлический колпачок и пластмассовую облицовку штифтовый зуб по

- 1) Паршину
- 2) Девису
- 3) Ричмонду (ММИИ)
- 4) Логану

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
3	3	2	3	2	2	1	1	1	3

Тема 6. Роль ортопедической помощи в системе восстановительной хирургии лица и челюстей.

1. Использование плечевой массы при изготовлении металлокерамических протезов

- 1) увеличивает прочность конструкции
- 2) обеспечивает более точное прилегание коронки в области уступа
- 3) улучшает цвет краевой десны за счет проникновения части светового потока через керамику в десневой край
- 4) обеспечивает надежную фиксацию
- 5) ответы 2 + 3
- 6) ответы 1 + 2 + 4.

2. Временные (привизорные) конструкции используются для:

- 1) восстановления речи и эстетики на время изготовления постоянного протеза
- 2) предохранения пульпы зуба от инфицирования
- 3) улучшения качества оттиска
- 4) защиты от химических и термических раздражителей витальных зубов
- 5) ответы 1 + 2
- 6) ответы 1 + 2 + 4.

3. Использование поддесневого уступа наиболее оправдано при изготовлении металлокерамических протезов в области:

- 1) фронтальных зубов
- 2) жевательных зубов
- 3) всех групп зубов.

4. Какая методика ретракции десны является необратимой:

- 1) механическая
- 2) химическая
- 3) хирургическая
- 4) механохимическая
- 5) все виды.

5. Проходить регулярный осмотр пациенту, получившему лечение с помощью имплантации:

- 1) не требуется
- 2) по желанию пациента
- 3) требуется в течении первого года
- 4) требуется проводить регулярный контроль
- 5) требуется в течении первых шести месяцев.

6. Какое количество имплантатов может быть максимально установлено у одного больного:

- 1) 1
- 2) 2-3
- 3) не более 6
- 4) 6-8
- 5) ограничений нет.

7. При изготовлении имплантатов используют:

- 1) медь
- 2) титан
- 3) цинк
- 4) хром
- 5) ниобий.

8. Наиболее частой причиной утраты зубного имплантата является:

- 1) остеомиелит челюсти
- 2) отлом головки имплантата
- 3) воспалительные осложнения
- 4) аллергическая реакция
- 5) гальванизм.

9. Какова периодичность контрольных осмотров в отдаленные сроки после имплантации:

- 1) ежемесячно
- 2) 2 раза в год

- 3) один раз в год
- 4) 4 раза в год
- 5) 5 раз в год.

10. Предпочтительной конструкцией промежуточной части мостовидного протеза с опорой на имплантат является:

- 1) седловидная
- 2) касательная
- 3) промывная
- 4) касательная и промывная
- 5) все вышеперечисленное.

Ответы

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

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

Темы занятий		Темы реферативных сообщений
1	Ортопедическое лечение челюстно-лицевых больных. Этиология, клиника, диагностика и принципы лечения огнестрельных и неогнестрельных переломов нижней челюсти.	Цели и задачи челюстно-лицевой ортопедии. Классификации огнестрельных и неогнестрельных переломов нижней челюсти. Обзор шин С.С. Тигерштедта. Репонирующие аппараты. Классификации дефектов коронок зубов по Black и «МОД». Принципы формирования полостей 1-5 классов. Методы изготовления вкладок (прямой, косвенный,) и показания к их применению. Основные (конструкционные) и вспомогательные материалы, применяемые при изготовлении вкладок.
2	Этиология, клиника, диагностика, принципы ортопедического лечения переломов верхней челюсти.	Принципы ортопедического лечения огнестрельных переломов нижней челюсти. Методы ортопедического лечения переломов средней зоны лица. Классификация переломов верхней челюсти. Способы получения оттисков и материалы для этого, применяемые при изготовлении вкладок..
3	Классификация сложных челюстно-лицевых аппаратов.	Показания к лечению штифтовыми конструкциями. Клинико-лабораторные этапы их изготовления. Дефекты зубных рядов, этиология, патогенез, классификация Кеннеди. Обоснование диагноза и плана лечения. Показания к лечению несъемными и съемными мостовидными протезами, основные элементы конструкций. Бесприпойный и цельнолитой методы изготовления мостовидных протезов. Частичные съемные протезы (опирающиеся и не опирающиеся), показания и противопоказания к их применению.
4	Ортопедические методы лечения несросшихся и неправильно сросшихся переломов челюстей.	Принципы лечения тугоподвижных отломков нижней челюсти. Ортопедические методы лечения неправильно сросшихся переломов. Ложные суставы и ортопедические методы их устранения. Классификация и лечение контрактур нижней челюсти. Методы комплексного лечения злокачественных опухолей челюстей. Подготовка пациента к протезированию в зависимости от клинической картины и выбранной конструкции протеза.
5	Ортопедическое лечение после односторонней и двусторонней резекции верхней и нижней челюсти.	Ортопедические методы устранения микростомии. Цели и возможности протезирования при дефектах лицевой области. Особенности ортопедического лечения дефектов челюстно-лицевой патологии с использованием имплантатов. Классификация дефектов твердого и мягкого неба. Психологические аспекты устранения дефектов лица.

		Показания к применению бюгельных (дуговых) протезов. Клинико-лабораторные этапы их изготовления. Съемные протезы с металлическим базисом. Показания. Клинико-лабораторные этапы изготовления.
6	Роль ортопедической помощи в системе восстановительной хирургии лица и челюстей.	Мероприятия по реабилитации пациентов с травмами челюстно-лицевой области. Протезирование комбинированными коронками (металлопластмассовой, металлокерамической). Клинико-лабораторные этапы их изготовления. Показания к лечению металлокерамическими коронками. Последовательность клинико-лабораторных этапов их изготовления Способы фиксации протезов (кламмеры, атачмены, телескопические системы). Проверка конструкции частичного пластиночного съемного протеза. Ошибки, допущенные на предыдущих этапах; методы выявления и устранения.

2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля

Задача 1.

Больная Ю. 42 года. Жалобы: на часто повторяющийся вывих височно-нижнечелюстного сустава. Объективно: дефекты зубных рядов в областях 18, 17, 28, 38, 48. Полными металлическими штампованными коронками покрыты 36, 37, 45, 46, 47. Диагноз: привычный вывих ВНЧС.

Укажите рациональный метод ортопедического лечения:

- A. Ограниченное открывание рта;
- B. Массаж, миогимнастика;
- C. Миогимнастика, физиотерапевтические процедуры;
- D. Физиотерапевтические процедуры;
- E. Полная иммобилизация нижней челюсти.

Задача 2.

Больная Б. 38 лет. Жалобы: на боль в области правой половины нижней челюсти. Из анамнеза: боль появилась после падения и удара. Объективно: открывание рта болезненно, окклюзионные соотношения нарушены. При пальпации альвеолярного отростка в области дефекта зубного ряда 44, 45 отмечается незначительная подвижность отломков. На рентгенограмме определяется линия перелома в области дефекта зубного ряда между 44, 45. Укажите шину, которую необходимо использовать в данном случае?

- A. Шина Тигерштедта с распоркой;
- B. Шина Збаржа;
- C. Шина Ванкевич;
- D. Подчелюстная праща.

Задача 3.

Больной О. 26 лет обратился за помощью в клинику ортопедической стоматологии. Диагноз: перелом альвеолярного отростка без смещения в области 14, 15, 16. Объективно: зубные ряды интактны, зубы устойчивы. Укажите шину, которую рационально использовать в данном случае?

- A. Гладкая скоба и подбородочная праща Энтина;
- B. Шина Тигерштедта с зацепными петлями;
- C. Шина Тигерштедта с наклонной плоскостью и подбородочной пращей Энтина;
- D. Шина Тигерштедта с опорной плоскостью и подбородочной пращей Энтина.

Задача 4.

Больной Ш. 53 лет. Жалобы: на отсутствие зубов на нижней челюсти. Диагноз: микростомия. Объективно: дефекты зубных рядов в областях 31, 32, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 45, 46, 47, 48. Оставшиеся зубы устойчивы, неподвижны. Укажите оптимальную конструкцию протеза для лечения больного?

- A. Разборной частичный съемный пластинчатый протез на нижнюю челюсть;
- B. Частичный съемный пластинчатый протез на н/ч;
- C. Мостовидный протез с опорой на 43, 33 и съемный протез;
- D. Бюгельный протез.

Задача 5.

Больной М. 32 года. Диагноз: дефект твердого неба. Объективно: зубные ряды интактны. Больному изготавливают защитную пластинку. Укажите кламмер, который рационально использовать в данном случае?

- А. Перекидной;
- В. Опорно-удерживающий;
- С. Удерживающий;
- Д. Кламмер Бонвиля;
- Е. Кламмер по Кемени

Задача 6.

Больной 50 лет. Диагноз: срединный перелом нижней челюсти с образованием ложного сустава. Объективно: дефекты зубных рядов в областях 38, 32, 31, 41, 42, 48. Остальные зубы интактны, устойчивы. Видимого смещения отломков не наблюдается. На рентгенограмме дефекты костной ткани до 1 см. Укажите протез, показанный в данном случае для лечения?

- А. Бюгельный протез;
- В. Пластинчатый с шарниром Гаврилова;
- С. Пластинчатый с шарниром Оксмана;
- Д. Мостовидный протез без шарнира;
- Е. Мостовидный протез с шарниром по Оксману.

Задача 7.

Мужчина 28 лет. Жалобы: на боль и подвижность зубов верхней челюсти, невозможность жевания. Травма бытовая. Объективно: отек верхней губы, передние зубы на верхней челюсти сдвинуты назад. Разрывы слизистой оболочки и кровоизлияние в пределах 21, 22. Зубной ряд верхней челюсти интактный. При пальпации - подвижность альвеолярного отростка в области 21, 22. Поставлен предварительный диагноз: перелом альвеолярного отростка верхней челюсти в переднем отделе. Укажите оптимальный метод лечения?

- А. Двухчелюстная шина с эластической тягой;
- В. Остеосинтез;
- С. Шина Васильева;
- Д. Гладкая назубная шина с проволокой;
- Е. Аппарат Збаржа.

Задача 8.

Больной 25 лет. Жалобы: на боли в области верхней челюсти справа, нарушение прикуса, кровотечения изо рта. Травму получил около суток тому назад. Диагноз: правосторонний перелом верхней челюсти типа Герена-1. Зубы устойчивы, правильной анатомической формы. Укажите способ репозиции и фиксации отломков?

- А. Двухчелюстными шинами с эластическим тяжом;
- В. Капповая шина;
- С. По Фальтину-Адамсу;
- Д. Гладкой шиной-скобой;
- Е. Аппарат Збаржа.

Задача 9.

Больная К. 50 лет обратилась в клинику для ортопедического лечения. Объективно: снижена высота нижней трети лица. Выражение лица "капризное". При смыкании зубных рядов определяется ложная прогения с глубоким обратным резцовым перекрытием. Объективно: дефекты зубных рядов в областях 48, 47, 46, 45, 35, 36, 37, 38. Высота центральной окклюзии снижена на 5 мм. Укажите тактику врача в данной клинической ситуации:

- А. Провести аппаратурно-хирургическое лечение;
- В. Восстановить дефект зубного ряда;
- С. Провести ортодонтическое лечение;
- Д. Направить на хирургическое лечение;
- Е. Заместить дефект зубного ряда протезами с восстановлением высоты прикуса.

Задача 10.

Больной А., 68 лет. Диагноз: дефект нижней трети носа в следствие удаления злокачественной опухоли. Объективно: сохранена спинка носа до средней трети и наружные очертания ноздрей. Кожа у основания носа истончена, эрозирована, от пластической операции больной категорически отказался. Укажите способ фиксации эктопротеза носа, наиболее приемлемый в данном случае?

- А. Прозрачной липкой лентой;

- В. Использование анатомической ретенции;
- С. Головной шапочки;
- Д. На оправе очков;
- Е. С помощью тесьмы.

Задача 11.

Больному С., 54 года предстоит операция удаления половины верхней челюсти по поводу злокачественной опухоли. Удаление будет произведено по срединному костному шву с сохранением правой половины верхней челюсти и зубного ряда. Укажите вид непосредственного протезирования, наиболее приемлемый в данном случае:

- А. Защитная пластинка по Рофе;
- В. По Оксману;
- С. По Курляндскому;
- Д. Репонирующий аппарат Шура;
- Е. Защитная пластинка по Збаржу.

Задача 12.

Больной К. 76 лет. Диагноз: верхняя беззубая челюсть, огнестрельный сквозной дефект твердого неба, располагающийся в его передней и средней трети овальной формы размером 2 см без нарушения целостности переходной складки. Укажите способ фиксации протеза, наиболее приемлемый в данном случае:

- А. За счет создания в протезе двойного выступа вокруг дефекта;
- В. Раздельное изготовление obturаторов и полного съемного протеза;
- С. За счет obtурирующей части полного съемного протеза;
- Д. С помощью магнитов;
- Е. С помощью пружин.

Задача 13.

Мужчина 45 лет. Жалобы: на выливание жидкости через нос, невозможность высморкаться, надуть щеки. Объективно: в боковом участке в/ч на уровне удаленного 26 перфорационный дефект альвеолярного отростка размером 1-1,5 см. При выдыхании воздуха через нос, при сжатии ноздрей выделяются пузырьки в области перфорации. Укажите конструкцию, которую следует запланировать для лечения больного?

- А. Обычный мостовидный протез;
- В. Защитная небная пластинка;
- С. Малый седловидный протез с кламмерной фиксацией;
- Д. Бюгельный протез с obtурирующей частью;
- Е. Обычный частичный съемный протез.

Задача 14.

Больному 20 лет. Диагноз: обширный дефект левой половины верхней челюсти, соединяющейся с полостью носа и дефектами зубных рядов в областях 22, 23, 24, 25, 26. Из анамнеза: пользуется протезом-obтуратором с кламмерной фиксацией на 16-11. Больной обратился повторно вследствие подвижности опорных зубов, плохой фиксации протеза. Укажите мероприятие, рекомендованное профессором Оксманом для улучшения фиксации протеза?

- А. Покрытие опорных зубов коронками с напайками или выступами Гафнера;
- В. Изготовление S-подобного дельтоальвеолярного кламмера на зубы здоровой стороны;
- С. Наложение на первый премоляр кольца, которое соединяется с фиксирующей частью протеза;
- Д. Телескопическая система фиксации;
- Е. Удаление второго премоляра для увеличения числа кламмеров.

Задача 15.

Женщина 65 лет. Диагноз: перелом беззубой нижней челюсти в областях премоляров обеих сторон и венечного отростка слева без смещения - со смещением отломков в областях углов справа. В анамнезе травма нижней челюсти. Больная пользуется полным съемным пластиночным протезом нижней челюсти. Укажите метод иммобилизации, который рационально использовать?

- А. Остеосинтез с использованием костных рамок или гвоздей;
- В. Зубодесневую шину Ванкевича с одной наклонной плоскостью;
- С. Десневые шины типа Линберга-Шеремета;
- Д. Десневые шины типа Порта-Гунига;
- Е. Протез больной с пращевидной повязкой

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

Форма промежуточной аттестации – зачет

Вопросы зачета(ОПК-11; ПК-5; ПК-8)

1. Методические указания по самостоятельной работе обучающихся
1. Определение ортопедической стоматологии. Цели, задачи.
2. История развития ортопедической стоматологии. Ученые, которые внесли вклад в развитие ортопедической стоматологии.
3. Ортопедическое отделение. Структура. Учетно-отчетная документация.
4. Классификация (виды) материалов, применяемых в ортопедической стоматологии.
5. Челюстно-лицевая ортопедия. Цели, задачи
6. Методы лучевого исследования в стоматологии
7. Ортопедические методы лечения переломов нижней челюсти.
8. Характеристика и клинико-лабораторные этапы изготовления шин и протезов, применяемых при переломах нижней челюсти (Вебера, Ванкевич, Тигерштедта, Степанова).
9. Ортопедические методы лечения переломов верхней челюсти.
10. Общие принципы лечения больных с переломом челюсти.
11. Классификация сложных лечебных аппаратов.
12. Показания и ортопедические методы лечения при тугоподвижных переломах челюстей. Этиология и клиника тугоподвижных переломов челюстей. Диагностика.
13. Этиология и клиника ложных суставов нижней челюсти. Показания и ортопедические методы лечения при ложных суставах нижней челюсти. Аппараты Гаврилова, Курляндского, Оксмана, Ванштейна.
14. Клинические формы неправильно сросшихся переломов нижней челюсти. Показания и ортопедические методы лечения неправильно сросшихся переломов нижней челюсти.
15. Функциональные нарушения при резекции нижней челюсти. Непосредственное, раннее, отдаленное протезирование при резекции нижней челюсти, их особенности.
16. Методика изготовления непосредственного протеза при резекции нижней челюсти.
17. Конструкционные элементы для фиксации пострезекционных протезов на нижней челюсти (литые, многозвеньевые кламмеры, телескопическая система крепления, аттачмены). Протезирование пациентов после резекции нижней челюсти в отдаленные сроки.
18. Этиология, клиника, диагностика микростомии. Ортопедические методы лечения при микростомии. Протезирование пациентов с микростомией. Виды протезов.
19. Классификация дефектов твердого и мягкого неба. Клинические проявления. Особенности ортопедического лечения.
20. Материалы для изготовления экзопротезов. Получение маски лица простой и разборной. Способы крепления экзопротезов.
21. Применение двухслойных базисов при полном отсутствии зубов. Показания. Методы клинической и лабораторной перебазировки.
22. Ошибки и осложнения при изготовлении полных съемных пластиночных протезов.
23. Реакция тканей протезного ложа. Токсические и протезные стоматиты. Аллергические реакции.
24. Болезни пародонта. Классификация. Этиология. Патогенез. Задачи ортопедического лечения.
25. Методы исследования состояния пародонта: зондирование, определение подвижности зубов, окклюдзиограмма, ортопантограмма, одонтопародонтограмма.
26. Травматический узел. Травматическая окклюзия. Виды. Методика избирательного сошлифовывания твердых тканей зубов при заболеваниях пародонта.
27. Классификация шин. Требования, предъявляемые к ним. Виды стабилизации зубного ряда. Временное шинирование.
28. Классификация шин. Требования, предъявляемые к ним. Виды стабилизации зубного ряда. Постоянные шинирующие конструкции.
29. Очаговый пародонтит. Ортопедические методы лечения. Прогноз. Диагноз.
30. Генерализованный пародонтит. Ортопедические методы лечения. Прогноз. Диагноз.
31. Показания к удалению зубов при заболеваниях пародонта. Непосредственное протезирование.
32. Клинико-лабораторные этапы изготовления несъемных имедиат-протезов.
33. Клинико-лабораторные этапы изготовления съемных имедиат-протезов

3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине

1. Цели и задачи челюстно-лицевого протезирования.
2. Методы лучевого исследования в стоматологии. Цифровые диагностические технологии: компьютерная 3D томография, спиральная компьютерная рентгеновская томография и магнитно-резонансная томография.
3. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика переломов нижней челюсти
4. Классификация переломов нижней челюсти по Энтину.
5. Принципы лечения переломов челюстей.
6. Классификация переломов верхней челюсти
7. Клинические симптомы переломов верхней челюсти.
8. Методы лечения переломов верхней челюсти.
9. Классификация сложных челюстно-лицевых аппаратов
10. Методика лечения при тугоподвижных отломках
11. Ортопедические методы лечения при ложных суставах.
12. Причины и клиника неправильно сросшихся переломов челюсти.
13. Лечение неправильно сросшихся переломов челюстей.
14. Контрактура челюстей. Причины, клиника и диагностика.
15. Методы лечения контрактуры челюстей.
16. Микростомия – причины, клиника и лечение.
17. Дефекты твердого и мягкого неба. Причины, клиника.
18. Классификация дефектов твердого и мягкого неба.
19. Лечение врожденных и приобретенных дефектов твердого и мягкого неба
20. Материалы, применяемые в челюстно-лицевом протезировании.
21. Особенности челюстно-лицевого протезирования на имплантатах.
22. Ошибки и осложнения дентальной имплантации.
23. Последовательность клинично-лабораторных этапов протезирования с опорой на имплантаты.
24. Обтураторы. Получение оттиска, техника изготовления.
25. Аппараты для механотерапии.
26. Аппараты Ванкевич, Степанова, Вебера. Техника изготовления.
27. Репонирующие аппараты Катца, Оксмана, Грозовского. Техника изготовления.
28. Основы деонтологии и особенности приема челюстно-лицевых больных в клинике.
29. Эктопротезы.
30. Протезирование при дефектах лица с опорой на имплантаты.

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

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

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

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

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных,	Знать: понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципы классификации	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации

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

Формируемая	Содержание компетенции	Планируемые	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по
--------------------	-------------------------------	--------------------	--

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

4.2. Шкала, и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

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

4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

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

Для стандартизированного тестового контроля:

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

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

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

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

Для оценки доклада/устных реферативных сообщений:

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

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

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

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

Для оценки решения ситуационной задачи:

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

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

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

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

Для разбора тематического больного

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

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

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

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

Для курации больного

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

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

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

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

Для разбора истории болезни

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

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

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

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

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.

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

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.