

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНАМ ОПОП ВО – ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ
КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.72 СТОМАТОЛОГИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Содержание

1. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Стоматология общей практики».....	2
2. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Симуляционный курс»	61
3. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».....	83
4. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Педагогика».....	90
5. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций».....	101
6. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Микробиология».....	126
7. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Клиническая анатомия и оперативная хирургия».....	162
8. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Стоматология хирургическая».....	174
9. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Стоматология ортопедическая».....	179
10. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Ортодонтия».....	193
11. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Физиотерапия в стоматологии».....	205
12. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Рентгенология в стоматологии».....	216
13. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Нейростоматология».....	223
14. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике по стоматологии общей практики.....	232
15. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике: неотложная помощь в стоматологии.....	236
16. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике: Реставрационные технологии в стоматологии.....	239
17. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики.....	242

1. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Стоматология общей практики»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ПК-1 способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

ПК-2 способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией;

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

ПК-6 способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра;

ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи;

ПК-9 готовность к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;

ПК-10 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Паспорт фонда оценочных средств

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

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

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Тема 1. Технологические и манипуляционные свойства стоматологических цементов. Классификации по составу и назначению

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Стоматологические цементы, свойства.
2. Классификация стоматологических цементов.
3. Техника замешивания различных стоматологических цементов.
4. Показания и противопоказания к использованию стоматологических цементов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. К силикофосфатным цементам относится:
 - +1) силидонт
 - 2) силицин
 - 3) висфат
 - 4) фосфат цемент
 - 5) аргил
2. В качестве лечебной прокладки используют:
 - 1) искусственный дентин
 - +2) пасты на основе гидроксида кальция
 - 3) дентин-пасту
 - 4) резорцин-формалиновую пасту
 - 5) фосфат-цемент
3. Изолирующая прокладка покрывает в кариозной полости:
 - 1) ДНО
 - 2) стенки
 - 3) эмаль
 - +4) дно и стенки
 - 5) углы
4. Стеклоиономерный цемент для прокладок обладает свойством:
 - +1) адгезией к эмали, дентину
 - 2) растворимостью в слюне
 - 3) окрашиванием тканей зуба
 - 4) прозрачностью
 - 5) токсичностью
5. Травление твердых тканей зуба проводят с целью:
 - 1) реминерализации
 - 2) диагностики кариеса
 - +3) улучшения адгезии
 - 4) обезболивания
 - 5) склерозирования
6. Для протравливания эмали применяется кислота концентрации (%):
 - 1) 10
 - 2) 20
 - +3) 37
 - 4) 40
 - 5) 50
7. Травление эмали проводят перед наложением пломбы из:
 - 1) СИЦ
 - +2) композита

- 3) поликарбонатного цемента
 4) серебряной амальгамы
 5) силикофосфата
7. Стоматологический кабинет на одного врача должен занимать площадь не менее:
 1) 10 м²
 2) 12 м²
 +3) 14 м²
8. Световой коэффициент (отношение освещенной поверхности окон к площади пола):
 1) 1:1-1:2
 2) 1:3-1:4
 +3) 1:4-1:5
9. Создаваемая местным источником освещенность не должна превышать уровень общего освещения более чем:
 1) в 5 раз
 +2) в 10 раз
 3) в 15 раз
10. При обследовании пациента обязательно пальпируется бимануально следующая область:
 1) преддверье полости рта
 2) слизистая оболочка
 3) контуры губ
 4) уздечка языка
 +5) дно полости рта
11. Укажите оборудование, необходимое для оснащения терапевтического стоматологического кабинета:
 +1) стерильный стол с инструментами
 2) кушетка для больного
 +3) раковина для мытья рук
 +4) раковина для мытья инструмента
 5) шлейф-мотор
 6) дентальный рентгеновский аппарат
 +7) шкаф для хранения медикаментов
 8) автоматическая центрифуга
 9) печь для обжига фарфоровых масс
12. Уровень освещенности кабинета при использовании люминесцентных ламп должен составлять:
 1) 200лк
 2) 300лк
 +3) 500лк
13. Коронковая часть анкерного штифта покрывается опакером с целью:
 1) обеспечения прочности реставрации
 2) улучшения ретенции
 3) экономии композита
 +4) улучшения эстетики
 5) увеличения рентгеноконтрастности
14. Показаниями к пломбированию кариозных полостей серебряной амальгамой являются классы по Блэку:
 +1) I, II
 2) III, IV
 3) I, III
 4) III, V
 5) III, VI
15. Для постоянных пломб используют:
 +1) композитные материалы
 2) искусственный дентин
 3) цинк-эвгенольную пасту
 4) пасты на основе гидроксида кальция
 5) фосфат-цемент
16. Дентин-паста относится к группе:
 1) силикатных цементов
 2) силико-фосфатных цементов
 +3) временных пломбировочных материалов
 4) цементов для obturation корневых каналов
 5) лечебных прокладок
17. При моделировании контактной поверхности зуба используется:
 1) зонд
 +2) матрица
 3) экскаватор
 4) шпатель
 5) пинцет
18. Для лечения кариеса в пришеечной области I.1 зуба с вестибулярной стороны используется:
 1) дентин
 +2) композиты
 3) силидонт
 4) фосфат-цемент
 5) поликарбонатный цемент
19. Лампы галогенового света используют для:
 1) дезинфекции операционного поля
 2) высушивания полости рта
 3) реминерализации эмали
 4) дезинфекции кабинета
 +5) полимеризации композита
20. Завершающим этапом пломбирования кариозных полостей композиционными пломбировочными материалами является:
 1) травление эмали
 2) моделирование пломбы
 3) изоляция от слюны
 +4) шлифование и полирование пломбы
 5) фотополимеризация

Тема 2. Сравнение свойств неорганических и полимерных цементов. Механизм твердения цементов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Понятие цементов
2. Классификация цементов.
3. Неорганические цементы

4. Органические цементы
5. Свойства неорганических цементов.
6. Свойства органических цементов
7. Механизм твердения цементов

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1) Выбор цвета композиционного материала следует определять при:

1. дневном свете
2. искусственном освещении
- +3. дневном свете в первую половину дня
4. дневном свете во вторую половину дня
5. искусственном освещении в первую половину дня

2) Амальгама чаще используется для пломбирования полостей следующих классов:

1. I, III, V
2. I, II, IV
- +3. I, IV, V
4. I, II, V
5. I, II, VI

3) Отрицательным свойством силикатных пломбировочных материалов является:

1. соответствие цвету эмали
2. пластичность
3. хрупкость, токсичность
- +4. механическая прочность
5. реминерализация

4) Наиболее прочным пломбировочным материалом для пломбирования кариозных полостей II класса является:

1. силикатный цемент
2. силикофосфатный цемент
- +3. амальгама
4. фосфат-цемент
5. композит химического отверждения

5) При пломбировании амальгамой кариозных полостей II класса в качестве изолирующей прокладки применяется:

1. силидонт
2. цинк-сульфатный цемент
3. силици
4. искусственный дентин (дентин-паста)
- +5. фосфат-цемент

6) Для адгезии композитного материала при реставрации полостей применяется:

1. фосфат-цемент
- +2. бондинговая система
3. 37% фосфорная кислота
4. паста на основе гидроксида кальция
5. искусственный дентин

7) При пломбировании полостей II класса изолирующая прокладка из фосфат-цемента наносится вначале на:

- +1. придесневую стенку и дно дополнительной площадки
2. дополнительную площадку
3. дно и стенки дополнительной площадки
4. дно основной полости и дополнительной площадки
5. края основной полости

8) Для отделки пломб из композитных материалов в полостях II класса применяются:

1. стальные шаровидные боры
2. твердосплавные шаровидные боры
3. твердосплавные цилиндрические боры
- +4. мелкодисперсные алмазные головки и штрипсы
5. карборундовые камни

9) Выбор цвета композитного материала производится:

1. врачом
2. врачом и пациентом
3. врачом и ассистентом
4. ассистентом и пациентом
- +5. врачом, ассистентом и пациентом

10) При пломбировании кариозных полостей методом «закрытого сэндвича» прокладка:

- +1. перекрывается композитом
2. не перекрывается композитом
3. не используется
4. накладывается на края полости
5. накладывается на стенки и края

11) При пломбировании кариозных полостей методом «открытого» сэндвича прокладка:

1. перекрывается композитом
- +2. не перекрывается композитом
3. накладывается на дно и стенки
4. накладывается на края полости
5. накладывается на стенки и края

12) При тоннельном методе препарирования доступ в кариозную полость II класса проводят:

1. с выведением на жевательную поверхность
2. с созданием дополнительной площадки
- +3. из фиссуры на жевательной поверхности
4. с бугра жевательной поверхности
5. с вестибулярной поверхности

13) При пломбировании сэндвич-техники используют материалы:

- +1. стеклоиономерный цемент и композит
2. фосфат-цемент и силидонт
3. фосфат-цемент и силици
4. фосфат-цемент и амальгаму
5. стеклоиономерный цемент и амальгаму

14) Полное (тотальное) травление означает воздействие фосфорной кислоты на:

1. цемент
2. эмаль и цемент
3. дентин и цемент
- +4. эмаль и дентин
5. эмаль

15) Макронаполненные композитные материалы обладают положительными свойствами:

- +1. прочностью, рентгеноконтрастностью
2. прочностью, плохой полируемостью.
3. низкой цветостойкостью
4. накоплением зубного налета на поверхности
5. токсичностью

16) Отрицательными свойствами макронаполненных композитных материалов является:

1. прочность
- +2. низкая цветостойкость
3. рентгеноконтрастность
4. пластичность
5. эстетичность

17) Отрицательным свойством микронаполненных композитов является:

1. высокая цветостойкость
2. полируемость
- +3. механическая непрочность
4. эстетичность
5. рентгеноконтрастность

18) Прокладочные материалы на основе гидроксида кальция обладают положительными свойствами:

1. твердостью, прочностью
- +2. одонтотропным действием
3. эстетическими качествами
4. растворимостью
5. усадкой

19) Цинкфосфатные цементы обладают положительными свойствами:

1. растворимостью в ротовой жидкости
- +2. адгезией, нетоксичностью
3. прочностью
4. эстетичностью
5. дороговизной

20) Цинкфосфатные цементы обладают отрицательными свойствами:

1. пластичностью
2. адгезией
- +3. вязкостью, недостаточной прочностью
4. токсичностью
5. рентгеноконтрастностью

Тема 3. Технологические и манипуляционные свойства композитных пломбирочных материалов. Структура композитов, состав, классификации.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Технологические свойства композитных пломбирочных материалов
2. Манипуляционные свойства композитных материалов
3. Структура композитов
4. Состав композитов
5. Классификация композитов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1) Противопоказанием к применению серебряной амальгамы является наличие:

- +1. протезов из золота
2. полостей I класса
3. полостей II класса
4. полостей V класса (на молярах)
5. ретроградное пломбирование каналов

2) Шлифование и полирование пломб из амальгамы проводится через:

1. 10 мин
2. 30 мин
3. 2 часа
- +4. 24 часа
5. 48 часов

3) Положительным свойством стеклоиономерных цемента является:

- +1. химическая адгезия
2. чувствительность к влаге
3. чувствительность к пересушиванию
4. механическая прочность
5. хрупкость

4) Отрицательным свойством серебряной амальгамы является:

- +1. теплопроводность
2. твердость
3. пластичность
4. устойчивость к влаге
5. прочность

5) Основными преимуществами амальгамы без гамма-2-фазы является:

- +1. устойчивость к коррозии
2. пластичность
3. изменение объема
4. рентгеноконтрастность
5. теплопроводность

6) В качестве изолирующей прокладки под пломбы из амальгамы используют:

1. силици
2. силидонт
- +3. фосфат-цемент
4. дентин
5. силер

7) Показанием к применению серебряной амальгамы является пломбирование кариозных полостей по классу:

- +1. I, II, V
2. I, III
3. III, IV
4. III, V
5. II, III

8) Силикатные цементы обладают положительным свойством:

+1. эстетическими качествами

2. высокой токсичностью

3. хрупкостью

4. усадкой при твердении

5. прочностью

9) Силикатные цементы обладают отрицательными свойствами:

+1. токсичностью, слабой адгезией

2. эстетическими качествами

3. противокариозным действием

4. простотой применения, дешевизной

5. непрочностью

10) Показанием пломбирования силикатными цементами являются полости класса:

+1. III

2. IV, V 3) I

3. II

4. II, IV

11) Положительными свойствами силикофосфатных цемента являются:

+1. механическая прочность, пластичность

2. токсичность

3. недостаточная устойчивость к среде полости рта

4. неэстетичность

5. усадка

12) Показанием к применению силикофосфатных цемента являются кариозные полости класса:

1. IV

2. II

3. III, IV

+4. полости I класса - в резцах

5. I, IV

13) Серебряная амальгама обладает положительными свойствами:

+1. большой прочностью, пластичностью

2. хорошей адгезией

3. эстетичностью

4. высокой теплопроводностью

5. коррозией

14) Основным недостатком микрогибридных композитов является:

1. прочность

2. цветостойкость

+3. полимеризационная усадка

4. рентгеноконтрастность

5. полируемость

15) Микрогибридные композиты применяются при пломбировании кариозных полостей классов:

+1. I-V

2. I

3. II

4. III, IV

5. VI

16) Основным недостатком пластических нетвердеющих материалов для корневых каналов является:

1. противовоспалительное действие

2. бактерицидное действие

+3. рассасывание в корневом канале

4. стимуляция репаративных процессов

5. противозкссудативное действие

17) Основными положительными свойствами цинкфосфатных цемента для пломбирования корневых каналов является:

+1. рентгеноконтрастность, герметичность

2. вязкость

3. Короткий период пластичности

4. трудное выведение из корневого канала

5. травма периодонта

18) Цинкоксидэвгеноловая паста обладает положительными свойствами:

1. токсическим и аллергическим действием

2. окрашиванием тканей зуба

+3. противовоспалительным, легким введением в канал

4. рассасыванием в корневом канале

5. влиянием на полимеризацию композитов

19) Основными компонентами порошка искусственного дентина являются оксиды:

+1. цинка и сульфат цинка

2. цинка и магния

3. алюминия и цинка

4. кальция и цинка

5. магния и алюминия

20. Представителем группы стеклоиономерных цемента является:

1. силиции

2. силидонт

3. адгезор

+4. фуджи

5. поликарбоксилатный цемент

Тема 4. Методы определения рабочего времени, времени и глубины отверждения. Основные показатели, характеризующие свойства отвержденного композита.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Методы определения рабочего времени,

2. Методы определения времени и глубины отверждения.

3. Основные показатели, характеризующие свойства отвержденного композита.

1) К группе цинкфосфатных цемента принадлежат:

1. силиции

2. силидонт

+3. унифас

4. фуджи

5. СИЦ

2) Основным представителем силикатных цемента является:

- +1. силицин
2. силидонт
3. стион
4. фуджи
5. норакрил
- 3) Фосфат-цемент применяется для:
 1. фиксации керамических вкладок
- +2. фиксации искусственных коронок
3. пломбирования полостей IV класса
4. пломбирования полостей V класса
5. лечебных прокладок
- 4) Кетак-эндо применяют для:
 1. пломбирования полостей I класса
 2. фиксации коронок
- +3. пломбирования корневых каналов
4. герметизации фиссур
5. пломбирования полостей II класса
- 5) Основной составляющей (до 95%) порошка фосфат-цемента является оксид:
 1. кремния
 2. магния
- +3. цинка
4. кальция
5. алюминия
- 6) Основой (до 47%) порошка силикатных цементов является оксид:
 - +1. кремния
 2. магния
 3. цинка
 4. кальция
 5. фтора
- 7) Для замешивания фосфатных цементов используется:
 1. полиакриловая кислота
 2. дистиллированная вода
- +3. ортофосфорная кислота
4. малеиновая кислота
5. физиологический раствор
- 8) Недостаточное краевое прилегание серебряной амальгамы зависит от присутствия соединения:
 1. серебро + ртуть
 2. серебро + олово
- +3. слово + ртуть
4. медь + олово
5. медь + ртуть
- 9) В 60-е годы XX века композитные материалы разработал и внедрил:
 1. Блэк
 - +2. Бовен
 3. Буонакоре
 4. Буш
 5. Миллер
- 10) Инициатором полимеризации материала светового отверждения является:
 - +1. камфорахинон
 2. пероксид бензоила
 3. ароматические амины
 4. пероксид бензоила и ароматические амины
 5. камфорахинон и ароматические амины
- 11) К бондинговым системам относятся:
 1. ортофосфорная кислота
 - +2. праймер и адгезив
 3. соляная кислота
 4. плавиковая кислота
 5. полиакриловая кислота
- 12) В микронаполненных композитах частицы наполнителя имеют размер (мкм):
 1. 1-100
 2. 50
 3. более 1
 4. 1
 - +5. менее 1
- 13) Жидкотекучие композиты вводят в полость:
 1. гладилкой
 2. шпательной лопаткой
 3. шприцем
 - +4. шприцем и гладилкой
 5. амальгамотрегером
- 14) В качестве изолирующих прокладок применяются материалы:
 1. силикатные
 2. цинксульфатные
 3. силикофосфатные
 - +4. стеклоиономерные
 5. композитные
- 15) В качестве силера на основе гидроксида кальция применяется:
 - +1. апексит
 2. эндодент
 3. эндометазон
 4. форфенан
 5. силидонт
- 16) Представителем группы силеров на полимерной основе является:
 1. эндометазон
 2. витапекс
 3. форфенан
 4. эвгедент
 - +5. АН+
- 17) Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону:

- +1. источника света
- 2. полости зуба
- 3. вестибулярную
- 4. оральную
- 5. окклюзионную

18) Оптимальная толщина наложения порции светоотверждаемого композиционного материала составляет в мм:

- +1. 1,5-2
- 2. 3
- 3. 3-4
- 4. 4-5
- 5. 6-7

19) Наложение композита химического отверждения производится слоем (слоями):

- +1. одним
- 2. двумя
- 3. тремя
- 4. четырьмя
- 5. пятью

20) Усадка композита химического отверждения происходит в сторону:

- 1. оральную
- 2. вестибулярную
- 3. источника света
- +4. полости зуба
- 5. равномерно по объему

Тема 5. Адгезия и адгезивные стоматологические материалы, состав, свойства.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

- 1. Понятие адгезии
- 2. Адгезивные системы
- 3. Классификация адгезивных систем
- 4. Свойства адгезивных систем различных поколений
- 5. Спиртовой адгезивный протокол

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. ОСНОВНАЯ И КАТАЛИТИЧЕСКАЯ ПАСТЫ КОМПОЗИТА ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ СМЕШИВАЮТСЯ В СООТНОШЕНИИ:

- а) 1:2
- +б) 1:1
- в) 2:1
- г) 3:1

2. ОСНОВНАЯ И КАТАЛИТИЧЕСКАЯ ПАСТЫ КОМПОЗИТА ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ СМЕШИВАЮТСЯ В ТЕЧЕНИЕ:

- +а) 30 секунд
- б) 60 секунд
- в) 90 секунд
- г) 120 секунд

3. В КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛАХ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ПОЛИМЕРИЗАЦИЯ ПРОИСХОДИТ:

- +а) во всей толще материала
- б) по направлению источника света
- в) по направлению к стенкам полости
- г) по направлению к дну полости

4. УКАЖИТЕ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ РЕСТАВРАЦИИ:

- а) контурирование реставрации
- б) финирирование реставрации
- +в) полирование пастами
- г) обработка карборундовым камнем

5. ОСНОВНАЯ ФОРМА ВЫПУСКА СОВРЕМЕННЫХ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ:

- +а) паста-паста
- б) порошок-жидкость
- в) паста- порошок
- г) паста-жидкость

6. ФИНИШНАЯ СВЕТОВАЯ ПОЛИМЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ:

- +а) по окончании полировки пломбы
- б) после фиксации последней порции композиционного пломбирочного материала светового отверждения
- в) после полимеризации последней порции композита
- г) после нанесения полировочной пасты

7. К КОМПОЗИТАМ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- а) Талан
- б) Charisma PPF
- в) Consize
- г) Degufil
- +д) все верно

8. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРАВИЛЬНОСТЬ ПОЛИРОВАНИЯ РЕСТАВРАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ:

- +а) наличием зеркального блеска высушенной поверхности реставрации, не отличимой по степени блеска от естественной эмали зубов
- б) субъективными ощущениями пациента
- в) наличие матовости высушенной поверхности
- г) совпадение оттенка реставрации и тканей зуба во влажном состоянии

9. УКАЖИТЕ КАТАЛИЗАТОР, АКТИВИРУЮЩИЙ ХИМИЧЕСКУЮ ПОЛИМЕРИЗАЦИЮ В КОМПОЗИТАХ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ:

- а) камфороквинон
- +б) перекись бензоила и амина
- в) перекись мочевины
- г) камфора

10. КЛАССИФИКАЦИЯ КОМПОЗИТНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПО МЕХАНИЗМУ ОТВЕРЖДЕНИЯ ПЛОМБЫ:

- а) композиты химического отверждения
- б) композиты физического отверждения
- в) композиты светового отверждения
- г) композиты комбинированного отверждения
- +д) верно а,в.

11. К ОРМОКЕРАМ ОТНОСЯТСЯ:

- +а) Definite
- б) Elan
- в) Revolution

- г) Fuji IX
12. ПРИ ВЫБОРЕ ЦВЕТА ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ:
- глубину и локализацию имеющегося дефекта твердых тканей зуба
 - расположение восстанавливаемого зуба в зубной дуге
 - конституциональные, половые, возрастные признаки
- +г) верно все
13. МИКРОРЕТЕНЦИЯ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА - ЭТО
- фиксация пломбы за счет конвергенции стенок кариозной полости
 - фиксация пломбирочного материала в ретенционных пунктах
- +в) проникновение адгезива и пломбирочного материала в микропространства протравленной эмали
- г) фиксация пломбы за счет анкеров, пинов, постов
14. К ТЕКУЧИМ СВЕОТВЕРЖДАЕМЫМ КОМПОЗИТАМ ОТНОСЯТСЯ:
- Revolution
 - Tetric
 - Dyract
 - Fuji IX
15. ДЛЯ ИЗБЕЖАНИЯ ПЕРЕГРЕВА ТКАНЕЙ ЗУБА ПОЛИРОВКА ПЛОМБЫ ИЗ КОМПОЗИТА ПРОВОДИТСЯ:
- при периодическом смачивании обрабатываемой поверхности водой
 - с использованием прерывистых движений
 - на небольших оборотах
- +г) все верно
16. ВЫБОР ЦВЕТА ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ:
- после препарирования кариозной полости
 - после процедуры нанесения адгезивной системы
- +в) до начала процедуры реставрации или пломбирования
- г) после протравливания твердых тканей
17. ВНОСИМЫЕ СЛОИ КПМ СВЕТОВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ НЕ ДОЛЖНЫ ПРЕВЫШАТЬ ТОЛЩИНУ БОЛЕЕ:
- 1мм
 - 2-3мм
 - 0,5 мм
 - 5 мм
18. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ФОТОКОМПОЗИТОВ:
- экссудативное воспаление маргинальной десны, кровоточивость
 - поддесневое распространение кариеса
 - низкая гигиена полости рта
- +г) верно всё
19. УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ РАЗГЕРМЕТИЗАЦИИ ФОТОКОМПОЗИТНОЙ ПЛОМБЫ:
- неправильное формирование кариозной полости
 - попадание слюны или крови на обработанную поверхность зуба
 - отсутствие бонда
 - одномоментная полимеризация больших объемов фотокомпозиата
- +д) все верно
20. ДЕЙСТВИЯ ДЕНТИННОГО АДГЕЗИВА НА ДЕНТИН
- усиливает ток зубного ликвора
 - заполняет дентинные каналы
- +в) прекращает ток зубного ликвора
- г) смачивает и дезинфицирует
- д) верно в) и г)

Тема 6. Лечебная концепция реставрации зубов при кариесе и некариозных поражениях твердых тканей зубов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

- Кариес как патологический процесс. Этиология кариеса. Патогенез кариеса.
- Современные представления о механизмах возникновения и развития кариеса зубов.
- Некариозные поражения зубов, развивающиеся до и после прорезывания
- Реставрации при кариозных и некариозных поражениях зубов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Патологический процесс твердых тканей зубов, развивающийся после прорезывания, при котором происходят деминерализация и протеолиз с последующим образованием дефекта под воздействием внешних и внутренних факторов:

- гипоплазия;
- эрозия;
- истирание;
- кариес;
- флюороз

2. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию:

- кислот;
- щелочей;
- кариесогенных факторов;
- абразивного фактора;
- температурных факторов

3. Для определения распространенности и интенсивности кариеса нужно знать:

- СИТН;
- РМА;
- ИДЖ;
- КПУ;
- УИГ

4. Причины возникновения кариеса:

- кариесогенная флора, углеводы, низкая резистентность эмали
- кислотоустойчивость эмали, белки, низкая резистентность эмали
- легкоусвояемые углеводы, высокая резистентность эмали, жиры
- высокая резистентность эмали, углеводы, кариесогенная флора
- углеводы, органические кислоты, высокая резистентность эмали

5. Пелликула зуба образована:

- коллагеном
- кератином
- скоплением микроорганизмов и углеводов
- гликопротеидами слюны
- полиненасыщенными жирными кислотами

6. Иммунные зоны зуба:

- 1) фиссуры и углубления на зубах
- 2) пришеечная треть видимой коронки зуба
- 3) жевательные поверхности зубов
- +4) бугры, экватор и вестибулярные поверхности зубов
- 5) небные и язычные поверхности зубов
7. Ведущая роль в развитии кариеса принадлежит:
 - 1) Str. Salivaris;
 - +2) Str. Mutans;
 - 3) лактобациллы;
 - 4) Str. Sangius;
 - 5) Str. Aureus
8. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию:
 - 1) кислот;
 - 2) щелочей;
 - +3) кариесогенных факторов;
 - 4) абразивного фактора;
 - 5) температурных факторов
9. Местные факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:
 - 1) климатические условия
 - +2) изменение количества и качества ротовой жидкости
 - 3) диета и питьевая вода
 - 4) белковые пищевые остатки в полости рта
 - 5) наследственные и соматические заболевания
10. Изменение химического состава эмали при кариесе в стадии пятна сопровождается:
 - 1) снижением микротвердости наружного слоя эмали больше, чем подповерхностного
 - +2) снижением микротвердости наружного слоя эмали меньше, чем подповерхностного
 - 3) одинаковым снижением микротвердости наружного и подповерхностного слоев
 - 4) повышением микротвердости наружного слоя больше, чем подповерхностного
 - 5) одинаковым повышением микротвердости наружного и подповерхностного слоев
11. Соотношение Ca/P в дентине:
 - 1) 1,55;
 - 2) 1,60;
 - +3) 1,67;
 - 4) 1,75;
 - 5) 2,0
12. Разрушение кристаллов ГА происходит при соотношении CA/P:
 - 1) 1,67;
 - 2) 1,57;
 - 3) 1,53;
 - 4) 1,33;
 - +5) 1,25
13. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны на:
 - 1) стабильности эмали
 - 2) уменьшении проницаемости эмали
 - +3) увеличении проницаемости эмали
 - 4) изменении органической составляющей свойств эмали
 - 5) изменении неорганической составляющей эмали
14. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводится с:
 - +1) гиперплазией
 - 2) острым пульпитом
 - 3) эрозией твердых тканей
 - 4) хроническим фиброзным пульпитом
 - 5) глубоким кариесом
15. При среднем кариесе в световом микроскопе различаются:
 - 1) прозрачная зона
 - 2) темная зона
 - 3) зона прозрачного и интактного дентина
 - +4) подповерхностной деминерализации
 - 5) тело поражения
16. Особенности препарирования глубокой кариозной полости:
 - 1) формирование отвесных стенок
 - +2) формирование плоского дна
 - 3) формирование неровного дна в зависимости от глубины поражения и топографии полости зуба
 - 4) сохранение на дне полости деминерализованного, размягченного дентина
 - 5) финирирование краев эмали
17. Размеры очага пигментации эмали, требующего динамического наблюдения и реминерализации:
 - 1) 0,5-1,0мм;
 - +2) 1,0-1,5мм;
 - 3) 1,5-2,0 мм;
 - 4) 2,0-2,5мм;
 - 5) 2,5-3,0 мм
18. Классификация кариозных полостей по Блэку включает:
 - 1) 3 класса;
 - 2) 4 класса;
 - 3) 5 классов;
 - +4) 6 классов;
 - 5) 7 классов
19. Наибольшее влияние на созревание эмали оказывает:
 - +1) фтор;
 - 2) молибден;
 - 3) стронций;
 - 4) кальций;
 - 5) магний
20. Дополнительные методы обследования стоматологического больного на терапевтическом приеме:
 - 1) респрос;
 - 2) зондирование;
 - +3) рентгенография;
 - 4) пальпация;

5) перкуссия

Тема 8. Особенности препарирования кариозных полостей и дефектов некариозного происхождения для проведения реставрации и реконструкции. Изоляция рабочего поля.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Особенности препарирования кариозных полостей
2. Особенности препарирования дефектов некариозного происхождения для проведения реставрации и реконструкции
3. Способы изоляции рабочего поля.
4. Составляющие коффердама.
5. Методики наложения системы коффердам.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Детектор кариеса используется для выявления:
 - 1) наружного слоя кариозного дентина
 - 2) третичного дентина.
 - 3) вторичного дентина
 - 4) иррегулярного дентина
 - +5) внутреннего слоя кариозного дентина
2. Протравливание (кондиционирование) дентина проводится для:
 - 1) усиления бактерицидных свойств композитов
 - 2) усиления краевого прилегания
 - +3) удаления смазанного слоя
 - 4) формирования гибридного слоя
 - 5) реминерализации эмали
3. Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводится с:
 - 1) кариесом в стадии пятна
 - 2) острым диффузным пульпитом
 - 3) гипоплазией
 - 4) острым периодонтитом
 - +5) глубоким кариесом
4. Элемент кариозной полости:
 - +1) контактная поверхность;
 - +2) дентин;
 - 3) стенка;
 - 4) пришеечная область;
 - 5) эмаль
5. Критерием окончательного препарирования кариозной полости является:
 - 1) наличие размягченного дентина на дне и стенках кариозной полости
 - 2) наличие пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости
 - 3) наличие светлого и плотного дентина на дне и стенках кариозной полости, окрашивающегося детектором кариеса
 - +4) наличие светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса
 - 5) наличие пигментированного дентина на стенках и размягченного дентина на дне кариозной полости
6. Дифференциальный диагноз бессимптомного течения среднего кариеса проводят с:
 - 1) кариесом в стадии пятна
 - +2) хроническим гранулематозным периодонтитом
 - 3) деструктивной формой флюороза
 - 4) хроническим фиброзным периодонтитом
 - 5) местной гипоплазией
7. Гиперминерализация дентинных канальцев при среднем кариесе определяется в зоне:
 - +1) распада и деминерализации
 - 2) тела поражения
 - 3) прозрачного и интактного дентина
 - 4) темной зоне
 - 5) заместительного дентина и изменений в пульпе
8. Патологическое воздействие на пульпу приводит к образованию:
 - 1) третичного дентина
 - 2) первичного и вторичного дентина
 - 3) эмали
 - 4) иррегулярного дентина
 - 5) клеточного цемента
9. Вторичный кариес - это:
 - 1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
 - +2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леи ном зубе
 - 3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками кариозным дентином
 - 4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина
 - 5) кариозный процесс в постоянных зубах
10. Рецидив кариеса - это:
 - +1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
 - 2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее ленном зубе
 - 3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками кариозным дентином
 - 4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина
 - 5) кариозный процесс в постоянных зубах
11. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят с:
 - 1) острым диффузным пульпитом
 - 2) эрозией эмали
 - 3) острым очаговым пульпитом
 - +4) флюорозом и гипоплазией
 - 5) глубоким кариесом
12. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводят с:
 - 1) кариесом в стадии пятна
 - 2) хроническим гранулематозным периодонтитом
 - 3) деструктивной формой флюороза
 - 4) хроническим фиброзным пульпитом
 - 5) гипоплазией
13. Заполненные бактериями, расширенные дентинные трубочки при среднем кариесе определяются в зоне:
 - 1) распада и деминерализации
 - +2) темной зоне
 - 3) тела поражения

- 4) теле поражения
- 5) прозрачного и интактного дентина
14. Элемент кариозной полости, обращенный к пульпе:
 - +1) дно;
 - 2) дентин;
 - 3) стенка;
 - 4) край;
 - 5) цемент
15. Основным минерализующим защитным фактором ротовой жидкости является:
 - 1) слюна, пересыщенная ионами кальция и фосфора
 - 2) пелликула
 - +3) бикарбонатный буфер в слюне
 - 4) повышение вязкости ротовой жидкости
 - 5) снижение вязкости ротовой жидкости
16. Общие факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:
 - 1) зубная бляшка
 - 2) диета и питьевая вода
 - +3) углеводистые пищевые остатки в полости рта
 - 4) полноценная структура и химический состав твердых тканей зуба
 - 5) белковые пищевые остатки в полости рта
17. Поляризационная микроскопия выделяет при кариесе в стадии пятна очаг в виде:
 - 1) овала;
 - 2) круга;
 - 3) трапеции;
 - +4) треугольника;
 - 5) прямоугольника
18. Кариес в стадии пятна характеризуется:
 - 1) некрозом эмали
 - 2) нарушением формирования эмали
 - +3) поверхностной деминерализацией
 - 4) подповерхностной деминерализацией
 - 5) гиперминерализацией
19. Основой современной теории кариеса является:
 - 1) физико-химическая теория
 - 2) трофоневрогическая теория
 - 3) биологическая теория
 - 4) биохимическая
 - 5) химико-паразитарная теория
20. Для реализации кариесогенных факторов необходим:
 - 1) фактор неожиданности взаимодействия
 - +2) фактор длительности взаимодействия
 - 3) фактор внезапности взаимодействия
 - 4) фактор кратковременности взаимодействия
 - 5) фактор последовательности взаимодействия

Тема 9. Реставрация и реконструкция кариозных полостей I класса. Выбор пломбировочного материала и техники пломбирования.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Классификация кариозных полостей по Блэку
2. Особенности реставрации полостей I класса
3. Методика силиконового ключа
4. Выбор пломбировочного материала и техники пломбирования.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Зубная бляшка начинает накапливаться после чистки зубов через:
 - 1) 1 час;
 - +2) 2 часа;
 - 3) 3 часа;
 - 4) 4 часа;
 - 5) 5 часов
2. Покрытие зубной бляшки мукоидным слоем защищает ее от:
 - 1) удаления зубной щеткой
 - 2) удаления пищевым комком
 - 3) смывания водой
 - 4) механического удаления
 - +5) минерализации
3. Начальные повреждения эмали возникают при pH:
 - +1) 3,5-4,5;
 - 2) 4,5-5,5;
 - 3) 5,5-6,5;
 - 4) 6,5-7,5;
 - 5) 7,5-8,0
4. Кариозный процесс развивается при:
 - 1) равновесии ре-и деминерализации
 - 2) дисминерализации
 - +3) преобладании деминерализации
 - 4) реминерализации
 - 5) отсутствии реминерализации
5. Химия процесса деминерализации для эмали, дентина и цемента корня:
 - 1) одинакова;
 - +2) не одинакова
6. Потеря кальция в очаге кариозного пятна достигает:
 - 1) 10-20%;
 - 2) 20-30%;
 - +3) 30-40%;
 - 4) 40-50%;
 - 5) 50-60%
7. Реминерализующая терапия - это:
 - 1) методика пломбирования
 - 2) методика реставрации

+3) методика искусственного насыщения эмали минерализующими компонентами

4) методика искусственного насыщения эмали органическими компонентами

5) методика устранения смазанного слоя

8. Снижение РН ротовой жидкости как основная причина возникновения кариеса, представлена теорией:

+1) Энтина Д.Э.;

2) Миллера В.;

3) Лукомского И.Г.;

4) Шарпенака А.Э.;

5) Шатца А., Мартина Д.

9. Длительное взаимодействие кариесогенной флоры, легкоусвояемых углеводов при низкой резистентности твердых тканей зубов приводит к развитию:

1) некариозных поражений;

+2) кариеса;

3) заболеваний пародонта;

4) заболеваний слизистой рта;

5) дисбактериоза

10. Поддержание гомеостаза эмали происходит за счет:

1) кровеносных сосудов

2) лимфатических сосудов

3) нервов

4) фторирования воды

+5) гетероинонного обмена с ротовой жидкостью

11. Диагноз кариеса в стадии пятна ставят на основании:

1) зондирования поверхности пятна

+2) высушивания и окрашивания пятна

3) ЭОД

4) реодентографии

5) рентгенодиагностики

12. Поверхностный кариес характеризуется наличием:

+1) белого пятна

2) глубокой кариозной полости

3) полости в пределах эмали

4) пигментированного пятна

5) полости средних размеров

13. Средний кариес (caries media) характеризуется наличием:

1) пигментированного пятна

2) кариозной полости в пределах эмали

+3) кариозной полости средних размеров в эмали и дентине

4) глубокой кариозной полости

5) белого пятна

14. Диагноз "глубокий кариес" соответствует диагнозу по МКБ-10:

1) кариес эмали;

+2) кариес дентина;

3) кариес цемента;

4) гиперемия пульпы;

5) рецидивирующий кариес

15. Препарирование кариозной полости II класса без выведения на жевательную поверхность проводится в случае расположения кариозной полости:

1) ниже экватора зуба при хорошем доступе

+2) выше экватора при отсутствии доступа

3) ниже экватора при отсутствии доступа

4) выше экватора при хорошем доступе

5) выше и ниже экватора при хорошем доступе

16. Тоннельный способ препарирования кариозной полости II класса позволяет:

1) формировать контактный пункт

+2) сохранить существующий естественный контактный пункт

3) сохранить жевательную поверхность

4) сохранить биологию пульпы

5) сохранить контактную поверхность соседнего зуба

17. Лечение глубокого кариеса включает этап:

1) препарирования кариозной полости

2) наложения постоянной пломбы

3) медикаментозной обработки

4) кондиционирования дентина

+5) наложения лечебной прокладки

18. Основными компонентами реминерализующей терапии являются:

1) натрий, магний;

2) йод, бром;

+3) кальций, фтор;

4) железо, стронций;

5) серебро, золото

19. Автор реминерализующей терапии кариеса в стадии пятна методом глубокого фторирования:

+1) Боровский Е.В.;

2) Леус П.А.;

3) Альбрехт Н.;

4) Кнапшвост А.;

5) Лукомский И.Г.

20. Эффективность реминерализующей терапии зависит от:

1) пола пациента

+2) гигиены полости рта

3) режима работы пациента

4) времени проведения процедур терапии (утро, день, вечер)

5) температурного режима

Тема 10. Реставрация и реконструкция кариозных полостей II класса. Выбор пломбировочного материала и техники пломбирования. Особенности формирования контактного пункта, методика, способы восстановления, критерии оценки.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Классификация кариозных полостей по Блэку

2. Особенности реставрации полостей II класса

3. Матричные системы. Классификация. Способ применения.

4. Выбор пломбировочного материала и техники пломбирования.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Детектор кариеса используется для выявления:

- 1) наружного слоя кариозного дентина
- 2) третичного дентина.
- 3) вторичного дентина
- 4) иррегулярного дентина
- +5) внутреннего слоя кариозного дентина

2. Протравливание (кондиционирование) дентина проводится для:

- 1) усиления бактерицидных свойств композитов
- 2) усиления краевого прилегания
- +3) удаления смазанного слоя
- 4) формирования гибридного слоя
- 5) реминерализации эмали

3. Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводится с:

- 1) кариесом в стадии пятна
- 2) острым диффузным пульпитом
- 3) гипоплазией
- 4) острым периодонтитом
- +5) глубоким кариесом

4. Элемент кариозной полости:

- +1) контактная поверхность;
- +2) дентин;
- 3) стенка;
- 4) пришеечная область;
- 5) эмаль

5. Критерием окончательного препарирования кариозной полости является:

- 1) наличие размягченного дентина на дне и стенках кариозной полости
- 2) наличие пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости
- 3) наличие светлого и плотного дентина на дне и стенках кариозной полости, окрашивающегося детектором кариеса
- +4) наличие светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса
- 5) наличие пигментированного дентина на стенках и размягченного дентина на дне кариозной полости

6. Дифференциальный диагноз бессимптомного течения среднего кариеса проводят с:

- 1) кариесом в стадии пятна
- +2) хроническим гранулематозным периодонтитом
- 3) деструктивной формой флюороза
- 4) хроническим фиброзным периодонтитом
- 5) местной гипоплазией

7. Гиперминерализация дентинных канальцев при среднем кариесе определяется в зоне:

- +1) распада и деминерализации
- 2) тела поражения
- 3) прозрачного и интактного дентина
- 4) темной зоне
- 5) заместительного дентина и изменений в пульпе

8. Патологическое воздействие на пульпу приводит к образованию:

- 1) третичного дентина
- 2) первичного и вторичного дентина
- 3) эмали
- 4) иррегулярного дентина
- 5) клеточного цемента

9. Вторичный кариес - это:

- 1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
- +2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леном зубе
- 3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками кариозным дентином
- 4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина
- 5) кариозный процесс в постоянных зубах

10. Рецидив кариеса - это:

- +1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
- 2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леном зубе
- 3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками кариозным дентином
- 4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина
- 5) кариозный процесс в постоянных зубах

11. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят с:

- 1) острым диффузным пульпитом
- 2) эрозией эмали
- 3) острым очаговым пульпитом
- +4) флюорозом и гипоплазией
- 5) глубоким кариесом

12. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводят с:

- 1) кариесом в стадии пятна
- 2) хроническим гранулематозным периодонтитом
- 3) деструктивной формой флюороза
- 4) хроническим фиброзным пульпитом
- 5) гипоплазией

13. Заполненные бактериями, расширенные дентинные трубочки при среднем кариесе определяются в зоне:

- 1) распада и деминерализации
- +2) темной зоне
- 3) тела поражения
- 4) теле поражения
- 5) прозрачного и интактного дентина

14. Элемент кариозной полости, обращенный к пульпе:

- +1) дно;
- 2) дентин;
- 3) стенка;
- 4) край;
- 5) цемент

15. Основным минерализующим защитным фактором ротовой жидкости является:

- 1) слюна, пересыщенная ионами кальция и фосфора
- 2) пелликула

- +3) бикарбонатный буфер в слюне
- 4) повышение вязкости ротовой жидкости
- 5) снижение вязкости ротовой жидкости
- 16. Общие факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:
 - 1) зубная бляшка
 - 2) диета и питьевая вода
 - +3) углеводистые пищевые остатки в полости рта
 - 4) полноценная структура и химический состав твердых тканей зуба
 - 5) белковые пищевые остатки в полости рта
- 17. Поляризованная микроскопия выделяет при кариесе в стадии пятна очаг в виде:
 - 1) овала;
 - 2) круга;
 - 3) трапеции;
 - +4) треугольника;
 - 5) прямоугольника
- 18. Кариес в стадии пятна характеризуется:
 - 1) некрозом эмали
 - 2) нарушением формирования эмали
 - +3) поверхностной деминерализацией
 - 4) подповерхностной деминерализацией
 - 5) гиперминерализацией
- 19. Основой современной теории кариеса является:
 - 1) физико-химическая теория
 - 2) трофоневротическая теория
 - 3) биологическая теория
 - 4) биохимическая
 - 5) химико-паразитарная теория
- 20. Для реализации кариесогенных факторов необходим:
 - 1) фактор неожиданности взаимодействия
 - +2) фактор длительности взаимодействия
 - 3) фактор внезапности взаимодействия
 - 4) фактор кратковременности взаимодействия
 - 5) фактор последовательности взаимодействия

Тема 11. Реставрация и реконструкция кариозных полостей фронтальной группы зубов. Выбор цвета, методики. Выбор пломбировочного материала.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Реставрация кариозных полостей фронтальной группы зубов.
2. Выбор цвета, методики.
4. Выбор пломбировочного материала.
5. Методика силиконового ключа
6. Методика мок-ап.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Патологический процесс твердых тканей зубов, развивающийся после прорезывания, при котором происходят деминерализация и протеолиз с последующим образованием дефекта под воздействием внешних и внутренних факторов:
 - 1) гипоплазия;
 - 2) эрозия;
 - 3) истирание;
 - +4) кариес;
 - 5) флюороз
2. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию:
 - 1) кислот;
 - 2) щелочей;
 - +3) кариесогенных факторов;
 - 4) абразивного фактора;
 - 5) температурных факторов
3. Для определения распространенности и интенсивности кариеса нужно знать:
 - 1) СРITN;
 - 2) PMA;
 - 3) ИДЖ;
 - +4) КПУ;
 - 5) УИГ
4. Причины возникновения кариеса:
 - +1) кариесогенная флора, углеводы, низкая резистентность эмали
 - 2) кислотоустойчивость эмали, белки, низкая резистентность эмали
 - 3) легкоусвояемые углеводы, высокая резистентность эмали, жиры
 - 4) высокая резистентность эмали, углеводы, кариесогенная флора
 - 5) углеводы, органические кислоты, высокая резистентность эмали
5. Пелликула зуба образована:
 - 1) коллагеном
 - 2) кератином
 - +3) скоплением микроорганизмов и углеводов
 - 4) гликопротеидами слюны
 - 5) полиненасыщенными жирными кислотами
6. Иммунные зоны зуба:
 - 1) фиссуры и углубления на зубах
 - 2) пришеечная треть видимой коронки зуба
 - 3) жевательные поверхности зубов
 - +4) бугры, экватор и вестибулярные поверхности зубов
 - 5) небные и язычные поверхности зубов
7. Ведущая роль в развитии кариеса принадлежит:
 - 1) Str. Salivaris;
 - +2) Str. Mutans;
 - 3) лактобациллы;
 - 4) Str. Sangius;
 - 5) Str. Aureus
8. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию:

- 1) кислот;
- 2) щелочей;
- +3) кариесогенных факторов;
- 4) абразивного фактора;
- 5) температурных факторов
9. Местные факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:
 - 1) климатические условия
 - +2) изменение количества и качества ротовой жидкости
 - 3) диета и питьевая вода
 - 4) белковые пищевые остатки в полости рта
 - 5) наследственные и соматические заболевания
10. Изменение химического состава эмали при кариесе в стадии пятна сопровождается:
 - 1) снижением микротвердости наружного слоя эмали больше, чем подповерхностного
 - +2) снижением микротвердости наружного слоя эмали меньше, чем подповерхностного
 - 3) одинаковым снижением микротвердости наружного и подповерхностного слоев
 - 4) повышением микротвердости наружного слоя больше, чем подповерхностного
 - 5) одинаковым повышением микротвердости наружного и подповерхностного слоев
11. Соотношение Ca/P в дентине:
 - 1) 1,55;
 - 2) 1,60;
 - +3) 1,67;
 - 4) 1,75;
 - 5) 2,0
12. Разрушение кристаллов ГА происходит при соотношении СА/Р:
 - 1) 1,67;
 - 2) 1,57;
 - 3) 1,53;
 - 4) 1,33;
 - +5) 1,25
13. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны на:
 - 1) стабильности эмали
 - 2) уменьшении проницаемости эмали
 - +3) увеличении проницаемости эмали
 - 4) изменении органической составляющей свойств эмали
 - 5) изменении неорганической составляющей эмали
14. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводится с:
 - +1) гиперплазией
 - 2) острым пульпитом
 - 3) эрозией твердых тканей
 - 4) хроническим фиброзным пульпитом
 - 5) глубоким кариесом
15. При среднем кариесе в световом микроскопе различаются:
 - 1) прозрачная зона
 - 2) темная зона
 - 3) зона прозрачного и интактного дентина
 - +4) подповерхностной деминерализации
 - 5) тело поражения
16. Особенности препарирования глубокой кариозной полости:
 - 1) формирование отвесных стенок
 - +2) формирование плоского дна
 - 3) формирование неровного дна в зависимости от глубины поражения и топографии полости зуба
 - 4) сохранение на дне полости деминерализованного, размягченного дентина
 - 5) финирирование краев эмали
17. Размеры очага пигментации эмали, требующего динамического наблюдения и реминерализации:
 - 1) 0,5-1,0мм;
 - +2) 1,0-1,5мм;
 - 3) 1,5-2,0 мм;
 - 4) 2,0-2,5мм;
 - 5) 2,5-3,0 мм
18. Классификация кариозных полостей по Блэку включает:
 - 1) 3 класса;
 - 2) 4 класса;
 - 3) 5 классов;
 - +4) 6 классов;
 - 5) 7 классов
19. Наибольшее влияние на созревание эмали оказывает:
 - +1) фтор;
 - 2) молибден;
 - 3) стронций;
 - 4) кальций;
 - 5) магний
20. Дополнительные методы обследования стоматологического больного на терапевтическом приеме:
 - 1) респрос;
 - 2) зондирование;
 - +3) рентгенография;
 - 4) пальпация;
 - 5) перкуссия

Тема 12. Реставрация и реконструкция кариозных полостей. Выбор пломбировочного материала и техники пломбирования. Особенности формирования контактного пункта, методика, способы восстановления, критерии оценки.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Особенности формирования контактного пункта
2. Методика формирования контактного пункта
3. Способы восстановления контактного пункта
4. Критерии оценки контактного пункта.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Переход дна кариозной полости к боковой стенке должен быть под углом в:
 - 1) 40°;

- 2) 60°;
- +3) 90°;
- 4) 110°;
- 5) 120°

2. Форма препарирования кариозной полости I класса определяется:

- +1) материалом для постоянной пломбы
- 2) особенностями естественных углублений, в которых развивается кариес
- 3) медикаментозной обработкой
- 4) формой бора для препарирования
- 5) эмоциональным состоянием пациента

3. Скос эмали под 45° создается для:

- +1) увеличения адгезии и линии маскировки
- 2) обезболивания
- 3) уменьшения токсичности материала
- 4) устранения смазанного слоя
- 5) увеличения гидрофобности эмали

4. Наиболее грубые боры маркируются цветом:

- 1) красным;
- 2) синим;
- 3) зеленым;
- +4) черным;
- 5) белым

5. Для отделки пломб используют боры, маркированные цветом:

- 1) зеленым;
- +2) красным;
- 3) синим;
- 4) белым;
- 5) черным

6. Повязки и временные пломбы накладывают на срок:

- +1) 1-14 суток;
- 2) 1 месяц;
- 3) 2 месяца;
- 4) полгода;
- 5) год

7. Преимуществом искусственного дентина как временной пломбы является:

- 1) короткое рабочее время
- +2) простота использования
- 3) цветостойкость
- 4) недостаточная прочность к механическому воздействию
- 5) длительное рабочее время

8. Безболезненность при среднем кариесе объясняется:

- 1) некрозом пульпы
- 2) отсутствием чувствительной иннервации в дентине
- +3) разрушением наиболее чувствительной зоны (эмалево-дентинного соединения)
- 4) воспалением пульпы
- 5) воспалением периодонта

9. ЭОД при глубоком кариесе (мКА):

- 1) 2-6;
- +2) 10-12;
- 3) 15-20;
- 4) 20-25;
- 5) 25-30

10. Зона распада и деминерализации (I зона) при среднем кариесе характеризуется:

- 1) остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов
- +2) расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизменный дентин
- 3) слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов
- 4) изменениями в пульпе зуба, сходными с острым пульпитом
- 5) изменениями в пульпе зуба, сходными с хроническим пульпитом

11. II зона изменений твердых тканей зуба при среднем кариесе характеризуется:

- +1) остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микро-организмов
- 2) расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизменный дентин
- 3) слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов
- 4) изменениями в пульпе зуба, сходными с острым пульпитом
- 5) изменениями в пульпе зуба, сходными с хроническим пульпитом

12. III зона изменений твердых тканей зуба при среднем кариесе характеризуется:

- 1) остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микро-организмов
- 2) расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизменный дентин
- +3) слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов
- 4) изменениями в пульпе зуба, сходными с острым очаговым пульпитом
- 5) изменениями в пульпе зуба, сходными с хроническим пульпитом

13. III зона изменений твердых тканей зуба при глубоком кариесе характеризуется:

- 1) остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микро-организмов
- +2) расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизменный дентин
- 3) слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов
- 4) изменениями в пульпе зуба, сходными с острым очаговым пульпитом
- 5) изменениями в пульпе зуба, сходными с хроническим пульпитом

14. Препарирование кариозной полости I класса предполагает:

- +1) максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности без подлежащего дентина
- 2) частичное раскрытие фиссуры
- 3) полное раскрытие фиссуры
- 4) максимальное расширение кариозной полости (трапеция широким основанием к эмали)
- 5) иссечение бугров

15. Отделка пломбы из амальгамы проводится:

- 1) непосредственно после пломбирования
- 2) через 72 часа
- 3) через 24 часа
- +4) через 1 неделю
- 5) через 48 часов

16. Для правильного подбора цвета реставрационного материала проводится:

- 1) предварительное протравливание
- 2) обезболивание
- 3) избирательное шлифование
- +4) освещение ярким светом
- 5) удаление налета с поверхности зуба

17. Правильный подбор цвета реставрационного материала проводится при:

- 1) свете галогенового светильника стоматологической установки
- 2) искусственном освещении в вечернее время
- 3) идеально высушенной поверхности зуба
- +4) нейтральном дневном освещении
- 5) ярком солнечном свете

18. Прокладку из стеклоиономерного цемента можно подвергать кислотному травлению после наложения через:

- 1) 1 мин;
- 2) 2 мин;
- 3) 3 мин;
- 4) 4 мин;
- +5) 10 мин

19. Расстояние между излучателем света и пломбирочным материалом не более:

- 1) 5 мм;
- 2) 10 мм;
- +3) 15 мм;
- 4) 20 мм;
- 5) 25 мм

20. Недостаточное удаление некротизированного дентина со дна и стенок кариозной полости может привести:

- 1) к случайному вскрытию полости зуба
- 2) некрозу пульпы
- 3) облому стенки кариозной полости
- 4) воспалению периодонта
- +5) рецидивирующему кариесу

Тема 13. Этиология, патогенез воспаления пульпы зуба. Классификации заболеваний пульпы.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Этиология заболеваний пульпы.
2. Патогенез заболеваний пульпы.
3. Патологическая анатомия заболеваний пульпы.
4. Диагностика заболеваний пульпы.
5. Дифференциальная диагностика заболеваний пульпы
6. Классификации заболеваний пульпы по МКБ-10.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1) В пульпе различают

- 2 слоя
- +3 слоя
- 3 слоя
- 5 слоев
- 6 слоев

2) Клеточный состав пульпы следующий

+пульпа как соединительная ткань богата присущими ей клетками
 кроме клеток, присущих соединительной ткани и специфических клеток, пульпа содержит малодифференцированные, звездчатые клетки
 клеточный состав пульпы представлен клетками плазмочитарного и макрофагального рядов
 близки по составу к эпителиальной ткани
 похожа на нервную ткань

3) В строении корневой и коронковой пульпы имеются различия

нет, ибо корневая пульпа является непрерывным продолжением коронковой
 корневая пульпа значительно отличается от коронковой по строению, ибо она является промежуточной между коронковой пульпой и периодонтом
 +корневая пульпа незначительно отличается от коронковой, по строению она ближе к ней, чем к периодонту

корневая пульпа близка к ткани периодонта

коронковая пульпа близка к нервной ткани

4) В строении коронковой и корневой пульпы отличия состоят

в особенностях строения волокон соединительной ткани в этих зонах

в особенности васкуляризации

+в соотношении волокон, клеток и межклеточного вещества

в особенностях строения соединительной ткани, ее кровоснабжения и иннервации

в особенностях микроснабжения

5) Основная функция пульпы

трофическая, ибо через пульпу осуществляется обмен в твердых тканях зуба

пластическая - способность воссоздавать элементы соединительной ткани и заместительной дентин

+защитная - способность сопротивляться раздражающему агенту

пульпа индифферентна по отношению к твердым тканям

пульпа безвредна для твердых тканей

6) Защитная функция пульпы определяется

деятельностью клеток фибробластического ряда, способных ограничивать воспалительный процесс

фагоцитарной активностью клеток

+способностью одонтобластов вырабатывать заместительный дентин

волокнистыми структурами, способными выравнивать pH пульпы

тканевым иммунитетом, который определяется совместной деятельностью вышеперечисленных тканевых элементов, а также нейро-рефлекторной и гуморальной регуляцией организма

7) Решающим при диагностике острого частичного пульпита является

характер болей

термометрия

электрометрия

перкуссия

+фактор времени и первичность болей

8) Диагноз острого общего пульпита ставится на основании следующих признаков

нарастание интенсивности болей и частоты приступов

уменьшение светлых промежутков

+появление перкуторной реакции

резкая реакция на термометрию

повышение порога электровозбудимости пульпы

- 9) Решающим в дифференциальной диагностике острого, общего и частичного пульпитов является характер болей
 термометрия
 электрометрия
 перкуссия
 +фактор времени
- 10) Большой процент несовпадений клинического и гистологического диагнозов объясняется
 +несовершенством методов диагностики пульпита
 поздним обращением больных
 закрытой полостью зуба
 гиперэргическим характером воспаления
 отсутствием стерильности операции
- 11) Дифференциальную диагностику острого общего пульпита и невралгии тройничного нерва определяет характер болей
 +термометрия
 электрометрия
 перкуссия
 зондирование
- 12) Решающим в дифференциальной диагностике хронического фиброзного и пролиферативного пульпита является характер болей
 термо - и электрометрия
 +данные осмотра полости
 электродонтотометрия
 рентгенография
- 13) Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром частичном пульпите девитализацию пульпы
 +сохранение жизнеспособности всей пульпы
 витальную ампутацию
 витальную экстирпацию
 удаление зуба
- 14) Из предложенных методов лечения необходимо применить при остром общем пульпите девитализацию пульпы
 сохранение жизнеспособности всей пульпы
 витальную ампутацию
 +витальную экстирпацию
 удаление зуба
- 15) При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применить сохранение жизнеспособности всей пульпы
 витальную ампутацию
 +витальную экстирпацию
 девитализацию
 удаление зуба
- 16) При хроническом пролиферативном пульпите наиболее рационален следующий метод лечения девитализация
 витальная ампутация
 сохранение жизнеспособности всей пульпы
 +витальная экстирпация
 удаление зуба
- 17) Наиболее рационален при гангрене коронковой пульпы такой метод лечения как девитализация
 витальная ампутация
 +витальная экстирпация с последующей антисептической обработкой каналов
 витальная экстирпация с диатермокоагуляцией пульпы
 йод-электрофорез
- 18) Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является характер болей
 +термометрия
 зондирование
 электрометрия
 фактор времени
- 19) Решающим в дифференциальной диагностике гангренозного пульпита и хронического периодонтита является характер болей
 перкуссия
 зондирование
 +термометрия
 электрометрия
- 20) В случае так называемого остаточного пульпита в зубе с плохо проходимыми каналами необходимо сделать новокаиновую блокаду
 антибиотики с кортикостероидами
 +электрофорез с йодом
 наложить мышьяковистую или параформальдегидную пасту
 диатермокоагуляцию

Тема 14. Методы диагностики воспаления пульпы зуба. Обследование пациента

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

1. Методы диагностики воспаления пульпы зуба.
2. Основные методы диагностики пульпита.
3. Дополнительные методы диагностики пульпита.
4. Обследование пациента.
5. Основные методы обследования пациента.
6. Дополнительные методы обследования пациента.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

- 1) Скорейшему заживлению культи пульпы после витальной ампутации способствует
 антибиотики
 +гидроокись кальция
 кортикостероиды

эвгенол

йод

2)Лучше всего снимают боль и способствуют ослаблению воспалительной реакции при сохранении жизнеспособности пульпы

антибиотики

гидроокись кальция

+кортикостероиды

эвгенол

йод

3)В непроходимых щечных или медиальных каналах при методе витальной экстирпации необходимо оставить

гидроокись кальция

эвгеноловую пасту

пасту на основе сочетания антибиотиков с кортикостероидами

+резорцин-формалиновую пасту

тампон с йодом

4)Метод витальной ампутации нельзя применять в однокорневых зубах

+в связи с отсутствием анатомически выраженного отграничения между коронковой и корневой пульпой

так как изменяется цвет зубов

воспаление в этих случаях быстро переходит в корневую пульпу

благодаря малому объему полости

5)Остановить кровотечение из каналов после экстирпации пульпы лучше

перекисью водорода

+аминокапроновой кислотой или капрофером

жидкостью фосфат-цемента

ваготилом

сухой турундой под давлением

6)При биологических методах лечения пульпита возникающие осложнения связаны

+с ошибками в диагнозе

с неправильным выбором лекарственного препарата

с плохой фиксацией пломбы

с нарушением правил асептики

с ошибками в технике проведения метода

7)Эндодонт представляет собой комплекс

пульпа - дентин - эмаль

пульпа - дентин - цемент

+пульпа - дентин

дентин - пульпа - периодонт

дентин - пульпа - пародонт

8)формы острого пульпита

верхушечный и карисогенный

+очаговый и диффузный

гипертрофический и фиброзный

фиброзный и гангренозный

гангренозный и гипертрофический

9)хронический пульпит бывает

очаговый и диффузный

+фиброзный, гипертрофический и гангренозный

гранулематозный, фиброзный и гранулирующий

серозный и гнойный

генерализованный и локализованный

10)при случайном вскрытии полости зуба во время препарирования основным методом лечения является

ампутация пульпы

экстирпация пульпы

наложение изолирующей прокладки из фосфатцемента

+наложение лечебной прокладки на основе гидроксида кальция

удаление зуба

11)лечебные прокладки накладывают

на дно и стенки полости до эмалево-дентинного соединения

на дно полости равномерным слоем не более 3 мм

на дно полости равномерным слоем не менее 5 мм

+на дно полости в проекции рога пульпы

на стенки полости

12)материалы для лечебных прокладок

+оказывают противовоспалительное, антимикробное, одонтотропное действие

не раздражают пульпу зуба

обеспечивают прочную герметизацию подлежащего дентина

соответствуют физико-механическим свойствам постоянных пломбировочных материалов

обладают значительной механической прочностью и устойчивостью к воздействию внешних раздражителей

13)прямое покрытие - это

наложение лечебной прокладки на отпрепарированный дентин

наложение лечебной прокладки на кариозный дентин

наложение постоянной пломбы на лечебную прокладку

+наложение лечебной прокладки на пульпу зуба

наложение изолирующей прокладки на лечебную

14)под действием компонентов лечебной прокладки образуется

первичный дентин

вторичный дентин

+третичный дентин

эмалевые призмы

эмаль и дентин

15)изменения в периодонте чаще отмечают при

хроническом гипертрофическом пульпите

хроническом фиброзном пульпите

остром очаговом пульпите

+хроническом гангренозном пульпите

остром диффузном пульпите

16)решающим фактором в дифференциальной диагностике хронического фиброзного пульпита от очагового пульпита является

однотипность реакции на раздражители

+продолжительность течения процесса

разная реакция на перкуссию

отсутствие реакции на температурные раздражители

отсутствие реакции на химические раздражители

17)Последовательность наложения девитализирующей пасты

раскрытие полости зуба, наложение девитализирующей пасты, ватный шарик с анестетиком, временная пломба

+вскрытие полости зуба, наложение девитализирующей пасты, ватный шарик с анестетиком, временная пломба

раскрытие полости зуба, наложение девитализирующей пасты, ватный шарик с анестетиком, временная повязка

удаление размягченного дентина, раскрытие полости зуба, наложение девитализирующей пасты, ватный шарик с анестетиком, временная пломба

удаление размягченного дентина, раскрытие полости зуба, наложение девитализирующей пасты, временная пломба

18)При биологическом методе лечения острого очагового пульпита используют

+кальмецин

+дикал

+кальципульп

+пульпомексин

19)Укажите заболевания, при которых возможно инфицирование пульпы ретроградным путем

+гайморит

+остеомиелит

+пародонтит

неврит

20)Пульпа представляет собой

фиброзную ткань

грубо волокнистую ткань

+рыхлую соединительную ткань мезенхимального происхождения

грануляционную ткань

Тема 15. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика пульпита. Гиперемия пульпы, острый пульпит.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

1. Клиника пульпита

2. Диагностика пульпита.

3. Дифференциальная диагностика пульпита.

4. Гиперемия пульпы,

5.Острый пульпит.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1)Пульпа состоит из

сосудов и нервов

клеточных и волокнистых структур

основного вещества, сосудов, нервов

+волокнистых структур, клеток, основного вещества, сосудов и нервов

2)Основное вещество пульпы представлено

+мукополисахаридами

мукопротеинами

углеводами

гликопротеинами

3)Основная функция одонтобластов

образование межклеточного вещества

защитная функция

образование коллагеновых волокон

+образование дентина

4)Причиной химической травмы пульпы чаще всего бывает

травматичное препарирование

интенсивное стирание режущего края или жевательной поверхности

+небрежное или нерациональное использование сильнодействующих антисептиков или пломбирочных материалов

завышение пломбы

5)Процессы, характеризующие старение пульпы

увеличение размера полости зуба

снижение синтетической, энергетической и функциональной активности клеток

+увеличение количества коллагеновых волокон

увеличение плотности кровеносных сосудов и нервов

увеличение количества клеточных элементов

6)Периферическая зона пульпы образована клетками

фибробластами

остеобластами

+одонтобластами

цементобластами

7)Субодонтобластическая зона пульпы содержит

одонтобласты

фибробласты

+пульпоциты звездчатой формы

цементобласты

8)Большое количество нервных рецепторов пульпы в виде сплетений расположено в

центральной зоне

периферической зоне

+субодонтобластической зоне

в пульпопериодонтальной зоне

9)Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен

+повышением гидростатического давления в полости зуба

повышением температуры тела

понижением гидростатического давления в полости

уменьшением количества вазоактивных веществ

10)Кровотечение из каналов после экстирпации пульпы останавливают

жидкость фосфат-цемента, пергидроль

перекись водорода, хлоргексидин

+капрофер, перекись водорода

ваготил, эвгенол

11)Для прокладок под композиционные пломбы нельзя применять цементы

фосфатные

бактерицидные

стеклоиономерные

+цинкоксиэвгенольные

12)Толщина слоя светоотверждаемого композита при послойном нанесении

- 4 мм
- +2 мм
- 1 мм
- 5 мм
- 13) Гидроксид кальция включают в состав паст для пломбирования каналов с целью стимуляции дентиногенеза
- снятия воспалительных явлений
- +стимуляции остеогенеза
- придания рентгеноконтрастности
- 14) Материал для лечения глубокого кариеса должен обладать
- +антимикробным действием
- +одонтоотропным действием
- хорошей прилипаемостью
- хорошей пластичностью
- 15) Основные требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов
- +хороший герметизм
- +биологическая толерантность
- хорошая вводимость
- рентгеноконтрастность
- 16) Наиболее целесообразны для пломбирования корневых каналов следующие материалы
- +дексаметазон
- +паста с антисептическими и кортикоидными добавками
- +цинкокислотная паста
- фосфат-цемент
- 17) При лечении глубокого кариеса применяют
- фосфат-цемент
- +пасты с гидратом окиси кальция
- пасту с антибиотиками
- все перечисленное
- 18) Применение гидроокиси кальция при глубоком кариесе основано на антибактериальном эффекте
- десенсибилизирующем эффекте
- +одонтоотропном действии
- всем перечисленным
- 19) Лекарственные препараты в качестве аппликации накладываются на
- 2 часа
- 6 часов
- +20 минут
- 1 час
- 20) Показания к общему обезболиванию в терапевтической стоматологии
- непереносимость местных анестетиков
- психические и органические заболевания ЦНС
- проведение вмешательств у больных, испытывающих страх перед лечением зубов
- +все вышеперечисленное

Тема 16. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика пульпита. Хронический пульпит.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

1. Клиника хронического пульпита.
2. Методы диагностики пациентов с хроническим пульпитом.
3. Дифференциальная диагностика хронических форм пульпита.
4. Этиология хронического пульпита.
5. Патогенез хронического пульпита.
6. Патологическая анатомия хронических форм пульпита.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

- 1) Показания к общему обезболиванию в терапевтической стоматологии
- непереносимость местных анестетиков
- психические и органические заболевания ЦНС
- проведение вмешательств у больных, испытывающих страх перед лечением зубов
- +все вышеперечисленное
- 2) Противопоказания к проведению местного обезболивания
- выраженная сердечно-сосудистая недостаточность
- аллергические реакции на местные анестетики
- органические заболевания ЦНС
- +все вышеперечисленные
- 3) Ранение сосудов при проводниковой анестезии приводит к
- возникновению тризма
- возникновению парестезии
- образованию некроза
- +образованию гематомы
- 4) Болезненная перкуссия характерна для пульпита
- острого серозного
- хронического фиброзного
- хронического гипертрофического
- +острого гнойного
- 5) Отличия глубокого кариеса от острого пульпита
- +отсутствие самопроизвольных болей, чувствительность к химическим и термическим раздражителям
- боли от горячего, боли при зондировании
- самопроизвольные боли
- боли от раздражителей
- 6) Дифференциальная диагностика острого и обострившегося хронического пульпита основывается на выяснении следующих данных
- +самопроизвольные боли в анамнезе
- боли от температурных раздражителей
- продолжительность болевого приступа
- боли от химических раздражителей
- 7) Биологическим методом лечатся нозологические формы пульпита
- +острый травматический пульпит
- острый очаговый пульпит
- хронический фиброзный пульпит

острый диффузный пульпит

8)Симптом, характерный для хронического фиброзного пульпита

+сообщение полости зуба с кариозной полостью

боли от горячего

отсутствие сообщения полости зуба с кариозной полостью

боли от химических раздражителей

9)Рациональный метод лечения при остром очаговом пульпите

витальная экстирпация

+биологический

девитальная экстирпация

витальная ампутация

10)При биологическом методе лечения пульпита воспалительная реакция и боль снимаются

эвгенолом

антибиотиками

+кортикостероидами

сульфаниламидами

11)Антибиотики и ферменты при биологическом методе лечения пульпита оставляют в полости рта на

+24-48 часов

48-72 часа

24 часа

72 часа

12)Экстирпационный метод лечения пульпита предусматривает удаление пульпы

коронковой

корневой

+коронковой и корневой

половины корневой

13)Решающим тестом в дифференциальной диагностике периодонтита и пульпита является

+перкуссия

определение характера болей

рентгенодиагностика

пальпация

14)содержание воды в пульпе

60%

+85%

90%

95%

100%

15)Расстояние между физиологическим и анатомическим отверстиями

0,1-0,5 мм

0,5-1,0 мм

+1,0-1,5 мм

1,5-2,0 мм

2,0-2,5 мм

16)Процессы, характеризующие старение пульпы

увеличение размера полости зуба

снижение синтетической, энергетической и функциональной активности клеток

+увеличение количества коллагеновых волокон

увеличение плотности кровеносных сосудов и нервов

увеличение количества клеточных элементов

17)В структуре пульпы отсутствуют

одонтобласты

фибробласты

+эластические волокна

коллагеновые волокна

звездчатые клетки

18)Количество морфологических зон в пульпе

2

+3

4

5

6

19)Периферическая зона пульпы образована клетками

фибробластами

остеобластами

+одонтобластами

цементобластами

пульпоцитами

20)Субодонтобластическая зона пульпы содержит

одонтобласты

фибробласты

+пульпоциты звездчатой формы

цементобласты

остеобласты

Тема 17. Проблема боли при лечении заболеваний пульпы и апикального периодонта. Обезболивание при лечении заболеваний пульпы.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1.Анатомо-топографические особенности ЧЛЮ

2.Иннервация ЧЛЮ

3.Методика аппликационной анестезии

4.Методика инфильтрационной анестезии

5.Методики проводниковой анестезии

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1)Большое количество нервных рецепторов пульпы в виде сплетений расположено в центральной зоне

+периферической зоне

субодонтобластической зоне

в пульпопериодонтальной зоне

по эмалево-дентинному соединению

2)Коронковая пульпа содержит одонтобластов максимально

+2 - 8 слоя

3 слоя

4 слоя

5 слоев

6 слоев

3)В корневой пульпе одонтобласты формируют

+2 слоя

3 слоя

4 слоя

5 слоев

6 слоев

4)Патологические воздействия на пульпу приводит к образованию

+третичного дентина

клеточного цемента

неклеточного цемента

первичного дентина

вторичного дентина

5)Пульпа зуба выполняет следующие функции

+трофическую

+сенсорную

+защитную

+пластическую (репаративную)

регуляторную

6)Коронковая пульпа отличается от корневой пульпы следующими особенностями

содержит больше кровеносных сосудов, чем нервных волокон

+содержит в единице объема больше клеточных элементов, чем коллагеновых волокон

выполняет скорее трофическую, чем защитную функцию

контролирует состав органической матрицы эмали

7)В коронковой пульпе различают следующие зоны по составу и свойствам ее элементов

+одонтобластическую

+субодонтобластическую

периферическую

+светлую

+центральную

промежуточную

8)Одонтобластическая зона пульпы зуба содержит

тучные клетки

свободные макрофаги

+одонтобласты

зернистые лейкоциты

кровеносные сосуды

9)Слой вейля состоит из

одонтобластов

+коллагеновых волокон

+из кровеносных капилляров

+из ретикулярных волокон

из эластических волокон

+из нервных волокон

10)Центральная зона пульпы содержит в основном следующие клеточные элементы

+макрофаги

хондроциты

хондробласты

одонтобласты

+фибробласты

адипоциты

+малодифференцированные

эктомезенхимальные клетки

11)Аморфное вещество пульпы зуба состоит из

эластических волокон

фибробластов

+гликозаминогликанов

+воды

+гликопротеинов

+протеогликанов

макрофагов

12)Временные пломбировочные материалы при витальной ампутации пульпы должны обладать следующими свойствами

+быть безвредными для пульпы, пластичными, обеспечивать герметическое закрытие полостей на несколько месяцев

быть рентгеноконтрастными, устойчивыми к действию слюны

быть механически и химически прочными, цветоустойчивыми

быстро твердеть, соответствовать цвету естественных зубов

13)Возникновение болевого приступа при переходе с улицы в теплое помещение и наоборот характерно для

+глубокого кариеса

острого диффузного пульпита

+хронического гангренозного пульпита

хронического фиброзного периодонтита

хронического фиброзного пульпита

14)Хронический гангренозный пульпит следует дифференцировать с

эрозией эмали

+хроническим фиброзным пульпитом

+хроническим фиброзным периодонтитом

гипертензией твердых тканей зубов

+хроническим грануломатозным периодонтитом

15)При проведении дифференциальной диагностики хронического гангренозного пульпита с другими заболеваниями пульпы целесообразно провести следующие

дополнительные методы исследования

определение индекса CPITN

+электроодонтодиагностику

клинический анализ крови

+рентгенологическое исследование

биопсию

16) Порог возбудимости пульпы при хроническом гангренозном пульпите лежит в пределах

1-2 мкА

2-6 мкА

+20-40 мкА

50-80 мкА

100-200 мкА

17) Хронический фиброзный периодонтит отличается от хронического гангренозного пульпита

+отсутствием болей от температурных раздражителей

наличием воспаленной пульпы

наличием расширения периодонтальной щели в области апекса

+электровозбудимостью пульпы свыше 100 мкА

наличием болезненности при зондировании устьев каналов

18) Ятрогенный пульпит может возникнуть в результате

+перегрева зуба при нарушении режима препарирования твердых тканей

гипоплазии эмали

+чрезмерной глубины обработки при формировании полости

эрозии эмали

+случайного введения парапальпарного штифта в полость зуба

кариеса

19) Метод витального удаления пульпы показан

+при острых формах пульпита

у пациентов, не переносящих анестезию

при депульпировании по ортопедическим показаниям

+у больных, страдающих тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, включая иммунодефицитные состояния

20)* Согласно ISO эндодонтические инструменты выпускаются с рабочей длиной равной

10 мм

+21 мм

45 мм

+25 мм

+31 мм

33 мм

28 мм

Тема 18. Методики лечения пульпита, сохраняющие жизнеспособность пульпы: биологический метод (прямое и непрямое покрытие пульпы зуба), витальная ампутация. Показания и противопоказания к проведению.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Биологический метод лечения пульпита.

2. Показания и противопоказания к проведению.

3. Витальная ампутация пульпы зуба.

4. Показания и противопоказания к проведению методов с сохранением жизнеспособности пульпы.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1) Большое количество нервных рецепторов пульпы в виде сплетений расположено в

центральной зоне

+периферической зоне

субодонтобластической зоне

в пульпопериодонтальной зоне

по эмалево-дентинному соединению

2) Коронковая пульпа содержит одонтобластов максимально

+2 - 8 слоя

3 слоя

4 слоя

5 слоев

6 слоев

3) В корневой пульпе одонтобласты формируют

+2 слоя

3 слоя

4 слоя

5 слоев

6 слоев

4) Патологические воздействия на пульпу приводят к образованию

+третичного дентина

клеточного цемента

неклеточного цемента

первичного дентина

вторичного дентина

5) Пульпа зуба выполняет следующие функции

+трофическую

+сенсорную

+защитную

+пластическую (репаративную)

регуляторную

6) Коронковая пульпа отличается от корневой пульпы следующими особенностями

содержит больше кровеносных сосудов, чем нервных волокон

+содержит в единице объема больше клеточных элементов, чем коллагеновых волокон

выполняет скорее трофическую, чем защитную функцию

контролирует состав органической матрицы эмали

7) В коронковой пульпе различают следующие зоны по составу и свойствам ее элементов

+одонтобластическую

+субодонтобластическую

периферическую

+светлую

+центральную

промежуточную

8) Одонтобластическая зона пульпы зуба содержит

тучные клетки

свободные макрофаги

+одонтобласты

зернистые лейкоциты

кровеносные сосуды

9)Слой вейля состоит из

одонтобластов

+коллагеновых волокон

+из кровеносных капилляров

+из ретикулярных волокон

из эластических волокон

+из нервных волокон

10)Центральная зона пульпы содержит в основном следующие клеточные элементы

+макрофаги

хондроциты

хондробласты

одонтобласты

+фибробласты

адипоциты

+малодифференцированные

эктомезенхимальные клетки

11)Аморфное вещество пульпы зуба состоит из

эластических волокон

фибробластов

+гликозаминогликанов

+воды

+гликопротеинов

+протеогликанов

макрофагов

12)Временные пломбировочные материалы при витальной ампутации пульпы должны обладать следующими свойствами

+быть безвредными для пульпы, пластичными, обеспечивать герметическое закрытие полостей на несколько месяцев

быть рентгеноконтрастными, устойчивыми к действию слюны

быть механически и химически прочными, цветоустойчивыми

быстро твердеть, соответствовать цвету естественных зубов

13)Возникновение болевого приступа при переходе с улицы в теплое помещение и наоборот характерно для

+глубокого кариеса

острого диффузного пульпита

+хронического гангренного пульпита

хронического фиброзного периодонтита

хронического фиброзного пульпита

14)Хронический гангренный пульпит следует дифференцировать с

эрозией эмали

+хроническим фиброзным пульпитом

+хроническим фиброзным периодонтитом

гипертензией твердых тканей зубов

+хроническим грануломатозным периодонтитом

15)При проведении дифференциальной диагностики хронического гангренного пульпита с другими заболеваниями пульпы целесообразно провести следующие

дополнительные методы исследования

определение индекса СРITN

+электроодонтодиагностику

клинический анализ крови

+рентгенологическое исследование

биопсию

16)Порог возбудимости пульпы при хроническом гангренном пульпите лежит в пределах

1-2 мкА

2-6 мкА

+20-40 мкА

50-80 мкА

100-200 мкА

17)Хронический фиброзный периодонтит отличается от хронического гангренного пульпита

+отсутствием болей от температурных раздражителей

наличием воспаленной пульпы

наличием расширения периодонтальной щели в области апекса

+электровозбудимостью пульпы свыше 100 мкА

наличием болезненности при зондировании устьев каналов

18)Ятрогенный пульпит может возникнуть в результате

+перегрева зуба при нарушении режима препарирования твердых тканей

гипоплазии эмали

+чрезмерной глубины обработки при формировании полости

эрозии эмали

+случайного введения парапальпарного штифта в полость зуба

кариеса

19)Метод витального удаления пульпы показан

+при острых формах пульпита

у пациентов, не переносящих анестезию

при депульпировании по ортопедическим показаниям

+у больных, страдающих тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, включая иммунодефицитные состояния

20)*Согласно iso эндодонтические инструменты выпускаются с рабочей длиной равной

10 мм

+21 мм

45 мм

+25 мм

+31 мм

33 мм

28 мм

Тема 19. Методики лечения пульпита, не сохраняющие жизнеспособность пульпы: витальная и девитальная экстирпация пульпы.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

1.Показания к витальному методу экстирпации пульпы.

2.Противопоказания к витальному методу экстирпации пульпы.

3.Показания к девитальному методу экстирпации пульпы.

4.Противопоказания к девитальному методу экстирпации пульпы.

5.Методика витальной экстирпации пульпы.

6.Методика девитальной экстирпации пульпы.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1)хронический фиброзный пульпит может

+протекать бессимптомно

давать ночные боли

2)Для острых пульпитов приступы самопроизвольных болей

+характерны

не характерны

3)Метод лечения хронического гангренозного пульпита

витальная ампутация

+витальная экстирпация

биологический метод

+девитальная экстирпация

резекция верхушки корня

4)Для безболезненного удаления пульпы из корневых каналов моляров нижней челюсти целесообразно провести обезболивание

аппликационное

+проводниковое

инфильтрационное

5)В зубах 16, 26, 36 и 46, как правило, имеется

один корневой канал

два корневых каналов

+три корневых каналов

четыре корневых каналов

6)Для удаления пульпы из корневого канала предназначен

зубоврачебный зонд

рашпиль

+пульпэкстрактор

бурав Хэдстрема

каналонаполнитель

7)Медикаментозные препараты для обработки корневых каналов должны

+обладать бактерицидными свойствами

быть инертными по отношению к микроорганизмам

+не раздражать ткани периодонта

оказывать токсическое действие на ткани периодонта

+глубоко проникать в дентинные каналы

8)Для антисептической обработки корневых каналов используют

эфир

+перекись водорода

+гипохлорит натрия

дистиллированная вода

+крезофен

9)Для пломбирования корневых каналов используют

водный дентин

+эндометазон

преднизолон

+цинк-эвгенольную пасту

+гуттаперчевые штифты

10)Помогают ли уточнить диагноз хронический гангренозный пульпит данные рентгенологического исследования и электроодонтодиагностики

+да

нет

11)При хроническом гангренозном пульпите целесообразно

удалить зуб

+провести эндодонтическое лечение

12)Дифференциальную диагностику хронического фиброзного пульпита следует проводить с

средним кариесом

клиновидным дефектом

+глубоким кариесом

+острым очаговым пульпитом

+хроническим гангренозным пульпитом

+хроническим фиброзным периодонтитом

13)Порог возбудимости пульпы при хроническом фиброзном пульпите по данным ЭОД

всегда снижен

+снижен примерно в 30% случаев

14)При хроническом фиброзном пульпите сообщение кариозной полости с полостью зуба имеется

всегда

часто

+в некоторых случаях

15)При проведении инфильтрационной анестезии в процессе лечения пульпита зуба 24 анестетик целесообразно вводить в область альвеолярного отростка

+только с вестибулярной стороны

только с небной стороны

с вестибулярной и небной сторон

16)В зубе 24 определяется, как правило

+два канала

один канал

три канала

17)Устья каналов в зубе 24 располагаются, как правило, в

+вестибуло-оральном направлении

переднее-заднем направлении

18)Метод витальной экстирпации пульпы заключается в

удалении пульпы без анестезии

удалении пульпы после девитализации препаратами мышьяка

+удалении пульпы под анестезией

19)Для антисептической обработки корневых каналов можно использовать

дистиллированную воду

+гипохлорит натрия

+перекись водорода

физиологический раствор

эфир

20) От дифференцировать хронический фиброзный пульпит от острого частичного пульпита позволяет отсутствие следующих симптомов болевых приступов, возникающих от раздражителей
+ болевых приступов, возникающих самопроизвольно
+ ночных болей
реакции на температурные раздражители
болезненности при перкуссии

Тема 20. Эндодонтические методики обработки корневых каналов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

1. Методики инструментальной обработки каналов ручными инструментами.

2. Техника работы с машинными профайлами и GT-файлами.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1) Хронический гангренозный пульпит отличается от хронического фиброзного пульпита наличием кариозной полости средней глубины

+ болей от горячего

деструкции костной ткани в апикальной области

2) При хроническом фиброзном пульпите в пульпе происходит

некроз ткани пульпы

+ фиброзное перерождение пульпы

значительное разрастание грануляционной ткани

+ резкое увеличение волокнистых элементов

акантолиз

3) Хронический фиброзный пульпит рентгенологически характеризуется наличием

деструкции межзубной альвеолярной перегородки

апикальной гранулемы

+ кариозной полости

гиперцементоза

4) В этиологии пульпита основную роль играют

фузобактерии

спирохеты

+ гемолитические и негемолитические стрептококки

лактобациллы

простейшие

5) При хроническом фиброзном пульпите использовать метод витальной экстирпации

+ целесообразно

нецелесообразно

6) Для лечения хронического фиброзного пульпита можно использовать метод

реминерализации твердых тканей зубов

витальной экстирпации пульпы

контролируемой чистки зубов

+ девитальной экстирпации пульпы

неспецифической гипосенсибилизации

7) Метод девитальной экстирпации пульпы заключается в удалении пульпы

под анестезией

без анестезии

+ после ее некротизации препаратами мышьяка

+ после некротизации ее препаратами параформальдегида

после приема противогрибковых препаратов

8) На зуб 27 мышьяковистая паста должна быть наложена на

3 часа

+ 48 часов

24 часа

72 часа

9) Показания для наложения мышьяковистой пасты

средний кариес

+ непроходимость корневых каналов

+ инфаркт миокарда

+ индивидуальная непереносимость анестетика

гипоплазия эмали

10) Степень расширения границ препарирования полости при лечении пульпы обусловлена необходимостью создания

+ хорошего доступа к устьям корневых каналов

оттока для гнойного экссудата

условий для ретенции пломбы

11) Для зуба 26 характерно наличие

одного корня

двух корней

+ трех корней

12) Для расширения устья корневого канала предназначен

фиссурный бор

+ gates Glidden

+ largo (Peeso-Reamer)

K-Reamer

рашпиль

13) Для химического расширения трудно проходимых каналов применяют

перекись водорода

царскую водку

+ препараты ЭДТА

хлорамин

14) Показатели эод для острого общего пульпита находятся в интервале

2-6 мкА

20-40 мкА

60 мкА

+ 100-200 мкА

более 200 мкА

15) Для расширения корневых каналов предназначены

+ К-файлы

каналонаполнители

спредеры

+буравы Хедстрема
корневые иглы
16) Гипохлорит натрия для обработки канала целесообразно использовать в концентрации

0,5 - 1 %
+2,5 - 3 %
5 - 10%

до насыщения
17) Для расширения труднопроходимых каналов используют

+препараты ЭДТА
физиологический раствор
азотнокислое серебро

эвгенол
формалин
18) В пульпе различают

2 слоя
+3 слоя
4 слоя
5 слоев
6 слоев

19) Клеточный состав пульпы следующий
+пульпа как соединительная ткань богата присущими ей клетками кроме клеток, присущих соединительной ткани и специфических клеток
пульпа содержит малодифференцированные, звездчатые клетки
клеточный состав пульпы представлен клетками плазмочитарного и макрофагального рядов
близки по составу к эпителиальной ткани
похожа на нервную ткань

20) В строении корневой и коронковой пульпы имеются различия
нет, ибо корневая пульпа является непрерывным продолжением коронковой
корневая пульпа значительно отличается от коронковой по строению, ибо она является промежуточной между коронковой пульпой и периодонтом
+корневая пульпа незначительно отличается от коронковой, по строению она ближе к ней, чем к периодонту
корневая пульпа близка к ткани периодонта
коронковая пульпа близка к нервной ткани

Тема 21. Периодонт – структура и функции.

Форма (ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

1. Определение, этиология периодонтитов. Структура и функции периодонта
2. Патогенез периодонтитов.
3. Патологическая анатомия периодонтитов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1) Из какой части зубного зачатка образуется ткань периодонта
из мезенхимы зубного сосочка

+из зубного мешочка
из клеток так называемого Гертвиновского влагиалища

2) Состав волокнистых структур периодонта
в периодонте наряду с коллагеновыми волокнами встречается большое количество эластических волокон
периодонт в основном представлен коллагеновыми волокнами
небольшое количество ретикулярных и окситалановых волокон
совершенно отсутствуют эластические волокна

+волокнистые структуры периодонта представлены коллагеновыми, эластическими, ретикулярными, окситалановыми и другими группами волокон

3) Коллагеновые волокна периодонта имеют основные свойства

+удерживать зуб в правильном положении, равномерно распределяя давление на стенки альвеолы
набухать в кислой среде, ощелачивая ее
создавать благоприятные условия для фагоцитоза при воспалении
обеспечивать физиологическую подвижность зуба
быть устойчивыми к переваривающему действию тканевых ферментов и играть большое значение в репаративных процессах

4) Клеточный состав периодонта представлен

клетками, присущими всякой соединительной ткани
+кроме клеток соединительной ткани и вазогенного происхождения в периодонте имеются специфические клетки эпителия
в периодонте отсутствуют какие-либо специфические клетки
периодонтом близким к цементу
периодонтом близким к корневой пульпе

5) Активными защитниками ткани при воспалении являются клетки периодонта
плазматические, так как они участвуют в выработке антител, то есть в явлениях иммунитета
фибробласты, так как они синтезируют коллаген

+вазогенного происхождения
гистиоциты, так как они способны к фагоцитозу
лейкоциты

6) Основной функцией периодонта является

трофическая функция, ибо она обеспечивает питание цемента зуба
+опорная, так как периодонт способен воспринимать большие нагрузки и распределять давление на стенки альвеолы
пластическая функция, заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген и полисахариды, т.е. строить саму ткань периодонта
защитная функция, так как она обеспечивает активную борьбу с воспалением

7) С какой формой пульпита чаще всего приходится дифференцировать острый периодонтит

с острым серозным частичным пульпитом
+с гнойным пульпитом
с обострением хронического пульпита
с хроническим гипертрофическим пульпитом
с гангренозным пульпитом

8) Решающим тестом при дифференциальной диагностике острого периодонтита и пульпита является

перкуссия
+электроодонтодиагностика
характер болей
термометрия
рентгенодиагностика

9) Наиболее точным при дифференциальной диагностике апикального периодонтита и пародонтита является

перкуссия
все нижеперечисленное
термометрия
+определение электровозбудимости пульпы

рентгенография и перкуссия

зондирование

10) Имеются ли показания для односеансового метода лечения хронического периодонтита однокорневого зуба

нет, такой зуб подлежит удалению

да, надо запломбировать канал и сделать разрез

нет, ибо целесообразно вначале вылечить периостит, а затем лечить зуб

+да, надо запломбировать в одно посещение при условии тщательной обработки канала

да, надо запломбировать и ввести в переходную складку 0.5 мл гидрокортизона

11) Если зуб не выдерживает герметического закрытия в канале лучше оставить

антибиотики

фенол с формалином

желудочный сок

трипсин

+гидрокортизон с антибиотиками

12) Боль при зондировании и кровоточивость канала наблюдаются

при хроническом фиброзном периодонтите

при кистогранулеме

+при хроническом гранулирующем периодонтите

при фиброзном периодонтите

при остром периодонтите

13) В случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала следует предпочесть

удаление, зуба, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент корня

применение мышьяковистой пасты, поскольку лечить такой зуб надо, как пульпитный

+проведение диатермокоагуляции и непосредственное пломбирование

проведение электроодонтометрии

закрытие зуба лечебной повязкой

14) При лечении хронических гранулирующих периодонтитов пломбировать каналы нетвердеющими пастами

можно, ибо контакт пасты с тканями воспалительного периодонта дает лечебный эффект и будет способствовать его регенерации

+не следует, потому что эти пасты будут рассасываться за счет грануляционной ткани

можно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить дефекты пломбирования

можно при наличии свищевого хода, тем более целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие в состав пасты будут способствовать его закрытию

нельзя, так как нетвердеющая паста не обеспечивает герметизма в канале

15) При лечении хронического гранулирующего периодонтита в зубе с плохо проходимыми каналами наиболее целесообразен метод

серебрения, ибо серебро обладает бактерицидным олигодинамическим действием на микрофлору микроканалцев

резорцин-формалиновый, так как он мумифицирует частички грануляционной ткани в недоступных участках корневых каналов

диатермокоагуляции, позволяющий коагулировать грануляции

+ультрафонофореза с резорцин-формалиновой смесью

метод серебрения, так как он, образуя пленку по стенкам канала, закрывает просветы дентинных канальцев и обеспечивает герметизацию

16) Происхождение эпителия гранулемы и кист

это вегетировавший через десневой карман многослойный плоский эпителий полости рта

это вегетировавший через свищевой ход многослойный плоский эпителий полости рта

+эпителиальную выстилку гранулем и кист образуют эпителиальные островки Малиясе, клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления

17) На клетки эпителия при хроническом гранулематозном периодонтите могут воздействовать рациональнее всего методы

выведения за верхушку зуба фосфат - цемента или другого пломбирочного материала

воздействие сильными кислотами

+заапикальной диатермокоагуляцией

йод - электрофорез

резекция верхушки корня

18) Можно ли оставить в канале турунду с трилоном Б

можно

нужно для более длительного контакта трилона со стенками канала

+нельзя, вследствие сильного декальцинирующего действия и опасности перфорации при механическом расширении канала

нельзя, ибо зуб не выдержит герметического закрытия

можно на 1 мин

19) Сроки регенерации тканей периодонта сокращает применение средств

кортикостероидные гормоны

антибиотики и слабые антисептики

пирамидиновые основания

ферменты

+гидроксилоапатит с коллагеном

20) Основные требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов

+биологическая толерантность

хороший герметизм пломбирования

хорошая вводимость

рентгеноконтрастность

антимикробные и стимулирующие регенерацию тканей периодонта дейс

Тема 22. Периодонтит. Заболевания, диагностика и принципы лечения.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

1. Острые формы периодонтитов

2. Хронические формы периодонтитов

3. Обострение хронических форм периодонтитов

4. Классификация периодонтитов по МКБ-10.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1) Можно ли пломбировать резорцин - формалиновой пастой (без катализатора реакции) хорошо проходимые каналы

можно, потому что она дает хороший герметизм канала

можно, ибо она обладает антисептическим и мумифицирующим действием

+нельзя, поскольку она раздражает периодонт и окрашивает зуб

можно, ибо она вызовет обострение процесса, который завершится выздоровлением

нельзя, поскольку она негерметична

2) Является ли выведение фосфат-цемента за верхушку при лечении хронических периодонтитов методом активной терапии их

да, потому что фосфат - цемент стимулирует регенерацию костной ткани

нет, потому что он не дает полного герметизма корневых каналов

+нет, ибо он является инородным телом и препятствует регенерации тканей пародонта

нет, ибо он дает обострение процесса

3) Какой из корневых каналов верхнего первого моляра представляет наибольшие трудности для достижения верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию

дистальный небный

+медиальный щечный

щечный
дистальный щечный
небный

4) Принятая рабочая длина корневого канала точно соответствует анатомической длине зуба
+ короче на 1 мм, чем анатомическая длина зуба
длиннее на 1 мм, чем рентгенологическая длина зуба
иногда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям)
всегда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям)

5) Если произошла поломка инструмента при обработке канала в первую очередь необходимо сделать
+ рентгенографию зуба
информировать об этом пациента
измерить оставшуюся в руках часть инструмента
немедленно попытаться извлечь инструмент
во всех случаях

лучше всего снять боль, возникшую сразу после
6) Наиболее вероятный эффект, ожидаемый после наложения силикатной пломбы без прокладки при большой кариозной полости
образование заместительного дентина
образование так называемых мертвых путей
никаких изменений
+ некроз пульпы
образование прозрачного дентина

7) Подкладка под силикатную пломбу защищает пульпу от
+ диффузии токсических кислот и фторидов
термических раздражений
гальванических эффектов
химических раздражений
механических раздражений

8) Наиболее употребимы в состав корневых пломб нижеперечисленные компоненты
окись цинка и ортофосфорная кислота
окись цинка и антибиотики
+ окись цинка и эвгенол
окись цинка и формокрезол
эпоксидные пластмассы

9) Корневая пломба должна достигать верхушечной трети канала
достигать верхушечного отверстия по рентгенологической оценке
быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия
+ располагаться на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгенологической оценке
достигать уровня дентинно-цементного соединения

10) Кортикостероиды используются в эндодонтической практике для снижения зоны обнажения пульпы
+ воспаления пульпы и периодонта
инфицирования пульпы
петрификации пульпы
механической травмы пульпы

11) Откуда появляются ионы кальция в дентинном мостике при заживлении пульпы под покрытием из гидроокиси кальция
непосредственно из гидроокиси кальция
из местного распада клеток
+ из кровотока пульпы
за счет щелочной фосфатазы, присутствующей в пульпе

12) Полип пульпы может возникнуть при остром пульпите
+ при хроническом открытом пульпите
при некрозе пульпы
при хроническом закрытом пульпите
при хроническом периапикальном поражении

13) Чаще всего бессимптомны
острый пульпит
хронический открытый пульпит
хронический закрытый пульпит
+ дентикл
полип пульпы

14) Средняя длина полностью сформированного верхнего постоянного центрального резца равна
25 мм
+ 22 мм
20 мм
24 мм
18 мм

15) Наиболее целесообразен для пломбирования корневых каналов следующий пломбировочный материал
паста с антибиотиками
амальгама
фосфат-цемент
+ эндометазон
йодоформная паста

16) Из перечисленных тактик в начале лечения хронического периодонтита целесообразна
резекция верхушки корня
ретроградное пломбирование
раскрыть анатомическую полость зуба и оставить ее открытой
+ раскрыть анатомическую полость зуба и оценить рабочую длину канала
вывести зуб из окклюзии

17) Для устранения кровоточивости из канала в эндодонтии используется йодинол
+ перекись водорода
эвгенол
спирт
физиологический раствор

18) Какие признаки указывают на то, что можно приступить к пломбированию каналов
отсутствие запаха
отрицательный результат бактериологического контроля

отсутствие каких-либо жалоб со стороны пациента
отсутствие экссудата из каналов
+все вышеперечисленное
19)В качестве постоянных пломб для каналов могут быть использованы
серебряный штифт
фосфат-цемент
гуттаперча
материал с 5% или 30% добавления в его состав йодоформной пасты
+все вышеперечисленное

20)После эндодонтического вмешательства произошел глубокий перелом коронки зуба. После извлечения отломка наиболее предпочтительным способом восстановления коронки является
керамическая коронка
золотая коронка
трехчетвертная коронка
+макро-или микроштифты в каналах с последующим восстановлением серебряной амальгамой
пломба из композитного материала

Тема 23. Эндодонтическое лечение периодонтита.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

- 1.Консервативные методы лечения периодонтитов
- 2.Лечение острого периодонтита
- 3.Лечение острого инфекционного периодонтита в стадии экссудации
- 4.Лечение хронического периодонтита
- 5.Лечение хронического гранулирующего и гранулематозного периодонтита
- 6.Хирургические методы лечения

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1)Лимфатические узлы при остром гнойном периодонтите

+увеличены, болезненны, подвижны
не увеличены, болезненны, неподвижны
увеличены, безболезненны, подвижны
увеличены, спаяны с кожей

2)Наличие свищевого хода характерно для периодонтита

острого
+гранулирующего
гранулематозного
фиброзного
3)Верхушечное отверстие корневого канала раскрывают при лечении периодонтита
острого серозного
хронического фиброзного
+хронического гранулематозного
острого травматического

4)Абсолютным показанием к односеансному лечению периодонтита является наличие
гранулемы при периодонтите многокорневого зуба
+свищевого хода при периодонтите однокорневого зуба
свищевого хода при периодонтите многокорневого зуба
обострения периодонтита многокорневого

5)Периодонт зуба имеет происхождение

эпителиальное
+соединительнотканное

6)Ширина периодонтальной щели на нижней челюсти

0,5-1,0
+0,15-0,22
0,3-0,5

7)Ширина периодонтальной щели на верхней челюсти

0,3-0,4
+0,15-0,22
0,3-0,5

8)Наличие кариозной полости может быть причиной периодонтита

травматического
+инфекционного
медикаментозного

9)Сообщение кариозной полости с полостью зуба характерно для периодонтита

острого
+хронического
10)При лечении хронического фиброзного периодонтита корневой канал пломбируют
+до анатомического верхушечного отверстия
за анатомическое верхушечное отверстие

11)Минимальный срок восстановления костной ткани при деструктивных формах хронического периодонтита

1-2 мес
+6-9 мес
12-24 мес
12)При выборе метода лечения хронического периодонтита наличие общесоматических заболеваний во внимание
+принимают
не принимают

13)Одонтогенный очаг инфекции очагово-обусловленные заболевания

+вызывает
не вызывает
14)Температурная проба при хронических формах периодонтита
резко болезненна
болезненна
+безболезненна

15)Наличие рубца на слизистой оболочке в проекции
верхушки корня указывает на обострение хронического периодонтита в
+прошлом
настоящем

16)Распад пульпы из корневого канала удаляют
одномоментно
+поэтапно

17) Медикаментозная обработка корневого канала растворами протеолитических ферментов проводится с целью воздействовать на очаг воспаления в периапикальной области
воздействовать на патогенную флору в микроканалах

+растворить распад пульпы

18) Раскрытие полости зуба при эндодонтическом лечении проводится с целью улучшения фиксации пломбы

+улучшения доступа к каналу корня

удаления коронковой пульпы

19) При лечении хронического фиброзного периодонтита корневой канал пломбируют до анатомического верхушечного отверстия

+за верхушечное отверстие

20) При хроническом фиброзном периодонтите на рентгенограмме определяется

+расширение периодонтальной щели в периапикальной области

разрежение костной ткани округлой формы с четкими контурами в периапикальной области

разрежение костной ткани у верхушки корня без четких границ

Тема 24. Обработка корневых каналов

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

1. Методики инструментальной обработки каналов ручными инструментами.

2. Техника работы с машинными профайлами и GT-файлами.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1) Хронический гангренозный пульпит отличается от хронического фиброзного пульпита наличием кариозной полости средней глубины

+болеет от горячего

деструкции костной ткани в апикальной области

2) При хроническом фиброзном пульпите в пульпе происходит

некроз ткани пульпы

+фиброзное перерождение пульпы

значительное разрастание грануляционной ткани

+резкое увеличение волокнистых элементов

акантолиз

3) Хронический фиброзный пульпит рентгенологически характеризуется наличием

деструкции межзубной альвеолярной перегородки

апикальной гранулемы

+кариозной полости

гиперцементоза

4) В этиологии пульпита основную роль играют

фузобактерии

спирохеты

+гемолитические и негемолитические стрептококки

лактобациллы

простейшие

5) При хроническом фиброзном пульпите использовать метод витальной экстирпации

+целесообразно

нецелесообразно

6) Для лечения хронического фиброзного пульпита можно использовать метод

реминерализации твердых тканей зубов

витальной экстирпации пульпы

контролируемой чистки зубов

+девитальной экстирпации пульпы

неспецифической гипосенсибилизации

7) Метод девитальной экстирпации пульпы заключается в удалении пульпы

под анестезией

без анестезии

+после ее некротизации препаратами мышьяка

+после некротизации ее препаратами параформальдегида

после приема противогрибковых препаратов

8) На зуб 27 мышьяковистая паста должна быть наложена на

3 часа

+48 часов

24 часа

72 часа

9) Показания для наложения мышьяковистой пасты

средний кариес

+непроходимость корневых каналов

+инфаркт миокарда

+индивидуальная непереносимость анестетика

гипоплазия эмали

10) Степень расширения границ препарирования полости при лечении пульпы обусловлена необходимостью создания

+хорошего доступа к устьям корневых каналов

оттока для гнойного экссудата

условий для ретенции пломбы

11) Для зуба 26 характерно наличие

одного корня

двух корней

+трех корней

12) Для расширения устья корневого канала предназначен

фиссурный бор

+gates Glidden

+largo (Peeso-Reamer)

K-Reamer

рашпиль

13) Для химического расширения трудно проходимых каналов применяют

перекись водорода

царскую водку

+препараты ЭДТА

хлорамин

14) Показатели эод для острого общего пульпита находятся в интервале

2-6 мкА
20-40 мкА
60 мкА
+100-200 мкА
более 200 мкА
15) Для расширения корневых каналов предназначены
+К-файлы
каналонаполнители
спредеры
+буравы Хедстрема
корневые иглы

16) Гипохлорит натрия для обработки канала целесообразно использовать в концентрациях
0,5 - 1 %
+2,5 - 3 %
5 - 10%

до насыщения
17) Для расширения труднопроходимых каналов используют
+препараты ЭДТА
физиологический раствор
азотнокислое серебро
эвгенол
формалин

18) В пульпе различают
2 слоя
+3 слоя
4 слоя
5 слоев
6 слоев

19) Клеточный состав пульпы следующий
+пульпа как соединительная ткань богата присущими ей клетками кроме клеток, присущих соединительной ткани и специфических клеток
пульпа содержит малодифференцированные, звездчатые клетки
клеточный состав пульпы представлен клетками плазмочитарного и макрофагального рядов
близки по составу к эпителиальной ткани
похожа на нервную ткань

20) В строении корневой и коронковой пульпы имеются различия
нет, ибо корневая пульпа является непрерывным продолжением коронковой
корневая пульпа значительно отличается от коронковой по строению, ибо она является промежуточной между коронковой пульпой и периодонтом
+корневая пульпа незначительно отличается от коронковой, по строению она ближе к ней, чем к периодонту
корневая пульпа близка к ткани периодонта
коронковая пульпа близка к нервной ткани

Тема 25. Обследование больного с заболеваниями гингивита. Клинические и лабораторные методы исследования.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

1. Строение ткани пародонта (слизистой альвеолярного отростка)
2. Классификация заболеваний пародонта
3. Методика обследования больного с заболеваниями слизистой десневого края.
4. Показатели, на основании которых можно судить о степени воспалительного процесса в десне.
5. Лабораторные методы исследования, проводимые при заболеваниях пародонта; их цель.
6. Функциональные методы исследования; их цель.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Пародонтом называют комплекс тканей, состоящий из:

- десны, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба
- +десны, костной ткани альвеолы, периодонта и цемента корня зуба
- десны, костной ткани альвеолы, шарпеевских волокон и цемента корня зуба
- десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба
- десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и клеточного цемента корня зуба

2. Функция пародонта, которая проявляется в сохранении целостности его структурных компонентов при внешних воздействиях:

- +барьерная
- трофическая
- пластическая
- регулирующая,
- нейросенсорная
- амортизирующая, опорно-удерживающая

3. Функция пародонта, которая связана с поддержанием и восстановлением микроциркуляции в состояниях функциональной нагрузки и физиологического покоя:

- барьерная
- +трофическая
- пластическая
- регулирующая, нейросенсорная
- амортизирующая, опорно-удерживающая

4. Функция пародонта, которая направлена на своевременное восстановление структурных компонентов, утраченных в процессе жизнедеятельности, создание новых функциональных единиц, необходимых для адаптации к возникающим нагрузкам:

- барьерная
- трофическая
- +пластическая
- регулирующая, нейросенсорная
- амортизирующая, опорно-удерживающая

5. Функция пародонта, которая состоит в рефлекторной регуляции трофики тканей и жевательного давления при реализации пародонто-мышечного рефлекса:

- барьерная
- трофическая
- пластическая
- +регулирующая, нейросенсорная
- амортизирующая, опорно-удерживающая

6. Функция пародонта, которая направлена на удержание зуба в альвеоле, поддержании зубодесневого соединения, перераспределении жевательного давления на стенки альвеолы:

- барьерная
- трофическая
- пластическая
- регулирующая, нейросенсорная

+амортизирующая, опорно-удерживающая

7. Мягкотканное анатомическое образование в полости рта, состоящее из многослойного плоского ороговевающего эпителия, собственной пластинки с поверхностным сосочковым и более глубоким сетчатым слоем:

+десна

твердое небо

переходная складка

слизистая оболочка альвеолярного отростка

слизистая оболочка дорзальной поверхности языка

8. Часть десны, которая лежит непосредственно на надкостнице вестибулярного и орального скатов альвеолярной кости:

край десны

межзубная десна

маргинальная десна

+прикрепленная десна

слизисто-десневая граница

9. Часть десны, непосредственно окружающая зуб и прикрепленная к нему на участке от десневого края до десневого желобка:

круговая

+свободная

межзубная

прикрепленная

кератинизированная

10. Непрерывное углубление на десне, которое повторяет контур десневого края, лежит апикальнее его и определяется визуально:

рецессия десны

десневая борозда

+десневой желобок

зубо-десневое соединение

слизисто-десневая граница

11. Производным эмалеобразующего эпителия в пародонте является:

эмаль

цемент

периодонт

зубо-десневое соединение

+соединительный эпителий

12. Клиническая десневая борозда соответствует погружению градуированного зонда между поверхностью зуба и десной в апикальном направлении на глубину менее (мм):

5

4

+3

2

1

13. Клинически определяемая граница между десной и слизистой оболочкой альвеолярного отростка:

линия улыбки

десневой желобок

переходная складка

цементно-эмалевое соединение

+слизисто-десневое соединение

14. Соединительно-тканное образование, заключенное между кортикальной пластинкой альвеолы и цементом корня зуба до вершины альвеолы, которое проникает в цемент корня зуба, прободая кортикальную кость альвеолы:

пародонт

+периодонт

пародонтальное прикрепление

соединительно-тканное прикрепление

надальвеолярный волокнистый аппарат

15. Зубные альвеолы отделены друг от друга перегородками:

+межзубными

межкорневыми

кортикальными

вестибулярными

аппроксимальными

16. Губчатое вещество стенки зубной альвеолы расположено между:

корневыми перегородками

+кортикальными пластинами

альвеолярными перегородками

наружной и внутренней стенками зубной альвеолы

вестибулярной и ротовой стенками зубной альвеолы

17. Осмотр и инструментальное исследование пародонта позволяет определить:

содержимое пародонтальных карманов

уровень резорбции альвеолярной кости

регионарную гемодинамику в пародонте

парциальное давление кислорода в тканях

+интенсивность и распространенность воспалительных изменений

18. Для уменьшения гиперестезии твердых тканей зубов при пародонтите используют зубные пасты:

гигиенические

противовоспалительные

+реминерализующие

солевые

ферментосодержащие

19. Индекс ПМА при пародонтите:

менее 30%

до 50%

до 70%

около 100%

+не изменяется

20. Основным этиологическим фактором пародонтита является:

+микробный зубной налет (микробная биопленка)

зубной налет курильщика

плотный зубной налет

наддесневой зубной камень

поддесневой зубной камень

Тема 26. Клиника и диагностика катарального папиллита, катарального гингивита, язвенного гингивита.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

1. Этиология заболеваний
2. Клинические признаки острого и хронического течения катарального папиллита, гингивита.
3. Методы исследования для определения диагноза заболевания.
4. Этиология гипертрофического гингивита.
5. Клинические признаки гранулирующей формы гипертрофического гингивита I, II и III степени.
6. Клинические признаки фиброзной формы гипертрофического гингивита.
7. Клиническая картина язвенного гингивита.
8. Заболевания, которые необходимо дифференцировать с гипертрофическим гингивитом.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Основным местным фактором риска возникновения катарального гингивита является:

наследственность

+наличие микробного налета

вредные привычки

подвижность зубов

наличие эндокринной патологии

2. Для уменьшения кровоточивости десен наиболее целесообразно использовать зубные пасты:

фторидсодержащие

кальцийсодержащие

+с растительными добавками

гигиенические

отбеливающие

3. Пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта в стадии обострения рекомендуют пользоваться зубной щеткой:

+мягкой

средней жесткости

жесткой

очень жесткой

чистка зубов не требуется

4. Фактор, способствующий развитию локального хронического гингивита:

заболевания желудочно-кишечного тракта

+скученность зубов

заболевания крови

гиповитаминоз С

низкое содержание фторида в питьевой воде

5. Причиной генерализованного пародонтита может быть:

отсутствие контактного пункта между соседними зубами

нависающий край пломбы

+эндокринные заболевания

скученность зубов

нарушение техники чистки зубов

6. При гингивите на рентгенограмме наблюдается:

равномерная атрофия альвеол

снижение высоты межальвеолярных перегородок

резорбция костной ткани с четкими контурами в области верхушек корней зубов

склеротические изменения альвеолярной кости

+изменений нет

7. Воспалительную резорбцию альвеолярной перегородки определяют в результате:

зондирования пародонтального кармана

реографического исследования тканей пародонта

+рентгенологического исследования челюстных костей

эхоостеометрического исследования альвеолярной кости

определения индексов кровоточивости десны при зондировании

8. Для определения тяжести пародонтита и пародонтоза необходимо определить:

+уровень альвеолярной кости

размер обнажения корня зуба

глубину пародонтального кармана

размер гипертрофированной десны

патологическую подвижность зуба

9. Гингивит - это заболевание:

+воспалительное

воспалительно-дистрофическое

дистрофическое

инфекционное

опухолевидное

10. Альвеолярная десна - это:

десневой сосочек и десна вокруг зуба

десна, окружающая зуб

+десна, покрывающая альвеолярный отросток

десна, покрывающая альвеолярный отросток и переходная складка

десна, покрывающая альвеолярный отросток и небо

11. Маргинальная десна - это:

+десневой сосочек и десна вокруг зуба

десна, окружающая зуб

десна, покрывающая альвеолярный отросток

десна, покрывающая альвеолярный отросток и переходная складка

десна, покрывающая альвеолярный отросток и небо

12. Альвеолярная десна состоит из:

+эпителия и надкостницы

эпителия и собственного слизистого слоя

эпителия, собственного слизистого и подслизистого слоя

эпителия, надкостницы и альвеолярной кости

эпителия, надкостницы и подслизистого слоя

13. При рецессии десны количество десневой жидкости:

увеличивается

+не изменяется

уменьшается в 2 раза

уменьшается в 4 раза

определить невозможно

14. При катаральном гингивите количество десневой жидкости:

- +увеличивается
- уменьшается в 2 раза
- уменьшается в 4 раза
- не изменяется

15. Индекс CRITN определяется с помощью зонда:

- стоматологического
- серповидного
- штыковидного
- +пуговчатого
- не требует применения инструмента

16. Индекс CRITN у взрослых- это показатель:

- зубного налета
- зубного камня
- кровоточивости
- пародонтальных карманов
- +нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

17. Индекс ПМА определяет тяжесть:

- +гингивита
- пародонтита
- пародонтоза
- пародонтолиза
- стоматита

18. Контрольное обследование послеоперационной области после кюретажа целесообразно провести через:

- 1 неделю
- 10 дней
- +1 месяц
- 6 месяцев
- 1 год

19. Количественную выраженность катарального гингивита можно определить с помощью индекса:

- +ПМА
- Грина-Вермильона
- пародонтального
- CRITN

20. Катаральный гингивит средней степени тяжести включает воспаление десны:

- папиллярной
- +папиллярной и маргинальной
- маргинальной и альвеолярной
- альвеолярной, маргинальной и папиллярной
- папиллярной и альвеолярной

Тема 27 Лечение катарального папиллита, катарального гингивита, язвенного гингивита.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

1. Общее лечение при катаральном гингивите.
2. Местное лечение при катаральном папиллите и гингивите.
3. Методы местного лечения при гипертрофическом гингивите в зависимости от формы и степени заболевания.
4. Методы лечения язвенного гингивита.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Наличие ложного десневого кармана характерно для:

- пародонтита
- пародонтоза
- +гипертрофического гингивита
- катарального гингивита
- язвенно-некротического гингивита

2. Клинические признаки хронического катарального гингивита:

- +кровоточивость при зондировании папиллярной и маргинальной десны
- поддесневой зубной камень
- карманы до 5 мм
- обнажение корней
- некроз десневого сосочка

3. Клинический признак гипертрофического гингивита отечной формы:

- разрастание неизменной в цвете десны
- +деформация и отек десневых сосочков
- отсутствие кровоточивости

участки некроза папиллярной десны

участки некроза маргинальной десны

4. Клинический признак гипертрофического гингивита фиброзной формы:

- кровоточивость десны при чистке зубов и откусывании пищи
- +разрастание десны
- резкая гиперемия и отек десневых сосочков
- боль при жевании

участки некроза маргинальной десны

5. Катаральный гингивит дифференцируют с:

- +пародонтитом
- фиброматозом
- пародонтозом
- герпетическим гингивостоматитом
- гингивитом Венсана

6. Гипертрофический гингивит фиброзной формы дифференцируют с:

- пародонтозом
- гингивитом Венсана
- +эпулисом
- герпетическим гингивостоматитом
- пародонтитом

7. При фиброзной форме гипертрофического гингивита проводят хирургическое лечение:

- +гингивэктомия
- гингивотомия
- закрытый кюретаж

- открытый кюретаж
- лоскутную операцию
- 8. При отечной форме гипертрофического гингивита проводят:
 - гингивотомию
 - гингивэктомию
 - открытый кюретаж
 - лоскутную операцию
 - +противоотечное лечение
- 9. При пародонтите карман определяется:
 - +клинически
 - гистологически
 - рентгенологически
 - люминесцентно
 - пальпаторно
- 10. Отсутствие контактного пункта между зубами может привести к пародонтиту:
 - +локализованному
 - генерализованному
 - ювенильному
 - быстро прогрессирующему
- 11. Пародонтит средней степени тяжести дифференцируют с:
 - катаральным гингивитом
 - гипертрофическим гингивитом
 - +пародонтитом тяжелой степени
 - пародонтозом
 - фиброматозом
- 12. Гипертрофический гингивит отечной формы дифференцируют с:
 - +хроническим катаральным гингивитом
 - пародонтозом
 - атрофическим гингивитом
 - герпетическим гингивостоматитом
 - кандидозом
- 13. При лечении хронического катарального гингивита проводят:
 - обработку десны резорцином
 - +коррекцию гигиены полости
 - апликацию протеолитических ферментов
 - гингивэктомию
 - гингивотомию
- 14. Удаление наддесневого зубного камня проводят:
 - +до кюретажа карманов
 - в процессе кюретажа
 - после кюретажа
 - не имеет значения
 - не проводят
- 15. Удаление поддесневого зубного камня проводят:
 - до кюретажа пародонтальных карманов
 - +в процессе кюретажа
 - непосредственно после кюретажа
 - спустя 7 дней после кюретажа
 - не проводят
- 16. О наличии пародонтального кармана судят:
 - по погружению зонда на глубину менее 3 мм
 - по обнаружению поверхности корня зуба
 - +по погружению зонда на глубину 3 мм и более
 - независимо от глубины кармана
 - по кровоточивости десны
- 17. При обнажении поверхности корня зуба на 6 мм и кармане в 5 мм следует предположить:
 - язвенно-некротический гингивит
 - +пародонтит тяжелой степени
 - пародонтоз тяжелой степени
 - гипертрофический гингивит фиброзной формы
 - фиброматоз десны
- 18. Пародонтит тяжелой степени дифференцируют с:
 - катаральным гингивитом
 - гипертрофическим гингивитом
 - +пародонтитом средней степени тяжести
 - пародонтозом
 - фиброматозом
- 19. Дифференциальную диагностику пародонтоза проводят с:
 - хроническим катаральным гингивитом
 - хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени
 - +хроническим генерализованным пародонтитом в стадии ремиссии
 - острым пародонтитом
- 20. Первый этап плана лечения пародонтита:
 - медикаментозное противовоспалительное лечение
 - ортодонтическое лечение
 - ортопедическое лечение
 - +профессиональная гигиена полости рта
 - хирургическое лечение

Тема 28 Обследование больного с заболеваниями пародонтита. Клинические и лабораторные методы исследования.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

1. Строение ткани пародонта.
2. Функции пародонта.
3. Методика обследования больного с заболеваниями пародонта.
4. Показатели, на основании которых можно судить о степени воспалительного процесса в десне.
5. Рентгенологические признаки, свойственные поражению пародонта.
6. Лабораторные методы исследования, проводимые при заболеваниях пародонта; их цель.
7. Функциональные методы исследования; их цель.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Короткие уздечки губ и мелкое преддверие полости рта рецессию десны:

- уменьшают
- +увеличивают
- не изменяют
- исправляют
- затрудняют

2. Глубина пародонтального кармана до 4 мм характерна для:

- +пародонтита легкой степени
- пародонтита средней степени
- пародонтита тяжелой степени
- пародонтоза средней степени
- пародонтоза тяжелой степени

3. Глубина пародонтального кармана до 5 мм характерна для:

- пародонтита легкой степени
- +пародонтита средней степени
- пародонтита тяжелой степени
- пародонтоза средней степени
- пародонтоза тяжелой степени

4. Глубина пародонтального кармана более 5 мм характерна для:

- пародонтита легкой степени
- пародонтита средней степени
- +пародонтита тяжелой степени
- пародонтоза средней степени
- пародонтоза тяжелой степени

5. Подвижность зубов при пародонтите легкой степени:

- I-II степени
- II-III степени
- III степени
- более III степени
- +отсутствует

6. Подвижность зубов при пародонтите средней степени:

- +I—II степени
- II—III степени
- III степени
- более III степени
- отсутствует

7. Подвижность зубов при пародонтите тяжелой степени:

- I—II степени
- +II-III степени
- III степени
- более III степени
- отсутствует

8. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/3 соответствует:

- +пародонтиту легкой степени
- пародонтиту средней степени
- пародонтиту тяжелой степени
- пародонтозу средней степени
- пародонтозу тяжелой степени

9. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/2 соответствует:

- пародонтиту легкой степени
- +пародонтиту средней степени
- пародонтиту тяжелой степени
- пародонтозу средней степени
- пародонтозу тяжелой степени

10. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки более 1/2 соответствует:

- пародонтиту легкой степени
- пародонтиту средней степени
- +пародонтиту тяжелой степени
- пародонтозу средней степени
- пародонтозу тяжелой степени

11. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:

- жалобы пациента
- длительность заболевания
- кровоточивость десны при чистке зубов
- +глубина пародонтального кармана
- степень подвижности зубов

12. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 5 мм:

- кюретаж карманов
- +операция «открытый кюретаж»
- лоскутная операция
- гингивотомия
- гингивэктомия

13. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана более 5 мм:

- кюретаж карманов
- операция «открытый кюретаж»
- +лоскутная операция
- гингивотомия
- гингивэктомия

14. Пародонтоз - заболевание:

- воспалительное
- воспалительно-дистрофическое
- +дистрофическое
- опухолевидное
- инфекционное

15. Пародонтальные карманы при пародонтозе:

- менее 3 мм
- до 4 мм
- до 5 мм

более 5 мм
+отсутствуют
16.Зуд в десне - характерная жалоба пациента при:
катаральном гингивите
гипертрофическом гингивите
язвенно-некротическом гингивите
пародонтите
+пародонтозе

17.Окраска десны при пародонтозе:
бледно-розовая
+бледная
гиперемированная
желтоватая
цианотичная

18.Наличие пародонтального кармана является характерным признаком:
катарального гингивита
язвенно-некротического гингивита
+пародонтита
пародонтоза
пародонтомы

19. Наличие ложного десневого кармана характерно для:
катарального гингивита
язвенно-некротического гингивита
+гипертрофического гингивита
хронического пародонтита

хронического пародонтита в стадии обострения
20. При гингивите на рентгенограмме наблюдается:
равномерная атрофия альвеол
снижение высоты межальвеолярных перегородок
резорбция костной ткани с четкими контурами в области вершечек корней зубов
склеротические изменения альвеолярной кости
+изменений нет

Тема 28 Обследование больного пародонтитом. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика заболевания.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

- 1.Этиология и патогенез пародонтита
2. Клиническая картина пародонтита
- 3.Диагностика пародонтита
- 4.Лечение пародонтита
5. Профилактика пародонтита

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1.Эпулис относится к:

гингивиту
пародонтиту
пародонтозу
идиопатическим заболеваниям
+пародонтомам

2. К идиопатическим болезням пародонта относят:

пародонтоз
пародонтит
фиброматоз десен
+синдром Папийон-Лефевра
Пародонтома

3.Резорбция костной ткани межзубных перегородок от 1/3 до 1/2 характерна:

пародонтоза легкой степени
+пародонтита средней степени
пародонтита легкой степени
пародонтита тяжелой степени
катарального гингивита тяжелой степени

4.Резорбция костной ткани межзубных перегородок на высоту до 1/3 характерна для:

пародонтоза легкой степени
пародонтита средней степени
+пародонтита легкой степени
пародонтита тяжелой степени
катарального гингивита тяжелой степени

5.Основным дифференциально-диагностическим признаком пародонтита является:

гноетечение из пародонтальных карманов
+повреждение связки зуба и образование пародонтального кармана
кровоточивость десен
глубина десневого кармана от 5 мм
увеличение десневых сосочков, гиперемия, синюшность, кровоточивость

6.Клинические признаки пародонтоза:

отсутствие воспалительных явлений и пародонтальных карманов
гиперемия десен, гноетечение из пародонтальных карманов
+обнажение шеек зубов, ретракция десны, отсутствие воспалительных изменений, отсутствие подвижности зубов, повышенная чувствительность шеек зубов, зуд в деснах

отечность, гиперемия десен, глубина пародонтальных карманов от 5 мм, зуд в деснах

болезненность и кровоточивость десен, подвижность зубов, повышенная чувствительность шеек зубов

7.Число этапов проведения окклюзионного пришлифовывания по Дженкельсону:

3
2
+5
4

не имеет значения

8.Показания для депульпации зубов при пародонтите:

глубина десневых карманов 6 мм
подвижность зубов II-III степени
+перед хирургическим лечением пародонтита тяжелой степени при глубине десневых карманов более 7 мм и подвижности зубов II степени

не имеет значения глубина карманов и подвижность зубов

никогда не депульпируют

9. Для качественной гигиены полости рта необходимо использовать:

зубные щетки и пасты

зубные щетки, пасты и флоссы

+зубные щетки, пасты, флоссы и ополаскиватели

зубные щетки, пасты, флоссы и жевательную резинку

зубные щетки, пасты, жевательную резинку

10. Основной метод обследования стоматологического больного:

рентгенологический

+клинический

цитологический

лабораторный

11. Профессиональную гигиену необходимо проводить

1 раз в год

+2 раза в год

1 раз в три месяца

1 раз в два года

12. При проведении профессиональной гигиены жевательную поверхность зубов целесообразно очищать от налета с помощью:

резиновых колпачков и полировочных паст

+щеточек и полировочных паст

флоссов

13. Гигиеническое обучение ребенка необходимо начинать:

+ в период прорезывания первых временных зубов

с 2-х лет

в 3-4 года

в период прорезывания первых постоянных зубов

у первоклассников

14. Зубной щеткой с поверхности зуба удаляется:

Пелликула

+Мягкий зубной налет

Налет курильщика

Наддесневой зубной камень

Поддесневой зубной камень

15. Для оценки эффективности чистки зубов пациентом наиболее важно:

Время, требуемое для чистки всех зубов

Метод, по которому происходит движение от зуба к зубу

+Способность пациента удалять налет со всех поверхностей зубов

Средства гигиены полости рта, которые использует пациент

Уровень информированности пациента о правилах ухода за полостью рта

16. Время чистки зубов должно составлять не менее (минут):

1

2

+3

5

10

17. Для уменьшения кровоточивости десен пациентам следует рекомендовать использовать зубную пасту, содержащую:

Фторид натрия

Карбонат кальция

+Экстракты лекарственных растений

Карбамид

Хлорид стронция

18. Профессиональная гигиена полости рта включает в себя:

Полоскание полости рта фторидсодержащими растворами

+Профессиональное удаление зубных отложений

Герметизацию фиссур

Кюретаж пародонтальных карманов

Пломбирование кариозных полостей

19. Назовите причины развития хронического генерализованного катарального гингивита?

Травма слизистой нависающими пломбами;

Укорочение уздечка губ, языка;

Идиопатические заболевания;

+Эндокринные заболевания;

Нарушение окклюзии.

20. При каком исследовании в содержимом пародонтального кармана выявлено уменьшение количества неподвижных и увеличение количества подвижных палочек и извитых форм факультативных микроорганизмов:

+Микробиологическом;

Бактериологическом;

Иммунологическом;

Серологическом;

Цитологическом.

Тема 29 Клиника, диагностика локализованного пародонтита.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

1. Этиология локализованного пародонтита

2. Патогенез локализованного пародонтита

3. Клиника локализованного пародонтита

4. Диагностика локализованного пародонтита

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Профилактике воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует:

прием фторидсодержащих препаратов

+проведение профессиональной гигиены

реминерализирующая терапия

уменьшение употребления углеводов

прием витаминов

2. Предупреждению воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует:

покрытие зубов фторлаком

реминерализирующая терапия

прием витаминов

+рациональная гигиена полости рта

герметизация фиссур

3.Для определения глубины пародонтальных карманов используют инструменты:

стоматологические зонды

+пародонтальные зонды

серповидные скейлеры

кюреты

экскаваторы

4.Мягкотканное анатомическое образование в полости рта, состоящее из многослойного плоского ороговевающего эпителия, собственной пластинки с поверхностным сосочковым и более глубоким сетчатым слоем:

+десна

твердое небо

переходная складка

слизистая оболочка альвеолярного отростка

слизистая оболочка дорзальной поверхности языка

5.Часть десны, которая лежит непосредственно на надкостнице вестибулярного и орального скатов альвеолярной кости:

край десны

межзубная десна

маргинальная десна

+прикрепленная десна

слизисто-десневая граница

6.Ранним клиническим признаком воспаления пародонта является:

клинический карман 3 мм

+симптом кровоточивости десны

патологическая подвижность зуба

неудовлетворительная гигиена полости рта

изменение цвета и формы десневого сосочка

7.Рентгенологический метод исследования позволяет определить:

содержимое пародонтальных карманов

+уровень резорбции альвеолярной кости

регионарную гемодинамику в пародонте

парциальное давление кислорода в тканях

интенсивность и распространенность воспалительных изменений

8.Полярграфия тканей пародонта позволяет определить:

содержимое пародонтальных карманов

уровень резорбции альвеолярной кости

регионарную гемодинамику в пародонте

+парциальное давление кислорода в тканях

интенсивность и распространенность воспалительных изменений

9.Реопародонтография позволяет определить:

содержимое пародонтальных карманов

уровень резорбции альвеолярной кости

+регионарную гемодинамику в пародонте

парциальное давление кислорода в тканях

интенсивность и распространенность воспалительных изменений

10.Глубина преддверия полости рта в норме:

+от 5 до 10 мм

менее 5 мм

более 10 мм

7 мм

11.Глубина зубодесневой бороздки (в мм)

+от 1,5 до 3

менее 1,5

более 2

2,5

12.Симптомы гингивита:

+кровоточивость десен

жжение языка

патологическая стираемость зубов

изменение прикуса

пародонтальные карманы

13.Дополнительный метод исследования, позволяющий определить стойкость капилляров пародонта:

реопародонтография

проба Писарева-Шиллера

+проба Кулаженко

Окклюдодиаграмма

14.СРПТН – это индекс

+пародонтальный

гигиены полости рта

зубного налета

интенсивности кариеса зубов

15.Перечислите функции пародонта:

+барьерная, трофическая, рефлекторная, пластическая, амортизирующая

барьерная, амортизирующая

барьерная, рефлекторная, пластическая

рефлекторная

амортизирующая

16.Основной функцией пародонта является:

+амортизирующая

барьерная

рефлекторная

рецепторная

пластическая

17.С целью профилактики заболеваний пародонта чистить зубы необходимо:

один раз утром

+два раза – утром и вечером, после еды

только вечером

три раза

три – пять раз

18. Воспалительное заболевание пародонта:

пародонтоз
+ пародонтит
пародонтома
пародонтолиз

19. Показаниями к кюретажу зубодесневых карманов являются:

широкие десневые карманы
гиперемия и отек десневого края, костные карманы
+ фиброзное перерождение десневого края при наличии зубодесневых карманов до 5 мм
глубокие зубодесневые карманы 3-4 мм

20. К общим факторам риска развития воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта относятся:

Механическое повреждение десны;
Деформации зубов и челюстей;
+ Гиповитаминоз С, В, А;
Зубные отложения;
Аномалии зубов.

Тема 30. Клиника, диагностика генерализованного пародонтита.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля

1. Клиника генерализованного пародонтита легкой степени тяжести
2. Клиника генерализованного пародонтита средней степени тяжести
3. Клиника тяжелого генерализованного пародонтита
4. Диагностика генерализованного пародонтита

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Структурными образованиями гемодилляторного русла пародонта являются:

капилляры
артериолы и венулы
+ артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, венулы
прекапилляры, капилляры, посткапилляры
венозные сосуды

2. Состав зубной бляшки:

зубная бляшка представлена скоплением микроорганизмов
зубная бляшка состоит из углеводов и липидов
+ зубная бляшка представлена межклеточным матриксом, состоящим из полисахаридов, протеинов, липидов, неорганических компонентов, в который включены микроорганизмы, эпителиальные клетки, лейкоциты, макрофаги
зубная бляшка представлена органическими компонентами
зубная бляшка состоит из элементов слюны

3. Проба Кулаженко проводится с целью:

выявления барьерных возможностей пародонта
определения состояния проницаемости стенок сосудов
+ выявления стойкости стенок сосудов пародонта
определения воспалительных изменений десны
выявления зубной бляшки

4. Индекс ПМА используется с целью:

+ определения степени воспалительных изменений пародонта
определения воспалительных изменений различных зон десны
определения кровотоочивости десен
оценки гигиенического состояния полости рта
определения проницаемости сосудистой стенки

5. Какие зубы обследуются при подсчете индекса CPITN у взрослого населения старше 20 лет?

16, 11, 26, 36, 31, 46
+ 31, 32, 33, 41, 42, 43
17, 16, 11, 26, 27, 31, 36, 37, 46, 47
11, 21, 36, 46
11, 12, 13, 21, 22, 23

6. Основными клиническими признаками отечной формы гипертрофического гингивита являются:

+ десневые сосочки увеличены, имеют синюшный оттенок, глянцеvidную поверхность, кровоточат при дотрагивании, при надавливании остаются следы от дотрагивания
десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, кровоточат при дотрагивании
десневые сосочки увеличены, отечны, гиперемированы, кровоточат при надавливании, при зондировании определяются пародонтальные карманы
кровотоочивость при дотрагивании (индуцированная кровотоочивость)
наличие ложных десневых карманов

7. Основные клинические проявления пародонтита легкой степени тяжести:

+ отек, гиперемия десневого края, кровотоочивость при надавливании, пародонтальные карманы глубиной 3-4 мм, резорбция компактных пластинок межзубных перегородок
отек, гиперемия десневых сосочков, кровотоочивость индуцированная, отсутствие десневых карманов, подвижности зубов нет
резкое увеличение десневых сосочков, синюшность, болезненность, кровотоочивость, глубина пародонтальных карманов до 8 мм, резорбция костной ткани на 1/2 корня зуба

наличие большого количества зубных отложений

кровотоочивость десневых сосочков

8. Глубина пародонтальных карманов при пародонтите средней степени тяжести:

карманов нет
+ 4-6 мм
более 8 мм
имеются ложные десневые карманы
до 5 мм

9. Решающим при дифференциальной диагностике хронического катарального гингивита и пародонтита легкой степени тяжести является:

+ подвижность и смещение зубов
отсутствие круговой связки зуба, наличие пародонтальных карманов
выраженные воспалительные изменения десневого края и десневых сосочков
отсутствие десневого кармана, сохранение круговой связки
наличие рентгенологических изменений

10. При пародонтозе средней степени тяжести пародонтальные карманы:

имеются, вследствие гибели связки зуба
не имеются, так как дистрофические процессы в десне и костной ткани происходят одновременно
+ не имеются, так как при пародонтозе сохраняется, круговая связка зуба
имеются только в участках перегрузки зубов
имеются только при присоединении воспалительных изменений

11. Концентрация раствора хлоргексидина, рекомендуемая для орошений полости рта, составляет:

- 2%
- +0,05%
- 1%
- 0,002%
- 0,05 до 0,1%

12. При заболеваниях пародонта целью избирательного шлифования является:

- нормализация прикуса
- + устранение преждевременных окклюзионных контактов (супраконтактов) приводящих к травме пародонта
- восстановление анатомической формы зубов
- устранение воспалительного процесса
- эстетические показания

13. Когда образуется десневой ложный (псевдокарман):

- + в результате увеличения размеров десны
- в результате окклюзионной травмы
- вследствие глубоко продвинутой коронки
- в результате нарушения микроциркуляции тканей пародонта
- как результат нарушений иммунологической защиты полости рта

14. Признаки воспаления отсутствуют при:

- катаральном гингивите
- + пародонтозе
- пародонтите
- отечной форме гипертрофического гингивита
- язвенно-некротическом гингивите

15. От чего зависит образование внутрикостного кармана:

- от степени потери кости, причем карманы могут иметь одну, две, три костные стенки
- + от степени потери кости при вертикальной резорбции
- внутрикостный карман может образовываться и при горизонтальной резорбции
- от влияния лекарственных средств
- от неполноценности прикрепленного эпителия

16. Клетки эпителиального прикрепления замещаются в норме в течение:

- каждые 4-8 дней
- 2 недели
- + 10 дней
- месяц
- 2 месяца

17. Фиброматоз десен относится к:

- гингивитам
- пародонтиту
- пародонтозу
- идиопатическим заболеваниям
- + пародонтомам

18. Какие заболевания, протекающие с поражением пародонта, можно отнести к кератиновому ретикулогистиоцитозу?

- гипофосфатазия
- синдром Папийон-Лефевра
- болезнь Педжета
- болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена
- + болезнь Гоше

19. К местным факторам риска развития воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта относятся:

- Эндокринные заболевания;
- Нервно-соматические заболевания;
- Снижение реактивности организма;
- Заболевания желудочно-кишечного тракта;
- + Аномалии прикрепления уздечек и мелкое преддверие полости рта.

20. Назовите местные факторы риска заболеваний пародонта у детей:

- + Скученность зубов и их аномальное положение;
- Заболевание желудочно-кишечного тракта;
- Идиопатические заболевания;
- Эндокринные заболевания;
- Гиповитаминоз С.

Тема 31. Особенности обследования больного с заболеваниями слизистой оболочки рта на стоматологическом приеме. Травматические поражения слизистой оболочки рта.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Функции слизистой полости рта.
2. Кровоснабжение и лимфоотток слизистой оболочки полости рта.
3. Возрастные особенности строения слизистой оболочки полости рта.
4. Строение десневой бороздки.
5. Большие и малые слюнные железы.
6. Язычные миндалины.
7. Первичные патологические элементы.
8. Вторичные патологические элементы.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Слизистая оболочка полости рта состоит из:
 1. 5 слоев
 2. 4 слоев
 3. 3 слоев+
 4. 2 слоев
 5. 1 слоя
2. Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки полости рта в норме ороговеивает на:
 1. мягком небе
 2. дне полости рта
 3. щеках 4. губах
 5. твердом небе+
3. К первичным элементам поражения относятся:
 1. Пузырь+
 2. эрозия
 3. афта

4. рубец
5. трещина
4. К вторичным элементам поражения относятся:
 1. Чешуйка+
 2. бугорок
 3. узелок
 4. узел
 5. пятно
5. Ограниченное изменение цвета слизистой оболочки - это:
 1. бугорок
 2. рубец
 3. гнойничок
 4. узелок
 5. Пятно+
6. К дефектам слизистой оболочки относятся:
 1. волдырь
 2. пятно
 3. бугорок
 4. узелок
 5. Афта+
7. Папула, в переводе с латинского, - это:
 1. бугорок
 2. Узелок+
 3. узел
 4. рубец
 5. чешуйка
8. Линейный дефект слизистой оболочки - это:
 1. афта
 2. язва
 3. эрозия
 4. Трещина+
 5. чешуйка
9. Повреждение слизистой оболочки в пределах эпителия - это:
 1. Эрозия+
 2. язва
 3. чешуйка
 4. корка
 5. рубец
10. Патологические процессы, происходящие в эпителии при образовании клеток Тцанка:
 1. паракератоз
 2. гиперкератоз
 3. акантоз
 4. Акантолиз+
 5. гранулез
11. Симптом Никольского определяется при патологическом процессе в слизистой оболочке рта:
 1. акантозе
 2. Акантолизе+
 3. гиперкератозе
 4. паракератозе
 5. папилломатозе
12. Патологические процессы в эпителии, приводящие к образованию пузырьков при простом герпесе:
 1. папилломатоз
 2. баллонизирующая дегенерация+
 3. акантоз
 4. паракератоз
 5. гиперкератоз
13. Диагностическими клетками при простом герпесе являются:
 1. гигантские многоядерные клетки+
 2. акантолитические клетки Тцанка
 3. клетки Лангханса
 4. многоядерные полиморфные клетки
 5. ксантомные клетки
14. Диагностическими клетками при вульгарной пузырчатке являются:
 1. гигантские многоядерные клетки
 2. акантолитические клетки Тцанка+
 3. клетки Лангханса
 4. многоядерные полиморфные клетки
 5. ксантомные клетки
15. Утолщение клеток шиповатого слоя:
 1. спонгиоз
 2. гиперкератоз
 3. Акантоз+
 4. баллонизирующая дегенерация
 5. акантолиз
16. Латинское название пятна:
 1. nodus
 2. ulcus
 3. papula
 4. Macula+
 5. aphta
17. Линейный дефект слизистой оболочки:
 1. афта
 2. Трещина+
 3. язва
 4. эрозия
 5. бляшка
18. Поверхностный дефект эпителия слизистой оболочки полости рта:
 1. язва
 2. Эрозия+
 3. трещина

4. рубец
 5. узелок
19. Процесс нарушения ороговения слизистой оболочки полости рта:
1. палилломотоз
 2. лейкоцитоз
 3. Паракератоз+
 4. баллонизирующая дегенерация
 5. спонгиоз
20. Исход вскрытия пузырька на слизистой оболочке полости рта:
1. волдырь
 2. Эрозия+
 3. язва
 4. киста
 5. узелок

Тема 32. Лейкоплакия.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Лейкоплакия слизистой полости рта (жалобы, развитие заболевания).
2. Клинические формы лейкоплакии слизистой оболочки полости рта.
3. Лейкоплакия слизистой полости рта (внешний осмотр, осмотр полости рта).
4. Лейкоплакия слизистой полости рта (дифференциальная диагностика).
5. Лечение лейкоплакии слизистой оболочки полости рта.
6. Прогноз и диспансерное наблюдение пациентов с лейкоплакией.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Хроническая механическая травма и курение приводят к:
 1. гематоме
 2. ссадине
 3. Лейкоплакии+
 4. хейлиту
 5. кандидозу
2. Для уточнения диагноза «лейкоплакия» используют методы исследования:
 1. серологический
 2. бактериоскопический
 3. иммунологический
 4. Гистологический+
 5. цитологический
3. Причины лейкоплакии Таппейнера:
 1. хронический герпес
 2. лекарственная аллергия
 3. Курение+
 4. гальваноз
 5. гиперсаливация
4. Морфологические элементы поражения при лейкоплакии:
 1. узел
 2. узелок
 3. Бляшка+
 4. бугорок
 5. волдырь
5. Веррукозную форму лейкоплакии дифференцируют с:
 1. актиническим хейлитом
 2. афтозным стоматитом
 3. пузырьчаткой
 4. гиперкератотической формой плоского лишая+
 5. хроническим герпесом
6. Признаки озлокачествления эрозивно-язвенной формы лейкоплакии:
 1. наличие фибринозного налета
 2. воспаление вокруг очага поражения
 3. появление жжения
 4. уплотнение краев и основания очага поражения+
 5. гиперсаливация
7. Клиническая картина веррукозной формы лейкоплакии:
 1. ограниченный очаг серо-белого цвета в виде бляшек+
 2. пузырь с серозным содержимым
 3. воспалительное пятно
 4. эрозия
 5. язва
8. Санация полости рта при лейкоплакии включает:
 1. избирательное шлифование
 2. шинирование зубов
 3. шлифование острых краев зубов и пломб+
 4. повышение прикуса
 5. пломбирование клиновидных дефектов
9. Средства местного лечения плоской лейкоплакии:
 1. противовирусные препараты
 2. антибактериальные мази
 3. прижигающая терапия
 4. кератопластические средства+
 5. содовые полоскания
10. К кератопластическим средствам относят:
 1. теброфеновую мазь
 2. аспиринную мазь
 3. масляный раствор витамина А+
 4. гепариновую мазь
 5. бутадионовую мазь
11. При лечении эрозивно-язвенной формы лейкоплакии назначают:
 1. вакцинацию
 2. УВЧ-терапию
 3. эпителизирующие мази+

4. прижигающие средства
5. противогрибковые препараты
12. При неэффективности консервативного лечения лейкоплакии используют:
 1. иммунотерапию
 2. радиотерапию
 3. химиотерапию
 4. гирудотерапию
 5. Криодеструкцию+
13. К нарушениям ороговения слизистой оболочки полости рта относятся:
 1. папилломатоз
 2. Гиперкератоз+
 3. акантолиз
 4. спонгиоз
 5. баллонизирующая дегенерация
14. Кератопластические средства:
 1. неомициновая мазь .
 2. теброфеновая мазь
 3. актовегин, солкосерил+
 4. зовиракс
 5. Оксикорт
15. Для аппликационного обезболивания слизистой оболочки рта применяют:
 1. 0,1% раствор новокаина
 2. 0,5% взвесь анестезина в глицерине
 3. 2% р-р новокаина
 4. 10% взвесь анестезина в масле+
 5. 10% спрей лидокаина
16. Первичным элементом поражения слизистой оболочки полости рта является:
 1. язва
 2. эрозия
 3. Пятно+
 4. корка
 5. Рубец
17. Слизистая оболочка полости рта в норме:
 1. бледного цвета, сухая
 2. бледно-розового цвета, сухая
 3. бледно-розового цвета, равномерно увлажнена+
 4. ярко-красного цвета, обильно увлажнена
 5. гиперемирована, отечна
18. Осмотр пациента начинают с:
 1. заполнения зубной формулы
 2. определения прикуса
 3. внешнего осмотра+
 4. осмотра зубных рядов
 5. перкуссии зубов
19. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:
 1. перкуссии
 2. зондирования
 3. Пальпации+
 4. рентгенографии
 5. аускультации
20. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть:
 1. отклонена назад
 2. отклонена влево
 3. отклонена вправо
 4. наклонена вперед+
 5. отклонена назад и влево

Тема 33. Острый и хронический рецидивирующий герпес, опоясывающий лишай.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Острый герпес слизистой полости рта (жалобы, развитие заболевания).
2. Острый герпес слизистой полости рта (внешний осмотр, осмотр полости рта).
3. Острый герпес слизистой полости рта (дифференциальная диагностика).
4. Лечение острого герпеса слизистой оболочки полости рта.
5. Хронический рецидивирующий герпес слизистой полости рта (жалобы, развитие заболевания).
6. Хронический рецидивирующий герпес слизистой полости рта (внешний осмотр, осмотр полости рта).
7. Хронический рецидивирующий герпес слизистой полости рта (дифференциальная диагностика).
8. Лечение хронического рецидивирующего герпеса слизистой оболочки полости рта.
9. Опоясывающий лишай слизистой полости рта (жалобы, развитие заболевания).
10. Опоясывающий лишай слизистой полости рта (внешний осмотр, осмотр полости рта).
11. Опоясывающий лишай слизистой полости рта (дифференциальная диагностика).
12. Лечение опоясывающего лишая слизистой оболочки полости рта

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Острый герпетический стоматит является заболеванием:
 1. Вирусным+
 2. бактериальным
 3. грибковым
 4. аутоиммунным
 5. аллергическим
2. Первичный элемент поражения при остром герпетическом стоматите носит название:
 1. афта
 2. корка
 3. папула
 4. эрозия
 5. Пузырек+
3. Вторичный элемент поражения при остром герпетическом стоматите носит название:
 1. афта
 2. папула
 3. Эрозия+

4. пузырьки
5. чешуйки
4. Острый герпетический стоматит следует дифференцировать с:
 1. атопическим хейлитом
 2. гиперпластическим кандидозом
 3. атрофическим кандидозом
 4. десквамативным глосситом
 5. аллергическим (медикаментозным) стоматитом+
5. Возбудитель хронического рецидивирующего герпетического стоматита:
 1. актиномицеты
 2. палочка Леффлера
 3. дрожжеподобные грибы
 4. вирус простого герпеса+
 5. фузоспирохета Венсана
6. Рецидив герпетической инфекции происходит в результате:
 1. аллергии
 2. дисбактериоза
 3. активизации латентной инфекции+
 4. активизации условно-патогенной микрофлоры
 5. стоматологического вмешательства
7. Первичный элемент поражения при хроническом рецидивирующем герпесе носит название:
 1. афта
 2. корка
 3. папула
 4. пятно
 5. Везикула+
8. При герпесе в цитологическом препарате находят клетки:
 1. Тцанка
 2. Лангханса
 3. гигантские многоядерные+
 4. акантолитические
 5. атипичные
9. При герпесе патологический процесс в эпителии называется:
 1. акантозом
 2. гиперкератозом
 3. паракератозом
 4. папилломатозом
 5. баллонизирующей дегенерацией+
10. Патологический процесс в результате скопления жидкости между клетками шиповатого слоя называется:
 1. акантозом
 2. Спонгиозом+
 3. паракератозом
 4. папилломатозом
 5. гиперкератозом
11. При лечении герпеса в начале заболевания мероприятия направлены на:
 1. блокаду вируса в нервных трофических окончаниях+
 2. воздействие на анаэробную микрофлору
 3. выявление и устранение очагов хронической инфекции
 4. санацию полости рта
 5. эпителизацию
12. Препарат, обладающий противовирусной активностью:
 1. нистатин
 2. дибазол
 3. трихопол
 4. Ацикловир+
 5. цифран
13. Местное лечение герпетического стоматита следует начать с:
 1. противовирусной терапии
 2. эпителизации
 3. Обезболивания+
 4. антисептической обработки
 5. санации полости рта
14. Для профилактики рецидивов герпеса с целью специфической десенсибилизации применяется:
 1. интерферон лейкоцитарный
 2. культуральная инактивированная герпетическая вакцина+
 3. кислота аскорбиновая
 4. гистаглобулин
 5. стимуляция выработки эндогенного интерферона
15. Хронический рецидивирующий герпес следует дифференцировать с:
 1. Сифилисом+
 2. плоской лейкоплакией
 3. гиперпластическим кандидозом
 4. атрофическим кандидозом
 5. атопическим хейлитом
16. Возбудитель опоясывающего лишая:
 1. актиномицеты
 2. палочка Леффлера
 3. вирус варицелла-зостер+
 4. вирус простого герпеса
 5. фузоспирохета Венсана
17. Опоясывающий лишай развивается в результате:
 1. алиментарного заноса возбудителя
 2. дисбактериоза
 3. невралгии
 4. активизации латентной инфекции+
 5. активизации условно-патогенной микрофлоры
18. Симптомы, характерные для опоясывающего лишая:
 1. регионарный лимфаденит, болезненные эрозии на гиперемизованном фоне слизистой оболочки
 2. невралгическая боль, высыпания по ходу нервных стволов на коже и слизистой оболочке+
 3. одиночный пузырь на слизистой оболочке с геморрагическим содержимым

4. одиночные округло-овальные эрозии с венчиком гиперемии
 5. обширные сливающиеся эрозии, обрывки пузырей, отек, корки на губах и коже
19. Опоясывающий лишай следует дифференцировать с:
1. глоссалгией
 2. гиперпластическим кандидозом
 3. гиперкератотической формой плоского лишая
 4. плоской лейкоплакией
 5. многоформной экссудативной эритемой+
20. Лечебные мероприятия при опоясывающем лишае направлены на:
1. блокаду вируса в нервных трофических окончаниях+
 2. исключение анаэробной инфекции
 3. выявление и устранение, очагов хронической инфекции
 4. санацию полости рта
 5. стимуляцию слюноотделения

Тема 34. Кандидоз.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Кандидоз слизистой полости рта (жалобы, развитие заболевания).
2. Кандидоз слизистой полости рта (внешний осмотр, осмотр полости рта).
3. Кандидоз слизистой полости рта (дифференциальная диагностика).
4. Лечение кандидоза слизистой оболочки полости рта.
5. Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана: жалобы, развитие заболевания.
6. Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана: внешний осмотр, осмотр полости рта.
7. Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана: дифференциальная диагностика.
8. Лечение язвенно-некротического гингивостоматита Венсана.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Язвенно-некротический гингивит Венсана относят к заболеваниям:
 1. вирусным
 2. аллергическим
 3. Бактериальным+
 4. аутоиммунным
 5. неврогенным
2. Язвенно-некротический гингивит Венсана вызывается симбиозом:
 1. стафилококков и пептострептококков
 2. фузобактерий и спирохет+
 3. стрептококков и фузобактерий
 4. стрептококков и лактобацилл
 5. верно 1) и 4)
3. Общие факторы способствующие язвенно-некротическому гингивиту Венсана:
 1. авитаминоз
 2. нарушение липидного обмена
 3. переохлаждение
 4. верно 1) и 3)+
 5. стресс
4. Элементы поражения при язвенно-некротическом гингивите Венсана:
 1. пятно
 2. афта
 3. налет
 4. эрозия
 5. Язва+
5. Патологические процессы в зоне поражения при язвенно-некротическом гингивите Венсана:
 1. некроз
 2. акантолиз
 3. воспалительный инфильтрат
 4. вакуольная дистрофия
 5. верно 1) и 3)+
6. Дифференциальную диагностику язвенно-некротического гингивита Венсана проводят с:
 1. острым герпетическим стоматитом
 2. ВИЧ-инфекцией
 3. сахарным диабетом
 4. глоссалгией
 5. верно 1) и 2)+
7. Местные факторы, провоцирующие рецидив язвенно-некротического гингивита Венсана:
 1. хронические воспалительные заболевания пародонта
 2. несанированная полость рта
 3. гальваноз
 4. полуретинированный зуб мудрости
 5. верно 1), 2) и 4)+
8. Средства местного лечения язвенно-некротического гингивита Венсана:
 1. раствор 0,05% хлоргексидина
 2. гель метрогил-дента
 3. трипсин
 4. индометациновая мазь
 5. верно 1), 2) и 3)+
9. Для общего лечения язвенно-некротического гингивита Венсана применяют:
 1. поливитамины
 2. десенсибилизирующие препараты
 3. гормональные препараты
 4. противомикробные препараты
 5. верно 1), 2) и 4)+
10. Профилактика рецидивов язвенно-некротического гингивита Венсана включает:
 1. вакцинацию
 2. профессиональную гигиену полости рта
 3. санацию полости рта
 4. верно 2) и 3)+
 5. прием антибиотиков
11. Элемент поражения при кандидозе:
 1. эрозия

2. папула
3. пятно
4. Напет+
5. бугорок
12. Возбудителями кандидоза являются:
 1. спирохеты
 2. лептотрихии
 3. грибы Candida+
 4. фузобактерии
 5. вейлонеллы
13. Необходимое исследование, подтверждающее диагноз кандидоз:
 1. рентгенологическое
 2. Бактериоскопическое+
 3. сиалографическое
 4. цитологическое
 5. иммунологическое
14. Налет при кандидозе состоит из:
 1. смешанной флоры полости рта, клеток эпителия
 2. единичных грибов Candida, клеток эпителия и фибрина
 3. лептотрихий, вейлонелл, фибрина, клеток эпителия
 4. почкующихся форм бластоспор, дрожжевого псевдомицелия, фибрина, клеток эпителия, лейкоцитов+
 5. фузобактерий, единичных грибов Candida, фибрина и десквамированных клеток эпителия
15. Острыми формами кандидоза являются:
 1. псевдомембранозная и атрофическая+
 2. атрофическая и гиперпластическая
 3. веррукозная и псевдомембранозная
 4. гиперпластическая и псевдомембранозная
 5. плоская и гиперпластическая
16. При бактериоскопическом подтверждении кандидоза проводится:
 1. наблюдение и повторный соскоб
 2. лечение и повторный соскоб+
 3. лечение
 4. повторный соскоб
 5. наблюдение
17. Оптимальная среда для развития грибов Candida:
 1. щелочная
 2. нейтральная
 3. кислая и нейтральная
 4. Кислая+
 5. щелочная и нейтральная
18. Острый псевдомембранозный кандидоз дифференцируют с:
 1. острым герпетическим стоматитом
 2. Лейкоплакией+
 3. невритом язычкового нерва
 4. многоформной экссудативной эритемой
 5. язвенно-некротическим стоматитом
19. К противогрибковым препаратам относят:
 1. метронидазол
 2. Флуконазол+
 3. тиосульфат натрия
 4. тетрациклин
 5. гистаглобулин
20. Средства местного лечения кандидоза:
 1. мазь «Солкосерил»
 2. мазь «Канестен»+
 3. оксолиновая мазь
 4. флореналовая мазь
 5. гидрокортизоновая мазь

Тема 35. Изменения слизистой оболочки полости рта при системных заболеваниях

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Изменения слизистой оболочки полости рта при сердечно-сосудистых заболеваниях
2. Изменения слизистой оболочки полости рта при аллергических заболеваниях
3. Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях эндокринной системы
4. Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях системы крови
5. Изменения слизистой оболочки полости рта при психо-неврологических заболеваниях.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Отек Квинке имеет природу:
 1. токсико-аллергическую+
 2. инфекционно-аллергическую
 3. инфекционно-токсическую
 4. аутоиммунную
 5. инфекционную
2. К развитию асфиксии может привести отек:
 1. нижней губы
 2. нижней губы и языка
 3. нижней губы языка и гортани+
 4. дна полости рта 5) верно 1) и 4)
 3. Дифференциальную диагностику отека Квинке с локализацией на губе проводят с:
 1. синдромом Милькерссона-Розенталя
 2. рожистым воспалением
 3. механической травмой
 4. абсцессом губы
 5. верно 1), 2) и 4)+
 4. Общее лечение отека Квинке:
 1. гипосенсибилизация
 2. противовирусные препараты
 3. дезинтоксикационная терапия

4. верно 1) и 3)+
5. витаминотерапия
5. К аллергическим реакциям замедленного типа относят:
 1. кандидоз
 2. лекарственную аллергию
 3. контактный аллергический стоматит
4. верно 2) и 3)+
5. бронхиальную астму
6. Факторы вызывающие лекарственную аллергию:
 1. стресс
 2. курение
 3. прием лекарственного препарата
 4. аппликация медикамента на СОПР
5. верно 3) и 4)+
7. Элементы поражения на СОПР при лекарственной аллергии:
 1. папула
 2. пятно
 3. пузырь
4. верно 2) и 3)+
5. гиперкератоз
8. Клинические формы лекарственной аллергии:
 1. катаральная
 2. катарально-геморрагическая
 3. гиперкератотическая
 4. Буллезная
5. верно 1), 2) и 4)+
9. Лечебные мероприятия при контактной аллергии направлены на:
 1. устранение аллергена
 2. десенсибилизацию организма
 3. обезболивание
4. верно 1), 2) и 3)+
5. устранение очаговой инфекции
10. Препараты для местного лечения контактной аллергии в полости рта:
 1. антисептики, десенсибилизирующие, эпителизирующие+
 2. противогрибковые, прижигающие
 3. противовирусные
 4. противомикробные
5. верно 3) и 4)
11. Тяжелые формы многоформной экссудативной эритемы:
 1. синдром Бехчета
 2. афтоз Сеттона
 3. синдром Шегрена
 4. синдром Розенталя
 5. синдром Стивенса-Джонсона+
12. При многоформной экссудативной эритеме элементы поражения на слизистой оболочке:
 1. пятно, папула, волдырь, пузырь, эрозия+
 2. пятно, папула, пузырь
 3. эрозия, язва, волдырь, пузырь
 4. пузырь, пузырек, волдырь, эрозия
 5. папула, эрозия, пузырь, «кокарда»
13. Локализация элементов на коже при многоформной экссудативной эритеме:
 1. тыльная поверхность ладоней и предплечья+
 2. спина и шея
 3. волосистая часть головы
 4. тыльная поверхность ладоней и голени
 5. спина, шея и волосистая часть головы
14. Элементы поражения на губах при многоформной экссудативной эритеме:
 1. Корка+
 2. чешуйка
 3. эрозия
 4. язва
 5. Кератоакантома
15. При обследовании больного в период острого течения многоформной экссудативной эритемы проводят:
 1. кожно-аллергические пробы
 2. реакцию лейкоцитов, клинический анализ крови и реакцию торможения миграции лейкоцитов+
 3. гистаминовую пробу
 4. анализ крови на сахар
 5. кожно-аллергические пробы и гистаминовую пробу
16. Элемент поражения при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите:
 1. пятно
 2. папула
 3. Афта+
 4. пузырек
 5. язва
17. Тяжелые формы рецидивирующего афтозного стоматита:
 1. афтоз Сеттона+
 2. синдром Шегрена
 3. синдром Розенталя
 4. синдром Стивенса-Джонсона
 5. синдром Лайелла
18. Клинические признаки, характерные при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите:
 1. длительно не заживающие одиночные язвы, склонные к рубцеванию
 2. на слизистой оболочке множественные эрозии и афты, склонные к слиянию
 3. эрозии с фестончатными краями, чаще на твердом небе, десне, красной кайме губ
 4. пузыри, эрозии, корки, симптом Никольского положительны
 5. на слизистой оболочке полости рта 1-3 афты+
19. Местные факторы, провоцирующие рецидив хронического рецидивирующего афтозного стоматита:
 1. глубокое резцовое перекрытие
 2. гальваноз
 3. Травмы+

4. амальгамовые пломбы
5. атрофия сосочков языка
20. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит дифференцируют с:
 1. острым герпесом
 2. хроническим герпесом+
 3. многоформной экссудативной эритемой
 4. вторичным сифилисом
 5. язвенно-некротическим стоматитом

Тема 36. Заболевания губ и языка

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Атопический хейлит (этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).
2. Гландулярный хейлит (этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).
3. Эксфолиативный хейлит (этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).
4. Макрохейлиты(этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).
5. Экзематозный хейлит (этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).
6. Хронические рецидивирующие трещины губ (этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).
7. 7.Десквамативный глоссит (этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).
8. Ромбовидный глоссит (этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).
9. Гунтеровский глоссит (этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).
10. Катаральный глоссит (этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).
11. Атрофический глоссит (этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).
12. Дрожжевой глоссит (этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).
13. Глоссалгия, стоматолгия (этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Линия Клейна разделяет:
 1. красную кайму и периоральную кожу
 2. красную кайму и слизистую оболочку+
 3. периоральную кожу и слизистую оболочку
 4. слизистую оболочку и прикрепленную десну
 5. красную кайму и прикрепленную десну
2. Анатомически в губе выделяют:
 1. кожу и комиссуру
 2. красную кайму и линию Клейна
 3. слизистую оболочку и линию Клейна
 4. слизистую оболочку и комиссуру
 5. красную кайму, линию Клейна, слизистую оболочку и комиссуру+
3. В норме слизистая оболочка губы содержит:
 1. мелкие сальные железы
 2. мелкие слюнные железы+
 3. мелкие потовые железы
 4. мелкие слизистые железы •
 5. верно 1) и 4)
4. Возникновению трещин губ способствуют:
 1. вирусы
 2. вредные привычки
 3. сухость губ
 4. врожденные особенности архитектоники губ
 5. верно 2), 3) и 4)+
5. Морфологические элементы хронических трещин губ:
 1. язва
 2. афта
 3. трещина
 4. кровянистая корка
 5. верно 3) и 4)+
6. Хроническая трещина губы является предраком:
 1. облигатным
 2. Факультативным+
 3. не является
 4. cancer in situ
 5. верно 1) и 4)
7. Патологические процессы в зоне хронической трещины губы:
 1. акантоз
 2. воспалительная инфильтрация
 3. нейродистрофия
 4. баллонизирующая дегенерация
 5. верно 2) и 3)+
8. Показания к хирургическому иссечению хронической трещины губы:
 1. старые рубцы
 2. кровянистые корочки
 3. воспалительный инфильтрат
 4. резко выраженный гиперкератоз
 5. верно 1) и 4)+
9. Признаки озлокачествления хронической трещины губы:
 1. образование рубца
 2. исчезновение болезненности
 3. уплотнение краев и основания
 4. отсутствие заживления в течение 3-х недель при лечении
 5. верно 2), 3) и 4)+
10. Атопический хейлит - это:
 1. самостоятельное заболевание
 2. симптом системной атопии+
 3. осложнение герпетической инфекции
 4. макрохейлит
 5. верно 3) и 4)
11. В этиологии атопического хейлита выделяют:
 1. генетический фактор
 2. сенсбилизацию

3. стрептококковую инфекцию
4. вирусную инфекцию
5. верно 1) и 2)+
12. При атопическом хейлите поражается:
 1. красная кайма губ
 2. слизистая оболочка
 3. углы рта
 4. кожа периоральной области
 5. верно 1), 3) и 4)+
13. Лечебные мероприятия при атопическом хейлите:
 1. противовирусная терапия
 2. десенсибилизирующая терапия
 3. устранение местной нейродистрофии
 4. противогрибковая терапия
 5. верно 2) и 3)+
14. Гландулярный хейлит - это гиперплазия мелких желез:
 1. слюнных
 2. потовых
 3. Слюнных+
 4. слизистых
 5. верно 1) и 2)
15. Лечение glandулярного хейлита сводится к:
 1. аппликации стероидных мазей
 2. прижиганию 30% раствором нитрата серебра
 3. криодеструкции
 4. электрокоагуляции
 5. верно 1) и 4)+
16. Причины возникновения эксфолиативного хейлита:
 1. острая пища
 2. вредные привычки (облизывание, кусание губ)
 3. иммунодефицитное состояние
 4. психоэмоциональное напряжение
 5. верно 2) и 4)+
17. Морфологические элементы поражения при эксфолиативном хейлите:
 1. эрозия
 2. корочка
 3. язва
 4. Чешуйка+
 5. пузырек
18. Лечение эксфолиативного хейлита направлено на:
 1. коррекцию психоэмоциональной сферы
 2. воздействие на вирус
 3. размягчение и удаление чешуек
 4. устранение местной нейродистрофии
 5. верно 1), 3) и 4)+
19. Укажите симптомы синдрома Мелькерссона-Россолимо-Розенталя:
 1. макрохейлит
 2. глубокий прикус
 3. складчатый язык
 4. парез лицевого нерва
 5. верно 1), 3) и 4)+
20. Синдром Мелькерссона-Россолимо-Розенталя дифференцируют с:
 1. стомалгией
 2. отеком Квинке
 3. гемангиомой
 4. абсцессом губы
 5. верно 2), 3) и 4)+

Тема 12. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта. Особенности методов лечения людей пожилого и старческого возраста.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Классификация предраковых изменений красной каймы губ и слизистой оболочки рта (Машкиллейсон А.Л., 1970).
2. Особенности гистологического строения предраковых изменений красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
3. Болезнь Боуэна: этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
4. Бородавчатый, или узелковый, предрак красной каймы губ: этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
5. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ: этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
6. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти: этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
7. Профилактика предраковых заболеваний: этиология, патогенез, жалобы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Болезнь Боуэна относят к:
 1. дерматозам
 2. облигатным предракам+
 3. факультативным предракам
 4. вирусным заболеваниям
 5. аллергическим состояниям
2. Морфологические элементы при болезни Боуэна:
 1. папула
 2. пузырь
 3. рубец
 4. Пятно+
 5. чешуйка
3. Методы лечения болезни Боуэна:
 1. Хирургический+
 2. терапевтический
 3. физиотерапевтический
 4. медикаментозный
 5. ортопедический

4. К облигатным предракам красной каймы губ относятся:

1. лейкоплакия и папилломатоз
2. папилломатоз и кератоакантома
3. кератоакантома и кожный рог
4. кожный рог и болезнь Боуэна
5. ограниченный гиперкератоз и бородавчатый предрак+

5. Локализация бородавчатого предрака:

1. спинка языка
2. переходная складка
3. красная кайма нижней губы+
4. твердое небо
5. десна

6. Бородавчатый предрак дифференцируют с:

1. glandулярным хейлитом
2. Папилломой+
3. афтозным стоматитом
4. хроническим герпесом
5. кандидозом

7. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ клинически представляет собой:

1. узел полушаровидной формы
2. пигментированное пятно
3. очаг ороговения полигональной формы +
4. поверхностную эрозию
5. афту

8. Патогистологическая картина при ограниченном предраковом гиперкератозе:

1. воспалительная инфильтрация
2. наличие акантолитических клеток
3. картина неспецифического воспаления
4. акантолиз
5. дискомплексация и полиморфизм шиповатых клеток+

9. Лечение ограниченного предракового гиперкератоза и бородавчатого предрака сводится к:

1. аппликациям кератопластиков
2. электрокоагуляции
3. антисептической обработке
4. иглорефлексотерапии
5. хирургическому удалению очага поражения+

10. Факторы, способствующие возникновению хейлита Манганотти:

1. стресс
2. Инсоляция+
3. бактериальная инфекция
4. пониженная саливация
5. авитаминозы

11. Элементы поражения при хейлите Манганотти:

1. Эрозия+
2. чешуйка
3. рубец
4. трещина
5. налет

12. При подозрении на хейлит Манганотти проводят:

1. бактериоскопическое исследование
2. биохимическое исследование
3. общий клинический анализ крови
4. биопсию с гистологическим исследованием
5. полное иссечение с гистологическим исследованием+

13. Консервативное лечение хейлита Манганотти допускается проводить:

1. две недели
2. один месяц+
3. один квартал
4. пол года
5. один год

14. Кератоакантому слизистой оболочки полости рта относят к:

1. факультативному предраку+
2. облигатному предраку
3. дерматозам
4. раку
5. доброкачественным опухолям

15. Папиллома вызвана факторами:

1. физическими
2. Механическими+
3. химическими
4. трофическими
5. радиологическими

16. К дополнительным методам обследования при папилломатозе относятся:

1. аллергологические
2. цитологический
3. Гистологический+
4. проба Кулаженко
5. иммунологический

17. Методы лечения папилломатоза:

1. лучевая терапия
2. хирургическое лечение+
3. физиотерапия
4. химиотерапия
5. антигистаминная терапия

18. Онкологическую настороженность проявляют при:

1. афтозном стоматите
2. пострентгеновском хейлите+
3. вульгарной пузырчатке
4. десквамативном глоссите
5. глоссалгии

19. Заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, склонные к озлокачествлению:

1. сифилитическая папула
2. аллергический стоматит
3. хроническая трещина губ+
4. десквамативный глоссит
5. химический ожог

20. К методам лечения кожного рога и кератоакантомы относят:

1. полное иссечение очага поражения+
2. взятие биопсийного материала
3. лазеротерапию
4. иглотерапию
5. радиотерапию

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

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценкой "5" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "4" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "3" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "2" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
собеседование	Оценка «5» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «4» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «3» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «2» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении.
тестирование	Оценка «5» выставляется при условии 91-100% правильных ответов
	Оценка «4» выставляется при условии 81-90% правильных ответов
	Оценка «3» выставляется при условии 71-80% правильных ответов
	Оценка «2» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов.
решение ситуационных задач	Оценка «5» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «4» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «3» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, не последовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «2» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, не последовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится по экзаменационным билетам, в устной форме.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Оценка	Критерии
Отлично	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно- следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.
Хорошо	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному
Удовлетворительно	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют

	<p>нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно- следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Практические работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки</p>
Неудовлетворительно	<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Практические работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий</p>

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Клиническая картина начинающегося, поверхностного, среднего и глубокого кариеса.
2. Значение личной гигиены для профилактики кариеса
3. Местное лечение начинающегося кариеса.
4. Местное лечение поверхностного кариеса
5. Местное лечение среднего кариеса
6. Местное лечение глубокого кариеса
7. Общеукрепляющее мероприятие, направленное на реминерализацию эмали. Укажите препараты для повышения реактивности организма при кариесе.
8. Общее лечение – цели и задачи. Препараты, применяемые при лечении кариеса зубов.
9. Особенности пломбирования кариозных полостей I класса
10. Особенности пломбирования зубов с полостями II класса.
11. Особенности пломбирования зубов с полостями III класса.
12. Особенности пломбирования зубов с полостями IV класса.
13. Особенности пломбирования зубов с полостями V класса.
14. Пломбирование зубов с другими видами поражений (травма зуба, «пигментированные зубы», промежутки между зубами).
15. Виды осложнений при лечении кариеса и способы их предупреждения.
16. Основные виды пломбировочных материалов, цели пломбирования.
17. Виды временных пломб. Материалы для лечебных прокладок.
18. Материалы группы цементов для постоянных пломб.
19. Амальгамы для пломбирования зубов.
20. Композитные пломбировочные материалы
21. Основные этапы реставрации зуба композитами.
22. Гипоплазия молочных и постоянных зубов.
23. Системная гипоплазия. Зубы Гетчинсона, Фурнье, Пфлюгера, тетрациклиновые зубы
24. Местная гипоплазия. Гиперплазия
25. Флюороз. Причины и клиническая картина. Флюороз. Патологическая анатомия. Дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика
26. Наследственные нарушения развития зубов. Нарушения амелогенеза. Нарушения дентиногенеза.
27. Пигментация зубов и виды налётов.
28. Физиологическое и патологическое стирание твёрдых тканей зубов.
29. Клиновидные дефекты.
30. Эрозия зубов. Некроз твёрдых тканей зубов.
31. Классификация травматических повреждений зубов. Ушиб зуба. Клиника, лечение. Вывих зуба. Клиника, лечение.
32. Перелом зуба. Клиника, лечение
33. Хроническая травма зуба. Клиника, лечение.
34. Гиперестезия зубов.
35. Фторсодержащие композиты, гели, лаки, применяемые при травмах зубов.
36. Определение понятия пульпит. Этиология пульпита. Патогенез, морфогенез, микроциркуляторные изменения. Классификация пульпита.
37. Клинические проявления и диагностика острого очагового пульпита. Топография корневых каналов, резцов, клыков и премоляров и моляров на верхней челюсти.
38. Патогенез, морфогенез, микроциркуляторные изменения при остром диффузном пульпите. Клинические проявления и диагностика острого диффузного пульпита. Дифференциальная диагностика и лечение острого очагового и острого диффузного пульпитов.
39. Наборы инструментов для раскрытия и расширения устьев корневых каналов; инструменты для прохождения корневых каналов; инструменты для расширения корневых каналов; инструменты для определения размера канала; инструменты для пломбирования каналов
40. Методика обработки корневых каналов с помощью эндодонтических наконечников.
41. Методика определения устьев каналов, измерение длины корневого канала, ручной обработки корневых каналов. Оценка качества obturации корневых каналов.
42. Топография корневых каналов, резцов, клыков и премоляров и моляров на нижней челюсти.
43. Патогенез, морфогенез, микроциркуляторные изменения при хроническом фиброзном пульпите. Клинические проявления и диагностика хронического фиброзного пульпита. Дифференциальная диагностика и лечение хронического фиброзного пульпита. Методы лечения пульпита с сохранением жизнеспособности пульпы.
44. Патогенез, морфогенез, микроциркуляторные изменения при хроническом гангренозном пульпите. Клинические проявления и диагностика хронического гангренозного пульпита. Дифференциальная диагностика и лечение хронического гангренозного пульпита. Хирургические методы лечения пульпитов. Показания к лечению пульпита методом девитальной экстирпации.
45. Требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов. Материалы для пломбирования корневых каналов.
46. Патогенез, морфогенез, микроциркуляторные изменения при хроническом гипертрофическом пульпите. Клинические проявления и диагностика хронического гипертрофического пульпита. Дифференциальная диагностика и лечение хронического гипертрофического пульпита. Этапы лечения пульпита методом витальной экстирпации.
47. Материалы для пломбирования корневых каналов: штифты металлические (серебряные, титановые), гуттаперчевые. Методы obturации корневых каналов гуттаперчей.
48. Патогенез, морфогенез, микроциркуляторные изменения при обострении хронического фиброзного пульпита. Клинические проявления и диагностика обострения хронического фиброзного пульпита. Дифференциальная диагностика и лечение обострения хронического фиброзного пульпита. Хирургические методы лечения пульпитов
49. Материалы для пломбирования корневых каналов: цинк-фосфатные цементы; материалы на цинк-оксидэвгеноловой основе (цементы, пасты); пасты (герметики) на основе эпоксидных смол.
50. Клинические проявления и диагностика обострения хронического пульпита. Дифференциальная диагностика и лечение обострения хронического пульпита. Хирургические методы лечения пульпитов. Материалы для пломбирования корневых каналов: материалы с добавками медикаментов (на основе гидроксида кальция, на основе резорцин-формалина), стеклоиономерные цементы, материалы на базе дентинных адгезивов.
51. Осложнения при лечении методами полного или частичного сохранения пульпы. Осложнения при лечении пульпита методом девитальной ампутации и возможные осложнения при витальной экстирпации. Профилактика и методы лечения осложнений
52. Анатомо-физиологические особенности периодонта. Функции периодонта. Определение понятия периодонтит. Этиология периодонтита. Классификация периодонтита.
53. Клиническая картина острого верхушечного периодонтита. Дифференциальная диагностика острого верхушечного периодонтита. Лечебные мероприятия при остром верхушечном периодонтите.

54. Клиническая картина хронического фиброзного периодонтита. Клиническая картина хронического гранулирующего периодонтита. Клиническая картина хронического гранулематозного периодонтита. Дифференциальная диагностика верхушечных периодонтитов.
55. Абсолютные противопоказания к консервативным методам лечения. Местные противопоказания к консервативным методам лечения. Лечебные мероприятия при остром верхушечном периодонтите.
56. Лечебные мероприятия при обострениях хронического верхушечного периодонтита однокорневых зубов.
57. Лечебные мероприятия при хроническом верхушечном периодонтите многокорневых зубов.
58. Методика обследования больных с заболеваниями пародонта.
59. Отличительные признаки изменений тканей пародонта при заболеваниях системы крови.
60. Этиология острого и хронического катарального папиллита, гингивита
61. Основные массовые социально-профилактические мероприятия по профилактике заболеваний пародонта.
62. Основные этиологические факторы острого язвенного гингивита.
63. Методы определения зубных отложений. Определение заболевания "локализованный пародонтит".
64. Объем и этапы лечения при язвенном гингивите.
65. Клинические признаки острого и хронического течения катарального папиллита, гингивита.
66. Значение общей терапии заболеваний пародонта в комплексе лечебных мероприятий. Показания к ее применению.
67. Основные принципы лечения больного генерализованным пародонтитом.
68. Основные клинические признаки пародонтоза. Местные раздражители и их роль в возникновении болезней пародонта.
69. Хирургические методы лечения при пародонтите.
70. Основные методы ортопедического лечения; их место в комплексном лечении генерализованного пародонтита.
71. Принципы рационального питания в различных возрастных особенностях проведения санации полости рта беременных.
72. Местное медикаментозное лечение генерализованного пародонтита. Общеукрепляющие средства, назначаемые при заболевании пародонта. Показания к их применению.
73. Хирургические методы лечения пародонтальных карманов.
74. Показания и противопоказания к назначению основных хирургических методов лечения при пародонтите.
75. Причины развития локализованного пародонтита. Дифференциальная диагностика с гингивитом, диффузным пародонтитом, пародонтозом.
76. Показания и противопоказания к назначению физических методов воздействия при катаральном гингивите
77. Основные врачебно-профилактические мероприятия при заболеваниях пародонта. Способы выявления и удаления зубных отложений.
78. Болезнь Хенда - Шюллера - Кричена. Диагностика, дифференциальная диагностика.
79. План комплексного лечения больного генерализованным пародонтитом. Принципы рационального питания в профилактике заболеваний пародонта.
80. Клинические признаки и дифференциальная диагностика поражения пародонта при врожденных нарушениях обмена веществ, патологии костной системы.
81. Восстановление контактного пункта при пломбировании кариозных полостей, расположенных на контактных поверхностях. Избирательная шлифовка зубов.

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

1. Больной К., 32 года, обратился с жалобами на самопроизвольные ночные приступообразные боли в 2.3 зубе. Болевые приступы продолжаются 10-15 мин, безболевые промежутки - 1,5 - 2 часа. Боли иррадируют в подглазничную область.
Анамнез: 23 зуб ранее не лечен. Болит в течение 2 суток. Объективно: на апроксимально - дистальной поверхности 2.3 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба не вскрыта. Дно кариозной полости размягчено, в области рога пульпы просвечивает. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. Холодная вода вызывает болевой приступ. ЭОД - 40 мкА. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Больной Н., 19 лет, жалуется на интенсивную самопроизвольную боль в правой верхней челюсти, появившуюся 2 дня назад и усиливающуюся от холодного. Больной проснулся ночью от боли и не смог уснуть до утра. Во время приступа боль иррадирует по верхней челюсти в скуловую область. Лицо симметрично. При осмотре на апроксимальных поверхностях 1.6 зуба выявлены глубокие кариозные полости. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Больной А., 50 лет, жалуется на длительные ноющие боли в зубе на верхней челюсти справа, которые возникают при перемене температуры окружающей среды и во время приема пищи. При обследовании в пришеечной области 1.6 зуба обнаружена глубокая кариозная полость. Зондирование дна резко болезненно в одной точке. Электровозбудимость пульпы - 50 мкА. Поставьте и обоснуйте диагноз.
4. Больная И., 39 лет, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, боль от горячего в 1.7 зубе. Боль появилась около месяца назад. Объективно: на жевательной поверхности 1.7 зуба определена глубокая кариозная полость. Зуб имеет серый цвет. Полость зуба вскрыта, зондирование коронковой пульпы безболезненное, корневой - болезненно. Горячая вода вызывает приступ боли. Поставьте и обоснуйте диагноз.
5. Больной К., 35 лет обратился к врачу - стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости в 2.4 зубе, болевые ощущения при попадании пищи в кариозную полость, медленное нарастание боли от температурных раздражителей. Анамнез: боли появились месяц назад, беспокоили острые приступообразные боли в этом зубе, которые снимал анальгетиками.
Объективно: на жевательной поверхности 2.4 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином, после удаления которого полость зуба вскрыта в одной точке, зондирование резко болезненно. Поставьте диагноз.
6. Больной З., 18 лет, предъявляет жалобы на разрастание ткани в 4.6 зубе, боли и кровоточивость при приеме пищи. Объективно: на жевательной поверхности 4.6 зуба глубокая кариозная полость, заполненная грануляционной тканью, при зондировании образование кровоточит, болезненное. Поставьте и обоснуйте диагноз.
7. Пациент М. 20 лет обратился в клинику с жалобами на длительную боль от холодного в зубе 2.7 в течении суток. Объективно: 2.7- на медиальной поверхности глубокая кариозная полость. Дно мягкое, полость зуба не вскрыта, зондирование резко болезненно в области щечно-медиального рога пульпы, перкуссия безболезненная, ЭОД 30 мкА. Поставьте и обоснуйте диагноз.
8. Больной А., 25 лет, обратился с жалобами на наличие кариозной полости в зубе 4.7 зубе. Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.7 определена глубокая кариозная полость. Холодная вода вызывает кратковременную боль. Зондирование дна в области рога пульпы болезненно. Дно полости выполнено размягченным дентином. Во время препарирования дна полости был вскрыт рог пульпы. Поставьте и обоснуйте диагноз.
9. Пациент Б. 65 лет. Жалобы на длительную боль от холодного в зубе 3.7. Объективно: на жевательной поверхности зуба 3.7 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта. Зондирование пульпы резко болезненно. Реакция на холод длительная, перкуссия безболезненна, ЭОД 60 мкА. На рентгенограмме: медиальные корневые каналы облитерированы, изменений в периодонте нет. Поставьте и обоснуйте диагноз.
10. Пациент В., 40 лет, жалобы на ноющие боли в зубе 1.4, усиливающиеся при приеме пищи. Анамнез: кариозную полость заметил 1 год назад, полгода назад зуб болел несколько ночей подряд, к врачу не обращался. Вновь боли появились неделю назад.
Объективно: На жевательной и дистальной поверхности зуба 1.4 глубокая кариозная полость, дно полости размягчено, полость зуба вскрыта, пульпа кровоточит. Перкуссия безболезненна. ЭОД=55 мкА. Поставьте и обоснуйте диагноз.
11. Больной З., 18 лет, предъявляет жалобы на разрастание ткани в 4.6 зубе, боли и кровоточивость при приеме пищи. Объективно: на жевательной поверхности 4.6 зуба глубокая кариозная полость, заполненная грануляционной тканью, при зондировании образование кровоточит, болезненное. Поставьте диагноз и обоснуйте.
12. Пациент М. 20 лет обратился в клинику с жалобами на длительную боль от холодного в зубе 2.7 в течении суток. Объективно: 2.7- на медиальной поверхности глубокая кариозная полость. Дно мягкое, полость зуба не вскрыта, зондирование резко болезненно в области щечно-медиального рога пульпы, перкуссия безболезненная, ЭОД 30 мкА. Поставьте и обоснуйте диагноз.
13. Больной А., 25 лет, обратился с жалобами на наличие кариозной полости в зубе 4.7 зубе. Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.7 определена глубокая кариозная полость. Холодная вода вызывает кратковременную боль. Зондирование дна в области рога пульпы болезненно. Дно полости выполнено размягченным дентином. Во время препарирования дна полости был вскрыт рог пульпы. Поставьте и обоснуйте диагноз.
14. Пациент Б. 65 лет. Жалобы на длительную боль от холодного в зубе 3.7. Объективно: на жевательной поверхности зуба 3.7 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта. Зондирование пульпы резко болезненно. Реакция на холод длительная, перкуссия безболезненна, ЭОД 60 мкА. На рентгенограмме: медиальные корневые

каналы облитерированы, изменений в периодонте нет. Поставьте диагноз и обоснуйте диагноз.

15. Пациент В., 40 лет, жалобы на ноющие боли в зубе 1.4, усиливающиеся при приеме пищи. Анамнез: кариозную полость заметил 1 год назад, полгода назад зуб болел несколько ночей подряд, к врачу не обращался. Вновь боли появились неделю назад.

Объективно: На жевательной и дистальной поверхности зуба 1.4 глубокая кариозная полость, дно полости размягчено, полость зуба вскрыта, пульпа кровоточит. Перкуссия безболезненна. ЭОД=55 мкА. Поставьте диагноз и обоснуйте диагноз.

16. Пациент В., 31 год, жалобы на постоянную боль в 36 зубе, усиливающуюся при накусывании на зуб. Анамнез: 36 зуб ранее лечен по поводу кариеса, после выпадения пломбы к врачу не обращался. В течение последних двух дней появились ноющие боли постоянного характера.

Объективно: незначительная асимметрия лица справа за счет отека мягких тканей левой щечной области. На жевательной поверхности 36 зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Резкая боль при перкуссии. Слизистая оболочка переходной складки в области 36 зуба гиперемирована, отечна, пальпация в области проекции верхушки корня болезненна. На рентгенограмме: в области верхушки корня изменений нет. Поставьте и обоснуйте диагноз.

17. Пациент Н., 33 года, жалобы на постоянные боли, ноющего характера в 15 зубе, усиливающиеся при накусывании. Анамнез: 5 дней назад в 15 зуб была наложена мышьяковистая паста. В назначенный срок больной на прием не явился. Боли при накусывании появились 3 дня назад.

Объективно: слизистая оболочка десны в области 15 зуба без изменений. На жевательной поверхности 15 зуба временная пломба. Перкуссия 15 зуба болезненна. Показания ЭОД= 100 мкА. На рентгенограмме 15 зуба патологических изменений нет. Поставьте и обоснуйте диагноз.

18. Пациент К., 20 лет, обратилась с жалобами на длительные пульсирующие боли в 36 зубе, иррадиирующие в ухо. Отмечается недомогание, головная боль, нарушение сна. Зуб беспокоит в течение 3 дней.

Объективно: рот полуоткрыт, подвижность 36 зуба первой степени, на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, перкуссия резко болезненна. На рентгенограмме 36 патологических изменений нет. Поставьте и обоснуйте диагноз.

19. Пациент А., 38 лет, обратился с жалобами на изменение цвета 12 зуба. Анамнез: Зуб не болел, кариозную полость заметил давно, но к врачу не обращался. Объективно: на медиальной поверхности 12 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта, зондирование и реакция на холод безболезненные, перкуссия безболезненна. На рентгенограмме 12 зуба - деформация костной ткани, расширение периодонтальной щели с четкими границами. Поставьте и обоснуйте диагноз.

20. Пациент Ф., 32 года. Жалобы на неприятные ноющие боли в 25 зубе при приеме пищи. Ранее зуб болел. Был неоднократно лечен. В последнее время часто появляются ноющие боли, отек десны. Объективно: На жевательной поверхности 25 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта. Зондирование и реакция на холод безболезненны, боль при перкуссии 25 зуба. Слизистая оболочка десны в области 25 зуба гиперемирована, отечна, пальпация при переходной складке болезненна. По переходной складке в области проекции верхушки корня свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме в области верхушки корня наблюдается деструкция костной ткани с нечеткими границами. Верхушка корня укорочена за счет резорбции цемента. Поставьте и обоснуйте диагноз.

21. Пациент В., 40 лет, обратился в стоматологическую клинику с целью санации полости рта для дальнейшего протезирования. При осмотре 25 зуба врач отметил изменение цвета коронки зуба и предложил провести рентгендиагностику. На рентгенограмме 25 зуба в области верхушки корня была выявлена гранулема диаметром 2,5-3,0мм с четкими ровными краями. Поставьте и обоснуйте диагноз.

22. Пациент К., 20 лет, обратилась с жалобами на длительные пульсирующие боли в 34 зубе, иррадиирующие в ухо. Отмечается недомогание, головная боль, нарушение сна. Зуб беспокоит в течение 3 дней. Объективно: рот полуоткрыт, подвижность 34 зуба первой степени, на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, перкуссия резко болезненна. На рентгенограмме в области верхушки корня 34 зуба определяется разрежение костной ткани размером 0,2х 0,3см без четких границ. Перечислите заболевания, вероятные при этой симптоматике. Поставьте и обоснуйте диагноз.

23. Пациент Ф., 32 года. Жалобы на неприятные ноющие боли в 14 зубе при приеме пищи. 14 зуб ранее лечен по осложненному кариесу. В последнее время часто появляются ноющие боли, отек десны. Объективно: На жевательной поверхности 14 зуба глубокая кариозная полость, на устьях пломбировочный материал. Зондирование и реакция на холод безболезненные, боль при перкуссии. Слизистая оболочка десны в области 14 зуба гиперемирована, отечна, пальпация при переходной складке болезненна. На рентгенограмме 14 зуба: каналы запломбированы на 2/3 длины, в области верхушки корня деструкция костной ткани с нечеткими границами. Поставьте и обоснуйте диагноз.

24. Пациент В., 40 лет, жалобы на острые пульсирующие боли постоянного характера в 14 зубе, иррадиирующие в висок, ухо, боли при дотрагивании до зуба. Анамнез: кариозную полость заметил 1 год назад, полгода назад зуб болел несколько ночей подряд. К врачу не обращался. Боли появились три дня назад, приобрели постоянный характер, сутки назад появились пульсирующие боли, иррадиация. Объективно: переходная складка в области 14 зуба гиперемирована, болезненна при пальпации. На жевательной поверхности 14 зуба глубокая кариозная полость, дно полости размягчено, зондирование безболезненно. Перкуссия резко болезненна. ЭОД=120 мкА. На рентгенограмме - потеря четкости рисунка кости альвеолы. Поставьте и обоснуйте диагноз.

25. Пациент Д., 32 лет обратился с жалобами на ноющие боли, усиливающиеся при накусывании на 44 зуб. Анамнез: боль в 44 зубе возникла сутки назад. Объективно: слизистая оболочка и переходная складка в области 44 зуба без изменений. На жевательно-дистальной поверхности 44 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование кариозной полости 44 зуба безболезненно, сообщение с полостью зуба не определяется. Реакция на температурные раздражители безболезненна. ЭОД свыше 100 мкА. На рентгенограмме изменений нет. Поставьте и обоснуйте диагноз.

26. Ребенку 12 лет. Поставлен диагноз гипертрофический гингивит, отечная форма. С какими из перечисленных диагнозов наиболее вероятно проводить дифференциальную диагностику:

1. Хронический генерализованный пародонтит, тяжелой степени;
2. Обострение хронического катарального гингивита;
3. Острый катаральный гингивит;
4. +Фиброматозом десен;
5. Язвенный гингивит.

27. Ребенку 12 лет. Предъявляет жалобы на боли, чувство распирания в деснах, кровоточивость при чистке зубов, при приеме пищи. В анамнезе: год назад проведен курс лечения десен. Объективно: на фоне цианотичной слизистой десны имеются участки гиперемии и отека, кровоточивость при легком зондировании. Пародонтальные карманы отсутствуют. На рентгенограмме: в костной ткани деструктивных изменений нет. Поставьте диагноз:

1. Язвенный гингивит;
2. Острый катаральный гингивит;
3. Хронический катаральный гингивит;
4. Гипертрофический гингивит, фиброзная форма;
5. +Обострение хронического катарального гингивита.

28. Какой из перечисленных методов гигиены полости рта является наиболее приемлемым для эффективного удаления поддесневых зубных отложений?

1. Применения средств для гигиены полости рта;
2. +Профессиональной гигиены полости рта;
3. Индивидуальной гигиены полости рта;
4. Контролируемой гигиены полости рта;
5. Гигиенического обучения.

29. Ребенок 7 лет обратился с жалобами на кровоточивость десен во время чистки зубов. Беспокоит в течение года. При осмотре: лицо симметричное, дыхание через рот. Среди вредных привычек: сосание предметов. Прикус глубокий травмирующий, аномалия положения зубов. Прикрепление уздечек языка игуб на среднем уровне. Десна на всем протяжении гиперемирована, рыхлая. Гигиенические навыки плохие. Зубы чистит с 6 лет, нерегулярно. Практически здорова. Поставьте диагноз:

1. Пародонтоз;
2. Пародонтолиз;
3. + Хронический катаральный гингивит;
4. Хронический локализованный пародонтит;

5. Хронический генерализованный пародонтит.

30. У ребенка 13 лет в течении двух месяцев наблюдается увеличение в размерах межзубные сосочки в области 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, отмечается кровоточивость при чистке зубов и приеме пищи. Определите заболевание.

- 1.+Юношеский гипертрофический гингивит;
2. Хронический катаральный гингивит;
3. Острый катаральный гингивит;
4. Локализованный пародонтит;
5. Генерализованный гингивит.

31. Во время профилактического осмотра у ребенка 11 лет врач-стоматолог отметил большое количество мягкого зубного налета на вестибулярной поверхности фронтальной группы зубов, которые не имеют контакта при смыкании. Назовите возможные причины неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта:

- 1.+Нарушение прикуса;
2. Короткая уздечка языка;
3. Нарушение функции глотания;
4. Патология внутренних органов;
5. Мелкое преддверия полости рта.

32. Какая форма гингивита встречается преимущественно у детей школьного возраста?

1. Локализованный гипертрофический гингивит;
2. Острый язвенно-некротический гингивит;
- 3.+Хронический катаральный гингивит;
4. Острый катаральный гингивит;
5. Атрофический гингивит.

33. Каковы характерны жалобы при язвенном гингивите?

- 1.+Кровоточивость десны при откусывании и жевании твердой пищи, чистке зубов, неприятные; ощущения, тяжесть в деснах. Периодические обострения;
2. Утолщение десен и укорочение коронковой части зубов, неприятные ощущения при еде;
3. Кровоточивость десны, подвижность зубов, глубокие пародонтальные карманы;
4. Кровоточивость десен, подвижность, зубов, иногда гноетечение из-под десен;
5. Кровоточивость десны, болезненность, усиливающаяся при жевании.

34. Ребенку 12 лет. Жалуется на периодически возникающую кровоточивость десен. При осмотре десна бледно-розового цвета, плотно прилегает к шейкам зубов. Год назад лечился у стоматолога. Рентгенологические изменения отсутствуют. Поставьте диагноз:

1. Язвенный гингивит;
2. Острый катаральный гингивит;
- 3.+Хронический катаральный гингивит;
4. Хронический гипертрофический гингивит;
5. Хронический генерализованный пародонтит легкой степени.

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

Образец экзаменационного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра терапевтической стоматологии
направление подготовки (специальность) 31.08.73 Стоматология терапевтическая
дисциплина стоматология терапевтическая

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № _____

I. ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ № _____ /

ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА

II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

1.
2.

III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.....

Заведующий кафедрой _____ (_____)

Декан _____ факультета _____ (_____)

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1.	УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать основные методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских задач	вопросы №51,52,53,54,55
		Уметь Анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные результаты	практические задания №10,11,12
		Владеть навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических	практические задания №13,14,15,16
2.	ПК-1 способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;	Знать основы планирования, внедрения, оценки эффективности программ профилактики среди населения.	вопросы №51,52,53,54,55
		Уметь проводить комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, на формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения стоматологических заболеваний.	практические задания №10,11,12
		Владеть методами ранней диагностики, выявления причин возникновения и развития стоматологических заболеваний, методами оценки состояния.	практические задания №13,14,15,16
3.	ПК-2 способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией;	Знать периодичность проведения профилактических осмотров в зависимости от группы здоровья;	вопросы №1-12
		Уметь грамотно и четко заполнять истории болезней пациентов, учетно-отчетную документацию.	практические задания №1-12
		Владеть методами ведения медицинской и учетно-отчетной документации в медицинских организациях.	практические задания №1-12
4.	ПК-5 готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания;	Знать методы обследования, диагностики и лечения пульпита и периодонтита.	вопросы №7,8,9,10,11
		Уметь обследовать пациента с заболеваниями пульпы и периодонта интерпретировать результаты основных и дополнительных методов исследования.	практические задания №21,22,23,24
		Владеть методами обследования пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта, проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы диагностики, лечения.	практические задания №10,11,12,13
5.	ПК-6 способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра;	Знать классификации заболеваний пульпы и периодонта МКБ - X пересмотра.	вопросы №56,57,58,59,60
		Уметь определять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы.	практические задания №15,16,17,18
		Владеть алгоритмом постановки диагноза.	практические задания №9,10,15,16,17
6.	ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи	Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику заболеваний челюстно-лицевой области и полости рта.	вопросы №10,11,12,13,14,1
		Уметь провести обследование пациента стоматологического профиля с хирургической патологией, поставить диагноз, заполнить соответствующую документацию	практические задания №29,30,31,32
		Владеть методами лечения стоматологических заболеваний	практические задания №14,15,16,17
7.	ПК-9 готовность к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;	Знать этиологию, патогенез заболеваниями пульпы и периодонта ; - методы обследования, диагностики и лечения заболеваниями пульпы и периодонта ; - ошибки и осложнения при лечении заболеваниями пульпы и периодонта ; - показания к применению пломбировочных материалов при лечении заболеваниями пульпы и периодонта .	вопросы №70,71,72,73,74,75
		Уметь выявить, устранить и предпринять меры профилактики осложнений при лечении заболеваниями пульпы и периодонта ; - провести лечение начального пульпита с помощью не инвазивных и инвазивных методов, позволяющих сохранить жизнеспособность пульпы, и восстановить форму, функцию зуба у пациентов; - провести лечение заболеваниями пульпы и периодонта;	практические задания №20,21,22,23,24,25
		Владеть методами лечения пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта.	практические задания №18,19,20,21,22

2. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Симуляционный курс»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся

Оценочные материалы в рамках дисциплины (КСР)

Форма(ы) текущего контроля успеваемости – письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационные задачи, проверка практических навыков и умений, реферат.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ:

1. Использование коффердама в клинике терапевтической стоматологии.
2. Ошибки и осложнения в эндодонтии.
3. Матричные системы: функции, виды, особенности применения.
4. История создания адгезивных систем. Классификация адгезивных систем. Сравнительная характеристика адгезивных систем.
5. Особенности эстетической реставрации фронтальной группы зубов.
6. Окончательная обработка реставрации зуба: средства, методики.
7. Реставрация зубов без препарирования. Цели, задачи и этапы проведения.
8. Галитоз: диагностика, профилактика и лечение.
9. Профилактика и лечение гиперестезии твёрдых тканей зубов.
10. Применение лазерных технологий в эндодонтии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ:

Модуль 1. Препарирование твердых тканей зуба и/или пломбирование кариозной полости

Тема 1. Препарирование твердых тканей зуба

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационные задачи, проверка практических навыков и умений.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационные задачи, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Препарирование полостей 1,2,5 класса по Блэку.
2. Препарирование полостей 3,4 класса по Блэку.
2. Медикаментозная обработка препарированных полостей.
3. Инструменты для препарирования кариозных полостей.
4. Классификация кариозных полостей по Блэку.
5. Препарирование под различные виды ортопедических конструкций.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

1. При осмотре полости рта зондирование зубов проводят

1. по всем поверхностям
2. пришеечной области
3. области контактных поверхностей
4. в фиссурах

2. Цель некрэктомии при препарировании кариозной полости

1. создание контактного пункта
2. исключение рецидива кариеса
3. восстановление формы зуба
4. восстановление функции зуба

3. Цель формирования кариозной полости

1. восстановление анатомической формы зуба
2. восстановление функции зуба

3. создание условий для фиксации пломбы

4. удаление некротизированного дентин

4. Коду по МКБ-С K02.1 соответствует

1. изменение цвета (матовая поверхность) или текстуры (шероховатость) эмали при отсутствии кариозной полости

2. деструктивные изменения эмали и дентина с переходом эмалево-дентинной границы

3. поражение обнаженной поверхности корня зуба в пришеечной области

4. наличие темного пигментированного пятна в пределах эмали (очаговая деминерализация эмали)

5. Коду по МКБ - K02.0 соответствует

1. деструктивные изменения эмали и дентина с переходом эмалево-дентинной границы

2. поражение обнаженной поверхности корня зуба в пришеечной области

3. наличие темного пигментированного пятна в пределах эмали (очаговая деминерализация эмали)

4. изменение цвета (матовая поверхность) или текстуры (шероховатость) эмали при отсутствии кариозной полости

6. Коду по МКБ - K02.2 соответствует

1. изменение цвета (матовая поверхность) или текстуры (шероховатость) эмали при отсутствии кариозной полости

2. деструктивные изменения эмали и дентина с переходом эмалево-дентинной границы

3. поражение обнаженной поверхности корня зуба в пришеечной области

4. наличие темного пигментированного пятна в пределах эмали (очаговая деминерализация эмали)

7. Коду по МКБ - K02.3 соответствует

1. изменение цвета (матовая поверхность) или текстуры (шероховатость) эмали при отсутствии кариозной полости

2. поражение обнаженной поверхности корня зуба в пришеечной области

3. наличие темного пигментированного пятна в пределах эмали (очаговая деминерализация эмали)

4. деструктивные изменения эмали и дентина с переходом эмалево-дентинной границы

8. Жалобы при кариесе эмали

1. кратковременная боль от температурных и химических раздражителей

2. кратковременная боль от химических раздражителей
3. ощущение оскомины, кратковременная боль от температурных и химических раздражителей
4. на эстетический дефект
9. Жалобы при кариесе дентина
 1. ощущение оскомины, кратковременная боль от температурных и химических раздражителей
 2. кратковременная боль от химических раздражителей
 3. кратковременная боль от температурных и химических раздражителей
 4. иногда жалобы на кратковременную боль от различных раздражителей
10. Основные признаки очага поражения при кариесе эмали
 1. шероховатость поверхности и дефект в пределах эмали
 2. дефект в пределах плащевого/околопульпарного дентина
 3. округлый дефект на вестибулярной поверхности с гладким дном
 4. дефект в форме клина с гладкими поверхностями
11. Основные признаки очага поражения при кариесе дентина
 1. дефект в пределах плащевого/околопульпарного дентина
 2. округлый дефект на вестибулярной поверхности с гладким дном
 3. дефект в форме клина с гладкими поверхностями
 4. шероховатость поверхности и дефект в пределах эмали
12. Препарирование кариозной полости включает
 1. обезболивание, некрэктомию, финирирование
 2. обезболивание, расширение кариозной полости, некрэктомию
 3. расширение кариозной полости, некрэктомию, финирирование
 4. раскрытие кариозной полости, некрэктомию, формирование, финирирование
13. Электроодонтометрия оценивает состояние
 1. нервных окончаний пульпы
 2. нервных окончаний периодонта
 3. кровеносных сосудов
 4. дентиклей
14. Некрэктомия - это
 1. удаление нависающих краев эмали, не имеющих опоры на дентин
 2. создание наилучших условий для фиксации пломбировочного материала
 3. окончательное удаление пораженных тканей эмали и дентина
 4. удаление размягченного/пигментированного дентина со дна и стенок кариозной полости
15. Финирирование - это
 1. удаление размягченного/пигментированного дентина со дна и стенок кариозной полости
 2. удаление нависающих краев эмали, не имеющих опоры на дентин
 3. сглаживание краев эмали
 4. окончательное удаление пораженных тканей эмали и дентина
16. Формирование кариозной полости - это
 1. окончательное удаление пораженных тканей эмали и дентина
 2. сглаживание краев эмали
 3. удаление нависающих краев эмали, не имеющих опоры на дентин
 4. создание наилучших условий для фиксации пломбировочного материала
17. Раскрытие кариозной полости - это
 1. удаление размягченного и пигментированного дентина со дна и стенок кариозной полости
 2. удаление нависающих краев эмали, не имеющих опоры на дентин
 3. создание наилучших условий для фиксации пломбировочного материала
 4. окончательное удаление пораженных тканей эмали и дентина
18. Расширение кариозной полости - это
 1. удаление размягченного и пигментированного дентина со дна и стенок кариозной полости
 2. удаление нависающих краев эмали, не имеющих опоры на дентин
 3. создание наилучших условий для фиксации пломбировочного материала
 4. окончательное удаление пораженных тканей эмали и дентина
19. Целью некрэктомии
 1. создание контактного пункта
 2. исключение рецидива кариеса зубов
 3. восстановление формы зуба
 4. восстановление функции зуба
20. Удаление размягченного дентина кариозной полости проводят
 1. алмазным бором со скоростью 400000 об/мин
 2. экскаватором
 3. шаровидным бором со скоростью вращения 4500 об/мин
 4. алмазным бором с белой маркировкой со скоростью вращения 100000 об/мин
21. Удаление плотного кариозного дентина производят
 1. алмазным бором со скоростью 400000 об/мин
 2. шаровидным бором со скоростью вращения 4500 об/мин
 3. алмазным бором с белой маркировкой со скоростью вращения 4500 об/мин
 4. обратноконусовидным бором со скоростью вращения 4500 об/мин
22. Скос эмали под 45° или его округление создается для
 1. увеличения адгезии и создания линии маскировки
 2. обезболивания
 3. уменьшения токсичности материала
 4. увеличения гидрофобности эмали
23. Критерий окончательного препарирования кариозной полости
 1. наличие размягченного дентина на дне
 2. наличие светлого и плотного дентина на дне и стенках
 3. наличие плотного пигментированного дентина на дне и стенках
 4. наличие плотного пигментированного дентина на дне
24. Заключительным этапом препарирования кариозной полости
 1. финирирование
 2. некрэктомия
 3. формирование
 4. раскрытие
25. Раскрытие кариозной полости проводится
 1. шаровидные или фиссурные боры небольших размеров
 2. шаровидные (обратно-конусовидные) боры на малых оборотах бормашины
 3. фиссурные и шаровидные боры
 4. карборундовой головкой, алмазным или твердосплавным бором
26. Доступ к кариозной полости осуществляется
 1. шаровидные (фиссурные) боры небольших размеров

2.шаровидные (обратно-конусовидные) боры на малых оборотах бормашины

3.фиссурные и шаровидные боры

4.карборундовой головкой, алмазным или твердосплавным бором

27. Полость МОДП формируется при

1.поражении кариесом дистальной поверхности

2.поражении кариесом медиальной поверхности

3.поражении кариесом дистальной и медиальной поверхностей

4.поражении кариесом вестибулярной поверхности

28. Слой, ингибированный кислородом (СИГ)

1.образуется на поверхности дентина при препарировании тканей зуба

2.формируется при проникновении адгезивной системы в дентинные трубочки и межколлагеновое пространство

3.тонкий слой жидкости - «выпот» образуется на поверхности композита в результате усадки

4.ничего, из выше перечисленного

29. Смазанный слой

1.образуется на поверхности дентина при препарировании тканей зуба

2.формируется при проникновении адгезивной системы в дентинные трубочки и межколлагеновое пространство

3.тонкий слой жидкости - «выпот» образуется на поверхности композита в результате усадки

4.ничего, из выше перечисленного

30. Гибридная зона

1.образуется на поверхности дентина при препарировании тканей зуба

2.формируется при проникновении адгезивной системы в дентинные трубочки и межколлагеновое пространство

3.тонкий слой жидкости - «выпот» образуется на поверхности композита в результате усадки

4.ничего, из выше перечисленного

31. Ошибка при недостаточное удалении некротизированного дентина кариозной полости

1.вскрытие полости зуба

2.отлом стенки кариозной полости

3.рецидив кариеса

4.некроз пульпы зуба

32. Длина дополнительной (опорной) площадки при II классе

1.на 0,5-1,0 мм ниже эмалево-дентинного соединения

2.формируется, исходя из принципа биологической целесообразности

3.не менее 1/2 длины основной кариозной полости

4.равна ширине основной полости

33. Ширина дополнительной (опорной) площадки при II классе

1.равна ширине основной полости

2.на 0,5-1,0 мм ниже эмалево-дентинного соединения

3.не менее 1/2 длины основной кариозной полости

4.формируется, исходя из принципа биологической целесообразности

34. Глубина дополнительной (опорной) площадки при II классе

1.формируется, исходя из принципа биологической целесообразности

2.не менее 1/2 длины основной кариозной полости

3.равна ширине основной полости

4.на 0,5-1,0 мм ниже эмалево-дентинного соединения

35. Заключительный этап пломбирования светоотверждаемым материалом

1.нанесение бонда

2.последовательное нанесение пломбировочного материала

3.полирование и шлифование

4.промывание струей воды и высушивание

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволяют Вам проанализировать действия врача в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.

2. Подумайте и дайте свой ответ.

3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.

4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.

5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы, поступили в данной ситуации.

Задача №1. Вы – врач-стоматолог. В кабинете Вас ждет пациент. Его анамнез собран, особенностей нет, осмотр проведен, поставлен диагноз: K02 - кариес. Кариес эмали зуба 1.4. Данные пациента и ранее проведенные манипуляции отражены в медицинской карте стоматологического больного. Местная анестезия проведена. Информированное добровольное согласие подписано. Проведите препарирование или пломбирование кариозной полости стеклоиономерным цементом, соблюдая правила асептики и антисептики. Метод лечения указан в медицинской документации. Все действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Задача №2. Вы – врач-стоматолог. В кабинете Вас ждет пациент. Его анамнез собран, особенностей нет, осмотр проведен, поставлен диагноз: K02 - кариес. Кариес дентина зуба 1.6. Данные пациента и ранее проведенные манипуляции отражены в медицинской карте стоматологического больного. Местная анестезия проведена. Информированное добровольное согласие подписано. Проведите препарирование или пломбирование кариозной полости стеклоиономерным цементом, соблюдая правила асептики и антисептики. Метод лечения указан в медицинской документации. Все действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Задача №3. Вы – врач-стоматолог. В кабинете Вас ждет пациент. Его анамнез собран, особенностей нет, осмотр проведен, поставлен диагноз: K02 - кариес. Кариес эмали зуба 4.7. Данные пациента и ранее проведенные манипуляции отражены в медицинской карте стоматологического больного. Местная анестезия проведена. Информированное добровольное согласие подписано. Проведите препарирование или пломбирование кариозной полости стеклоиономерным цементом, соблюдая правила асептики и антисептики. Метод лечения указан в медицинской документации. Все действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с методиками проведения осмотра пациента.

2. Отработайте на муляжах технику проведения осмотра ЧЛЮ пациента на практическом занятии или группами по два человека.

3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.

4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных методик обследования пациента.

Задание № 1. Отпрепарируйте полость 1 класса.

Задание № 2. Отпрепарируйте полость 2 класса.

Задание № 3. Отпрепарируйте полость 4 класса.

Тема 2. «Пломбирование кариозных полостей».

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Изоляция рабочего поля.
2. Медикаментозная обработка полости
3. Адгезивный протокол. Спиртовой адгезивный протокол.
4. Классификация пломбировочных материалов.
5. Пломбирование полостей 1,2,3,4,5 классов.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите только один правильный ответ

1. Использование галогеновых ламп высокой мощности в сфу, имеющих в своей конструкции гибкий световод, обусловлено:
 - а) потерями интенсивности светового потока на пути от источника до полимеризуемого материала
 - б) расположением селективного светофильтра в концевой части конструкции световода
 - в) возможностью значительной потери мощности светового потока при перегребе световода
 - г) верно все перечисленное
2. Ухудшение состояния интерференционного светофильтра в сфу приводит:
 - а) к уменьшению плотности мощности светового потока
 - б) к повышению удельной мощности ультрафиолетовых лучей
 - в) к уменьшению удельной мощности инфракрасных лучей
 - г) верно все перечисленное
3. Для чего предназначены дуал-световоды:
 - а) для полимеризации материала в небольших полостях
 - б) для полимеризации материалов в ортодонтической практике
 - в) только для диагностики кариеса
 - г) для одновременного подведения светового потока к разным поверхностям зуба
4. В число обязательных конструктивных узлов сфу входят:
 - а) галогеновая лампа накаливания
 - б) блок аккумуляторных батарей
 - в) селективный светофильтр
 - г) световод
5. Световод сфу может быть использован для:
 - а) термотерапии при заболеваниях пародонта
 - б) полимеризации светоотверждаемых пломбировочных материалов
 - в) выявления участков деминерализации твердых тканей зубов
 - г) верно все перечисленное
6. Прибор для контроля интенсивности светового потока, генерируемого сфу, называется:
 - а) рН — метр
 - б) фотометр
 - в) радиометр
 - г) спектрометр
7. Режим непрерывной полимеризации у ряда сфу подразумевает:
 - а) обязательное наличие счетчика времени полимеризационного процесса
 - б) периодическое включение звукового сигнала при проведении полимеризации
 - в) включение вентилятора только при достижении критической температуры полимеризации
 - г) верно все перечисленное
8. Функция «плавного старта» полимеризации у сфу обеспечивает:
 - а) экономию рабочего времени врача
 - б) оптимальный режим полимеризационного процесса
 - в) 100-процентную защиту от опасности перегрева пульпы в процессе полимеризации
 - г) верно все перечисленное
9. К повреждению селективного светофильтра сфу могут привести:
 - а) длительный период эксплуатации СФУ
 - б) чрезмерно активная фиксация световода у ряда моделей СФУ
 - в) использование коротких периодов полимеризации материалов
 - г) верно все перечисленное
10. Для чего предназначены прямые световоды большого диаметра:
 - а) для полимеризации материала в небольших полостях
 - б) для полимеризации материалов в ортодонтической практике
 - в) только для диагностики кариеса
 - г) верно все перечисленное
11. Обязательное условие для работы с амальгамой:
 - а) площадь кабинета не менее 14 кв.м.
 - б) покрытие пола полихлорвиниловой плиткой
 - в) наличие вытяжного шкафа, форточек и фрамуг
 - г) верно все перечисленное
12. К инструментам для осмотра полости рта относятся:
 - а) штопфер-гладилка
 - б) шпатель стоматологический
 - в) зонд стоматологический
 - г) экскаватор
13. Экскаватор - инструмент, применяемый для:
 - а) исследования кариозных полостей
 - б) удаления размягченного дентина
 - в) конденсирования пломбировочного материала
 - г) верно все перечисленное
14. К инструментам для пломбирования кариозных полостей относятся:
 - а) стоматологический зонд
 - б) экскаватор
 - в) штопфер-гладилка
 - г) пинцет
15. Стоматологические наконечники дезинфицируют путем:
 - а) двукратного протирания наружных поверхностей и канала для бора марлевым тампоном, смоченным в 70 % этиловом спирте с интервалом в 15 минут
 - б) дезинфекция наконечников осуществляется только аппаратным способом
 - в) двукратного протирания 3% раствором перекиси водорода с интервалом в 10 минут
 - г) однократного протирания наружных поверхностей марлевым тампоном, смоченным в 70 % этиловом спирте
16. Инструменты одноразового применения после использования подлежат дезинфекции:
 - а) подлежат
 - б) не подлежат
 - в) подлежат лишь в том случае, если они контактировали с пациентами, в анамнезе которых перенесенный гепатит В
 - г) подлежат лишь в том случае, если они контактировали с пациентами, в анамнезе которых перенесенный гепатит С либо носительство HBS – антигена
17. К дополнительным инструментам для пломбирования относятся:
 - а) клинья
 - б) скейлер

в) финишный нож

г) верно все перечисленное

18. Карбидные боры иначе называются:

а) стальными

б) алмазными

в) твердосплавными

г) упроченными

19. Зонд стоматологический предназначен для:

а) определения состояния твердых тканей зубов

б) внесения в полость рта ватных валиков

в) для отведения и защиты тканей полости рта в момент осмотра и препарирования зубов

г) верно все перечисленное

20. Правильная последовательность этапов обработки инструментов:

а) дезинфекция; предварительная очистка; предстерилизационная очистка; стерилизация

б) предварительная очистка; дезинфекция; предстерилизационная очистка; стерилизация

в) дезинфекция; предстерилизационная очистка; стерилизация

г) предстерилизационная очистка; предварительная очистка; стерилизация

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволяют Вам проанализировать действия врача в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.

2. Подумайте и дайте свой ответ.

3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.

4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.

5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы, поступили в данной ситуации.

Задача №1. Вы врач-стоматолог-терапевт. Пациент Иванов Иван Иванович 35 лет. Анамнез собран, осмотр проведен, поставлен диагноз: К 02.1- кариес дентина зуба (.....). Анестезия проведена, кариозная полость отпрепарирована по I классу Блэка.

Задание: запломбируйте полость композитом светового отверждения, соблюдая правила асептики и антисептики. Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Задача №2. Вы врач-стоматолог-терапевт. Пациент Иванов Иван Иванович 35 лет. Анамнез собран, осмотр проведен, поставлен диагноз: К 02.1- кариес дентина зуба (.....). Анестезия проведена, кариозная полость отпрепарирована по I классу Блэка.

Задание: запломбируйте полость композитом светового отверждения, соблюдая правила асептики и антисептики. Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Задача №3. Вы врач-стоматолог-терапевт. Пациент Иванов Иван Иванович 35 лет. Анамнез собран, осмотр проведен, поставлен диагноз: К 02.1- кариес дентина зуба (.....). Анестезия проведена, кариозная полость отпрепарирована по I классу Блэка.

Задание: запломбируйте полость композитом светового отверждения, соблюдая правила асептики и антисептики. Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с методиками проведения осмотра пациента.

2. Отработайте на муляжах технику проведения осмотра ЧЛЮ пациента на практическом занятии или группами по два человека.

3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.

4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных методик обследования пациента.

Задание № 1. Запломбируйте полость 1 класса, используя технику силиконового ключа.

Задание № 2. Запломбируйте полость 2 класса, используя матричную систему.

Задание № 3. Запломбируйте полость 4 класса, используя технику силиконового ключа.

Модуль 2. «Получение альгинатного оттиска»

Тема 1. «Получение альгинатного оттиска в практической деятельности врача-стоматолога общей практики».

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационные задачи, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Классификация оттискных масс.

2. Что такое оттиск?

3. Основные элементы инструментов для снятия оттиска зубов альгинатной массой.

4. Алгоритм получения двухслойного оттиска зубов силиконовой массой.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите только один правильный ответ

1. Для снятия оттисков при изготовлении вкладки применяются материалы:

1. гипс

2. альгинатные

3. силиконовые

4. цинккоксиэвгеноловые

5. верно 1) и 2)

2. Для изготовления штампованных коронок применяются сплавы золота

1. 375

2. 583

3. 750

4. 900

5. верно 1) и 3)

3. Для изготовления коронок методом наружной штамповки применяют штампы, отлитые из:

1. нержавеющей стали

2. хромо-кобальтового сплава

3. серебряно-палладиевого сплава

4. латуни

5. легкоплавкого сплава

4. Для изготовления коронок выпускаются гильзы различного диаметра из сплава:

1. хромо-кобальтового

2. хромо-никелевого

3. золотого 900 пробы

4. серебряно-палладиевого

5. верно 3) и 4)

5. Для восстановления анатомической формы зуба на гипсовой модели при изготовлении искусственных коронок применяют воск:

1. базисный
2. липкий
3. моделировочный
4. лавакс
5. верно 1) и 2)

6. Альгинатная масса используется для получения рабочих оттисков при изготовлении коронки:

1. литой
2. штампованной
3. фарфоровой
4. пластмассовой
5. верно 2) и 4)

7. Для изготовления штампованных коронок применяются сплавы:

1. золота 900 пробы
2. золота 750 пробы
3. хромо-никелевый
4. хромо-кобальтовый
5. верно 1) и 3)

8. Штампованные коронки изготавливают из сплава:

1. хромо-никелевого
2. золота 750 пробы
3. хромо-кобальтового
4. серебряно-палладиевого ПД-250
5. верно 1) и 4)

9. К жакетным коронкам относятся:

1. металлокерамическая
2. пластмассовая с круговым уступом
3. литая
4. коронка по Белкину
5. штампованная

10. Силиконовая масса используется для получения оттисков при изготовле

1. литой
2. штампованной
3. фарфоровой
4. пластмассовой
5. верно 1) и 3)

11. При снятии оттиска эластической массой необходимо использовать:

1. гладкую оттискную ложку
2. перфорированную оттискную ложку
3. гладкую ложку, обклеенную лейкопластырем
4. нанесение на ложку адгезива
5. верно 2), 3) и 4)

12. Полимеризация пластмассы в условиях атмосферного давления произво

1. 680 градусов
2. 100 градусов
3. 120 градусов
4. 150 градусов
5. 200 градусов

13. Нарушение режима полимеризации при изготовлении пластмассовой ко

1. увеличение размера коронки
2. уменьшение размера коронки
3. образование внутренних пор
4. изменение цвета коронки
5. верно 1) и 4)

14. При изготовлении металлокерамической коронки рабочий оттиск снимают:

1. альгинатной массой
2. силиконовой массой
3. любым оттискным материалом с проведением ретракции десны
4. гипсом
5. термопластической массой

15. Для изготовления цельнолитых коронок применяется сплав золота пробы:

1. 583
2. 750
3. 900
4. верно 1) и 3)
5. верно 1) и 2)

16. При изготовлении цельнолитой коронки для рабочего оттиска использу

1. альгинатную
2. силиконовую
3. цинкоксиэвгеноловую
4. термопластическую
5. верно 3) и 4)

17. Для двойного оттиска используются массы:

1. твердокристаллические
2. силиконовые
3. альгинатные
4. термопластические
5. верно 1) и 4)

18. Литые коронки изготавливают из сплава:

1. хромо-никелевого
2. золота 900 пробы
3. хромо-кобальтового
4. серебряно-палладиевого ПД-190
5. верно 3) и 4)

19. Для достижения сцепления фарфора с металлической поверхностью кар

1. провести пескоструйную обработку
2. обезжирить каркас
3. создать окисную пленку
4. верно 1) и 2)
5. верно 1), 2) и 3)

20. При изготовлении металлокерамической коронки фарфоровая масса до обжига

1. несколько меньшем
2. полном
3. несколько большем
4. в 2 раза меньшем
5. в 3 раза большем

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать действия врача в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы, поступили в данной ситуации.

Задача №1.

Вы врач стоматолог-ортопед. Пациент Ш., 47 лет, обратился с жалобами на потерю зубов, нарушение жевания. Диагноз: K08.1. Частичная потеря зубов верхней челюсти.

Задание: Проведите снятие оттиска альгинатным оттискным материалом.

Задача №2.

Вы врач стоматолог-ортопед. Пациентка К., 50 лет, обратилась с жалобами на потерю зубов, нарушение жевания. Диагноз: K08.1. Частичная потеря зубов нижней челюсти.

Задание: Проведите снятие оттиска альгинатным оттискным материалом.

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с методиками проведения осмотра пациента.
2. Отработайте на муляжах технику проведения осмотра ЧЛЮ пациента на практическом занятии или группами по два человека.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных методик обследования пациента.

Задание № 1. «Замешивание альгинатного материала»

Задание № 2. «Получение оттиска зубов альгинатной массой»

Модуль 3. Анестезия в практике врача-стоматолога-общей практики

Тема 1. «Проведение инфльтрационной анестезии».

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационные задачи, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Виды местного обезболивания.
2. Анестетики, используемые для местного обезболивания.
3. Показания и противопоказания к проведению инфльтрационной анестезии в челюстно-лицевой области.
4. Анатомо-топографическое строение верхней челюсти.
5. Правила и техника проведения инфльтрационной анестезии.
6. Возможные осложнения при проведении инфльтрационной анестезии.
7. Основы оказания медицинской помощи при осложнениях местной анестезии.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите только один правильный ответ

1) Вид местной анестезии, используемой при стоматологических вмешательствах:

1. интубационная
2. проводниковая
3. эпидуральная
4. внутривенная
5. масочная

2) Вид инфльтрационной анестезии, используемой в полости рта:

1. подкожная
2. интубационная
3. интралигаментарная
4. эпидуральная
5. внутривенная

3) Клинические ситуации, указывающие на необходимость общего обезболивания:

1. аллергические реакции на анестетики
2. множественный кариес зубов
3. высокая температура
4. подвижность зубов
5. повышенное АД

4) При удалении премоляров верхней челюсти применяют местную анестезию:

1. инфльтрационную
2. торусальную
3. резцовую
4. мандибулярную
5. ментальную

5) При удалении моляров верхней челюсти применяют местную анестезию:

1. торусальную
2. инфраорбитальную
3. туберальную
4. ментальную
5. резцовую

6) При удалении резцов нижней челюсти применяется анестезия:

1. палатинальная
2. инфраорбитальная
3. инфльтрационная с оральной и вестибулярной стороны
4. резцовая и инфльтрационная с вестибулярной стороны
5. туберальная

7) При удалении премоляров нижней челюсти применяется анестезия:

1. инфльтрационная

2. резцовая
 3. турсальная
 4. палатинальная
 5. туберальная
- 8) При удалении моляров нижней челюсти применяется анестезия:
1. инфльтрационная
 2. туберальная
 3. ментальная
 4. по Гоу-Гейтсу
 5. палатинальная
- 9) Подъязычный нерв иннервирует:
1. зубы верхней челюсти
 2. слизистую оболочку неба
 3. слизистую оболочку десны с язычной стороны
 4. нижнюю губу и кожу подбородочной области
 5. слизистую щеки
- 10) Скулоальвеолярный гребень расположен на уровне:
1. второго моляра
 2. первого моляра
 3. второго премоляра
 4. первого премоляра
 5. клыка
- 11) При проведении разреза на небе в области верхних резцов рекомендуется анестезия:
1. палатинальная
 2. резцовая
 3. подглазничная
 4. туберальная
 5. турсальная
- 12) При проведении разреза с вестибулярной стороны в области верхних моляров наилучший эффект обезболивания достигается при анестезии:
1. туберальной
 2. резцовой
 3. палатинальной
 4. подглазничной
 5. ментальной
- 13) Туберальная анестезия блокирует ветви:
1. передние верхние альвеолярные
 2. средние верхние альвеолярные
 3. задние верхние альвеолярные
 4. глазничного нерва
 5. носонебного нерва
- 14) Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:
1. I
 2. II
 3. III
 4. IV
 5. V
- 15) Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:
1. I
 2. II
 3. III
 4. IV
 5. V
- 16) Из полости черепа верхнечелюстной нерв выходит через:
1. овальное отверстие в подвисочную ямку
 2. круглое отверстие в крылонебную ямку
 3. foramen infraorbitale в fossa canina
 4. верхнеглазничную щель в глазницу
 5. ментальное отверстие
- 17) Из полости черепа нижнечелюстной нерв выходит через:
1. овальное отверстие
 2. круглое отверстие
 3. подглазничное отверстие
 4. верхнеглазничную щель
 5. нижнечелюстной канал
- 18) Анестетики на основе мепивакаина относятся к группе:
1. сложных эфиров
 2. амидов
 3. щелочей
 4. спиртов
 5. кислот
- 19) Направление иглы при проведении инфраорбитальной анестезии:
1. кверху, кзади, кнутри
 2. кверху, кзади, кнаружи
 3. книзу, кзади, кнутри
 4. книзу, кзади, кнаружи
 5. кверху, вперед, наружу
- 20) Направление иглы при проведении туберальной анестезии:
1. кверху, кзади, кнутри
 2. кверху, кзади, кнаружи
 3. книзу, кзади, кнутри
 4. книзу, кзади, кнаружи
 5. кверху, вперед, кнутри

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать действия врача в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.

4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы, поступили в данной ситуации.

Задача №1. Пациент А., 37 лет. Диагноз: хронический фиброзный пульпит зуба 1.6. Какую анестезию необходимо провести? Назовите этапы анестезии.

Задача №2. Пациент М., 55 лет. Диагноз: острый диффузный пульпит зуба 2.7. Какую анестезию необходимо провести? Назовите этапы анестезии.

Задача №3. Пациент Н., 25 лет. Диагноз: обострение хронического гангренозного пульпита. Какую анестезию необходимо провести? Назовите этапы анестезии.

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с методиками проведения осмотра пациента.
2. Отработайте на муляжах технику проведения осмотра ЧЛЮ пациента на практическом занятии или группами по два человека.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных методик обследования пациента.

Задание № 1. Вы врач-стоматолог-терапевт. Пациентка Иванова Анна Петровна, 35 лет. Анамнез собран, осмотр проведен, планируется лечение зуба (4.5).

Задание: проведите мандибулярную анестезию, соблюдая правила асептики и антисептики. Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Задание № 2. Вы врач-стоматолог-терапевт. Пациент Иванов Иван Иванович, 30 лет. Анамнез собран, осмотр проведен, планируется лечение зуба (1.6).

Задание: проведите инфльтрационную анестезию, соблюдая правила асептики и антисептики. Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Задание № 3. Вы врач-стоматолог-терапевт. Пациент Петров Александр Иванович, 37 лет. Анамнез собран, осмотр проведен, планируется лечение зуба (4.4).

Задание: проведите инфльтрационную анестезию, соблюдая правила асептики и антисептики. Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Тема 2. «Проводниковая анестезия в практике врача-стоматолога-терапевта».

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационные задачи, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Анатомо-топографическое строение нижней челюсти.
2. Туберальная анестезия. Способы. Зона обезболивания.
3. Торусальная анестезия. Способы. Зона обезболивания.
4. Мандибулярная анестезия. Способы. Зона обезболивания.
5. Палатинальная анестезия. Зона обезболивания.
6. Инфраорбитальная анестезия. Внеротовой способ.
7. Инфраорбитальная анестезия. Внутриротовой способ.
8. Обезболивание носо-небного нерва. Внеротовой способ.
9. Обезболивание носо-небного нерва. Внутриротовой способ.
10. Обезболивание второй ветви тройничного нерва в крыло-небной ямке.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите только один правильный ответ

1) Направление иглы при блокаде большого небного нерва:

1. кверху, кзади, кнутри
2. кверху, кзади, кнаружи
3. книзу, кзади, кнутри
4. книзу, кзади, кнаружи
5. кверху, вперед, кнутри

2) Направление иглы при блокаде носо-небного нерва:

1. кверху, кнутри
2. кверху, кзади
3. книзу, кнутри
4. книзу, кзади
5. книзу, кнаружи

3) Местным осложнением при проводниковом обезболивании является:

1. гематома
2. коллапс
3. обморок
4. анафилактический шок
5. отек Квинке

4) Анестезия по Вайсблату блокирует ветви тройничного нерва:

1. I и II
2. II и III
3. I и III
4. II и IV 5) I и IV

5) Нижний луночковый нерв иннервирует:

1. зубы верхней челюсти
2. зубы нижней челюсти
3. подъязычную область
4. 2/3 языка
5. слизистую щеки

6) В зону иннервации ментального нерва входят:

1. моляры
2. альвеолярный отросток в области моляров
3. подбородок, губа, резцы, клыки и премоляры нижней челюсти
4. костная ткань ветви нижней челюсти
5. верхняя губа

7) Подбородочный нерв блокируется при анестезии:

1. мандибулярной и ментальной
2. резцовой и инфраорбитальной
3. резцовой и туберальной
4. туберальной и палатинальной
5. инфраорбитальной и палатинальной

8) Нижний луночковый нерв блокируется при анестезии:

1. мандибулярной
2. ментальной
3. инфраорбитальной
4. туберальной
5. палатинальной

9) Задние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:

1. мандибулярной
2. ментальной
3. инфраорбитальной
4. туберальной
5. турсапальной

10) Передние и средние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:

1. мандибулярной
2. турсальной
3. инфраорбитальной
4. туберальной
5. по Гоу-Гейтсу

11) В зону иннервации язычного нерва входит:

1. задняя треть языка
2. передние 2/3 языка
3. слизистая оболочка глотки
4. слизистая оболочка переходной складки
5. кончик языка

12) Зона иннервации задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного нерва:

1. кожа и слизистая щеки
2. альвеолярный отросток и моляры нижней челюсти
3. альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти
4. бугор, альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти
5. слизистая неба

13) Выключение язычного нерва осуществляется при анестезии:

1. турсальной
2. туберальной
3. ментальной
4. инфраорбитальной
5. палатинальной

14) Зона иннервации средних верхних альвеолярных ветвей подглазничного

1. премоляры нижней челюсти
2. моляры верхней челюсти
3. моляры нижней челюсти
4. премоляры верхней челюсти
5. резцы верхней челюсти

15) В зону иннервации передних верхних альвеолярных ветвей подглазничного нерва входят зубы:

1. фронтальные верхней челюсти
2. фронтальные нижней челюсти,
3. жевательные верхней челюсти
4. жевательные нижней челюсти
5. премоляры нижней челюсти

16) В зону иннервации нижнелучевого нерва входят:

1. зубы верхней челюсти
2. зубы нижней челюсти
3. передние 2/3 языка
4. небо
5. слизистая щеки

17) Блокада двигательных волокон нижнечелюстного нерва осуществляется

1. Берше-Дубову
2. Вайсбрену
3. Берше и Егорову
4. Вайсблату
5. Гоу-Гейтсу

18) Местным осложнением при обезболивании является:

1. обморок
2. контрактура нижней челюсти
3. анафилактический шок
4. коллапс
5. отек Квинке

19) Общим осложнением при обезболивании является:

1. кровотечение
2. контрактура
3. обморок
4. некроз
5. гематома

20) Зона иннервации носо-небного нерва:

1. слизистая оболочка с вестибулярной стороны в области резцов
2. слизистая оболочка, твердое небо у резцов, до клыков
3. зубы верхней челюсти от клыка до клыка
4. альвеолярный отросток верхней челюсти
5. слизистая оболочка щеки

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать действия врача в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы, поступили в данной ситуации.

Задача №1. Пациент К., 56 лет. Диагноз: хронический гангренозный пульпит зуба 4.8. Назовите метод (-ы) анестезии. Техника анестезии.

Задача №2. Пациент Ж., 53 года. Диагноз: хронический фиброзный пульпит зуба 3.7. Назовите метод (-ы) анестезии. Техника анестезии.

Задача №3. Пациент О., 48 лет. Диагноз: острый диффузный пульпит зуба 3.6. Назовите метод (-ы) анестезии. Техника анестезии.

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с методиками проведения осмотра пациента.
2. Отработайте на муляжах технику проведения осмотра ЧЛЮ пациента на практическом занятии или группами по два человека.

3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных методик обследования пациента.

Задание № 1. Вы врач-стоматолог-терапевт. Пациентка Сидорова Анна Львовна, 36 лет. Анамнез собран, осмотр проведен, планируется лечение зуба (2.4).

Задание: проведите интралигаментарную анестезию, соблюдая правила асептики и антисептики. Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Задание № 2. Вы врач-стоматолог-терапевт. Пациент Иванов Иван Иванович, 20 лет. Анамнез собран, осмотр проведен, планируется лечение зуба (1.2). Задание:

проведите инфильтрационную анестезию, соблюдая правила асептики и антисептики. Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Задание № 3. Вы врач-стоматолог-терапевт. Пациент Петров Сергей Иванович, 25 лет. Анамнез собран, осмотр проведен, планируется лечение зуба (4.3).

Задание: проведите инфильтрационную анестезию, соблюдая правила асептики и антисептики. Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать

Модуль 4. Сердечно-легочная реанимация: базовая и расширенная

Тема 1. Базовая сердечно-легочная реанимация.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Показания и противопоказания к сердечно-легочной реанимации
2. Алгоритм помощи при остановке дыхания и кровообращения
3. Стадии СЛР по П.Сафару
4. Реанимационный алфавит
5. Комплекс «АВС»
6. Критерии эффективности сердечно-легочной реанимации
7. Критерии прекращения реанимации

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите один правильный ответ

1. продолжительность клинической смерти составляет (мин):

- а) 1 – 2
- б) 4 – 5
- в) 10 – 12
- г) 12 – 15

2. оптимальный способ сохранения проходимости верхних дыхательных путей у пострадавшего без сознания (указаний на травму нет):

- а) Уложить пострадавшего на спину и запрокинуть голову
- б) Уложить пострадавшего на спину и надеть ему шейный воротник
- в) Уложить пострадавшего на живот
- г) Придать устойчивое боковое положение

3. точка приложения рук спасателя при проведении непрямого массажа сердца взрослому пострадавшему:

- а) Верхняя половина грудины
- б) Нижняя треть грудины
- в) Мечевидный отросток
- г) Эпигастральная область

4. соотношение вдуваний воздуха и массажных толчков при проведении слр взрослому пострадавшему:

- а) 1:5
- б) 1:15
- в) 2:5
- г) 2:30

5. причиной отказа от проведения реанимации является:

- а) Констатация биологической смерти
- б) У лиц с переломом шейного отдела позвоночника
- в) У больных старше 70 лет
- г) У лиц, ведущих асоциальный образ жизни

6. в случае неэффективности проведения комплекса «авс», реанимационные мероприятия можно прекратить через:

- а) 10 мин
- б) 4 – 6 мин
- в) 30 мин
- г) 1 час

7. при каком патологическом состоянии во время проведения реанимации запрокидывание головы противопоказано:

- а) при переломе таза
- б) при повреждении шейного отдела позвоночника
- в) при алкогольном опьянении
- г) при инфаркте миокарда

8. через какое время после смерти труп перевозится в морг из отделения

- а) через 5 ч
- б) через 10-15 мин
- в) через 2 ч
- г) через 1 сутки

9. реанимацию обязаны проводить:

- а) только врачи и медсестры реанимационных отделений
- б) все специалисты, имеющие медицинское образование
- в) все взрослое население

10. какова цель запрокидывания головы при проведении искусственного дыхания:

- а) обеспечить проходимость дыхательных путей
- б) для удобства осуществления реанимации
- в) чтобы не повредить шейный отдел позвоночника
- г) чтобы создать плотный контакт рта реаниматора и рта или носа пострадавшего

11. основные мероприятия при выведении из состояния клинической смерти:

- а) дать понюхать нашатырный спирт
- б) проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ)
- в) проведение закрытого массажа сердца
- г) одновременное проведение ИВЛ и закрытого массажа сердца

12. при проведении непрямого массажа сердца компрессию на грудину взрослого человека производят:

- а) всей ладонью
- б) проксимальной частью ладони
- в) тремя пальцами
- г) одним пальцем

13. соотношение дыханий и компрессий на грудину при проведении реанимации взрослому человеку одним лицом:

- а) на 1 вдох - 5 компрессий
- б) на 2 вдоха - 30 компрессии
- в) на 3 вдоха - 6 компрессий
- г) на 2 вдоха - 15 компрессий

14. при проведении закрытого массажа сердца поверхность, на которой лежит пациент, обязательно должна быть:

- а) жесткой
- б) мягкой
- в) наклонной
- г) неровной

15. признак эффективности реанимационных мероприятий:

- а) отсутствие экскурсий грудной клетки
- б) зрачки широкие
- в) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии
- г) появление пульсовой волны на сонной артерии, сужение зрачков

16. ивл новорожденному желательнее проводить:

- а) методом «изо рта в рот»
- б) с помощью маски наркозного аппарата
- в) методом «изо рта в нос»
- г) методом «изо рта в рот и нос»

17. для предупреждения западения корня языка при проведении реанимации голова пострадавшего должна быть:

- а) повернута набок
- б) запрокинута назад
- в) согнута вперед
- г) в исходном положении

18. продолжительность клинической смерти в условиях нормотермии:

- а) 1-2 минуты
- б) 4-5 минут
- в) 25-30 минут
- г) 8-10 минут

19. число дыханий в 1 минуту при проведении ивл взрослому человеку:

- а) 10-12 в 1 минуту
- б) 30-32 в 1 минуту
- в) 12-20 в 1 минуту
- г) 20-24 в 1 минуту

20. объем вдвдуваемого воздуха при проведении искусственной вентиляции легких взрослому человеку должен составлять (мл):

- а) 300-500
- б) 500-800
- в) 800-1000
- г) 1200-1500

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать действия спасателя в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

Задача 1. 50-летний мужчина был обнаружен на улице. На осмотре: он без сознания, дыхание отсутствует. По данным очевидцев, это произошло около 30 минут назад. Никто не вызвал скорую помощь, потому что думали, что он был пьян.

Оцените состояние. Окажите помощь.

Задача 2. 64 летний мужчина, имеющий диагноз рак легкого 4 стадии, отдаленные метастазы. После продолжительного приступа кашля мужчина потерял сознание. При осмотре: он без сознания, дыхание отсутствует.

Оцените состояние. Ваши действия.

Задача 3. Вы оказались свидетелем ДТП, в результате которого был сбит пешеход. Он лежит на проезжей части, не двигаясь.

Ваши действия.

Задача 4. Во время еды пожилая женщина внезапно потеряла сознание. При осмотре: кожные покровы резко бледные, дыхание отсутствует. Есть зубные протезы.

Оцените состояние. Окажите помощь.

Задача 5. При проведении искусственной вентиляции легких методом рот в рот спасатель обратил внимание что отсутствуют движения грудной клетки (вовремя ИВЛ грудная клетка должна подниматься и опускаться).

Опишите возможные причины этого.

Задача 6. Вы идете по улице, впереди идет мужчина средних лет, нормального телосложения, внезапно он вскрикивает и падает на асфальт, лежит неподвижно, без признаков жизни.

Задания

1. Ваши действия по диагностике состояния развившегося у пациента.
2. Алгоритм неотложной помощи.

Задача 7. Вы идете по улице и видите встревоженного мужчину, который завет на помощь прохожих. На вопрос: «Что случилось?» прохожий указывает на лежащего человека. Сезон – ранняя осень.

При осмотре: сознание отсутствует, видимых признаков дыхания нет, пульс на сонных артериях не определяется. Кожные покровы землисто-серые, холодные на ощупь. Определяется скованность в конечностях. Зрачки широкие с неровным контуром, на свет не реагируют.

Задания

1. Определить в каком состоянии находится пациент.
2. Ваши действия по уточнению состояния и объем неотложной помощи.

Задача 8. В зале вылета аэропорта обнаружен человек без сознания, лежащий на спине. На стене зала Вы видите автоматический наружный дефибрилятор. Ваши действия.

Задача 9. 20 летняя пациентка пожаловалась на резкую слабость и потеряла сознание во время взятия крови на анализ. При осмотре: она без сознания, дыхание поверхностное, пульс нитевидный.

Оцените состояние. Окажите первую помощь.

Задача 10. Спасатель после констатации клинической смерти у пациента немедленно выполнил следующее: 1) обеспечил проходимость дыхательных путей методом 2) сделал 2 вдоха методом «рот в рот» 3) сделал 30 компрессий грудной клетки. Оцените правильность действий спасателя.

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Рекомендации по изучению алгоритмов

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с алгоритмами оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах.
2. Отработайте на муляжах алгоритмы оказания медицинской помощи пациенту на практическом занятии.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных алгоритмов.

Задание №1. Алгоритм оказания базовой сердечно-легочной реанимации.

Тема 2. Расширенная сердечно-легочная реанимация.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Показания и противопоказания к расширенной сердечно-легочной реанимации
2. Алгоритм помощи при остановке дыхания и кровообращения
3. Алгоритм сердечно-легочной реанимации «ABCD»
4. Электрическая дефибрилляция (техника, ошибки)
5. Критерии эффективности сердечно-легочной реанимации
6. Критерии прекращения реанимации
7. Какие осложнения могут возникнуть при проведении непрямого массажа сердца

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. исход реанимации является наиболее благоприятным при:
 - а) первичной остановке кровообращения
 - б) первичной остановке дыхания
 - в) первичном поражении центральной нервной системы
 - г) первичном поражении нейроэндокринной сферы
 - д) остановке сердца и дыхания как следствия множественной травмы.
2. при проведении открытого массажа сердца могут возникнуть осложнения:
 - а) ранение внутренней грудной артерии
 - б) повреждение мышцы сердца
 - в) кровоизлияние в мышцу сердца
 - г) разрыв легкого
 - д) кровотечение из раны
3. тяжесть течения постреанимационного периода определяется:
 - а) продолжительностью периода умирания
 - б) продолжительностью клинической смерти
 - в) глубиной и длительностью перенесенной гипоксии
 - г) характером основного заболевания
 - д) все ответы верны
4. соотношение вдуваний воздуха и массажных толчков при проведении слр взрослому пострадавшему:
 - а) 1:5
 - б) 1:15
 - в) 2:5
 - г) 2:30
5. причиной отказа от проведения реанимации является:
 - а) Констатация биологической смерти
 - б) У лиц с переломом шейного отдела позвоночника
 - в) У больных старше 70 лет
 - г) У лиц, ведущих асоциальный образ жизни
6. в случае неэффективности проведения комплекса «авс», реанимационные мероприятия можно прекратить через:
 - а) 10 мин
 - б) 4 – 6 мин
 - в) 30 мин
 - г) 1 час
7. максимальный разряд, рекомендуемый при дефибрилляции:
 - а) 200 Дж
 - б) 300 Дж
 - в) 360 Дж
 - г) 450 Дж
8. при каком патологическом состоянии во время проведения реанимации запрокидывание головы противопоказано:
 - а) при переломе таза
 - б) при повреждении шейного отдела позвоночника
 - в) при алкогольном опьянении
 - г) при инфаркте миокарда
9. через какое время после смерти труп перевозится в морг из отделения:
 - а) через 5 ч
 - б) через 10-15 мин
 - в) через 2 ч
 - г) через 1 сутки
10. при остановке кровообращения развивается:
 - а) метаболический алкалоз
 - б) метаболический ацидоз
 - в) респираторный алкалоз
 - г) респираторный ацидоз
 - д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз
11. после первичной остановки сердца сознание исчезает через:
 - а) 10 сек
 - б) 30 сек
 - в) 60 сек
 - г) 3 мин
 - д) 5 мин
12. основные мероприятия при выведении из состояния клинической смерти:
 - а) дать понюхать нашатырный спирт
 - б) проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ)

- в) проведение закрытого массажа сердца
 г) одновременное проведение ИВЛ и закрытого массажа сердца
13. показаниями к искусственной вентиляции легких (ивл) являются:
 а) отсутствие спонтанного дыхания
 б) клапанный пневмоторакс
 в) клиническая смерть
 г) тахипноэ (дыхание чаще 40 в минуту) при нормальной температуре и исключении гиповолемии
14. критерием эффективности непрямого массажа сердца является:
 а) костная крепитация ребер и грудины
 б) появление пульсации на сонных артериях
 в) максимальное расширение зрачков
 г) сужение зрачков
15. при проведении закрытого массажа сердца поверхность, на которой лежит пациент, обязательно должна быть:
 а) жесткой
 б) мягкой
 в) наклонной
 г) неровной
16. признак эффективности реанимационных мероприятий:
 а) отсутствие экскурсий грудной клетки
 б) зрачки широкие
 в) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии
 г) появление пульсовой волны на сонной артерии, сужение зрачков
17. ивл новорожденному желателно проводить:
 а) методом «изо рта в рот»
 б) с помощью маски наркозного аппарата
 в) методом «изо рта в нос»
 г) методом «изо рта в рот и нос»
18. для предупреждения западения корня языка при проведении реанимации голова пострадавшего должна быть:
 а) повернута набок
 б) запрокинута назад
 в) согнута вперед
 г) в исходном положении
19. продолжительность клинической смерти в условиях нормотермии:
 а) 1-2 минуты
 б) 4-5 минут
 в) 25-30 минут
 г) 8-10 минут
20. после остановки кровообращения функции автоматизма и проводимости в сердце сохраняются в течение:
 а) 15 – 30 сек
 б) 2 – 3 мин
 в) 5 – 10 мин
 г) 20 – 30 мин
 д) 45 – 60 мин

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать действия спасателя в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

Задача 1. Во время приёма пищи мужчина внезапно потерял сознание. Возникла рвота съеденной пищей. При осмотре обнаружено: зрачки расширены, дыхание поверхностное, пульс на периферических артериях не определяется. Окружающие стали оказывать пострадавшему первую помощь – проводить удары ладонью между лопатками пострадавшего, из полости рта выпал кусок хлеба. Сознание по-прежнему отсутствует, дыхание отсутствует, пульс на сонных артериях не определяется. Что делать?

Задача 2. Из воды извлечён ребёнок 8-9 лет без сознания. Кожные покровы синюшные, резаная рана правой стопы, пульс на сонных артериях не определяется. Какую помощь необходимо оказать?

Задача 3. Вы оказались свидетелем ДТП, в результате которого был сбит пешеход. Он лежит на проезжей части, не двигаясь. Сознание по-прежнему отсутствует, дыхание отсутствует, пульс на сонных артериях не определяется. Ваши действия.

Задача 4. Во время еды пожилая женщина внезапно потеряла сознание. При осмотре: кожные покровы резко бледные, дыхание отсутствует. Есть зубные протезы. Оцените состояние. Окажите помощь.

Задача 5. При проведении искусственной вентиляции легких методом рот в рот спасатель обратил внимание что отсутствуют движения грудной клетки (вовремя ИВЛ грудная клетка должна подниматься и опускаться). Опишите возможные причины этого.

Задача 6. Мужчину, выпавшего из лодки в холодную воду смогли извлечь из воды через 10 минут. При осмотре: резкая бледность кожных покровов, дыхание отсутствует, пульс на сонных артериях не определяется. Окажите первую помощь.

Задача 7. Вы идёте по улице и видите встревоженного мужчину, который завет на помощь прохожих. На вопрос: «Что случилось?» прохожий указывает на лежащего человека. Сезон – ранняя осень. При осмотре: сознание отсутствует, видимых признаков дыхания нет, пульс на сонных артериях не определяется. Кожные покровы землисто-серые, холодные на ощупь. Определяется скованность в конечностях. Зрачки широкие с неровным контуром, на свет не реагируют.

Задания

1. Определить в каком состоянии находится пациент.
2. Ваши действия по уточнению состояния и объём неотложной помощи.

Задача 8. В зале вылета аэропорта обнаружен человек без сознания, лежащий на спине. На стене зала Вы видите автоматический наружный дефибрилятор. Ваши действия.

Задача 9. Получив поражение электрическим током, женщина предъявляла жалобы на общую слабость, головокружение, потемнение сознания. Через 10 минут состояние ухудшилось: начались судороги, дыхание, пульс на сонных артериях не определяются. Какова тактика спасателя.

Задача 10. При проведении работ в зоне ЧС из под обломков разрушенного здания вынесли женщину. Кожные покровы бледные, сознание и реакция на болевую

чувствительность отсутствуют, дыхание поверхностное, определяется пульс на сонных артериях. В области виска отёчность, кровоподтёк. Какова последовательность оказания первой помощи пострадавшей? Дайте полный ответ и продемонстрируйте свои действия на работе.

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Рекомендации по изучению алгоритмов

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с алгоритмами оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах.
2. Отработайте на муляжах алгоритмы оказания медицинской помощи пациенту на практическом занятии.
3. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
4. Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных алгоритмов.

Модуль 5. «Удаление зуба на верхней/нижней челюсти»

Тема 1. Удаление зуба на верхней/нижней челюсти.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационные задачи, проверка практических навыков и умений.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:

1. Показания к операции удаления зуба.
2. Противопоказания к операции удаления зуба.
3. Показания для проведения атипичного удаления зубов и корней.
4. Этапы операции удаления зуба.
5. Заживление раны после операции удаления зуба.
6. Инструменты, применяемые при удалении зубов и корней.
7. Инструменты, применяемые при удалении зубов и корней на нижней челюсти.
8. Инструменты, применяемые при удалении зубов и корней на верхней челюсти.
9. Методы фиксации челюстей при удалении зубов.
10. Методика удаления зубов и корней на нижней челюсти.
11. Методика удаления зубов и корней на верхней челюсти.
12. Положение врача и больного при удалении отдельных групп зубов и корней на верхней челюсти.
13. Положение врача и больного при удалении отдельных групп зубов и корней на верхней челюсти.
14. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов верхней челюсти с помощью щипцов.
15. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов нижней челюсти с помощью щипцов.
16. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов на верхней челюсти с помощью элеватора, бормашин.
17. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов на нижней челюсти с помощью элеватора, бормашин.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Вопрос № 1

В какие сроки, после удаления зуба, лунка начинает заполняться мелкопетлистой губчатой костной тканью?:

- 1)на 14 сутки;
- 2)на 21 сутки;
- 3)к концу первого месяца; (+)
- 4)к середине второго месяца.

Вопрос № 2

Существуют ли абсолютные противопоказания к удалению зуба?:

- 1)да, существуют абсолютные противопоказания, но число их ограничено;
- 2)нет абсолютных противопоказаний; (+)
- 3)существует много абсолютных противопоказаний;
- 4)существует два абсолютных противопоказания.

Вопрос № 3

К поздним осложнениям удаления зуба относятся:

- 1)альвеолит; (+)
- 2)луночковое кровотечение;
- 3)отлом части альвеолы;
- 4)перелом корня зуба.

Вопрос № 4

Первое раскачивающее движение при удалении зубов на нижней челюсти делают:

- 1)кнаружи, кроме удаления второго и третьего моляра; (+)
- 2)кнаружи, кроме удаления моляров;
- 3)вовнутрь, кроме удаления второго и третьего моляра;
- 4)вовнутрь, кроме удаления премоляров.

Вопрос № 5

Обязательно подлежит удалению зуб, вызвавший одонтогенный острый периостит:

- 1)временный моляр; (+)
- 2)постоянный моляр;
- 3)постоянный резец верхней челюсти;
- 4)постоянный резец нижней челюсти.

Вопрос № 6

После удаления зуба в плановом порядке, не рекомендовано:

- 1)интенсивные антисептические полоскания полости рта не ранее, чем через 2 часа после проведенной операции;
- 2)употребление горячей пищи или кофе в течение 2-х часов после операции;
- 3)полоскания полости рта растворами антисептиков; (+)
- 4)разогревающие компрессы на мягкие ткани со стороны удалённого зуба в течение 3-х дней после удаления.

Вопрос № 7

В развитии альвеолита после удаления зубов по поводу обострения хронического периодонтита принимают участие:

- 1)микробиота периапикального очага; (+)
- 2)микробиота полости рта;
- 3)микробиота воздуха помещения;
- 4)микробиота носоглотки.

Вопрос № 8

Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на верхней челюсти в среднем составляет:

- 1)0,05-0,10 мм;
- 2)0,10-0,15 мм;
- 3)0,22-0,25 мм; (+)
- 4)0,25-0,30 мм.

Вопрос № 9

Поставьте в правильном порядке этапы удаления зуба:

- 1)кюретаж лунки;
- 2)наложение щипцов;
- 3)вывихивание (люксация, ротация) ;
- 4)продвижение щипцов;
- 5)отслаивание круговой связки;

- 6)тракция;
- 7)смыкание щипцов.
- 1)5;2;4;7;3;6;1. (+)
- 2)2;5;1;6;7;3;2.
- 3)1;2;7;5;3;4;6.

Вопрос № 10

В какие сроки лунка, рентгенологически ,неотличима от окружающей ткани (при неосложненном заживлении)?:

- 1)к концу первого месяца;
- 2)на 4-6 месяц; (+)
- 3)12 месяцев;
- 4)через 5 лет.

Вопрос № 11

Психические заболевания могут ли быть противопоказанием к удалению зуба?:

- 1)не могут;
- 2)могут, если они длятся более 2-х лет;
- 3)могут только в период обострения; (+)
- 4)являются абсолютным противопоказанием.

Вопрос № 12

Выберите щипцы для удаления зуба 1.8:

- 1)специальные байонетные; (+)
- 2)горизонтальные;
- 3)клюковидные с широкими несходящимися щечками;
- 4)прямой элеватор;
- 5)S-образные сходящиеся щипцы.

Вопрос № 13

Если на щечках клювовидных щипцов имеются шипы, то они предназначены для удаления:

- 1)верхних резцов;
- 2)нижних резцов;
- 3)нижних маляров; (+)
- 4)верхних премоляров.

Вопрос № 14

Тактика врача при полном вывихе одно или двухкорневого зуба:

- 1) вправление зуба и иммобилизация;
- 2) после вправления зуба экстирпацию пульпы; (+)
- 3) операция реплантация;
- 4) электроодонтометрия;

Вопрос № 15

Тактика врача при обнажении края альвеолы после неосложненного удаления зуба:

- 1)провести пластику местными тканями;
- 2)провести альвеолотомию; (+)
- 3)ввести в лунку йодоформный тампон;
- 4)не проводить специальных манипуляций, наблюдение.

Вопрос № 16

При наличии воспаления в однокорневых зубах задержка эпителизации лунки наблюдается на:

- 1) неделю; (+)
- 2)2 недели;
- 3)3 недели;
- 4) задержки эпителизации не наблюдается.

Вопрос № 17

Для лечения альвеолита можно ли использовать турунду, обработанную антисептическими мазями?:

- 1)можно всегда;
- 2)можно, если используются гидрофильные мази; (+)
- 4)нельзя использовать;
- 3)можно, но в сочетании с дренажными устройствами.

Вопрос № 18

Можно ли тампонировать лунку йодоформным тампоном, если во время удаления зуба возникло осложнение - вскрытие дна верхнечелюстной пазухи?:

- 1)не рекомендуется; (+)
- 2)можно лишь в том случае, когда возникает постэкстракционное кровотечение;
- 3)можно лишь в случае гнойного воспаления верхнечелюстной пазухи;
- 4)можно во всех случаях.

Вопрос № 19

Средние величины ширины периодонта не изменяются при:

- 1)патологических процессах;
- 2)с возрастом;
- 3)нормальном функционировании зубочелюстной системы; (+)
- 4)потере зубов-антагонистов.

Вопрос № 20

При удалении зуба 4.6 определите правильное положение врача:

- 1)справа и спереди;
- 2)права и несколько впереди;
- 3)права и кзади. (+)

Вопрос № 21

Особенностью тканей периодонта является наличие:

- 1)коллагеновых волокон; (+)
- 2)эпителиальных клеток;
- 3)цементобластов;
- 4)плазматических клеток.

Вопрос № 22

При удалении нижних фронтальных зубов врач находится:

- 1)справа и сзади от больного;
- 2)слева и сзади от больного;
- 3)справа и несколько впереди от больного; (+)
- 4)слева и впереди больного.

Вопрос № 23

По локализации гранулемы различают:

- 1)апикальные и латеральные;
- 2)апикальные, апиколатеральные, латеральные и межкорневые; (+)
- 3)простая, сложная, кистогранулема;
- 4)апиколатеральные и межкорневые.

Вопрос № 24

При лечении альвеолита проводится:

- 1) кюретаж лунки;
- 2) кюретаж лунки, антисептическая обработка, местное медикаментозное лечение; (+)
- 3) тугая тампонада лунки;
- 4) промывание лунки антисептиками и тампонада.

Вопрос № 25

При наличии воспаления в многокорневых зубах задержка эпителизации лунки наблюдается на

- 1) 1 неделю;
- 2) 2 недели; (+)
- 3) 3 недели;
- 4) задержки эпителизации не наблюдается.

Вопрос № 26

При лечении альвеолита проводится:

- 1) кюретаж лунки;
- 2) кюретаж лунки, антисептическая обработка, местное медикаментозное лечение; (+)
- 3) тампонада лунки;
- 4) промывание лунки антисептиками и тампонада.

Вопрос № 27

Тактика врача при проталкивании корня во время удаления зуба в гайморову пазуху:

- 1) удалить корень через лунку;
- 2) проведение альвеолотомии;
- 3) проведение гайморотомии;
- 4) ушить лунку и направить больного на рентгенографию, дальнейшее наблюдение. (+)

Вопрос № 28

Слизистая оболочка альвеолярного отростка при остром гнойном периодонтите:

- 1) синюшная, пастозная, симптом «вазопареза» положительный;
- 2) гиперемированная, отечная, болезненная в пределах одного зуба, может быть инфильтрированной; (+)
- 3) без видимых изменений;
- 4) изъязвленная.

Вопрос № 29

Периодонтит - это:

- 1) воспалительный процесс, поражающий ткани только периодонта;
- 2) воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры; (+)
- 3) заболевание характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;
- 4) воспалительный процесс, поражающий только костные структуры.

Вопрос № 30

При удалении левых нижних моляров и премоляров врач находится:

- 1) слева и сзади от больного;
- 2) слева и несколько впереди от больного; (+)
- 3) справа и сзади от больного;
- 4) произвольное (любое) положение врача.

Вопрос № 31

Периодонтит в подавляющем большинстве случаев имеет происхождение:

- 1) медикаментозное;
- 2) инфекционное; (+)
- 3) травматическое;
- 4) наследственное.

Вопрос № 32

Необходимость удаления зачатка постоянного зуба может возникнуть, если он :

- 1) в зоне деструкции при хроническом воспалительном процессе;
- 2) в линии перелома без смещения отломков;
- 3) в полости зубосодержащей кисты; (+)
- 4) рядом со включенным вывихом временного зуба.

Вопрос № 33

Общие причины луночкового кровотечения:

- 1) высокое артериальное давление; (+)
- 2) высокая температура тела;
- 3) приступ бронхиальной астмы;
- 4) низкое артериальное давление.

Вопрос № 34

Выберите щипцы для удаления зуба 1.6 с сохраненной коронкой:

- 1) клювовидные с шипами и широкими щечками;
- 2) штыковидные (байонетные);
- 3) S-образные с шипом слева; (+)
- 4) S-образные с шипом справа;
- 5) прямой элеватор.

Вопрос № 35

Эпителизация лунки после удаления однокорневых зубов происходит:

- 1) на 10-12 день;
- 2) на 12-16 день;
- 3) на 16-18 день; (+)
- 4) на 20-22 день

Вопрос № 36

Через какой срок после инфаркта миокарда можно проводить плановое удаление зубов?:

- 1) через 1 неделю;
- 2) через 3-4 недели;
- 3) через 3 года;
- 4) через 3-6 месяцев. (+)

Вопрос № 37

На какой день после удаления зуба, на дне и боковых стенках лунки появляются остеодные балочки?:

- 1) через 1 неделю;
- 2) через 2 недели; (+)
- 3) через 3 недели;
- 4) через 4 недели.

Вопрос № 38

Правильная последовательность приемов удаления зубов щипцами:

- 1) продвижение, наложение, смыкание щечек, вывихивание и удаление зуба;
- 2) наложение, продвижение, смыкание щечек, вывихивание и удаление зуба; (+)
- 3) наложение, смыкание, продвижение щечек, вывихивание и удаление зуба;
- 4) смыкание, наложение, продвижение щечек, вывихивание и удаление зуба.

Вопрос № 39

Признаки повреждения дна гайморовой пазухи:

- 1) обильное кровотечение из лунки;
- 2) выраженный болевой синдром;
- 3) бессимптомно;
- 4) прохождение воздуха из носа в полость рта, кровотечение из носа. (+)

Вопрос № 40

При остром гнойном периодонтите есть ли изменения в анализах крови больного?:

- 1) изменений нет;
- 2) лейкопения и палочкоядерный сдвиг вправо;
- 3) лейкопения, эозинопения, лимфоцитоз;
- 4) лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, ускоренное СОЭ. (+)

Вопрос № 41

Боли при остром серозном периодонтите:

- 1) ноющие, нерезко выраженные, не иррадируют, усиливаются при накусывании; (+)
- 2) ноющие, резко выраженные, иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании;
- 3) острые, резко выраженные, иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва, не усиливаются при накусывании, увеличиваются по ночам;
- 4) острые, пульсирующие, иррадируют, положительная перкуссия, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, зуб как бы «вырос».

Вопрос № 42

Какие показания к плановому удалению зуба?:

- 1) острый гнойный периодонтит;
- 2) обострившийся хронический периодонтит;
- 3) хронический периодонтит; (+)
- 4) перелом в области коронки зуба.

Вопрос № 43

Первое раскачивающее движение при удалении зубов верхней челюсти делают:

- 1) вовнутрь кроме удаления шестого зуба;
- 2) всегда только кнаружи;
- 3) вовнутрь кроме удаления премоляров;
- 4) кнаружи, кроме удаления шестого зуба. (+)

Вопрос № 44

В какие сроки, после удаления зуба, лунка заканчивает заполняться мелкопетлистой губчатой костной тканью?:

- 1) на 30 сутки;
- 2) на 45 сутки; (+)
- 3) на 60 сутки;
- 4) через год.

Вопрос № 45

При перфорации верхнечелюстной пазухи, произошедшей во время удаления зуба, осложненной острым гайморитом (без наличия корня зуба в верхнечелюстной пазухе) показано:

- 1) срочное проведение гайморотомии с пластикой соустья;
- 2) плановое проведение гайморотомии с пластикой соустья;
- 3) промывание пазухи антисептическими растворами (для снятия воспаления); (+)
- 4) проведение местной пластики соустья без гайморотомии.

Вопрос № 46

Тактика врача при проталкивании корня во время удаления зуба в гайморову пазуху:

- 1) удалить корень через лунку;
- 2) проведение альвеолотомии;
- 3) проведение гайморотомии;
- 4) ушить лунку и направить больного на рентгенографию, дальнейшее наблюдение. (+)

Вопрос № 47

В какие сроки беременности не рекомендуется проводить плановое удаление зубов?:

- 1) 1-2 и 8-9 месяцы; (+)
- 2) 2-3 и 6-7 месяцы,
- 3) в 3-4 месяц;
- 4) в 5-6 месяц.

Вопрос № 48

При осложненном заживлении (альвеолите или остеомиелите) в какие сроки лунка рентгенологически неотличима от окружающей ткани?:

- 1) к 2-4 месяцу;
- 2) к 4-6 месяцу;
- 3) через 2 года;
- 4) к 8-10 месяцу. (+)

Вопрос № 49

Тактика врача при отсутствии сгустка в лунке после удаления зуба:

- 1) промыть лунку антисептиками;
- 2) провести кюретаж лунки; (+)
- 3) назначить антибиотики;
- 4) ввести в лунку марлевый тампон;
- 5) назначить ирригации полости рта.

Вопрос № 50

Каким методом нужно проводить удаление корня зуба, протолкнутого в верхнечелюстную пазуху?:

- 1) методом Пихлера;
- 2) методом гайморотомии с местной пластикой соустья; (+)
- 3) методом гайморотомии без местной пластики соустья;
- 4) оставить корень в верхнечелюстной пазухе до появления клинической симптоматики гайморита.

ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Уважаемый ординатор!

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволяют Вам проанализировать действия спасателя в различных ситуациях.

Рекомендации по изучению:

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

Задача 1. Вы - врач по специальности. Перед Вами пациент, анамнез собран, осмотр проведен, на ортопантограмме (ОПТГ) костно-деструктивные изменения в области апикальной части зуба, планируется его удаление. Хронический апикальный периодонтит зуба 1.4. Необходимые данные имеются в медицинской документации. Анестезия проведена. Информированное добровольное согласие подписано. Все производимые действия необходимо озвучивать.

Задача 2. Вы - врач по специальности. Перед Вами пациент, анамнез собран, осмотр проведен, на ортопантограмме (ОПТГ) костно-деструктивные изменения в

области апикальной части зуба, планируется его удаление. Хронический апикальный периодонтит зуба 3.5 Необходимые данные имеются в медицинской документации. Анестезия проведена. Информированное добровольное согласие подписано. Все производимые действия необходимо озвучивать.

Задача 3. Вы - врач по специальности. Перед Вами пациент, анамнез собран, осмотр проведен, на ортопантограмме (ОПТГ) костно-деструктивные изменения в области апикальной части зуба, планируется его удаление. Хронический апикальный периодонтит зуба 4.7 Необходимые данные имеются в медицинской документации. Анестезия проведена. Информированное добровольное согласие подписано. Все производимые действия необходимо озвучивать.

Задача 4. Вы - врач по специальности. Перед Вами пациент, анамнез собран, осмотр проведен, на ортопантограмме (ОПТГ) костно-деструктивные изменения в области апикальной части зуба, планируется его удаление. Хронический апикальный периодонтит зуба 3.6 Необходимые данные имеются в медицинской документации. Анестезия проведена. Информированное добровольное согласие подписано. Все производимые действия необходимо озвучивать.

Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Рекомендации по изучению алгоритмов

1. Подготовьте лоток к удалению зуба 1.4.
2. Подготовьте лоток к удалению зуба 3.5.
3. Подготовьте лоток к удалению зуба 4.7.
4. Подготовьте лоток к удалению зуба 2.1.

Продемонстрируйте преподавателю этапы удаления зуба.

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Тестирование	«ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется при условии 90-100% правильных ответов
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется при условии 75-89% правильных ответов
	«ТРИ БАЛЛА» выставляется при условии 60-74% правильных ответов
	«ДВА БАЛЛА» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов.
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа
Письменный опрос	«ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется студенту, если он владеет понятийным аппаратом, демонстрирует глубину и полное овладение содержанием учебного материала, в котором легко ориентируется
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется студенту, за умение грамотно излагать материал, но при этом содержание и форма ответа могут иметь отдельные неточности;
	«ТРИ БАЛЛА» выставляется, если студент обнаруживает знания и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно, непоследовательно, допускает неточности в определении понятий, не умеет доказательно обосновывать свои суждения;
	«ДВА БАЛЛА» выставляется, если студент имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажает их смысл.
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа
Проблемно-ситуационные задачи	«ПЯТЬ БАЛЛОВ» – студент правильно и полно проводит первичную оценку состояния, самостоятельно выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» – студент правильно проводит первичную оценку состояния, выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку. Допускаются отдельные незначительные затруднения при ответе; обоснование и итоговая оценка проводятся с дополнительными комментариями преподавателя;
	«ТРИ БАЛЛА» – студент правильно, но неполно проводит первичную оценку состояния пациента. Выявление удовлетворения каких потребностей нарушено, определение проблемы пациента возможен при наводящих вопросах педагога. Ставит цели и планирует врачебные вмешательства без обоснования, проводит текущую и итоговую оценку с наводящими вопросами педагога; затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации
	«ДВА БАЛЛА» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа
Практические навыки	«ПЯТЬ БАЛЛОВ». Студент проявил полное знание программного материала, рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются.
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА». Студент проявил полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности.
	«ТРИ БАЛЛА». Студент проявил знания основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности, но допустил не более одной принципиальной ошибки, рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима.
	«ДВА БАЛЛА». Студент обнаружил существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа
Защита реферата	«ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется, если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
	«ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется, если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
	«ТРИ БАЛЛА» выставляется, если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
	«ДВА БАЛЛА» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы
	«НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета по зачетным билетам, содержащим два теоретических вопроса (в устной форме), один практический вопрос (в форме демонстрации практических навыков)

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Оценка	Критерии
Отлично	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно- следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.
Хорошо	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному
Удовлетворительно	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно- следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Практические работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки
Неудовлетворительно	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Практические работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Опрос (сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнез развития и болезни).
2. Общий осмотр. Исследование стоматологического статуса.
3. Осмотр полости рта. Инструментальное исследование (зондирование, перкуссия).
4. Дополнительные методы исследования (витальное окрашивание, одонтодиагностика, прицельная рентгенография, электрометрия, трансиллюминация, тесты для прогнозирования кариеса).
5. Медицинская документация, учетные формы.
6. Клинико-рентгенологические признаки заболеваний зубов и пародонта.
7. Современные адгезивные протоколы.
8. Пломбирование зубов без препарирования.
9. Основные элементы инструментов для удаления зубных отложений ручным способом.
10. Алгоритм проведения профессиональной гигиены полости рта ручным способом.
11. Понятие и структура внутренней картины болезни больного.
12. Психологические факторы формирования внутренней картины болезни у больного.
13. Понятие и компоненты отношения больного к болезни.
14. Типы отношения больного к болезни.
15. Понятие и признаки профессионального общения в медицине.
16. Психологические факторы эффективности профессионального общения в медицине.
17. Ожидания больного и их роль в профессиональном общении в медицине.
18. Проблема информирования пациента о болезни и лечении в профессио-нальном общении врача.
19. Модели взаимодействия врача и пациента.
20. Виды общения и типы поведения врача с пациентом.
21. Понятие и причины возникновения ятрогенных заболеваний при взаи-модействии врача и пациента.
22. Понятие, структура, причины возникновения конфликта в медицинском учреждении.
23. Правила бесконфликтного поведения и стратегии поведения в конфликте.
24. Внезапная потеря сознания, дифференциальная диагностика обморока от комы, неотложная помощь.
25. Показания и противопоказания к сердечно-легочной реанимации.
26. Алгоритм помощи при остановке дыхания и кровообращения.
27. Стадии СЛР по П.Сафару.
28. Реанимационный алфавит.
29. Комплекс «АВС».
30. Электрическая дефибрилляция (техника, ошибки).
31. Критерии эффективности сердечно-легочной реанимации.
32. Критерии прекращения реанимации.
33. Какие осложнения могут возникнуть при проведении непрямого массажа сердца.

Перечень практических заданий для проверки практических навыков

1. Алгоритм бесконфликтного общения с пациентом (родственником пациента), провоцирующим конфликт.
2. Алгоритм обсуждения с больным назначенной терапии.
3. Алгоритм ответа на вопросы больного о прогнозе тяжелого заболевания.
4. Алгоритм выхода из затянувшейся беседы с больным.
5. Алгоритм действия врача при общении с пациентом по телефону.
6. Алгоритм оказания экстренной помощи при анафилактическом шоке.
7. Алгоритм оказания экстренной помощи при бронхообструктивном синдроме.
8. Алгоритм оказания экстренной помощи при obturации дыхательных путей инородным телом.

9. Алгоритм оказания экстренной помощи при эпилептическом приступе.
10. Алгоритм оказания базовой сердечно-легочной реанимации.
11. Алгоритм оказания расширенной сердечно-легочной реанимации.
12. Медикаментозная обработка сформированной полости
13. Техника проведения инфильтрационной анестезии
14. Техника проведения проводниковой анестезии
15. Техника проведения пальпации регионарных лимфатических узлов.
16. Техника проведения осмотра ВНЧС.
17. Техника пальпации жевательных мышц, поднимающих и опускающих нижнюю челюсть.
18. Техника проведения пломбирования полостей 1 класса.
19. Техника проведения пломбирования полостей 2 класса.
20. Техника проведения пломбирования полостей 3 класса.
21. Техника проведения пломбирования полостей 4 класса.
22. Техника проведения пломбирования полостей 5 класса.

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра «Обучающий симуляционный центр»
направление подготовки (специальность) 31.08.73. Стоматология терапевтическая.
дисциплина «Симуляционный курс»

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1.

**I.
II.
III.**

Заведующий кафедрой _____ (Юдаева Ю.А.)

Декан факультета _____

« 01 » сентября 2019г.

Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации

Симуляционное оснащение:

1. манекен с возможностью имитации аускультативной картины различных заболеваний сердца и легких, с функцией пальпации верхушечного толчка, визуализации вен шеи и пульсации центральных и периферических артерий, синхронизированных с сердечными фазами или симулятор для аускультации сердца и легких с синхронизацией показателей артериального давления и пульсации сосудов
2. многофункциональный робот-симулятор, позволяющий оценить состояние, выделить ведущие синдромы и оказать медицинскую помощь, в комплекте с оборудованием для проведения общемедицинских диагностических и лечебных вмешательств: имитации дыхательных звуков и шумов; визуализации экскурсии грудной клетки; имитации пульсации центральных и периферических артерий; генерации заданной электрокардиограммы на медицинское оборудование; речевого сопро-вождения; моргания глаз и изменения просвета зрачков; имитации аускультативной картины работы сердца, тонов/шумов сердца; имитация показателей АД и температуры тела через симуляционный монитор пациента
3. манекен взрослого пациента для обучения СЛР (лежащий на полу) с возможностью регистрации (по завершении) следующих показателей: глубина компрессий, положение рук при компрессиях, высвобождение рук между компрессиями, частота компрессий, дыхательный объём, скорость вдоха

Медицинское оснащение:

1. Стол рабочий
2. Стул
3. Кушетка
4. Раковина
5. Средства для обработки рук
6. Приспособление для высушивания рук
7. Стетофонендоскоп
8. Тонометр
9. Источник света (карманный фонарик)
10. Спиртовые салфетки
11. Смотровые перчатки
12. Настенные часы с секундной стрелкой
13. Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов (закрепленный пакет класс А, закрепленный пакет класс Б)
14. Телефонный аппарат
15. Тележка на колесиках для размещены оборудования, расходных материалов и лекарственных средств
16. Лицевая маска кислородная
17. Источник кислорода
18. Пульсоксиметр
19. Электрокардиограф
20. Бутылка питьевой воды без газа
21. Пластиковой одноразовый стаканчик
22. Термометр инфракрасный
23. Экспресс-анализатор глюкозы
24. Штатив для длительных инфузионных вливаний
25. Смотровые перчатки
26. Спиртовые салфетки
27. Шприц 20 мл с иглой 0,4-0,8 мм
28. Периферический венозный катетер 22 G
29. Система для внутривенных инфузий
30. Пластырь для периферического венозного катетера
31. Бинт нестерильный
32. Ампулы и флаконы, заполненные дистиллированной водой для имитации лекарственных средств).
33. Кожный антисептик в пульверизаторе
34. Салфетки для высушивания антисептика после его экспозиции
35. Напольный коврик
36. Учебный автоматический наружный дефибриллятор
37. Сменные электроды для автоматического наружного дефибриллятора
38. Пакет для отходов класса Б
39. Жесткий контейнер для отходов класса Б
40. Контейнер для дезинфекции инструментов.

41. Набор инструментов в имитации стерильной упаковки: (лоток, пинцет стоматологический, зеркало стоматологическое, зонд стоматологический, боры (шаровидный, фисурный, оливовидный, пиковидный, финиры), полировочная головка (резиновая силиконовая), полировочная щетка), пюстер, фотополимеризатор.
42. Пакет для отходов класса А
43. Контейнер для дезинфекции инструментов.
44. Набор инструментов в имитации стерильной упаковки: (лоток, пинцет стоматологический, зеркало стоматологическое, зонд стоматологический, карпульный шприц).

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1.	ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать: 1. Основные патологические состояния, клинические симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. 2. Физикальные, лабораторные, инструментальные и другие методы раннего выявления основных клинических симптомов, синдромов заболеваний и нозологических форм.	вопросы № 1-33
		Уметь: составить план обследования пациента, провести анализ полученных данных, диагностировать симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы и их осложнения, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней; проводить дифференциальный диагноз, оценивать тяжесть заболевания.	практические задания № 16-19
		Владеть: комплексом практических навыков, необходимых для диагностики основных заболеваний внутренних органов, навыками формулировки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	практические задания № 1-15 (раздел: проверка практических навыков)
2.	ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи	Знать: 1. Стандарты ведения и лечения пациентов терапевтического профиля 2. Основы оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме	вопросы № 1-33
		Уметь: 1. Интерпретировать данные обследования пациента с терапевтической патологией, планировать его индивидуальное лечение 2. Оказать медицинскую помощь при состояниях, угрожающих жизни больного	практические задания № 16-19
		Владеть: Алгоритмами действия специалистов первичной медико-санитарной помощи	практические задания № 1-19 (раздел: проверка практических навыков)
3.	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать: Основные методы анализа и синтеза информации, полученной в ходе коммуникации с пациентом	вопросы № 1-33
		Уметь: Абстрактно мыслить, анализировать и обобщать клинические симптомы, выявленные в ходе обследования пациента	
		Владеть: навыками абстрактного мышления, анализа и синтеза информации, полученной в процессе обследования и лечения пациента	практические задания № 1-19 (раздел: проверка практических навыков)

3. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

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

ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости.

ПК-11 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

ПК-12 готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

УК-2 готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся

Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины

Модуль 1. Современное состояние и тенденции общественного здоровья и здравоохранения в России

Тема реферата с электронной презентацией

1. Организация медицинской помощи по профилю «Стоматология общей практики».

Модуль 2. Применение информационных технологий в профессиональной деятельности врача

Примерные темы реферата с электронной презентацией

1. Терминологический аппарат телемедицины и электронного здравоохранения.
2. История телемедицинских проектов.
3. Эволюция систем дистанционной диагностики.
4. Основные технологии, применяемые в телемедицине.
5. Принципы построения телемедицинских систем.
6. Зарубежные модели телемедицины и электронного здравоохранения.
7. Понятие о PACS-системах.
8. Визуализация данных инструментальных исследований.
9. Особенности подготовки материалов для телеконсультаций.
10. Применение технологий видеоконференц-связи в телеконсультировании, дистанционном образовании, управлении.
11. Дистанционное образование за рубежом.
12. Нормативная база дистанционного образования.
13. Формы и перспективы дистанционного образования в России.
14. Применение телемедицинских технологий в управлении здравоохранением.
15. Интернет-ресурсы по электронному здравоохранению.

Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости в рамках модуля дисциплины

Критерии оценки электронной презентации

Баллы: 0 - позиция отсутствует 1 – слабо 2 – хорошо 3 - отлично
Требования
Структура (до 9 баллов)
количество слайдов соответствует содержанию и продолжительности выступления (для 7-минутного выступления рекомендуется использовать не более 10 слайдов)
наличие титульного слайда
оформлены ссылки на все использованные источники
Текст на слайдах (до 6 баллов)
текст на слайде представляет собой опорный конспект (ключевые слова, маркированный или нумерованный список), без полных предложений
наиболее важная информация выделяется с помощью цвета, размера, эффектов анимации и т.д.
Наглядность (до 9 баллов)
иллюстрации помогают наиболее полно раскрыть тему, не отвлекают от содержания
иллюстрации хорошего качества, с четким изображением
используются средства наглядности информации (таблицы, схемы, графики и т. д.)
Дизайн и настройка (до 12 баллов)
оформление слайдов соответствует теме, не препятствует восприятию содержания
для всех слайдов презентации используется один и тот же шаблон оформления
текст легко читается
презентация не перегружена эффектами
Содержание (до 9 баллов)
презентация отражает основные этапы исследования (проблема, цель, гипотеза, ход работы, выводы, ресурсы)
содержит ценную, полную, понятную информацию по теме проекта
ошибки и опечатки отсутствуют
Требования к выступлению (до 18 баллов)
выступающий свободно владеет содержанием, ясно излагает идеи
выступающий свободно и корректно отвечает на вопросы и замечания аудитории
электронная презентация служит иллюстрацией к выступлению, но не заменяет его
выступающий обращается к аудитории, поддерживает контакт с ней
при необходимости выступающий может легко перейти к любому слайду своей презентации
в выступлении отражен вклад каждого участника в работу группы (по возможности)

Перевод полученных баллов в итоговую оценку:

33– 45 баллов – оценка «отлично»

18 – 32 баллов – оценка «удовлетворительно»

менее 2 баллов – оценка «неудовлетворительно»

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль 1. Современное состояние и тенденции общественного здоровья и здравоохранения в России

Тема 1. Порядки организации медицинской помощи

Форма текущего контроля успеваемости

Устный опрос.

Выполнение практических заданий.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Вопросы для устного опроса:

1. Нормативно-правовое регулирование обязанностей медицинской организации соблюдать порядки МП и стандарты МП.
2. Структура и содержание порядков оказания МП.
3. Перечень порядков оказания медицинской помощи.
4. Структура и содержание стандарта МП.
5. Перечень стандартов медицинской помощи.
6. Практическое значение порядков МП и стандартов МП.

Практические задания для демонстрации практических умений и навыков:

Задание № 1.

Пользуясь системой Консультант (Гарант) найдите действующие порядки и стандарты медицинской помощи. Самостоятельно изучите нормативно-правовые документы соответствующие вашей деятельности.

Задание № 2. Оцените случай оказания медицинской помощи по предоставленной вам документации в соответствии со стандартом. Сделайте заключение о качестве оказания медицинской помощи.

Модуль 2. Применение информационных технологий в профессиональной деятельности врача

Тема 1. Цифровые технологии в здравоохранении.

Форма текущего контроля успеваемости

Тестирование.

Устный опрос.

Решение case-заданий.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Вопросы для входного тестирования:

1. Информация это:

- 1) степень соответствия реальному объекту
 - 2) степень близости к реальному состоянию явления
 - 3) сведения об окружающем мире и протекающих в них процессах
 - 4) текстовые данные, получаемые человеком при взаимодействии с социальной средой.
2. Свойство информации, отражающее истинное положение дел:

- 1) Понятность
- 2) Достоверность
- 3) Своевременность
- 4) Все ответы верны

3. Системообразующие факторы классификации МИС включают:

- 1) персонификация целей
- 2) объективность целей
- 3) степень и направленность агрегации информации на уровне выходных документов
- 4) Все ответы верны

4. Системообразующие факторы классификации МИС включают:

- 1) композиционность целей
- 2) персонификация целей
- 3) объективность целей
- 4) Все ответы верны

5. Технологические информационные медицинские системы:

- 1) обеспечивают информационную поддержку отношений врачи — больные
- 2) обеспечивают информационную поддержку отношений врач — больной
- 3) обеспечивают информационную поддержку отношений популяция территории — органы управления системой ее медицинского обслуживания
- 4) Все ответы верны

Вопросы для устного опроса:

1. Назовите основные положения Концепции развития телемедицинских технологий в РФ.
2. Перечислите направления информатизации в Государственной программе развития здравоохранения.
3. В чём состоят особенности региональных программ информатизации здравоохранения в области развития телемедицинских систем?
4. Нормативная база информатизации в федеральных законах в области здравоохранения (Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») и образования (Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»).
5. Законодательство в области информатизации и телекоммуникаций (Федеральный закон от 07.07.2003 г. № 126-ФЗ «О связи», Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», Защита персональных данных (Федеральный закон № 152-ФЗ «О персональных данных»).
6. Ведомственные приказы Минздрава РФ и Минобрнауки РФ в области телемедицины.

Case-задания для демонстрации практических умений и навыков:

Case-задание № 1.

В поликлинике пациент обращается к врачу за рецептом на льготное лекарство.

Задания:

- 1) Любой ли врач может выписать рецепт на льготное лекарство? Обоснуйте свой ответ.
- 2). Может ли льготный рецепт содержать любое лекарство, необходимое пациенту? Обоснуйте ответ.

Тема 2. Региональный сегмент ЕГИСЗ

Формы текущего контроля успеваемости

Тестирование.

Устный опрос.

Решение case-заданий.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Вопросы для входного тестирования:

1. UMLS – это номенклатура медицинских терминов, которая предназначена для:
 - 1) кодирования истории болезни при ведении пациента
 - 2) формализованного представления клинических протоколов и рекомендаций
 - 3) библиографического поиска публикаций по медицинской тематике
2. IDIF0-диаграмма может быть использована для представления модели:

- 1) зависимости показателей здоровья населения от вредных факторов окружающей среды
 - 2) организационной структуры медицинского учреждения
 - 3) временных параметров функционирования поликлиники
 - 4) потоков управления, данных и объектов деятельности при описании рабочих процессов
 - 5) причинно-следственных связей
3. LOINC – это номенклатура, предназначенная для:
- 1) формализованного описания и кодирования хирургических операций
 - 2) кодирования назначений и результатов лабораторных исследований
 - 3) описания и кодирования результатов осмотра пациента
 - 4) описания и кодирования результатов радиологического исследования
4. Технологии псевдонимизации данных используются для:
- 1) ведения базы данных при выполнении клинических испытаний
 - 2) формирования реестров на оплату медицинской помощи, оказанной по программе ОМС
 - 3) для ведения медицинских документов при анонимном оказании медицинской помощи
5. Формализация – это представление результатов наблюдения:
- 1) в виде рисунков, фотографий, аудиовидеозаписей
 - 2) в точных понятиях и определениях, выраженных в знаковой форме
 - 3) исключительно в виде кодов, формул, схем и т.д.

Вопросы для устного опроса:

1. Медицинская информационная система (МИС).
2. Системы выдачи и обслуживания льготных рецептов.
3. Системы удаленного мониторинга состояния здоровья пациентов.
4. Системы архивного хранения и доступа к медицинским изображениям.
5. Информационные системы, обеспечивающие информационную поддержку органов управления здравоохранением (ОУЗ).
6. Информационная система управления кадрами ОУЗ.
7. Информационная система управления финансами и материально-техническим обеспечением ОУЗ.
8. Информационная система управления организацией закупок на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг ОУЗ.
9. Информационная система электронного документооборота ОУЗ.
10. Региональные информационные порталы по вопросам здравоохранения.

Case-задания для демонстрации практических умений и навыков:

Case-задание № 1.

Вы работаете в регистратуре поликлиники. Информацию о пациентах, обращающихся на прием к врачу, Вы заносите в таблицу MS Access, в которой имеются поле «Фамилия врача», «ФИО пациента», «Дата приема».

1. В конце рабочего дня Вам нужно сгруппировать пациентов, обратившихся к одному и тому же врачу. Каким образом это можно сделать?
2. Вам нужно найти пациента по фамилии Владимиров, обратившегося в поликлинику 1 числа любого месяца. Каким образом вы это сделаете?
3. Как можно модифицировать структуру таблицы, чтобы отбор производился более качественно?

Case-задание № 2.

Вы работаете хирургом уже 5 лет, и на протяжении этого времени Вы ведете электронную базу данных о проведенных Вами операциях, исходах этих операций. Вас попросили предоставить статистические данные о проделанной Вами работе за 5 лет.

1. Каким объектом баз данных можно воспользоваться?
2. Поясните, можно ли в этом случае использовать MS Word?

Case-задание № 3.

В настоящее время в РФ происходит процесс создания единой государственной информационной системы здравоохранения. Основным социально-экономическим результатом создания системы станет повышение эффективности деятельности Минздрава России, подведомственных ему органов исполнительной власти, территориальных органов, фондов и общественных объединений в области здравоохранения, социального развития, труда, занятости.

Задания:

- 1) Какие этапы создания ЕГИСЗ выделяют?
- 2) В чем заключается эффективность внедрения ЕГИСЗ?

Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	<p>Оценка «отлично» выставляется за ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.</p> <p>Оценка «хорошо» выставляется за ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.</p> <p>Оценка «удовлетворительно» выставляется за ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.</p> <p>Оценка «неудовлетворительно» выставляется за ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.</p>
решение практических заданий	<p>Оценка «отлично» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.</p> <p>Оценка «хорошо» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.</p>

	Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
тестирование	Оценка «отлично» выставляется при условии 91-100% правильных ответов
	Оценка «хорошо» выставляется при условии 81-90% правильных ответов
	Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии 71-80% правильных ответов
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов.

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится по зачётным билетам, в устной форме.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Оценка «отлично» выставляется, если ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. На вопрос задачи обучающимся дан правильный ответ. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

Оценка «хорошо» выставляется, если ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. Обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если имеются нарушения в последовательности изложения или упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. Обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. Обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Организация контроля в сфере охраны здоровья.
2. Виды контроля качества и безопасности медицинской деятельности, их характеристика.
3. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.
4. Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.
5. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.
6. Охрана труда в медицинских организациях.
7. Права медицинских работников.
8. Обязанности медицинских работников.
9. Ответственность медицинских работников.
10. Нормативно-правовое регулирование обязанностей медицинской организации по соблюдению порядков и стандартов медицинской помощи.
11. Структура и содержание порядков оказания медицинской помощи.
12. Перечень порядков оказания медицинской помощи.
13. Структура и содержание стандарта медицинской помощи.
14. Перечень стандартов медицинской помощи.
15. Практическое значение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.
16. Виды информационно-телекоммуникационных технологий в практической деятельности врача.
17. Телемедицина.
18. Медицинские информационные системы.
19. Работа врача в РМИС Здравоохранение.
20. Основные понятия и задачи экспертизы нетрудоспособности в России.
21. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях. Обязанности лечащего врача, заведующего отделением.
22. Врачебная комиссия медицинской организации: состав, функции, организация деятельности.
23. Порядок выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности, общие положения.
24. Порядок выдачи листа нетрудоспособности при заболеваниях и травмах. Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу.
25. Порядок выдачи листа нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения.
26. Порядок выдачи листа нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.
27. Порядок выдачи листа нетрудоспособности при карантине и при протезировании.
28. Порядок выдачи листа нетрудоспособности по беременности и родам.
29. Порядок заполнения листа нетрудоспособности.
30. Медико-социальная экспертиза (МСЭ): основные понятия и классификации, используемые при проведении МСЭ: инвалид, инвалидность; основные виды нарушений функций организма и степени их выраженности; основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий.
31. Медико-социальная экспертиза (МСЭ): критерии установления степени ограничения способности к трудовой деятельности и критерии установления групп инвалидности. Правила признания лица инвалидом.

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

Практическое задание № 1.

Составьте недельный график работы врачей стоматологов стоматологической поликлиники, если в отделении имеется восемь занятых должностей врачей стоматологов и большее число посещений приходится на утренние часы. Предусмотрите в графике часы для проведения профилактических мероприятий.

Практическое задание № 2.

Составьте план работы врача-стоматолога терапевта на месяц, выделив в нем основные разделы работы.

Практическое задание № 3.

Составьте план работы врача-стоматолога хирурга на месяц, выделив в нем основные разделы работы.

Практическое задание № 4.

Составьте план работы врача-стоматолога ортопеда на месяц, выделив в нем основные разделы работы.

Практическое задание № 5.

По годовому отчету стоматологической поликлиники вычислите показатели доступности стоматологической помощи. Проанализируйте полученные данные и сделайте заключение.

Практическое задание № 6.

По годовому отчету стоматологической поликлиники вычислите показатели качества стоматологической помощи. Проанализируйте полученные данные и сделайте заключение.

Практическое задание № 7.

Медицинская сестра городской больницы постоянно опаздывала на работу, о чем стало известно главному врачу. Предупредив в устной форме, что в следующий раз она будет уволена, руководитель медицинского учреждения попросил заведующего отделением лично доложить о последующих опозданиях. Через неделю медицинская сестра вновь опоздала, после чего на следующий рабочий день ее попросили ознакомиться с приказом об увольнении и не допустили к работе.

1. Есть ли в данном случае правовые основания для увольнения?
2. Опишите основания и порядок наложения данного дисциплинарного взыскания.
3. Каким образом можно обжаловать действия администрации?

Практическое задание № 8.

В приемный покой городской больницы попутным транспортом доставлен пострадавший молодой человек, 24 лет, в состоянии травматического шока II степени. При осмотре установлен диагноз: двусторонний множественный перелом ребер. Дежурный врач назначил противошоковую терапию и передал назначение сестре В. для срочного выполнения. Медицинская сестра, не выполнив назначение, вышла в соседнее отделение, где находилась в течение 15 мин, а больной был один. По возвращении медсестра обнаружила больного мертвым.

К какому виду ответственности будет привлечена медицинская сестра?

Практическое задание № 9.

Дежурная медицинская сестра терапевтического отделения М., осуществляя уборку отделения, находясь в подсобном помещении, предназначенном для хранения моющих средств, не удержала ведро с теплой водой и опрокинула его на порошки и другие моющие средства, стоящие на полу. В результате того, что бумажная упаковка промокла, большое количество санитарных средств оказалось непригодно для дальнейшего использования. Старшая медицинская сестра отделения Ф. составила необходимые документы и передала их на рассмотрение администрации лечебного учреждения.

1. К каким видам ответственности будет привлечена медсестра М.?
2. Может ли медицинская сестра М. быть освобождена от ответственности, если на ее попечении находятся 3 малолетних детей?

Практическое задание № 10.

Старшая медицинская сестра отделения пульмонологии в течение 2 мес. подряд отказывалась пройти периодический медицинский осмотр и предоставляла справки об удовлетворительном состоянии своего здоровья из иных лечебных учреждений города.

За отказ в выполнении требований о прохождении медицинского осмотра приказами по учреждению медсестре первоначально был объявлен выговор, затем ее лишили премии по итогам работы за год. Через 8 дней после вынесения последнего взыскания медицинская сестра была уволена.

1. Правомерны ли действия администрации в объявлении взысканий?
2. Есть ли основания для увольнения?
3. Составьте алгоритм действий администрации учреждения в данном случае.

Практическое задание № 11.

Врач отделения пропустил рабочий день, предварительно уведомив заведующего отделением, что он не выйдет на работу в связи с прохождением амбулаторного обследования в поликлинике. Больничный лист за этот день представлен не был, в связи с чем врач был уволен приказом главного врача данного медицинского учреждения за прогул.

Правомерны ли действия главного врача? Если да, то при каких условиях? Какой нормативный документ регламентирует порядок увольнения работников? Какие действия в защиту своих прав может предпринять незаконно уволенный работник?

Практическое задание № 12.

Во время ночного дежурства медицинская сестра заметила очаг возгорания в одной из палат отделения и сообщила об этом дежурному врачу.

Какие действия должен предпринять дежурный врач для сохранения жизни и здоровья пациентов и медицинских работников больницы в данном случае?

Практическое задание № 13.

Закодируйте диагнозы в соответствии с МКБ X пересмотра: Хронический гранулематозный периодонтит 46. Одонтогенный медиастенит.

Практическое задание № 14.

Закодируйте диагнозы в соответствии с МКБ X пересмотра: Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева. Обострение. Перелом венечного отростка нижней челюсти слева.

Практическое задание № 15.

Закодируйте диагнозы в соответствии с МКБ X пересмотра: Флегмона подвисочной и крылонебной ямок справа. Перелом слуховой кости слева со смещением.

Практическое задание № 16.

Закодируйте диагнозы в соответствии с МКБ X пересмотра: Флегмона дна полости рта; Обострение хронического одонтогенного левостороннего гайморита, перфорация верхнечелюстной пазухи слева в области лунки 37.

Практическое задание № 17.

Закодируйте диагнозы в соответствии с МКБ X пересмотра: Альвеолит лунки 46. Рак верхней челюсти слева.

Практическое задание № 23.

Больной Б., возраст 42 года. Жалобы на наличие припухлости в щечной области справа, несильную боль в области припухлости. Анамнез: около 4-х месяцев назад появилась боль при накусывании в 16 зубе. 16 зуб ранее лечен, подобные обострения после лечения 16 зубе возникали неоднократно.

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 24.

Больной К., возраст 55 лет. Обратился в клинику с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области справа. Общую слабость, недомогание. Анамнез заболевания: около 1,5 месяцев назад, после простуды, появилась боль в 46 зубе, в поликлинике 46 зуб был удален. Через некоторое время обнаружил припухлость в поднижнечелюстной области справа, которая не изменилась в размерах.

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 25.

Больной С., 42 года обратился с жалобами на припухлость в околоушно-жевательной области справа, ограниченное открывание рта. Боль при глотании. Анамнез заболевания: 3 недели назад появилось ограниченное открывание рта и припухлость в околоушножевательной области справа, спустя 2 недели после переохлаждения появилась боль при глотании, повысилась температура тела, на протяжении недели все явления нарастали.

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 26.

Больной Д., возраст 30 лет. Жалобы: на припухлость, небольшую боль и свищевой ход со скудным гнойным отделяемым в поднижнечелюстной области. Анамнез заболевания: 3 месяца назад в результате травмы у больного возник перелом нижней челюсти в области 37,38 зубов. Находился на амбулаторном лечении. Проводилась иммобилизация поврежденной нижней челюсти назубными проволочными шинами с зацепными петлями, 37 зуб удален. Через месяц перелом консолидировался, шины сняли, но в поднижнечелюстной области слева появилась припухлость плотная и слабо болезненная. Припухлость медленно увеличивалась. Месяц назад кожа над припухлостью стала синюшной в центре истончилась, и открылся свищ с гнойным отделяемым.

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 27.

Больной поступил с жалобами на припухлость в нижнем отделе щечной области справа, наличие свищей с гнойным отделяемым. Из анамнеза известно, что два месяца назад после простуды появилась боль в области нижней челюсти справа, припухлость в этой же области. Наряду с этим из общих жалоб отмечались ознобы, общая слабость, недомогание. Получал консервативное лечение, противовоспалительную терапию. Острые воспалительные явления стихли, однако припухлость сохранилась. Постепенно стали формироваться свищи с гнойным отделяемым.

Составьте план маршрутизации пациента.

Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?

Практическое задание № 28.

У Андриющенко Антонины Николаевны (дата рождения – 25.07.1981 г.), разнорабочей СМУ № 1 г. Оренбурга, 15.08.18 г. заболел сын – Петров Николай Иванович, 6 лет. Врачом-стоматологом детского отделения стоматологической поликлиники № 2 г. Оренбурга (ГБУЗ «ГСП №2», г. Оренбург, Больничный проезд, 12а) Ивановой В.И., к которому обратилась Андриющенко А.Н., в тот же день был установлен диагноз: Острый герпетический стоматит. Подчелюстной лимфаденит. Ребенок нуждался в уходе. Был выдан листок нетрудоспособности с 15.08.18 г. по 17.08.18 г., который далее продлялся по 20.08.18 г. и с 20.08.18 г. по 23.08.18 г.; 23.08.18 г. – ребенок выздоровел. Амбулаторная карта стоматологического больного №00004125.

Оформите листок нетрудоспособности Андриющенко А.Н.

Практическое задание № 29.

Большая Иващенко Наталья Николаевна (дата рождения – 19.12.1969 г.), работница фирмы ООО «А7 Агро-Оренбургский молочный комбинат», с 3 по 14 ноября 2018 г. находилась на стационарном лечении в отделении ЧЛХ ГКБ № 1 (ГБУЗ «ГКБ №1», г. Оренбург, пр. Гагарина, 23; ОГРН 1025601037857) по поводу одонтогенной поднижнечелюстной флегмоны слева. 3 ноября 2018 г. ей была произведена операция вскрытия флегмоны. В стационаре был выдан больничный лист с 3 по 14 ноября 2018 г. Лечащий врач ЧЛ хирург Матвеев И.В. При выписке трудоспособность временно утрачена, больничный лист открыт. Направлена под наблюдение врача хирурга поликлиники по месту жительства. История болезни 00003801.

Оформите листок нетрудоспособности Иващенко Н.Н.

Практическое задание № 30.

Большая Комарова Валерия Николаевна (дата рождения – 02.10.1967 г.), работница фирмы «Оренсот», обратилась 18.07.18 г. в стоматологическое отделение поликлиники № 1 ГКБ № 1 г. Оренбурга (ГБУЗ «ГКБ №1», г. Оренбург, пр. Гагарина, 23; ОГРН 1025601037857) с диагнозом: Острый гнойный периостит верхней челюсти справа. Была проведена операция – периостотомия. Больная нетрудоспособна. Выдан листок нетрудоспособности с 18.07.18 г. по 20.07.18 г., далее продлен по 23.07.18 г. Лечащий врач стоматолог - хирург Фридман Г.В. Трудоспособность восстановлена. Амбулаторная карта стоматологического больного № 00002141.

Оформите листок нетрудоспособности Комаровой В.Н.

Практическое задание № 31.

Швецова Анастасия Григорьевна (дата рождения – 20.03.1984 г.), работница торгового дома «Восход», обратилась в детский филиал стоматологической поликлиники № 2 г. Оренбурга (ГБУЗ «ГСП №2», г. Оренбург, Больничный проезд, 12а) по поводу короткой уздечки языка, диагностированной у сына Швецова Василия Львовича, 5 лет. С 05.09.18 г. врачом хирургом-стоматологом Котовой А.В. проведена пластика уздечки языка. Ребенок нуждался в уходе. Выдан листок нетрудоспособности Швецовой А.Г. с 05.09.18 г. по 07.09.18 г. С 08.09.18 г. – ребенок здоров. Амбулаторная карта стоматологического больного № 00004125.

Оформите листок нетрудоспособности Швецовой А.Г.

Практическое задание № 32.

Большой Николайчук Владимир Иванович (дата рождения – 24.05.1969г.), работник ООО «Газпром Добыча Оренбург», обратился 17.02.12г. в Оренбургскую областную клиническую стоматологическую поликлинику (ГБУЗ «ООО КСП», г.Оренбург, ул. Пролетарская, 151) с диагнозом: Острый гнойный периостит верхней челюсти слева. Была проведена операция - периостотомия. Большой нетрудоспособен. Выдан листок нетрудоспособности с 17 по 20 февраля 2018 г., далее продлен по 22 февраля 2018 г. Лечащий врач стоматолог-хирург Гриднев И.В. Трудоспособность восстановлена. Амбулаторная карта стоматологического больного № 00003785.

Оформите листок нетрудоспособности Николайчук В.И.

Практическое задание № 33.

Большой Никоноров Андрей Иванович (дата рождения – 25.08.1958 г.), работник охранного предприятия «Защита», находился на лечении в отделении ЧЛХ ГБУЗ «ГКБ №1 (г. Оренбург, пр. Гагарина, 23; ОГРН – 1025601037857) с 01.11.18 г. с диагнозом: Одонтогенный синусит справа. Ороантральный свищ гайморовой пазухи справа. 03.11.18 г. проведена операция: Гайморотомия. Пластика свища. В стационаре находился с 01.11.18 г. по 10.11.18 г. Лечащий врач ЧЛ хирург Матвеев И.В. При выписке трудоспособность временно утрачена, больничный лист открыт. Направлен под наблюдение врача хирурга-стоматолога ГБУЗ «ГКБ №1». История болезни № 00024781.

Оформите листок нетрудоспособности Никонорову А.И.

Практическое задание № 34.

У Галимовой Назиры Шамильевны (дата рождения – 02.01.1979 г.), работницы фирмы «Оренпласт», заболела дочь Галимова Фаина Рафкатовна, 8 лет, по поводу чего она обратилась в детский филиал стоматологической поликлиники № 2 г., (ГБУЗ «ГСП №2», г.Оренбург, Больничный проезд, 12а), где ребенку 22.02.18 г. был поставлен диагноз: Острый гнойный периостит нижней челюсти слева, в тот же день проведена операция – периостотомия врачом стоматологом-хирургом Котовым А.В. Ребенок нуждался в уходе. Галимовой Н.Ш. выдан листок нетрудоспособности с 22.02.18 г. по 24.02.18 г., продлен далее по 27.02.18 г. Больничный лист закрыт. Амбулаторная карта стоматологического больного № 00006124.

Оформите листок нетрудоспособности Галимовой Н.Ш.

Практическое задание № 35.

У Сошниковой Марии Петровны (дата рождения – 12.02.1982 г.), работницы магазина «Европейские обои», в Оренбургской областной клинической стоматологической поликлинике (ГБУЗ «ООКСП», ул. Пролетарская, 151), была диагностирована ретенция 48 зуба. 08.08.18 г. ей проведена операция: Удаление ретенированного 48 зуба. Больная нетрудоспособна. Был выдан больничный лист с 08.08.18 г. по 10.08.18 г., далее продлен по 13.08.18 г. Лечащий врач хирург-стоматолог Онищенко И.Н. Трудоспособность восстановлена. Амбулаторная карта стоматологического больного №00004785.

Оформите листок нетрудоспособности Сошниковой М.П.

Практическое задание № 36.

Большой Сурейкиной Евдокии Николаевне (дата рождения – 07.05.1968 г.), работнице производственного объединения «Стрела», в Оренбургской областной клинической стоматологической поликлинике (ГБУЗ «ООКСП», ул. Пролетарская, 151) по поводу экзостозов альвеолярного отростка верхней челюсти слева 07.11.18 г. была проведена операция: альвеолоэктомиа. Был выдан листок нетрудоспособности с 07.11.18 г. по 09.11.18 г., далее продлен по 12.11.18 г. Лечащий врач хирург-стоматолог Николаева Г.М. Трудоспособность восстановлена. Амбулаторная карта стоматологического больного №00003273.

Оформите листок нетрудоспособности Сурейкиной Е.Н.

Практическое задание № 37.

Матвеева Мария Николаевна (дата рождения – 12.03.1981 г.), учитель средней школы № 41, обратилась 4 апреля 2018 г. в детское отделение Оренбургской областной клинической стоматологической поликлиники (ГБУЗ «ООКСП», ул. Пролетарская, 151) по поводу рваной раны нижней губы сына – Матвеева Ивана Андреевича, 6 лет. Врачом хирургом-стоматологом Павловой А.Н. проведена первичная хирургическая обработка раны. Ребенок нуждался в уходе. Матвеевой М.Н. выдан листок нетрудоспособности с 4 по 6 апреля 2018 г., далее был продлен по 9 апреля 2018 г. Больничный лист закрыт. Амбулаторная карта стоматологического больного №0000564.

Оформите листок нетрудоспособности Матвеевой М.Н.

кафедра общественного здоровья и здравоохранения № 1
направление подготовки 31.08.72 Стоматология общей практики
дисциплина Общественное здоровье и здравоохранение

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Структура и содержание стандарта медицинской помощи.
2. Виды информационно-телекоммуникационных технологий в практической деятельности врача.
3. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

Матвеева Мария Николаевна (дата рождения – 12.03.1981 г.), учитель средней школы № 41, обратилась 4 апреля 2018 г. в детское отделение Оренбургской областной клинической стоматологической поликлиники (ГБУЗ «ООКСП», ул. Пролетарская, 151) по поводу рваной раны нижней губы сына – Матвеева Ивана Андреевича, 6 лет. Врачом хирургом-стоматологом Павловой А.Н. проведена первичная хирургическая обработка раны. Ребенок нуждался в уходе. Матвеевой М.Н. выдан листок нетрудоспособности с 4 по 6 апреля 2018 г., далее был продлен по 9 апреля 2018 г. Больничный лист закрыт. Амбулаторная карта стоматологического больного №0000564.

Оформите листок нетрудоспособности Матвеевой М.Н.

Заведующий кафедрой _____ Е.Л. Борщук

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации _____ И.В. Ткаченко

« ____ » _____ 20 ____

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1.	УК-2 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Знать должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю ординатуры	Вопросы № 1 - 9
		Уметь осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом	Практические задания 8 - 9
		Владеть навыком обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	Практические задания 10 - 12
2.	ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	Знать методы изучения показателей общественного здоровья	Вопросы 7 - 9
		Уметь производить анализ медико-статистических показателей стоматологической заболеваемости	Практические задания 13 - 17
		Владеть навыком составления отчета о показателях состояния здоровья населения	Практические задания 5 - 6
3.	ПК-11 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знать общие вопросы организации медицинской помощи населению, порядок оказания медицинской помощи по профилю обучения в ординатуре	Вопросы 10 - 15
		Уметь разрабатывать маршрутизацию пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	Практические задания 23 - 27
		Владеть навыком составлением учетной и отчетной документации	Практические задания 28 - 37
4.	ПК-12 готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знать нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения медицинских экспертиз, выдачи листков временной нетрудоспособности, порядок оформления медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации, правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, в том числе в форме электронного документа, правила работы в информационных системах в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	Вопросы 16 - 31
		Уметь определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, для прохождения медико-социальной экспертизы, определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, заполнять медицинскую документацию, контролировать качество ее ведения, в том числе в форме электронного документа, использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»	Практические задания 28 - 32
		Владеть навыком проведения экспертизы временной нетрудоспособности, навыком оформления необходимой медицинской документации и направления пациентов для осуществления медико-социальной экспертизы, навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	Практические задания 33 - 37

4. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Педагогика»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

В результате изучения дисциплины у обучающегося в ординатуре формируются следующие компетенции:

УК-2: готовность к управлению коллективом, готовность толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

ЗНАТЬ о закономерностях процесса межличностного восприятия, общения, стратегиях предотвращения и решения конфликтных ситуаций; методы общения в коллективе основанного на толерантном взаимодействии

методы общения в коллективе основанного на толерантном взаимодействии.

УМЕТЬ учитывать особенности социального, этнического, конфессионального и культурного многообразия в управлении и воспитании коллектива

ВЛАДЕТЬ правилами толерантного взаимодействия в процессе профессионального общения.

УК-3: готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

ЗНАТЬ основы педагогической деятельности в равноуровневом медицинском и фармацевтическом образовании в соответствии с нормативной базой. Основные современные педагогические принципы и методы обучения и воспитания.

УМЕТЬ применять знания педагогических методов и технологий в профессиональной деятельности, планировать и проводить занятия с учащимися разных возрастных категорий; формулировать цели занятия, подбирать формы контроля.

ВЛАДЕТЬ методами педагогического общения с пациентами и коллегами.

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины «Педагогика»

Тема 1: Медицинская педагогика как наука

Форма(ы) текущего контроля успеваемости:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания, представленные в виде схемы (карты)
- Заполнение таблицы

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Задание

Обсуждаемые вопросы:

1. Медицинская педагогика – как интеграция педагогической и медицинской науки.
2. Компетентностный подход в образовании и профессиональной деятельности врача.
3. Структура личности специалиста.
4. Самообразование и самовоспитание личности специалиста медицинского или фармацевтического профиля.

2. Практические задания:

Работа с индивидуальными карточками в малых группах.

Задача – составить ответ на полученный вопрос в виде схемы (карты.)

Карточки

- 1) Если бы вы были министром здравоохранения и социального развития РФ, то какие действия вы бы предприняли для повышения конкурентоспособности выпускника российского медицинского вуза?
- 2) Каково соотношение медицинского образования с общим и профессиональным? В чем их взаимосвязь?
- 3) Какие качества личности необходимо формировать специалисту медицинского или фармацевтического профиля? Постройте схему «Личностные качества»
- 4) В каком соотношении находятся профессии: медицинский работник, фармацевт, провизор врач и т.д. и учитель, воспитатель? Выделите, что объединяет данные профессии.
- 5) Как проявляется воспитательная функция специалиста медицинского и фармацевтического профиля, в чем ее роль?
- 6) Из каких главных компонентов складываются педагогические аспекты повседневной деятельности медика любой специальности и специалиста в области фармации?
- 7) Постройте схемы «Требования к личности врача» или «Требования к личности выпускника фармацевтического факультета».
- 8) Как соотносятся социализация, воспитание и развитие личности?

3. Задание

Прочитайте следующий литературный отрывок из произведения А.С. Макаренко «Педагогические сочинения»:

«Я не обладаю педагогическим талантом и пришел в педагогику случайно, без всякого на то призвания... Я проработал 32 года, и всякий учитель, который проработал более или менее длительно, - мастер, если он не лентяй».

Поразмышляйте над данным утверждением и свои размышления обоснуйте и запишите в таблице

Я согласен с А.С. Макаренко, так как...	Я не согласен с А.С. Макаренко, так как...

Тема 2: Характеристика процесса обучения.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания, представленные в виде схемы (карты)
- Заполнение таблицы

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Структура процесса обучения. Характеристика его основных компонентов. Структура учебного занятия.
2. Основные методы обучения – лекция, беседа, практические методы.
3. Формы учебной деятельности: индивидуальная, парная, групповая – их характеристика, преимущества и недостатки.
4. Методы контроля знаний и умений.

Практические задание

Задание 1.

Индивидуальная работа с учебным материалом. Форма контроля наличие выполненного задания.

Изучите иерархию целей по Блуму и используя данный материал составьте цель и задачи к практическому занятию с пациентами по вопросам профилактики (тему выберите исходя из профессиональных интересов) по следующей схеме:

Тема занятия: «...»

Цель занятия:

Задачи занятия: образовательные:... развивающие:.. воспитательные:..

Задание 2.

Работа в малых группах. Форма контроля наличие выполненного задания представленного в виде схемы (карты).

На основании выполненного задания 1 (выберите один вариант из трех предложенных тем вашими однокурсниками) и составьте схему (карту) проведения беседы с пациентом.

Задание 3.

Решение ситуационных задач с последующим обсуждением в группе

Ситуационная задача 1.

По данным исследования американского педагога Б. Блума каждый учебный год младший школьник решает приблизительно 200 задач и заданий и столько же раз подвергается традиционному оцениванию. В средней школе ежегодно он получает оценки до 2000 раз. Б. Блум придерживался мнения, что около трети школьников благодаря своим высоким положительным отметкам становятся привилегированными. Но другая треть детей становится жертвой, теряет всякий интерес к школе. Эти дети деморализованы, часто доведены до неврозов. Оценочный приговор ставит их на безысходные позиции, без шансов на успех, потому что вызывает образ неудачника.

-Согласны ли вы с этой позицией?

- Как этот взгляд соотносится с обучением взрослых?

-Какие альтернативы традиционной системе оценивания вы можете привести?

Дайте развернутый ответ на поставленные вопросы.

Тема 3: Андрагогический подход к организации процесса обучения в системе ДПО и медицинской организации.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания
- Заполнение таблицы
- Решение ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Система дополнительного профессионального образования – структура, цели, виды ДПО, нормативная документация.
2. Андрагогика – как наука об образовании взрослых.
3. Андрагогические принципы обучения взрослых.
4. Непрерывное образование врача – понятие, задачи, основные подходы. Значение непрерывного образования врача для совершенствования профессиональной деятельности.
5. Нормативные акты об образовании.

Практическое Задание 1.

Работа в малых группах. Форма контроля – после заполнения таблицы защита полученной модель» занятия.

Данное задание студенты ординатуры выполняют в малой группе 4–5 человек. Необходимо заполнить таблицу, в которой заданы определенные условия: определенный возраст обучающихся (пациентов), обобщенная учебная цель, задачи обучения. Необходимо подобрать к предложенным параметрам методы обучения и контрольные задания. В последней графе надо отметить особенности организации процесса обучения, на которые необходимо обратить внимание.

№	Возраст учеников - пациентов	Учебная цель обобщенная	Задачи обучения	Методы обучения	Контрольные задания	Особенности организации обучения
	14-18 лет					
	20-22 года					
	35-40 лет					
	50-55 лет					
	65-70 лет					
	Более 80 л.					

Задание 2.

Решение ситуационных задач с обсуждением в группе. Форма контроля ответ поставленные вопросы в задаче

Ситуационная задача 1.

Основываясь на результатах, приведенных ниже исследований, сформулируйте рекомендации для повышения эффективности усвоения учебного материала в каждой из четырех групп.

1. Первая группа испытуемых читала учебный материал 5 раз и через 4 час в их памяти сохранилось около 15 % прочитанного. Вторая группа 1 раз читала материал учебного пособия и один раз воспроизводила, продемонстрировав в среднем 26% усвоения. Третья группа испытуемых 1 раз читала текст и 4 раза воспроизводила. Результаты усвоения материала в третьей группе составили 48%.
2. Три группы молодых людей обучались печатанию. Первая группа занималась 10 дней по 10 часов, вторая 25 дней по 4 часа, третья - 50 дней по 2 часа. Значительно лучше обученной оказалась третья группа.
3. Две группы испытуемых заучивали слова. Одной группе объявили, что опрос будет проводиться через 2 дня, а другой – через 2 часа. Когда через 2 дня испытуемых обеих групп попросили вспомнить заученный материал, члены второй группы не смогли вспомнить слова, заученные накануне.
4. После одноразового прослушивания объяснения преподавателя в долговременной памяти остается около 10% сведений, после самостоятельного чтения – 30%, после показа изучаемого материала, сопровождающегося объяснением и активным наблюдением – 50%, после самостоятельных практических действий –90 %.

Тема 4: Методы и формы воспитания.

Формы текущего контроля:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания
- Заполнение таблицы
- Решение ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Понятие воспитания в педагогике.
2. Характеристика процесса воспитания.
3. Формы и средства воспитания.
4. Методы воспитания: убеждение, метод примера их особенности реализации в профессиональной деятельности специалиста медицинского и фармацевтического профиля.
5. Методы воспитания: приучение, поощрение, наказание – их особенности реализации в профессиональной деятельности медицинского и фармацевтического профиля.

Практическое Задание 1.

Работа с карточками в малых группах.

Карточка 1.

Что вы понимаете под методом воспитания? Из приведенных ответов выберите правильный, указав на ошибочность остальных.

1. Методы воспитания – это способы воздействия воспитателя на сознание и волю воспитанников с целью формирования в них желаемых качеств.
2. Метод воспитания – это деятельность воспитателя, в результате которой воспитанники усваивают необходимые правила поведения.
3. Под методами воспитания следует понимать деятельность учителя, руководителя коллектива и учащихся и коллег с целью активизации их общественно полезной деятельности.

Карточка 2.

Что такое поощрение? Из приведенных ответов выберите один правильный, обосновав ошибочность остальных.

1. Поощрение – способ педагогического воздействия на воспитанника, работника выражающий положительную оценку воспитателем поведения воспитанника, работника с позиций интересов коллектива с целью закрепления положительных качеств.
2. Поощрение – это метод воспитания, который предполагает вынесение в благодарности с целью его успокоения.
3. Под поощрением следует понимать такой метод воспитания, когда поощряется воспитанник, работник с целью формирования у него положительного отношения к своим обязанностям.

Карточка 3.

Что такое наказание? Из приведенных ответов выберите правильный, обосновав ошибочность других.

1. Наказание – это решающий фактор торможения отрицательных действий воспитанника с целью формирования у него боязни за свои неверные действия.
2. Наказание – метод воспитания, который представляет не что иное, как проявление формы требования к коллективу.
3. Под наказанием необходимо понимать способ воздействия воспитателя на воспитуемого с целью торможения его отрицательных поступков.

Карточка 4.

Есть ли взаимосвязь между обучением и развитием? В чем проявляется эта взаимосвязь?

Из предложенных альтернативных суждений выберите то, в котором наиболее полно выражена ваша точка зрения на эту проблему:

1. Развитие и обучение – процессы взаимосвязанные.
2. Развитие детерминировано биологическими факторами. Оно осуществляется по своей генетической программе. Несомненно, что благодаря успешной или неуспешной реализации этой программы обучение может проходить с разной степенью интенсивности.
3. Обучение представляет собой сложный процесс овладения знаниями, умениями и навыками. Нередко случается, что человек нигде и не учился, но имеет высокий уровень развития.
4. Интеллект человека – сложное анатомо-психологическое образование. До сих пор до конца не понятны законы его развития. В процессе обучения человек лишь в определенной мере пользуется этим богатством.

Карточка 5.

А. С. Макаренко писал: «На самом деле главные основы воспитания закладываются до пяти лет, и то, что вы сделали до пяти лет, – это 90% всего воспитательного процесса, а затем воспитание продолжается, обработка человека продолжается, но в общем вы начинаете вкушать ягодки, а цветы, за которыми вы ухаживали, были до пяти лет» (Макаренко А. С. Педагогические сочинения: В 8 т. – М.: Педагогика, 1984. – Т. 4. – С. 215).

Каково ваше отношение к этому высказыванию А. С. Макаренко?

Из приведенных примеров выберите ответ, наиболее полно отражающий вашу точку зрения на эту проблему. Аргументируйте свой выбор.

1. А. С. Макаренко не учитывает особенностей анатомо-физиологического и социально-психического развития детей различных возрастных групп. Поэтому в каждом возрасте есть свои «основы» морали, свое содержание воспитания, которое и необходимо усваивать, Задача воспитателей и заключается в том, чтобы установить, что является главным в каждом возрасте, этому учить и воспитывать.
2. А. С. Макаренко, несомненно, прав. Ведь до пяти лет ребенок овладевает значительным пластом социального опыта: языком, нравственными правилами поведения и т. п. В этот период закладываются такие важные качества, как доброта, чувства, привычки, уважение к людям, бережное обращение с вещами, трудолюбие, аккуратность и др. А это и составляет прочный фундамент нравственного богатства личности.
3. А. С. Макаренко прав: для воспитания возраст до пяти лет имеет первостепенное значение. Но он рассматривает этот вопрос односторонне. Сомнительно, что до пяти лет закладываются ведущие элементы воспитанности. Думается, что главное в другом, важно сформировать в этом возрасте волю, чувства ребенка. Это и будет важнейшей предпосылкой формирования нравственного богатства личности.
4. А. С. Макаренко не прав, нельзя искусственно делить жизнь воспитанников на два периода: до пяти и после пяти лет. Ведь второй период составляет 10-12 лет, а на него он отводит лишь 10 % воспитательных воздействий, А основные качества формируются во втором периоде: мировоззрение, чувства дружбы, любви, патриотизма.
5. Воспитывая ребенка до пяти лет, необходимо обратить внимание на главное – здоровье, поэтому родители должны позаботиться, чтобы в ребенок рос физически здоровым, владел гигиеническими навыками. В эти годы ребенок еще ничего не понимает о нравственных нормах, правилах. Все эти качества будут сформированы позже, когда ребенок пойдет в школу. Нет оснований соглашаться с мнением А. С. Макаренко.

Практическое задание 2

Ситуационная задача 1.

«В человеческой жизни есть еще один сильный стимул – престиж. Человек, потерявший удовольствие от напряжения, от высоких достижений в труде, не рассчитывающий на престиж в сфере труда, ищет выход своей личности в других сферах. Возникают пороки. Это всевозможные химические средства, изменяющие психологическую настроенность и создающие иллюзию удовольствия. Один порок мы уже пожинаем – алкоголизм. Я считаю, что мы уже сейчас убавили необходимый и напряженный труд ниже доступного уровня. Природа диктует определенный уровень необходимости в работе, ниже которого опускаться нельзя. Если ориентироваться на уровень счастья пассивных людей, которые согласны на счастье «поменьше», лишь бы работа была «полегче», тогда мы снизим уровень всех остальных людей. И, значит, эффективность нашего общества в целом. А главное, понизим потенциал будущего поколения. А это опасно.» (Амосов Н. М. «Жизнь человека и условия ее прочности»)

Проанализируйте эту мысль Н.М. Амосова. Автор прав или заблуждается? Как бы вы изменили систему воспитания с целью преодоления данных тенденций?

Ситуационная задача 2

Сформулируйте цели, задачи к занятию, определите место и время проведения занятия, дайте характеристику юной аудитории, методы, принципы и формы организации занятия на тему: «Курение — за и —против!». Характеристика аудитории: 15—18-летние подростки обоих полов подверженные сильному влиянию сверстников, особенно старших знакомых. Они, как правило, стремятся доказать свою оригинальность и в то же время «быть как все»; часто занимают заведомо враждебную позицию ко всему, исходящему от родителей и педагогов. Предполагается, что на занятие придут те, кто заинтересован проблемой и собирается участвовать в дискуссии.

Ответ: «Занятие для старшеклассников о вредных привычках»

Цель: Воспитание старшеклассников мотивации здорового образа жизни и обеспечение возможности обращения к специалисту за помощью в отказе от табакокурения.

Задачи: в ненавязчивой игровой форме дать учащимся старших классов представление о возможных осложнениях от табакокурения; ознакомить с рекомендациями по избавлению от данной зависимости тех из них, у кого она уже есть.

Место и время проведения: проводится в учебном помещении в учебное время (при исключении времени первых и последних уроков).

Методы и формы подачи материала: предпочтительна групповая лекция с элементами беседы. Наиболее результативно сочетание лекции о положительных и отрицательных сторонах курения.

Задание 3.

Изучив учебный материал, заполните таблицу «Методы воспитания». Форма контроля – после заполнения таблицы, следует представить свой вариант.

№ п	Классификация методов воспитания	Методы воспитания	Цель	Характеристика	Условия эффективности
1.	Методы формирования сознания личности				
2.	Методы организации деятельности и поведения				

3.	Методы стимулирования деятельности и поведения				
4.	Методы контроля, самоконтроля и самооценки				

Тема 5: Педагогическая деятельность врача.

Формы текущего контроля:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания
- представление презентаций
- Заполнение таблицы
- Решение ситуационных задач

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Общение – понятие, виды, цель, функции.
2. Перцептивная сторона общения понятие о восприятии и понимании в общении
3. Коммуникативная сторона общения – понятие, характеристика коммуникативного процесса.
4. Стили общения – понятие, характеристика.
5. Классификация стилей педагогического общения (можно использовать различные классификации, составить таблицу).
6. Эмоции *Функции эмоций. Эмпатия и проявление профессиональной толерантности специалиста медицинского и фармацевтического профиля*

Практическое задание 1

Микропреподавание: ординаторы выступают перед аудиторией со своими планами занятий, профилактическими лекциями, практическими занятиями и т.д., представляют презентации, а потом отвечает на поставленные вопросы или задают вопросы аудитории. Остальные студенты (ординаторы) слушают и оценивают его по соответствующим параметрам, представленным в таблице. Форма контроля – представленное задание и лист оценки.

Дается задание разработать и записать конспект, начинающийся обращением: «Здравствуйте студенты, пациенты, коллеги и т.д.». Текст должен быть интересным и конкретным, язык – простым, точным, образным, чтобы слушатели могли понимать, о чем идет речь. Продолжительность выступления от 5 до 15 минут.

При работе над текстом ответить на следующие задания:

1. Рассказать о педагогическом замысле своего выступления, дать обоснование выбору его содержания (лекция, беседа, практическое занятие и т.д.)
2. Определить задачу и обосновать логическую структуру.
3. Как вы решили эту задачу методически,
4. Какие требования к педагогической речи вы стремились соблюдать, составляя текст микропреподавания?

Остальные студенты слушают товарища и оценивают его по соответствующим параметрам, представленным в таблице.

«0» баллов – не владеет навыками педагогического общения (**нет**)

«1» балл – частично владеет навыками педагогического общения (**частично**)

«2» балла – хорошо владеет навыками педагогического общения (**да**)

Обсуждение полученных результатов по плану:

1. Что бы я позаимствовал у своего товарища.
2. Что бы я пожелал ему.

Практическое задание 2.

Назовите и опишите возможные обстоятельства медицинской практики, в которых возникает необходимость педагогических действий специалиста медицинского или фармацевтического профиля. Кому адресовано такое действие? Какие задачи решаются с его помощью?

Примерный ответ и выводы:

Педагогическое действие востребовано в обществе в случаях, когда накопленный опыт должен быть передан другому. Такого типа передача осуществляется и в малых ситуациях обучения, где адресатом выступает человек, не владеющий каким-либо предметом и способами какой-либо деятельности. В практике специалистов медицинского и фармацевтического профиля чаще всего такой фигурой является пациент, а специалист выступает как ретранслятор специальных знаний и умений.

Цель действий специалиста, принявшего на себя психолого-педагогическую позицию, заключается в установлении взаимодействия с другими на основе ценностно-смыслового комплекса идей здоровья, здорового образа жизни, его сохранения и поддержания. Эта позиция, этот взгляд на осуществляемую деятельность должны стать определяющими в профессиональных установках и действиях врача и других специалистов медицинского и фармацевтического профиля.

Практическое задание 3.

Работа в малых группах. Заполните таблицу (можно использовать результаты теста Айзенка на определение типа темперамента), представив рекомендации для эффективного межличностного общения врача и пациента с различным темпераментом. Форма контроля – заполненная таблица.

Врач/пациент	Холерик	сангвиник	меланхолик	флегматик
холерик				
сангвиник				
меланхолик				
флегматик				

Практическое задание 4.

Функции эмоций. Эмпатия и проявление профессиональной толерантности специалиста медицинского и фармацевтического профиля.

Представьте себе человека, полностью лишённого всех эмоций. Как протекали бы его психические процессы?

Какие; трудности возникли бы в процессе профессионального общения у специалиста с низким уровнем эмпатии?

Смог бы он проявлять толерантность? Какие проблемы он бы встречал при общении с людьми другой социальной, этнической, конфессиональной, возрастной и т.д. среды?

При обсуждении этой гипотетической ситуации выявляется важность эмпатии и толерантности для выполнения не только профессиональных функций, но и соблюдения общекультурных нравственных норм.

Практическое задание 5.

Решение ситуационных задач с обсуждением в группе. Форма контроля ответ на поставленные вопросы в задаче.

Ситуационная задача

Больной не хочет оперироваться у хирурга-женщины средних лет, а хочет у другого любого мужчины-хирурга. Она объясняет это тем, что хороших хирургов женщин не бывает и боится, что операция пройдет с осложнениями.

Как бы вы построили беседу с больным в случае, если его желание удовлетворить не представлялось бы возможным? Объясните, почему возникают барьеры в общении

Тема 6: Педагогическое общение как форма взаимодействия.

Формы текущего контроля:

- Устный опрос (беседа)
- практические задания
- Решение ситуационных задач

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для рассмотрения и обсуждения:

1. Интерактивная сторона общения – понятие, виды взаимодействия медицинский работник и пациент
2. Техники активного слушания.
3. Конфликт – понятие, стадии конфликта.
4. Стратегия разрешения и предупреждения конфликта.

Практическое задание 1

Работа с карточками (схемами) в группах в соответствии одной специальности. Обсудить представленное задание и представьте вариант ответа на поставленный вопрос. Форма контроля наличие выполненного задания и представление его .

Задание: Как меняются основные формы взаимодействия между врачом и пациентом в динамике лечебного процесса? Составьте схему.

Практическое задание 2.

Решение ситуационных задач с обсуждением в группе. Форма контроля ответ на поставленные вопросы в задаче.

Ситуационная задача 1.

Специалисты медицинского и фармацевтического профиля с 5-летним стажем работы, А., Б. и В., решили открыть частную педиатрическую клинику. Дела не пошли из-за того, что скоро у них появились взаимные претензии и конфликты. А. надеялся на большой коммерческий успех. Б. собирался реализовать в лечебном процессе свои новаторские идеи и заняться новыми интересными разработками в области педиатрии. В. радовался, что теперь он будет располагать своим временем, работая на себя, а не на государство.

Дайте характеристику конфликта, предложите стратегию его разрешения.

Ситуационная задача 2.

Старшая медицинская сестра А. в категоричной форме поручает молодой медицинской сестре Н. заменить заболевшую С. на воскресном дежурстве. Но у Н. другие планы на выходные, связанные с решением личных проблем. Старшая сестра настаивает.

Дайте характеристику конфликта, предложите стратегию его разрешения.

Ситуационная задача 3.

Преподаватель на занятии делает замечание студентам по поводу плохой посещаемости лекций. В ответ они утверждают, что подготовятся самостоятельно по учебнику и «чужим» лекциям, а напрасно тратить время они не намерены. После этого преподаватель проводит опрос по материалу лекции и выставляет двойки всей группе. Группа студентов отправляется к заведующему кафедрой и жалуется на предвзятое к ним отношение преподавателя.

1. Определите, к какому типу конфликтов соответствует данный инцидент.
2. Проанализируйте и оцените действия участников инцидента при условии: а) если это объективный инцидент; б) если это субъективный инцидент.

Какие пути управления конфликтом возможны?

Ситуационная задача 4.

Вы высказываете критические замечания в адрес своей подчиненной, она реагирует очень эмоционально. Вам приходится каждый раз свертывать беседу и не доводить ее до конца, вот и сейчас, после ваших замечаний она расплакалась. Как донести до нее свои соображения?

1. Выберите прием воздействия, наиболее соответствующий ситуации.
2. Охарактеризуйте внутренне как прием воздействия и укажите условия его использования.
3. Дайте характеристику идентификации как воздействия, укажите условия его использования

Ситуационная задача 5

Пациент, недоволен тем, что ему не назначали лекарство, от которого, по его мнению, его состояние улучшается (этот препарат ему назначал раньше другой врач). Пациент приходит к специалисту и в резкой агрессивной форме высказывает свое мнение, и не хочет слушать, что в связи с сопутствующими заболеваниями желаемый препарат ему противопоказан.

1. Является ли данная ситуация конфликтом? Если да, то, какого типа.
2. Какова стратегия поведения пациента?
3. Назовите объект и субъект конфликта.
4. Какие стратегии в конфликтной ситуации возможны?

Эталон ответа:

- 1) Этот конфликт является межличностным, открытым, конфликт интересов.
- 2) Соперничество - пытается отстоять свои интересы в том виде, как он их понимает.
- 3) Субъекты: специалист и пациент, объект - назначение фармакологического препарата (как кажется пациенту, неправильное).
- 4) Сотрудничество, конкуренция, компромисс.

Тема 7. Итоговое занятие по модулю/дисциплине «Педагогика». Зачёт

Форма(ы) контроля успеваемости:

- Устный ответ.
- Решение ситуационных задач

Оценочные материалы контроля успеваемости:

- Вопросы промежуточной аттестации.
- Ситуационные задачи.

Внеаудиторная самостоятельная работы ординаторов (контроль самостоятельной работы).

- доклады,
- практические задания;
- презентации мультимедийные;
- проект в виде методической разработки занятия.

Тема 1: Мотивация учебной деятельности.

Форма текущего контроля успеваемости

- доклады

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Темы для докладов:

1. Мотивация в жизни человека.
2. Мотив – понятие. Классификация мотивов.
3. Влияние мотивации на успешность учебной деятельности.
4. Способы формирования познавательной мотивации у обучающихся в школьном возрасте.
5. Способы формирования познавательной мотивации у обучающихся в дошкольном возрасте.
6. Способы формирования познавательной мотивации у обучающихся в подростковом возрасте.
7. Способы формирования познавательной мотивации у взрослых.
8. Мотиваторы и демотиваторы.
9. Влияние семьи на формирование мотивации.
10. Современные теории мотивации
11. Мотивация поведения. Осознанные и неосознанные мотивы.
12. Мотивы и смысл. Мотивация и здоровье. Мотивация и болезнь.
13. Способы мотивирования человека к ведению здорового образа жизни.
14. Мотивация достижения успеха и профессиональная деятельность

Тема 2: Психолого-педагогические характеристики личности в различные возрастные периоды жизни.

Форма текущего контроля успеваемости

- доклады, сообщения
- презентации;

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Темы для докладов (сообщений) и презентаций:

«Психолого-педагогические характеристики развития личности в...» (далее идет выбранный возрастной период) с точки зрения медицинской педагогики..

1. Грудной период: до 1 года
2. Раннее детство: 1-3 года
3. Дошкольный возраст: 3 года — 6-7 лет
4. Младший школьный возраст: 7 – 11 лет
5. Подростковый период 12-14
6. Юношеский период 15 -19
7. Молодость (зрелый возраст 1 период) 20 – 35
8. Взрослость (Зрелый возраст 2 период) 35 — 60 лет
9. Пожилой возраст: 55/60 — 75 лет
10. Старческий возраст: 75 — 90 лет Долгожители — 90 лет и более

Тема 3: Современные методы и формы обучения и воспитания.

Форма текущего контроля успеваемости

-практическое задание -составить карту (схему)

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Выполненная на основе подготовленной темы составляется карта (схема) проведения занятия обучающего, профилактического, диагностического и т.д. характера.

Темы для составления карты (схемы).

1. Круглый стол
2. Дебаты
3. Мозговой штурм, брейнсторминг, мозговая атака\|
4. Case-study или кейс-метод (анализ конкретных ситуаций, ситуационный ана-
5. Деловые и ролевые игры
6. Работа в малых группах
7. Метод обучения в парах (спарринг-партнерство)
8. Мастер класс
9. «Метод аквариума»
10. Метод Jigsaw

Тема 4: Методические и организационные аспекты проведения занятий с пациентами и студентами.

Форма текущего контроля успеваемости

- проект в виде методической разработки
- презентации мультимедийная;

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Итогом освоения данной темы является предоставление проекта в виде методической разработки занятия с пациентами или учащимися согласно рекомендованной схеме. Тема для проведения занятия выбирается исходя из специальности ординатора и актуальности темы, она может быть выполнена в составе малой группы. Тема согласовывается заранее с преподавателем, ведущим дисциплину. Работа предоставляется в письменном виде и в виде презентации.

Защита представленного проекта занятия. В выступлении ординатор раскрывает актуальность выбранной темы, цель занятия, этапы проведения занятия. Дает обоснование выбранному методу обучения и формам контроля усвоенных знаний и умений.

Регламент озвучивания – 5-10 минут. После каждого выступления выступающему задают 2-3 вопроса проблемного характера, на которые он дает исчерпывающие ответы

Примерная схема проекта методической разработки обучения пациентов или студентов (учащихся)

1. **Тема занятия:** _____
2. **Продолжительность занятия:** _____ минут (рекомендуется учитывать возраст, тему и цель занятия)
3. **Контингент пациентов:** отделение или пациенты кабинета (т.е. описать для кого это занятие)
4. **Мотивация** (раскрывается актуальность темы для пациента, отвечая на вопрос зачем? эта тема пациенту)
5. **Цель занятия** (формулируется обобщенно)

Задачи: (формулируются конкретно исходя из цели занятия)

Пациент (или например, студентов, учащийся, курсов) должен знать:

Пациент(или например, студентов, учащийся, курсов) должен уметь:

Образец плана проведения занятия, который должен составить ординатор:

№ п/п	Название этапа занятия	Время	Описание этапа занятия
1.	Организационно-мотивационный этап.		
2.	Оценка исходного уровня знаний		указывается форма контроля, например, фронтальный опрос, тестовый контроль
3.	Углубление знаний пациента (на этом этапе врач-преподаватель вводит новую информацию с помощью определенного метода обучения (в виде лекции, беседы, дискуссии и т.д.)		указать метод обучения
4.	Закрепление знаний и отработка умений (врач-преподаватель предлагает пациенту отработать умение либо на практике, либо через решение ситуационных задач и т.д.)		указать метод обучения
5.	Оценка конечного уровня знаний		Тестовый контроль
6.	Подведение итогов.		

6. Задания для оценки исходного уровня знаний (вопросы для фронтального опроса, вопросы закрытого типа).
7. Задания для закрепления знаний и отработки умений у пациента.

Примеры:

Отработка на практике пациентами и клиентами специалистов фармацевтического профиля:

- пеленание ребенка, измерение артериального давления, алгоритма пользования индивидуальным ингалятором, другим оборудованием, которое возможно приобрести в аптеке;

- отработка через решение ситуационных задач оценки показателей сахара в крови, рацион питания, уровня физической нагрузки при данном заболевании и т.д.;
 - отработка через решение проблемных ситуаций составление режима дня ребенка в определенном возрасте; или рациона питания в период обострения заболевания или в период ремиссии и т.д.
8. Эталоны ответов на задания для закрепления знаний и отработки умений – могут быть представлены как эталоны, так и алгоритмы отработки умений.
 9. Тесты для оценки конечного уровня знаний участвующих в занятиях (от 5 до 10 тестов).
 10. Эталон ответов на тесты для оценки конечного уровня знаний.
 11. Информационный блок для пациента (клиента) – предоставляется в виде основной информации объемом 2-4 страницы.

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный/письменный опрос/доклад	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
Собеседование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении.
проверка практических навыков : составление плана профилактического или учебного занятия	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если степень детализации плана высокая, позволяющая увидеть понятийно-категориальный аппарат исследуемой темы и логические связи между понятиями и фактами; оригинальность оформления.
	Оценка «хорошо» выставляется, если детализация плана достаточная, позволяющая увидеть понятийно-категориальный аппарат исследуемой темы и логические связи между понятиями и фактами.
	Оценка «удовлетворительно» выставляется, если выявлены только основные понятия темы, логические связи между понятиями и фактами выражены слабо.
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если не выявлен категориально-понятийный аппарат представленной темы, логические связи между понятиями и задачами не установлены.
контроль выполнения практических заданий (проект в виде методической разработки профилактического или учебного занятия), создание презентации	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если содержание является строго научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации; орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют; наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме; информация является актуальной и современной; ключевые идеи и слова в тексте выделены.
	Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту; орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют; наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация является актуальной и современной; ключевые слова в тексте выделены.
	Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту; есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки; наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация является актуальной и современной; ключевые слова в тексте чаще всего выделены.
	Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту; много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок; наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация не представляется актуальной и современной; ключевые слова в тексте не выделены.
	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
контроль выполнения практических заданий: решение ситуационных задач	Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
контроль выполнения практических заданий: составление/заполнение таблиц	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии четкой логичности и наглядности предложенной таблицы; правильности и аргументированности определения типов связи.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии наличия логичности и наглядности предложенной таблицы;

	правильности и частичной аргументированности определения типов связи между педагогическими понятиями, фактами.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии, если в таблице частично прослеживается наличие логических связей между педагогическими понятиями, фактами, их аргументированность слабая.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии, если в таблице отсутствуют обоснованность и аргументированность логических связей между педагогическими понятиями, фактами.

2.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в устной форме.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Оценка	Критерии
незачтено	Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически. Ответ не раскрывает полноту знаний по теме, в ответе не наблюдается умение выделять главное, использование приемов анализа, сравнения, обобщения, изложение знаний своими словами, приведение примеров, доказательств. Ответ логически не выстроен, в нем отсутствуют доказательства, опирающиеся на аргументы, аналитические данные и факты; ответ не выстроен в единстве теории и практики с подтверждением теоретических положений фактами, педагогическими ситуациями.
зачтено	Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора. Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. Выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера).

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Примерные вопросы к промежуточной аттестации:

- Медицинская педагогика – как пример интеграции педагогической и медицинской науки. Связь педагогики с другими науками.
- Основные направления развития профессионального медицинского и фармацевтического образования. Структура ДПО. Законодательная основа.
- Основные категории педагогики – образование, обучение, воспитание, развитие.
- Структура личности специалиста медицинского или фармацевтического профиля.
- Самообразование и самовоспитание личности специалиста медицинского или фармацевтического профиля.
- Структура процесса обучения. Характеристика его основных компонентов. Структура учебного занятия со студентами и пациентами.
- Мотивация познавательной деятельности. Особенности мотивации пациента в различные возрастные периоды жизни.
- Понятие целей и содержания в педагогике. Постановка целей и задач обучения. Требования к отбору и структурированию содержания для проведения занятия с пациентами.
- Основные методы обучения – лекция, беседа, практические методы. Их практическая реализация в профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
- Формы учебной деятельности: индивидуальная, парная, групповая особенности взаимодействия с пациентом в каждой форме обучения.
- Методы контроля знаний и умений. Особенности организации контроля знаний и умений при обучении студентов и пациентов.
- Система дополнительного профессионального образования – структура, цели, виды ДПО, нормативная база.
- Андрагогика – как наука об образовании взрослых. Организация обучения взрослых
- Андрагогические принципы и особенности обучения взрослых.
- Значение и особенности непрерывного образования для совершенствования профессиональной деятельности различных специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
- Методические обеспечение процесса обучения в образовательной и медицинской организации (фармацевтической).
- Понятие воспитания в педагогике. Характеристика процесса воспитания.
- Формы и средства воспитания, реализуемые образовательной и медицинской (фармацевтической) организации.
- Методы воспитания: убеждение, метод примера – их особенности реализации в профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
- Методы воспитания: приучение, поощрение и наказание – их особенности реализации в профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
- Семейное воспитание. Влияние семьи на формирование у пациента, направленности на сохранение и укрепление здоровья.
- Общение – понятие, виды, цель, функции. Значение общения в профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
- Перцептивная сторона общения – понятие о восприятии и понимании в общении. Значение перцепции в установлении контакта с пациентом и членами их семей.
- Коммуникативная сторона общения – понятие, характеристика коммуникативного процесса.
- Барьеры в общении с пациентом и способы их устранения.
- Стили общения – понятие, характеристика. Интерактивная сторона общения – понятие, виды взаимодействия с пациентом. Техники активного слушания.
- Конфликт – понятие, стадии конфликта.
- Стратегия разрешения и предупреждения конфликта.
- Публичные выступления в профессиональной деятельности специалистов медицинского или фармацевтического профиля.
- Толерантное взаимодействие как условие успешной профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

Ситуационные задачи.

Задача 1.

Вам предложено провести занятие для пациентов на тему: «Как восстановить движения после инсульта». Сформулируйте цели, задачи к занятию, определите место и время проведения занятия, дайте характеристику аудитории, методы, принципы и формы организации обучения на тему:

Ответ:

Тема: «Как восстановить движения после инсульта».

Цель: помочь пациентам отделения восстановительной терапии вернуть и активизировать двигательные навыки после перенесенного инсульта.

Задачи:

- Объяснить наиболее доброжелательно, с учётом социальных и этнических особенностей необходимость проведения лечебной гимнастики на раннем реабилитационном этапе;
- научить пациентов комплексу определенных упражнений;
- дать каждому из них возможность убедиться в объеме резервов его организма;
- провести показательную динамику состояния пациента.

Место и время проведения: палата отделения реабилитации; через 2 часа после завтрака.

Характеристика аудитории: пациенты любого возраста, любой социальной группы перенесшие инсульт с средней степенью тяжести заболевания, обеспокоенные в отношении своих двигательных возможностей и предполагающие, что утратили определенную часть объема движений навсегда. На занятии также могут присутствовать родственники, которые впоследствии помогут реабилитации пациента.

Методы и формы подачи материала: лекция с демонстрацией, комплекса упражнений, индивидуальный подход в ходе практического занятия, консультации.

Задача 2.

Сформулируйте цели, задачи к занятию, формы контроля к занятию, дайте характеристику аудитории, на тему:

– «Занятие для родственников тяжелобольных пациентов» Тема: «Уход за лежачими больными в домашних условиях».

Цель: обучить людей, не имеющих медицинского образования, приемам ухода за тяжелобольными лежачими родственниками в домашних условиях.

Задачи:

- научить присутствующих приемам совершения утреннего туалета лежачего больного;

- показать, как можно менять постельное белье с меньшим беспокойством для больного;

- ознакомить с методами и средствами борьбы с пролежнями.

Место и время проведения занятия: проводится в актовом зале поликлиники в пятницу вечером или в субботу утром.

Характеристика аудитории: родственники тяжело больных людей, представители разных возрастов и профессий, не имеющие медицинского образования, впервые столкнувшиеся с проблемой ухода за лежачими больными в домашних условиях.

Методы и формы подачи материала: репродуктивный метод обучения — наглядная демонстрация приемов ухода с элементами фронтальной организации формы обучения — лекция.

Задача 3.

Перечислите дополнительные материалы, которые могут использовать врачи в общении с разными категориями слушателей (пациентами, их родственниками, коллегами, учениками) для передачи специального медицинского содержания. В каких случаях врачу может понадобиться самостоятельное «изобретение» подобных учебно-методических материалов?

Ответ: памятки выполнения процедур, схемы, таблицы, графики, рекламные листовки, брошюры, муляжи, макеты и др.

Задача 4

Как врач может воздействовать на отношение своих пациентов к собственному здоровью? Сформулируйте задачи просветительской работы врача.

Ответ: Для изменения отношения и стратегии поведения людей в сфере здоровья проводят мероприятия, как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Врачи работают персонально с каждым пациентом, а целью общественного здравоохранения становится работа с отдельными социально-экономическими группами населения. Личностно ориентированная работа необходима, так как значительная часть населения рождается здоровой и становится больной в результате неправильного поведения и негативного влияния окружающей среды.

Задача № 5.

Пациенту требуется операция для излечения от тяжелого заболевания. Пациент после посещения столовой узнал, что в больнице лежат пациенты с рецидивами после аналогичной операции. Он оказался в замешательстве, и решил отказаться от операции, сообщив об этом лечащему врачу. Врач, узнав причину отказа, пригласил его на беседу с пациентом, излечившимся с помощью данной операции. Вопросы:

1. Является ли данная ситуация конфликтом?
2. Какой стратегией поведения воспользовался врач?
3. Какое развитие событий Вы предполагаете?

Эталоны ответов:

1. Нет, это конфликтная ситуация (предконфликт).
2. Соперничество (конкуренция) путем скрытого влияния.
3. Благоприятный исход при убедительности излечившихся пациентов и ведомости пациента. Неблагоприятный, при «неведомости» пациента и уверенности в рецидиве после операции.

Задача № 6.

Врач назначает пациенту плановую операцию. Пациент не считает целесообразным совершение данной манипуляции, учитывая, что возможным последствием операции является потеря трудоспособности или смерть пациента.

Вопросы:

1. Какой вид конфликта присутствует?
2. Какую стратегию поведения лучше выбрать врачу?
3. Опишите способ разрешения данного конфликта путем сотрудничества.

Эталоны ответов:

1. Конфликт межличностный, открытый.
2. сотрудничество Врач вместе с пациентом обсудит наиболее приемлемое лечение, с применением других методов, которые удовлетворят пациента и излечат заболевание.

Задача № 7

К врачу пришла пациентка К. 65 лет с претензией по поводу выписанных ей лекарств, так как она прочла в газете о более эффективных таблетках. На претензию доктор грубо возразил, что пациентка не компетентна в данном вопросе, а он имеет диплом врача и лучше знает, какие лекарства ей принимать.

Вопросы:

1. Кто является субъектом конфликта?
2. Какой вид конфликта присутствует?
3. Какую стратегию поведения в конфликтной ситуации выбрал врач?

Эталоны ответов:

1. Пациентка К. и врач.
2. Межличностный, социальный, вертикальный, антагонистический
3. Соперничество

Задача № 8.

Молодой врач, девушка с приятной внешностью, обычно пытается настоять на своем, логически убеждая всех в своей правоте, манипулирует окружающими и демонстративно игнорирует мнение несогласных с ней. Вследствие такого поведения у нее возникают проблемы во взаимодействии с коллегами. Коллектив отказывается с ней работать.

Вопросы:

1. Является ли данная ситуация конфликтом? К какому виду конфликта относится?
2. Назовите объект и субъект конфликта.
3. Опишите возможный вариант решения конфликта.

Эталоны ответов:

1. Да, между личностью и группой
2. Объект – поведение врача, субъекты – врач и рабочий коллектив
3. Врачу следует изменить свое поведение, научиться слушать других

Задача №9

Ординатор проводил обучение чистке зубов детей младших классов. Занятия проводились в подгруппах по 10 человек в специально оборудованном помещении в школе. После подробного рассказа о правилах чистки зубов и показа стоматологом действия на модели большинство детей сразу освоили основные приемы правильной чистки зубов. Однако нескольким детям, несмотря на то, что они с удовольствием участвовали в занятиях, это не удалось. Когда они пробовали сами почистить зубы или показать это на модели, оказалось, что они не запомнили движения или выполняли их неправильно.

Вопросы:

1. К какому возрастному периоду относятся ученики 1-го класса? Какие физиологические и психологические особенности свойственны детям данного возраста?
2. Правильно ли была выбрана групповая форма занятий для детей этой возрастной группы?
3. Предположите, какой ведущий канал восприятия информации (ведущая репрезентативная система) у детей, испытывавших трудности в обучении чистке зубов.
4. Какими психодиагностическими методами можно определить ведущую репрезентативную систему ребенка?
5. Какие приемы обучения будут более эффективны с такими детьми?

Эталоны ответов

1. Младший школьный возраст. Ведущая деятельность - учебная, внимание кратковременное, высок авторитет учителя и доверие к нему.
2. Да, т.к. дети этого возраста привыкли к групповой форме обучения, заинтересованы показывать свои знания и умения товарищам и взрослому, успешнее осваивают новые действия в коллективе (подражание).
3. Кинестетическая репрезентативная система («деятели»).
4. Наблюдение, беседа (можно с учителем, родителями), тестирование.
5. Индивидуальное моторное сопровождение (рука в руке), формирование зрительно-двигательной координации при индивидуальном или партнерском обучении.

Задача 10.

К вам пришли родственники пациентов из разных социальных и этнокультурных групп. Сформулируйте цели, задачи к занятию, формы контроля к занятию, дайте характеристику аудитории.

Составьте план доступного всем занятию я на тему: «Уход за лежачими больными в домашних условиях».

Примерный ответ:

Цель: обучить людей, не имеющих медицинского образования, приемам ухода за тяжелобольными лежачими родственниками в домашних условиях.

Задачи:

- научить присутствующих практическим приемам совершения утреннего туалета лежачего больного;
- показать, как можно менять постельное белье с меньшим беспокойством для больного;
- ознакомить с методами и средствами борьбы с пролежнями.

Характеристика аудитории: родственники тяжело больных людей, представители разных социальных групп, возрастов и профессий, не имеющие медицинского образования, впервые столкнувшиеся с проблемой ухода за лежачими больными в домашних условиях.

Методы и формы подачи материала: репродуктивный метод обучения — наглядная демонстрация приемов ухода.

Задача 11.

В каком случае медицинской практики или фармацевтической практики возникает необходимость педагогических действий?. Кому адресовано такое действие? Какие задачи решаются с его помощью?

Ответ: Педагогическое действие востребовано в обществе в случаях, когда накопленный опыт должен быть передан другому. Однако такого же типа передача осуществляется и в малых ситуациях обучения, где адресатом выступает человек, не владеющий каким-либо предметом и способами какой-либо деятельности.

Цель действий человека, принявшего на себя психолого-педагогическую позицию в практике медицины или фармации, заключается в установлении взаимодействия с другими на основе деятельности по сохранению и поддержанию здоровья пациента. Сам пациент, врач, другие медицинские работники, специалисты фармацевтического профиля причастны к сохранению здоровья и потому именно им вменяется в обязанность толерантное взаимодействие с пациентом.

Задача 12.

Какими методами и средствами, вы воспользуетесь в просветительской работе среди молодежи? Назовите, в каких мероприятиях Вы участвовали и какие методы оказались более успешными?

Ответ: Под методами просветительской деятельности понимаются основные способы проведения мероприятий, направленных на установление осознанного и ответственного отношения пациентов или потенциальных пациентов к своему образу жизни, здоровью и взаимодействию с врачом и медицинскими службами и специалистами фармацевтического профиля. Различаются и используются устные, наглядные и комбинированные методы.

Задача 13.

Пациент Б. 60 лет, обратился к врачу-стоматологу с желанием восстановить зубной ряд с помощью ортопедической конструкции. После осмотра и обследования врач объяснил пациенту, что конструкцию можно поставить только при удалении двух оставшихся зубов. Больной, недовольный предложенным вариантом лечения, покидает кабинет. В регистратуре клиники его успокаивают и предлагают обратиться к другому врачу. Зная о предыдущем конфликте, новый врач предложил пациенту другой способ лечения, который устроил пациента.

Вопросы:

1. Является ли данная ситуация конфликтом?
2. Кого можно считать субъектом этого конфликта?
3. Как бы Вы поступили в подобном случае на месте первого врача?

Эталоны ответов:

1. Да
2. Первый врач и пациент
3. Попытка найти компромисс, предложить сразу несколько вариантов лечения и предоставить пациенту выбор.

Задача 14

Если надо убедить пациента, какие качества вашей личности помогут в общении с пациентом? Какие компоненты общения, следует применять? От каких условий зависит выбор компонентов общения?

Ответ: эмпатия, толерантность; вербальные и невербальные компоненты общения.

Задача 15.

Молодой специалист фармацевтического профиля, работая в аптеке в сельской местности, обычно пытается настоять на своем, логически убеждая всех в своей правоте. Она считает, её знания современнее. Манипулирует окружающими и демонстративно игнорирует мнение несогласных. Вследствие такого поведения у нее возникают проблемы во взаимодействии с коллегами. Коллектив отказывается с ней работать.

Вопросы:

1. Является ли данная ситуация конфликтом? К какому виду конфликта относится?
2. Назовите объект и субъект конфликта.
3. Опишите возможный вариант решения конфликта.

Эталоны ответов:

1. Да, между личностью и группой
2. Объект – поведение молодого специалиста, субъекты – молодой специалист и рабочий коллектив
3. Молодому специалисту следует изменить свое поведение, научиться слушать других

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра истории Отечества _____
направление подготовки (специальность) ординатура _____
дисциплина Педагогика _____

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1 /

I. Значение и особенности непрерывного образования для совершенствования профессиональной деятельности различных специалистов медицинского и фармацевтического профиля

II. Барьеры в общении с пациентом и способы их устранения.

III. Решение ситуационной задачи.

Заведующий кафедрой _____ (_____)

Декан _____ факультета _____ (_____)

«_____» _____ 20__

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (вопросы)
1	<p>УК-2 готовность к управлению коллективом, готовность толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</p>	<p>Знать о закономерностях процесса межличностного восприятия, общения, стратегиях предотвращения и решения конфликтных ситуаций; методы общения в коллективе основанного на толерантном взаимодействии</p>	вопросы № 22-30-
		<p>Уметь учитывать особенности социального, этнического, конфессионального и культурного многообразия в управлении и воспитании коллектива</p>	практические задания (ситуативные задач) № 3, 8, 10
		<p>Владеть правилами толерантного взаимодействия в процессе профессионального общения .</p>	практические задания (ситуативные задачи) №5, 6, 7, 13,15
2	<p>УК-3 готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.</p>	<p>Знать основы педагогической деятельности в разноуровневом медицинском и фармацевтическом образовании в соответствии с нормативной базой. Основные современные педагогические принципы и методы обучения и воспитания.</p>	вопросы №1-6, 8, 10-13,15-21
		<p>Уметь применять знания педагогических методов и технологий в профессиональной деятельности, планировать и проводить занятия с учащимися разных возрастных категорий; формулировать цели занятия, подбирать формы контроля</p>	Вопросы:7, 9,14 практические задания (ситуативные задачи) № 1,11,12.
		<p>Владеть навыками педагогического общения с пациентами и коллегами,</p>	практические задания (ситуативные задачи) №2, 4, 9, 14

5. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-13. Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

ПК-3. Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

ПК-8. Готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

УК-1. Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.

Ординаторы за период прохождения дисциплины должны написать один реферат на любую из следующих тем:

Предлагаемые темы рефератов:

1. Санитарно-гигиенические требования к пунктам временного размещения (ПВР).
2. Санитарно-гигиенические требования к убежищам и противорадиационным укрытиям.
3. Организация защиты продовольствия и воды в период чрезвычайных ситуаций. Способы дезактивации, дегазации и обеззараживания продуктов питания и воды.
4. Организация питания в период чрезвычайной ситуации.
5. Организация водоснабжения в период чрезвычайной ситуации.
6. Особенности организации санитарно-гигиенических мероприятий при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.
7. Анализ чрезвычайных ситуаций мирного времени за последние десятилетия.
8. Сбор и захоронение погибших в военное время. Особенности очистки полей сражения в современных условиях.
9. Организация банно-прачечного обслуживания в период чрезвычайных ситуаций для мирного населения и военнослужащих.
10. Экспертиза продовольствия и воды в период чрезвычайных ситуаций.
11. Современные способы размещения в полевых условиях.
12. Применение индивидуальных средств защиты в период чрезвычайных ситуаций.
13. Тактико-техническая характеристика приборов и комплектов, используемых для экспертизы продовольствия и воды.
14. Специфическая и неспецифическая патология, возникающая у военнослужащих и мирного населения в фортификационных сооружениях, их профилактика.
15. Использование индивидуальных средств защиты в военное время и при возникновении чрезвычайных ситуаций

2. Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль 1. Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций.

ТЕМА . Санитарно-гигиенические требования к размещению населения в период ЧС

Формы текущего контроля успеваемости - тестирование; устный опрос; собеседование, решение проблемно- ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестирование:

ВАРИАНТ №1

1. РАССТОЯНИЕ, НА КОТОРОМ ОТ ЗДАНИЯ МОГУТ СТОЯТЬ ОТДЕЛЬНО СТОЯЩИЕ УБЕЖИЩА:

- 1) не менее 50м
- 2) не менее 100м
- 3) не менее двух высот рядом стоящего здания
- 4) не менее одной высоты рядом стоящего здания

2. УБЕЖИЩЕ, РАСПОЛОЖЕННОЕ В ЗОНЕ ЧС, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ЗОНЫ РАДИОАКТИВНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ, ДОЛЖНО ОБЕСПЕЧИВАТЬ НЕПРЕРЫВНОЕ ПРЕБЫВАНИЕ В НЕМ УКРЫВАЕМЫХ НА СРОК НЕ МЕНЕЕ:

- 1) 1 суток
- 2) 2 суток
- 3) 3 суток
- 4) 5 суток

3. ЗИМОЙ В ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ ПВР ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА НЕ НИЖЕ

- 1) +150С
- 2) +180С
- 3) +200С
- 4) +220С

4. КОЭФФИЦИЕНТ ЗАЩИТЫ ОТ ВНЕШНЕГО ОБЛУЧЕНИЯ В ПРОТИВОРАДИАЦИОННЫХ УКРЫТИЯХ, ОБОРУДОВАННЫХ В ПОДВАЛЬНЫХ ЭТАЖАХ КИРПИЧНЫХ ЗДАНИЙ, СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 200-300
- 2) 300-400
- 3) 400-500
- 4) 500-600

5. СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ В ПВР ПРОВОДИТСЯ НЕ РЕЖЕ 1 РАЗ В:

- 1) 1 день
- 2) 3 дня
- 3) 5 дней
- 4) 7 дней

ВАРИАНТ №2

1. КОЛИЧЕСТВО ВХОДОВ В УБЕЖИЩЕ:

- 1) не менее одного
- 2) не менее двух
- 3) не менее трех
- 4) не менее четырех

2. МУСОРНЫЕ КОНТЕЙНЕРЫ В ПВР РЕКОМЕНДУЕТСЯ РАЗМЕЩАТЬ ОТ ЖИЛОЙ ЗОНЫ НА РАССТОЯНИИ НЕ МЕНЕЕ:

- 1) 5м
- 2) 10м
- 3) 20м
- 4) 25м

3. ПОМЫВКА ПРОЖИВАЮЩИХ В ПВР ПРОВОДИТСЯ НЕ РЕЖЕ 1 РАЗ В:

- 1) 1 день
- 2) 3 дня
- 3) 5 дней
- 4) 7 дней

4. УЧАСТОК ДЛЯ ЗАХОРОНЕНИЯ ПОГИБШИХ В ПЕРИОД ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ РАЗМЕЩАЕТСЯ ОТ ПВР НА РАССТОЯНИИ НЕ МЕНЕЕ:

- 1) 100м.
- 2) 200м.
- 3) 400м.
- 4) 500м.

5. ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ПОГРЕБЕНИИ:

- 1) трупов животных
- 2) трупов заразных больных
- 3) патологоанатомических отходов
- 4) умерших от применения отравляющих веществ

ВАРИАНТ №3

1. ОТКРЫВАНИЕ ДВЕРЕЙ В УБЕЖИЩАХ:

- 1) против хода эвакуации
- 2) по ходу эвакуации
- 3) раздвижные
- 4) складные по типу «гармошка»

2. В УБЕЖИЩАХ СЛЕДУЕТ ПРЕДУСМАТРИВАТЬ МЕДИЦИНСКИЙ ПУНКТ, ПРИ КОЛИЧЕСТВЕ ЭВАКУИРОВАННЫХ БОЛЕЕ:

- 1) 400 человек
- 2) 600 человек
- 3) 700 человек
- 4) 900 человек

3. УБЕЖИЩЕ, РАСПОЛОЖЕННОЕ В ЗОНЕ ЯДЕРНО ОПАСНЫХ ОБЪЕКТОВ, ДОЛЖНО ОБЕСПЕЧИВАТЬ НЕПРЕРЫВНОЕ ПРЕБЫВАНИЕ В НЕМ УКРЫВАЕМЫХ НА СРОК НЕ МЕНЕЕ:

- 1) 1 суток
- 2) 2 суток
- 3) 3 суток
- 4) 5 суток

4. ТУАЛЕТЫ В ПВР РЕКОМЕНДУЕТСЯ РАЗМЕЩАТЬ ОТ ЖИЛОЙ ЗОНЫ НА РАССТОЯНИИ НЕ МЕНЕЕ:

- 1) 5м
- 2) 10м
- 3) 20м
- 4) 25м

5. РАССТОЯНИЕ ОТ ВЕРХНЕГО РЯДА ТРУПОВ ДО ПОВЕРХНОСТИ ЗЕМЛИ ПРИ МАССОВЫХ ЗАХОРОНЕНИЯХ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ:

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

Вопросы для устного опроса:

1. Определение понятия чрезвычайных ситуаций (ЧС), санитарно-эпидемиологическая характеристика, классификация.
2. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия при возникновении ЧС. Основные мероприятия инженерной защиты. Классификация защитных сооружений.
3. Санитарно-гигиенические требования к убежищам, их классификация, набор помещений.
4. Система жизнеобеспечения убежищ, организация вентиляции, водоснабжения, канализации.
5. Санитарно-гигиенические требования к противорадиационным укрытиям.
6. Организация простейших укрытий в период ЧС.
7. Организация эвакуационных мероприятий в период ЧС.
8. Санитарно-гигиенические требования к пунктам временного размещения (ПВР), выбор территории, классификация, набор помещений, виды жилищ. Основные неблагоприятные факторы, которые могут оказывать влияние на здоровье в мобильных ПВР.
9. Организация срочного захоронения трупов в период ЧС и в военное время.

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача №1

Какое количество воздуха необходимо подавать в убежище в час, если в нем находится 10 человек, выполняющих среднетяжелую физическую работу и 100 выполняющих легкую физическую работу? Предельно допустимое количество CO₂ в убежище не должно превышать 0,5%.

Задача №2

В убежище объемом 100 м³ находится 70 человек, выполняющих легкую физическую работу. Предельно допустимая концентрация диоксида углерода для вентилируемого убежища 0,5 %. Содержание диоксида углерода в атмосферном воздухе 0,04 %. Определите необходимую кратность воздухообмена.

Задача №3

В герметизированном убежище на одного военнослужащего приходится 2,5 м³ воздуха. Содержание диоксида углерода в атмосферном воздухе 0,04 %. Один человек выдыхает 24 л/ч диоксида углерода (легкая физическая работа). Продолжительность пребывания в убежища 5 ч. До какого процента возрастет концентрация диоксида углерода в воздухе убежища через 2 ч?

Задача №4

Необходимо узнать, на сколько процентов снизится концентрация кислорода в воздухе герметизированного убежища за 3 ч, если на одного человека приходится 3 м³ воздуха. Расход кислорода составляет 30 л/ч (выполняется легкая физическая работа). Содержание кислорода в воздухе убежища 21,5%.

Задача №5

В герметизированном убежище в течение 5 ч находится 100 военнослужащих, выполняющих среднетяжелую физическую работу. Объем убежища 120 м³. До какого процента возрастет концентрация диоксида углерода в воздухе убежища через 3 ч?

Задача №6

Требуется узнать, на сколько процентов снизится концентрация кислорода в воздухе герметизированного убежища за 2 ч пребывания в нем 80 человек, выполняющих легкую физическую работу. Объем убежища 90 м³.

Задача №7

Какого объема должно быть невентилируемое убежище, если в нем в течение 5 ч должно находиться 70 человек, выполняющих легкую физическую работу.

ТЕМА Санитарно-гигиенические требования к организации питания населения в период ЧС

Формы текущего контроля успеваемости - тестирование; устный опрос; собеседование, решение проблемно- ситуационных задач.

Тестирование:

1. В острый период чрезвычайных ситуаций предпочтение отдается:

- 1) горячему 3-х разовому питанию
- 2) сухим пайкам
- 3) горячему 2-х разовому питанию
- 4) диетическому питанию

2. Для взрослого населения в ПВР организуется питание:

- 1) 2-х разовое
- 2) 3-х разовое
- 3) 4-х разовое
- 4) 1 разовое

3. Промежутки между приемами пищи в ПВР не должны превышать:

- 1) 4 часа
- 2) 5 часов
- 3) 6 часов

- 4) 7 часов
4. Завтрак в ПВР планируется:
 - 1) сразу же после подъема
 - 2) через 1 час после подъема
 - 3) через 2 часа после подъема
 - 4) через 2 часа после подъема
5. УДАЛЕНИЕ РАДИОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ПОВЕРХНОСТЕЙ ИЛИ ИЗ МАССЫ РАЗЛИЧНЫХ ОБЪЕКТОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ ЭТО:
 - 1) дезинсекция
 - 2) дезактивация
 - 3) дегазация
 - 4) дезинфекция

Вариант 2

1. Ужин в ПВР планируется:
 - 1) непосредственно перед отбоем
 - 2) за 1 час перед отбоем
 - 3) за 2-3 часа перед отбоем
 - 4) за 4-5 часов перед отбоем
2. Энергосодержание завтрака при трехразовом питании:
 - 1) 10-15%
 - 2) 20-25%
 - 3) 30-35%
 - 4) 35-40%
3. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОБЕЗВРЕЖИВАНИЕ (УДАЛЕНИЕ) ОТРАВЛЯЮЩИХ ВЕЩЕСТВ НА РАЗЛИЧНЫХ ОБЪЕКТАХ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ ЭТО:
 - 1) дезинсекция
 - 2) дезактивация;
 - 3) дегазация;
 - 4) дезинфекция
4. Норма физиологической потребности в энергии для спасателей и хирургов в период чрезвычайной ситуации:
 - 1) 1500 ккал
 - 2) 2300 ккал
 - 3) 3500 ккал
 - 4) 4200 ккал
5. Нормы обеспеченности мясopодуктами для пострадавшего населения в период чрезвычайной ситуации:
 - 1) 20гр
 - 2) 40гр
 - 3) 60гр
 - 4) 80гр

Вариант 3

1. Энергосодержание обеда при трехразовом питании:
 - 1) 30-35%
 - 2) 35-40%
 - 3) 40-45%
 - 4) 50-55%.
2. Повторение блюд в меню-раскладке в период чрезвычайной ситуации не допускается более:
 - 1) 3 раз
 - 2) 4 раз
 - 3) 5 раз
 - 4) 6 раз
3. Запрещается в период чрезвычайной ситуации готовить блюда:
 - 1) котлеты
 - 2) гуляш
 - 3) борщ
 - 4) кипяченое молоко
4. Норма физиологической потребности в энергии для пострадавшего населения в период чрезвычайной ситуации:
 - 1) 1500 ккал
 - 2) 2300 ккал
 - 3) 3500 ккал
 - 4) 4200 ккал
5. Самый надежный способ защиты продовольствия от оружия массового поражения:
 - 1) палатки
 - 2) наземные клады
 - 3) укрытие брезентом
 - 4) подземные склады

Вопросы для устного опроса:

1. Значение правильной организации питания в период ЧС мирного и военного времени. Особенности питания в период ЧС. Виды сухих пайков.
2. Форма организации питания в период ЧС. Санитарно-гигиенические требования к организации питания в стационарных условиях. СП 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья».
3. Санитарно-гигиенические требования к пунктам питания в мобильных пунктах временного размещения. Выбор территории, зонирование участка, набор помещений. Особенности приготовления пищи в период ЧС.
4. Правила оценки меню-раскладки. Санитарно-гигиенические требования к питанию населения в период чрезвычайных ситуаций. Режим питания, энергосодержание продовольственных пайков, нормы обеспечения продуктами питания населения, пострадавшего в ЧС.
5. Медицинский контроль за организацией питания в период ЧС.
6. Защита продовольствия от воздействия оружия массового поражения. Способы дегазации, дезактивации и дезинфекции продуктов питания.

Проблемно-ситуационные задачи:

Задание: Оценить меню-ракладку.

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_1_ НА "_12_" января 2017 г.

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																					
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	Жиры			Сахар	Ч ай	Со л ь	О в о щ и					Молоко стужённое					
					Гречневая	Бобовые		консервы мясные	консервы рыбные	жиры животные				масло коровье	масло растительное	картофель	капуста свежая или квашеная	свекла		морковь	лук репчатый	п е р ц		
Понедельник 20	Завтрак	Консервы рыбные с картофельным пюре, хлеб, сахар, чай с молоком.	190									15	0,5	6	350							100		
	Обед	Закуска	Винегрет								20				5	30	30	20	15	15				
		1 блюдо	Борщ				20		20							65	30	60	10	10				
		2 блюдо	Консервы мясные с кашей рисовой		60			40							7									
			Консервы мясные с кашей гречневой			60									10									
			Компот, хлеб	200								20												
Ужин	Хлеб, масло, сахар, чай с молоком		150					15	20		10	0,5											150	
		Итого продуктов за день:	540	60	60		60	50	35	20	20	45	1,0	28	465	60	80	25	25				250	

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

**НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_2__ НА "_17_" января 2017 г.
Понедельник**

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																					
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	Жиры					Сахар	Ч ай	Соль	О в о щ и					Молоко стужённое			
					Гречневая	Бобовые		консервы мясные	консервы рыбные	жиры животные	масло коровье	масло растительное				картофель	капуста свежая или квашеная	с в е к л а	морковь	лук репчатый		п е р е ц		
Понедельник 1 января 2017	Завтрак	Мясо тушеное с макаронами, хлеб, сахар, чай с молоком.	150				85	70		8			15	0,5									100	
		Обед	Закуска										5				100	20		15	15			
	1 блюдо	Суп картофельный с крупой			30					6						250			10	15				
	2 блюдо	Мясо тушеное с овощным гарниром						80		6						335			15	15				
		Плов		85				90		6									25	25				
		Компот, хлеб	200										10											
	Ужин	Мясо тушеное с кашей Хлеб, масло, сахар, чай с молоком	150		85			100		8									10	5				100
Итого продуктов за день:			500	85	115		85	340		34	15	5	40	1,0	20	685	20		75	75			200	

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);
овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.
(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ № 3 НА " 21 " января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																					
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	консервы мясные		Жиры		Сахар	Ч ай	Соль	О в о щ и					Молоко стужённое				
					Гречневая	Бобовые		консервы мясные	консервы рыбные	жиры животные	масло коровье				масло растительное	картофель	капуста свежая или квашеная	с в е к л а	морковь		лук репчатый	п е р е ц		
Понедельник 2 января 2017	Завтрак	Рыба жареная с овощным гарниром, Хлеб, сахар, чай с молоком.	150						110		15				415			5	10			100		
		Закуска	Салат из свеклы									5						150						
	Обед	1 блюдо	Суп картофельный с горохом			25				6					155				10	10				
		2 блюдо	Мясо тушеное с кашей		85			100		8										10	5			
			Мясо отварное с кашей и соусом		85			90		6										5	5			
	Ужин	хлеб, сахар, чай	220									10	0,5											
		Мясо тушеное с макаронами, хлеб, масло, сахар, чай с молоком.	150				85	100		8														100
	Итого продуктов за день:			520		85	110	85	290	110	33	15	20	40	1,5	20	570		150	30	30		200	

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ № 4 НА " 31 " января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																					
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	Жиры					Сахар	Ч ай	Соль	О в о щ и					Молоко стужённое			
					Гречневая	Бобовые		консервы мясные	консервы рыбные	жиры животные	масло коровье	масло растительное				картофель	капуста свежая или квашеная	свекла	морковь	лук репчатый		пе р е ц		
Понедельник 3 января 2017	Завтрак	Мясо тушеное с макаронами, хлеб, сахар, чай с молоком.	150				85	100		8				15	0,5									100
		Закуска	Салат витаминный									5						85		45	15			
	Обед	1 блюдо	Борщ с фасолью				10			6							100	80	60	5	5			
		2 блюдо	Ромштекс с кашей и соусом		85			90		6										5	5			
			Мясо жареное с овощным гарниром					90		6					335					25	25			
		хлеб, сахар, чай	220										10	0,5										
	Ужин	Макаронник с мясом					85	100		8										5	10			
Хлеб, масло, сахар, чай с молоком		150								15		15	0,5										100	
Итого продуктов за день:			520	85		10	170	380		32	15	5	40	1,5	20	435	165		85	60			200	

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_6_ НА "_14_" января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																								
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	консервы мясные		Жиры		Сахар	Ч а й	С о л ь	О в о щ и					Молоко стужённое							
					Гречневая	Бобовые		консервы мясные	консервы рыбные	жиры животные	масло коровье				масло растительное	картофель	капуста свежая или квашеная	с в е к л а	морковь		лук репчатый	п е р е ц					
Понедельник 4 января 2017	Завтрак	Рыба жареная с овощным гарниром, Хлеб, сахар, чай с молоком.	150						110			15					415			5	10				100		
		Закуска										5								150							
	Обед	1 блюдо	Суп картофельный с горохом			25				6								155				10	10				
		2 блюдо	Мясо тушеное с кашей			85		100		8													10	5			
			Мясо отварное с кашей и соусом			85		90		6													5	5			
		хлеб, сахар, чай	220										10	0,5													
	Ужин	Мясо тушеное с макаронами, хлеб, масло, сахар, чай с молоком.				85	100		8																		
			150						5	15		15	0,5													100	
Итого продуктов за день:			520		85	110	85	290	110	33	15	20	40	1,5	20	570		150	30	30				200			

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ № 7 НА " 15 " января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																				
			Хлеб	Рис	Крупы		Макаронные изделия	Жиры					Сахар	Чай	Соль	Овощи							
					Гречневая	Бобовые		консервы мясные	консервы рыбные	жиры животные	масло коровье	масло растительное				картофель	капуста свежая или квашеная	свекла	морковь	лук репчатый	перец	Молоко сгущенное	
Понедельник 5 января 2017	Завтрак	Рыба тушеная в томате с овощным гарниром, хлеб, сахар, чай с молоком.	150					100			15					400			5	10			
								25				15	0,5									100	
	Обед	Закуска	Икра овощная									5					80	10	20	50			
		1 блюдо	Суп картофельный с макаронными изделиями				25			6						155			15	10			
		2 блюдо	Мясо жаркое с биточками крупяными		75			80		6										5	5		
			Мясо тушеное с кашей			75		90		6										5	5		
			хлеб, сахар, чай	200									10	0,5									
	Ужин	Азу с кашей Хлеб, масло, сахар, чай с молоком		80			100		8										5	10			
			150								15		15	0,5									100
	Итого продуктов за день:			500	155	75	25	270	125	26	15	20	40	1,5	20	555	80	10	55	90		200	

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ № 8 НА " 16 " января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																					
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	Жиры			Сахар	Ч ай	Соль	О в о щ и					Молоко сгущенное					
					Гречневая	Бобовые		мясные	рыбные	жиры животные				масло коровье	масло растительное	картофель	капуста свежая или квашеная	свекла		морковь	лук репчатый	п е р е ц		
Понедельник 6 января 2017	Завтрак	Гуляш рагу с кашей, Хлеб, сахар, чай с молоком.	150			85		90		8			15	0,5					15	10		100		
		Закуска	Салат из квашеной капусты со свеклой									5					110	35		5				
	Обед	1 блюдо	Суп картофельный							6						270			15	15				
		2 блюдо	Мясо тушеное с кашей			85		90		6										5	5			
			Ромштекс с овощным гарниром и соусом					100		6						355				5	5	20		
			хлеб, сахар, чай	200									10	0,5										
	Ужин	Поджарка с макаронами Хлеб, масло, сахар, чай с молоком				85	100		8										5	10	20			
			150							15		15	0,5										100	
Итого продуктов за день:			500		85	85	85	380		34	15	5	40	1,5	20	625	110	35	45	50	40	200		

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ № 9 НА " 17 " января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																						
			Хлеб	Рис	Крупы		Макаронные изделия	мясные	рыбные	Жиры			Сахар	Чай	Соль	Овощи									
					Гречневая	Бобовые				жиры животные	масло коровье	масло растительное				картофель	капуста свежая или квашеная	свекла	морковь	лук репчатый	Коренья, зелень, огурцы	Молоко стужённое			
Понедельник 7 января 2017	Завтрак	Мясо, шпигованное с кашей хлеб, сахар, чай с молоком.			95			90		8									10	5					
			150									15	0,5										100		
	Закуска	Винегрет с крупой			5													50	10	15	50				
	Обед	1 блюдо	Суп картофельный с рисом		25						6								165		5	5			
		2 блюдо	Свинина жареная в сухарях с овощным гарниром					100			6								255	90		25	15		
			Котлеты, биточки, шницель с кашей и соусом			75			100			6										5	5		
			Хлеб, сахар, чай	200										10	0,5										
Ужин	Тефтели с кашей и соусом Хлеб, масло, сахар, чай с молоком				85		90			6										5	5				
		150									15		15	0,5										100	
Итого продуктов за день:			500	25	175	85	380		32	15	5	40	1,5	20	420	90		60	50			200			

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_10___ НА "_18_" января 2017 г.

Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																							
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	мясные	рыбные	Жиры			Сахар	Ч а й	С о л ь	О в о щ и					Молоко стужённое					
					Гречневая	Бобовые				жиры животные	масло коровье	масло растительное				картофель	капуста свежая или квашеная	с в е к л а	морковь	лук репчатый		п е р е ц				
Понедельник 8 января 2017	Завтрак	Гуляш, рагу с макаронами хлеб, сахар, чай с молоком.	150				90	90		8				15	0,5					15	5			100		
		Закуска										5								150						
	Обед	1 блюдо	Борщ с фасолью								6							100	80	60	5	5				
		2 блюдо	Свинина жареная в сухарях с овощным гарниром					100			6							275	100		5	5				
			Мясо отварное с кашей и соусом		85				90		6										5	5				
	Ужин		Хлеб, сахар, чай	250										10	0,5											
			Рыба отварная с овощным гарниром и соусом Хлеб, масло, сахар, чай с молоком	150						100			15					420			20	20				100
Итого продуктов за день:			550	85		10	90	280	100	26	15	20	40	1,5	20	795	180	210	50	40			200			

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ № __11__ НА "_19_" января 2017 г.

Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																					
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	мясные	рыбные	Жиры			Сахар	Ча й	Соль	О во щ и					Молоко стужённое			
					Гречневая	Бобовые				жиры животные	масло коровье	масло растительное				картофель	капуста свежая или квашеная	свекла	морковь	лук репчатый		огурцы		
Понедельник 9 января 2017	Завтрак	Плов хлеб, сахар, чай с молоком.		90				90		8									45	25				
			150									15	0,5										100	
	Закуска	Салат витаминный																90		45	15			
	1 блюдо	Рассольник с крупой		20						6								140		5	5	50		
	2 блюдо	Антрекот с овощным гарниром					100			6								355	100		5	5	20	
		Котлеты, биточки, шницель с кашей и соусом			85			90		6											5	5		
	Обед	Хлеб, сахар, чай	200										10	0,5										
Ужин	Бигос Хлеб, масло, сахар, чай с молоком					100			8								400	380		50	25			
		150									15		15	0,5										100
Итого продуктов за день:			500	110	85			380		34	15		40	1,5	20	895	570		155	80			200	

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_12_ НА "_10_" января 2017 г.

Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																				
			Хлеб	Рис	Крупы		Макаронные изделия	мясные	рыбные	Жиры			Сахар	Чай	Соль	Овощи					Молоко стуженное		
					Гречневая	Бобовые				жиры животные	масло коровье	масло растительное				картофель	капуста свежая или квашеная	свекла	морковь	лук репчатый		перец	
Понедельник 10 января 2017	Завтрак	Макаронник с мясом					85	100			8								5	10			
		Хлеб, сахар, чай с молоком	150										15	0,5									100
	Обед	Закуска	Икра свекольная с крупой		5								5						105	20			
		1 блюдо	Щи из квашеной капусты с фасолью				20				6					95	90		10	5			
			2 блюдо	Мясо жаркое с биточками крупяными		75				80		6								15	15		
		Бифштекс рубленый с кашей и соусом				85			90		6								5	5			
			Хлеб, сахар, чай	250										10	0,5								
Ужин	Котлеты, биточки рыбные с овощным гарниром и соусом			10				100			15			355			25	20					
	Хлеб, масло, сахар, чай с молоком	150									15		15	0,5								100	
Итого продуктов за день:			550	80	95	20	85	270	100	26	15	20	40	1,5	20	450	90	105	60	65		200	

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																							
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	Жиры			Сахар	Ч а й	С о л ь	О в о щ и					Молоко стужённое							
					Гречневая	Бобовые		мясные	рыбные	жиры животные				масло коровье	масло растительное	картофель	капуста свежая или квашеная	с в е к л а		морковь	лук репчатый	п е р е ц				
Понедельник 11 января 2017	Завтрак	Рыба тушеная в томате с овощным гарниром хлеб, сахар, чай с молоком						120			15				390			25	15					100		
			150									15	0,5													
	Обед	Закуска	Икра свекольная									5						130		20						
		1 блюдо	Суп картофельный с макаронными изделиями				25			6						155			10	10						
			2 блюдо	Мясо тушеное с кашей			75		100		6									5	5					
		Антрекот с кашей и соусом				85		90		6										5	5					
				Хлеб, сахар, чай	200									10	0,5											
	Ужин	Азу с кашей Хлеб, масло, сахар, чай с молоком		80				100		8									10	5						
			150									15		15	0,5											100
	Итого продуктов за день:			500	80	85	75	25	290	120	26	15	20	40	1,5	20	545		130	55	60				200	

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_14_ НА "_12_" января 2017 г.
Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																				
			Хлеб	Рис	Крупы		Макаронные изделия	Жиры			Сахар	Чай	Соль	Овощи					Коренья, зелень, огурцы	Молоко стужённое			
					Гречневая	Бобовые		мясные	рыбные	жиры животные				масло коровье	масло растительное	картофель	капуста свежая или квашеная	свекла			морковь	лук репчатый	
Понедельник 12 января 2017	Завтрак	Мясо, шпигованное с кашей хлеб, сахар, чай с молоком.	150		95		90		8			15	0,5				10	5			100		
		Закуска	Салат картофельный с огурцами									5				95				10	45		
	1 блюдо	Щи зеленые													125			10	10	140			
		2 блюдо	Ромштекс с кашей и соусом			85		90		6									5	5			
	Мясо тушеное с овощным гарниром						100		6						275	100		5	5				
	Обед	Ужин	Хлеб, сахар, чай	200								10	0,5										
		Ужин	Тефтели с кашей и соусом			85		90		8									10	15			
			Хлеб, масло, сахар, чай с молоком	150							15		15	0,5									100
Итого продуктов за день:			500		180	85	370		28	15	5	40	1,5	20	495	100		40	50	185	200		

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

НА ПУНКТЕ ПИТАНИЯ №_19___ НА "_16_" января 2017 г.

Понедельник

Дата и дни недели	Приемы пищи	НАИМЕНОВАНИЕ БЛЮД	Наименование продуктов и масса в граммах на 1 человека																				
			Хлеб	Р и с	Крупы		Макаронные изделия	мясные	рыбные	Жиры			Сахар	Чай	Соль	Овощи					Молоко стужённое		
					Гречневая	Бобовые				жиры животные	масло коровье	масло растительное				картофель	капуста свежая или квашеная	свекла	морковь	лук репчатый		Огурцы соленые	
Понедельник 16 января 2017	Завтрак	Тефтели с кашей и соусом, хлеб, сахар, чай с молоком.			85			100		8								5	10				
			150									15	0,5									100	
	Обед	Закуска	Икра свекольная										5					130	20				
		1 блюдо	Суп картофельный с макаронными изделиями				25			6						155			10	10			
		2 блюдо	Мясо тушеное с кашей			75		100		6									5	5			
			Свинина жареная в сухарях с овощным гарниром					100		6					275	100			5	5			
			Хлеб, сахар, чай	200								10	0,5										
	Ужин	Азу с кашей рисовой Хлеб, масло, сахар, чай с молоком		80				100		8								5	10	25			
150										15		15	0,5									100	
Итого продуктов за день:			500	80	85	75	25	400		34	15	5	40	1,5	20	430	100	130	30	60	25	200	

Начальник пункта питания

Представитель здравоохранения

Примечание: на обед готовятся два вида вторых блюд на выбор (каждое на половину питающихся);

овощи, мука и крупы распределяются в дневной норме с учетом замены 1 гр. круп или муки на 5 гр. овощей.

(Итого овощи - крупяная группа в соответствии с рекомендуемой нормой довольствия для пострадавших составляет 895 гр. на человека в сутки).

ТЕМА Санитарно-гигиенические требования к организации водоснабжения населения в период ЧС

Формы текущего контроля успеваемости - тестирование; устный опрос; собеседование, решение проблемно- ситуационных задач.

Тестирование:

ВАРИАНТ 1

1. Для обеспечения пострадавшего населения питьевой водой на этапах эвакуации используется:

- а) бутилированная вода
- б) вода централизованной системы водоснабжения
- в) минеральная вода
- г) вода из близлежащих артезианских источников

2. Привозную воду в ПВР необходимо кипятить не менее:

- а) 5 мин.
- б) 10 мин.
- в) 15 мин.
- г) 20 мин

3. Основной показатель надёжности обеззараживания воды в полевых условиях:

- а) содержание остаточного хлора в количестве 0,8-1,2 мг/л;
- б) микробиологические показатели;
- в) коли-титр;
- г) коли-индекс.

4. Приоритетный водоисточник в период чрезвычайных ситуаций:

- а) талые и дождевые воды
- б) поверхностные воды
- в) верховодка
- г) подземные воды

5. Нормы обеспеченности водой населения в период чрезвычайных ситуаций с учетом питьевых нужд, приготовления пищи и санитарно-гигиенических потребностей:

- а) 21 л.
- б) 31 л.
- в) 45 л.
- г) 55 л.

ВАРИАНТ 2

1. Нормы обеспеченности водой населения для удовлетворения санитарно-гигиенических потребностей человека и обеспечение санитарно-гигиенического состояния помещений:

- а) 21 л.
- б) 21 л.
- в) 45 л.
- г) 55 л.

2) Периодичность замены тканевого фильтра в ТУФ:

- а) через 1-2ч.
- б) через 2-3ч.
- в) через 3-4ч.
- г) через 4-6ч

3. ПОУ предназначена для:

- а) обеззараживания
- б) обезвреживания
- в) дезактивации
- г) опреснения

4. Обеззараживание воды в полевых условиях проводится в случае:

- а) проводится всегда;
- б) при коли титре менее 100 мл;
- в) при распоряжении мед. службы;
- г) при применении бактериального оружия.

5. Общая минерализация питьевой воды в период ЧС не более:

- а) 100 мг/л
- б) 500 мг/л
- в) 800 мг/л
- г) 1500 мг/л

Вопросы для устного опроса:

1. Организация водоснабжения населения в период ЧС на всех этапах эвакуации.

2. Требования к качеству питьевой воды в период ЧС. СанПиН «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды, расфасованной в емкости. Контроль качества». " СанПиН 2.1.4.1074-01 Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества.

СанПиН 2.1.4.1175-02 «Гигиенические требования к качеству воды нецентрализованного водоснабжения. Санитарная охрана источников»

3. Организация водоснабжения в ПВР. Технические средства для очистки и опреснения воды. (ТУФ, МАФС, ВФС, ПОУ).

4. Организация пунктов водоснабжения. Контроль качества питьевой воды.

5. Обеззараживание индивидуальных запасов воды. Использование таблетированных форм, перспективных направлений дезинфектологии питьевой воды, технические средства индивидуального назначения.

Проблемно-ситуационные задачи:

На местности, где разместили ПВР с количеством эвакуированных 150 человек, имеется несколько водоисточников:

1) на расстоянии 500 м от месторасположения ПВР протекает река Шустрая в северо-восточном направлении. Химический завод, где произошла утечка сточных вод, содержащие токсические вещества находится на 10 км выше по течению реки от предполагаемого водозабора. Исследование проб воды из реки Шустрая показало:

Запах и привкус - 3 балла

Цветность 30 градусов

Жесткость 3 мг экв/л

Хлориды 200 мг/л

Сульфаты 250 мг/л

Минерализация 300 мг/л

2) на расстоянии 600 м. в юго-западном направлении от месторасположения ПВР располагается озеро Причудское шириной 52 м, длиной 70 м. На поверхности воды и вокруг источника обнаружены маслянистые жирные пятна, кроме того в водоисточнике обнаружена мертвая рыба.

3) в самом селе Осиновка, на расстоянии 800 м от месторасположения ПВР, находится шахтный колодец, глубиной 6 м. Исследование проб воды из колодца показало:

Запах и привкус 2 балла

Цветность 15 градусов

Жесткость 8 мг экв/л

Хлориды 450 мг/л

Сульфаты 450 мг/л

Нитраты 450 мг/л

Минерализация 600 мг/л

4) на расстоянии 30 м от колодца в юго-восточном направлении располагается молочная ферма.

На расстоянии 700 м от месторасположения ПВР в северо-западном направлении располагается ключ Муромец, вода из которого обладает следующими качествами:

Запах и привкус 1 балла

Цветность 5 градусов

Мутность 1,6 мг\л по каолина
Жесткость 6 мг экв\л
Минерализация 400 мг\л
Окисляемость 3 мг\л
Нитраты 30 мг\л
Хлориды 200 мг\л
Сульфаты 250 мг\л
ОМЧ - 15 образующих колоний микробов
Общие колиформные бактерии - отсутствуют в 100 мл.
Термотолерантные колиформные бактерии - отсутствуют в 100 мл.
Общая Альфа радиоактивность воды 0,1Бк\л
Общая Бета радиоактивность воды 0,1Бк\л
Дебит 200 л\час
1.Оцените качество воды в предложенных водоисточниках.
2.Выберите место организации ПРВ.

Задача №2

На местности, где разместили ПВР с количеством эвакуированных 150 человек, имеется несколько водоисточников:

1) на расстоянии 500 м от месторасположения ПВР протекает река Шустрая в северо-восточном направлении. Химический завод, где произошла утечка сточных вод, содержащие токсические вещества находится на 10 км выше по течению реки от предполагаемого водозабора. Исследование проб воды из реки Шустрая показало:

Запах и привкус - 2 балла

Цветность 25 градусов

Жесткость 3 мг экв\л

Хлориды 300 мг\л

Сульфаты 250 мг\л

Минерализация 300 мг\л

2) на расстоянии 600м. в юго-западном направлении от месторасположения ПРВ располагается озеро Причудское шириной 52 м, длиной 70 м. На поверхности воды и вокруг источника обнаружены маслянистые жирные пятна, кроме того в водоисточнике обнаружена мертвая рыба.

3) в самом селе Осиновка, на расстоянии 800 м от месторасположения ПВР, находится шахтный колодец, глубиной 6 м. Исследование проб воды из колодца показало:

Запах и привкус 2 балла

Цветность 15 градусов

Жесткость 8 мг экв\л

Хлориды 50 мг\л

Сульфаты 450 мг\л

Нитраты 50 мг\л

Минерализация 600 мг\л

4) на расстоянии 30 м от колодца в юго-восточном направлении располагается молочная ферма.

На расстоянии 700м от месторасположения ПВР в северо-западном направлении располагается ключ Муромец, вода из которого обладает следующими качествами:

Запах и привкус 1 балла

Цветность 5 градусов

Мутность 1,6 мг\л по каолина

Жесткость 6 мг экв\л

Минерализация 400 мг\л

Окисляемость 3 мг\л

Нитраты 30 мг\л

Хлориды 200 мг\л

Сульфаты 250 мг\л

ОМЧ - 15 образующих колоний микробов

Общие колиформные бактерии - отсутствуют в 100 мл.

Термотолерантные колиформные бактерии - отсутствуют в 100 мл.

Общая Альфа радиоактивность воды 0,1Бк\л

Общая Бета радиоактивность воды 0,1Бк\л

Дебит 200 л\час

1.Оцените качество воды в предложенных водоисточниках.

2.Выберите место организации ПРВ.

Задача №3

На местности, где разместили ПВР с количеством эвакуированных 150 человек, имеется несколько водоисточников:

1) на расстоянии 500 м от месторасположения ПВР протекает река Шустрая в северо-восточном направлении. Химический завод, где произошла утечка сточных вод, содержащие токсические вещества находится на 10 км выше по течению реки от предполагаемого водозабора. Исследование проб воды из реки Шустрая показало:

Запах и привкус - 2 балла

Цветность 25 градусов

Жесткость 3 мг экв\л

Хлориды 300 мг\л

Сульфаты 250 мг\л

Минерализация 300 мг\л

2) на расстоянии 600м. в юго-западном направлении от месторасположения ПРВ располагается озеро Причудское шириной 52 м, длиной 70 м. На поверхности воды и вокруг источника обнаружены маслянистые жирные пятна, кроме того в водоисточнике обнаружена мертвая рыба.

3) в самом селе Осиновка, на расстоянии 800 м от месторасположения ПВР, находится шахтный колодец, глубиной 6 м. Исследование проб воды из колодца показало:

Запах и привкус 2 балла

Цветность 15 градусов

Жесткость 8 мг экв\л

Хлориды 50 мг\л

Сульфаты 450 мг\л

Нитраты 50 мг\л

Минерализация 600 мг\л

4) на расстоянии 30 м от колодца в юго-восточном направлении располагается молочная ферма.

На расстоянии 700м от месторасположения ПВР в северо-западном направлении располагается ключ Муромец, вода из которого обладает следующими качествами:

Запах и привкус 2 балла

Цветность 5 градусов

Мутность 1,6 мг\л по каолину

Жесткость 5 мг экв\л

Минерализация 400 мг\л

Окисляемость 3 мг\л

Нитраты 20 мг\л

Хлориды 100 мг\л

Сульфаты 250 мг\л

ОМЧ - 15 образующих колоний микробов

Общие колиформные бактерии - отсутствуют в 100 мл.

Термотолерантные колиформные бактерии - отсутствуют в 100 мл.

Общая Альфа радиоактивность воды 0,1Бк/л

Общая Бета радиоактивность воды 0,1Бк/л

Дебит 200 л/час

1. Оцените качество воды в предложенных водоисточниках.

2. Выберите место организации ПРВ.

ТЕМА ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОДОВОЛЬСТВИЯ И ВОДЫ В ПЕРИОД ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Формы текущего контроля успеваемости - тестирование; устный опрос; собеседование, решение проблемно- ситуационных задач.

Тестирование:

Вариант 1.

Этапы гигиенической экспертизы

Содержание I этапа: а)
б)
в)

Приборы, использующиеся на I этапе: а)
б)

Заключение после I этапа

а)
б)

а)
б)

Вариант 2.

Этапы гигиенической экспертизы

Отбор проб воды:

а) объем воды

б) название прибора

Отбор проб пищевых продуктов:

а) объем продукта

б) из каких слоев

Название исследований на втором этапе и применяемые средства:

а)

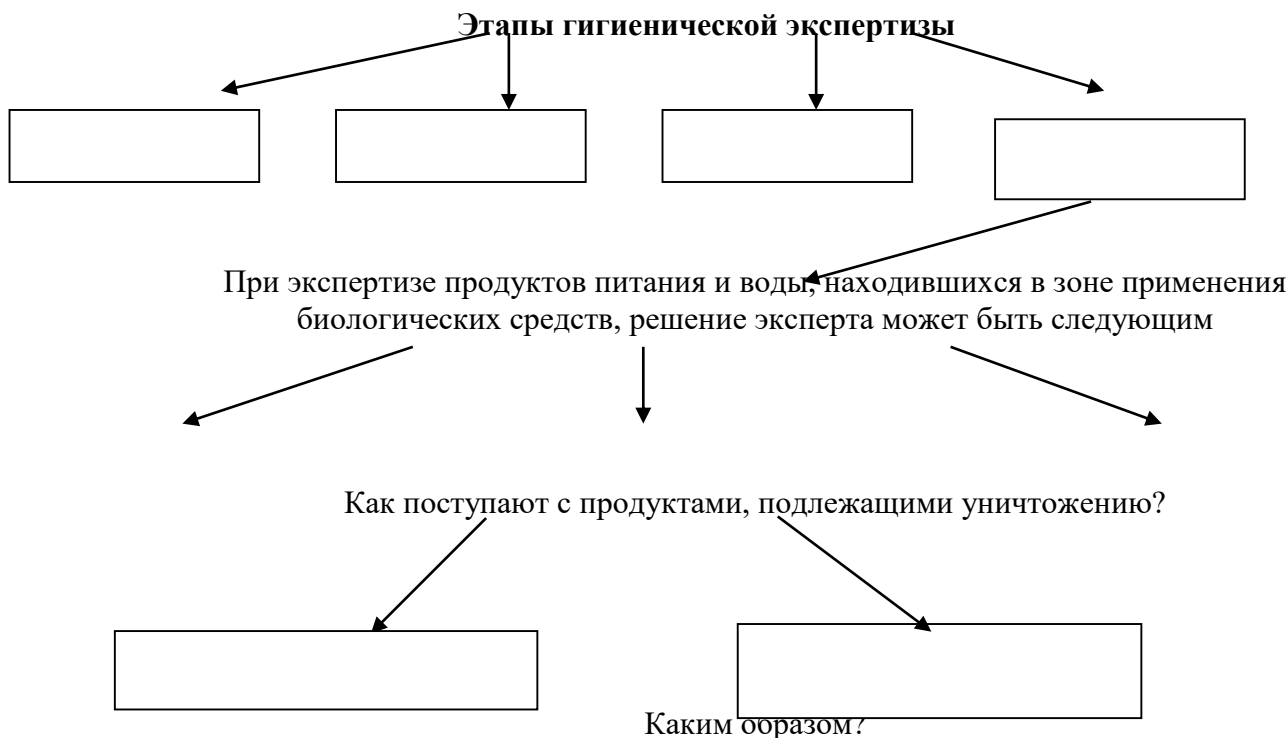
б)

в)

г)

д)

Вариант 3.



Вопросы для устного опроса:

1. Задачи гигиенической экспертизы продовольствия и воды в условиях применения оружия массового поражения.
2. Специалисты, участвующие в проведение данной экспертизы.
3. Особенности заражения РВ, ОВ и АОХВ различных сред: воды, продовольствия. Сроки естественной дезактивации, дегазации.
4. Этапы гигиенической экспертизы продовольствия и воды.
 - а). Исследование на месте.
 - б). Отбор проб.
 - в). Лабораторные исследования. Основные методы качественного и количественного определения СДЯВ
 - г). Составление экспертного заключения. Виды заключений.
5. Тактико-техническая характеристика табельных комплектов и приборов (ДП-5А, ПХР-МВ, РЛУ-2, МПХЛ, ЛГ-1, ЛГ-2)
 - а). Устройство и принцип работы ДП-5А.
 - б). Устройство и принцип работы ПХР-МВ.
 - в). Устройство и принцип работы ЛГ-1, ЛГ-2.
 - г). Устройство и принцип работы МПХЛ.
 - д). Устройство и принцип работы РЛУ-2.
 - е) Устройство батометра.

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача №1

Расположение военной части подверглось радиоактивному заражению. Санитарная экспертиза произвела осмотр и оценку продовольствия, тары и упаковок, используя дозиметр полевой ДП-5А. На поверхности тары (металлической, стеклянной), посуде и кухонном инвентаре и продовольствие (мясе, колбасе, овощах, крупах, сахаре) предельно допустимая концентрация радиоактивных веществ была выше нормы. Дайте заключение о годности продуктов или определите условия, при которых они будут годны к употреблению

Задача №2.

Во время боевых действий противником было применено отравляющее вещество (маслянистая мелкодисперсная жидкость), в зону действия которого попал склад с запасами хлеба. При осмотре склада представителем мед. службы было установлено, что часть хлеба находилась без упаковки и была покрыта белым налетом, другая часть хлеба была упакована в плотную герметичную упаковку, и третья часть в негерметичной упаковке, но находящаяся под слоем хлеба в герметичной упаковке. Расскажите о тактике проведения мед. экспертизы.

Задача №3

После проведения успешной наступательной военной операции во время возвращения батальона в лагерь у командира появилось подозрение о том, что противник применил оружие массового поражения на территории места дислокации батальона. Какие меры по определению доброкачественности продуктов питания примет санитарная экспертиза? Кем она организуется? И какие приборы для оценки имеет?

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
Тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 91-100% правильных ответов
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 81-90% правильных ответов
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-80% правильных ответов
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов.

Решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
Реферат	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы

6. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Микробиология»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

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

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций

ПК-10 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы в рамках всей дисциплины

По дисциплине, к которой относятся модули: Общая микробиология, Клиническая микробиология – реферат на одну из тем:

1. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. Роль условно-патогенных микробов в инфекционной патологии человека.
2. Госпитальная стафилококковая инфекция.
3. Этиологическая и патогенетическая роль стрептококков группы А и В в гнойно-воспалительных, респираторных инфекциях, рожистом воспалении, ангине, остром гломерулонефрите, ревматизме, сепсисе.
4. Синегнойная внутрибольничная инфекция.
5. Дифтерия.
6. Туберкулез.
7. Столбняк.
8. Ботулизм.
9. Газовая анаэробная инфекция (газовая гангрена).
10. Анаэробная инфекция, вызванная неспорообразующими микроорганизмами.
11. Кандидоз.
12. Микозы.
13. Герпесвирусы, патогенные для человека.
14. Энтеральные гепатиты.
15. Парентеральные гепатиты.
16. Вирус иммунодефицита человека.
17. Теоретические основы организации микробиологического надзора и его информационное обеспечение
18. Эпидемиологический надзор. Определение, основные этапы ЭН, особенности при различных нозоформах
19. Эпидемиологический контроль
20. Устройство изоляторов (Мельцеровских боксов) и инфекционных отделений
21. Система карантинных мероприятий – «Санитарная охрана»
22. Организация микробиологических лабораторий.
23. Влияние микробов на жизнедеятельность человека.
24. Питание детей и подростков.
25. Дизентерия – пищевая инфекция.
26. Брюшной тиф – пищевая инфекция.
27. Холера – пищевая инфекция.
28. Микробиология молока и молочных продуктов.
29. Микробиология мяса и мясных продуктов.
30. Микробиология яиц и яичных продуктов.
31. Микрофлора почвы.
32. Микрофлора воды.
33. Микрофлора воздуха.
34. Исторические этапы развития микробиологической лабораторной службы.
35. Нормативные документы в области микробиологической лабораторной службы.
36. Достижения микробиологической лабораторной службы в России и за рубежом.
37. Вклад отечественных учёных в развитие микробиологической лабораторной службы.
38. Значение микробиологической диагностики в идентификации возбудителей.
39. Особенности систематики лабораторных методов диагностики.
40. Основные критерии идентификации микроорганизмов на современном этапе.
41. Индикация покоящихся (некультивируемых) форм бактерий.
42. Роль генетики микроорганизмов в индикации и идентификации возбудителей заболеваний человека.
43. Особенности лабораторного выявления госпитальных штаммов микроорганизмов.
44. Социально-экономические аспекты внутрибольничной инфекции в хирургическом стационаре.
45. Молекулярные взаимосвязи в системе хозяин/микрофлора в норме и патологии.
46. Сепсис-индуцированный синдром полиорганной недостаточности.
47. Социально-экономические аспекты внутрибольничных инфекций.
48. Коморбидные инфекции при ревматических заболеваниях.
49. Оппортунистические инфекции в кардиально-хирургической патологии.
50. Особенности оппортунистических инфекций у лиц пожилого возраста.
51. Новая внутрибольничная инфекция Крейтцфельда-Якоба.
52. Род *Acidaminococcus*.

По дисциплине, к которой относятся модули: Общая микробиология, Клиническая микробиология – собеседование по полученным результатам исследования.

Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины

Модуль 1 Общая микробиология

Форма контроля - тестирование

ОСНОВОПОЛОЖНИК НАУКИ ВИРУСОЛОГИИ

1. З. Ермаева;
2. И. Мечников;
3. Д. Ивановский;
4. Р. Кох;
5. Л. Пастер.

ЗАСЛУГИ Р.КОХА В МИКРОБИОЛОГИИ

1. разработал плотные питательные среды;
2. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры;
3. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители;
4. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители, создал вакцину против бешенства;
5. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители, создал вакцину против бешенства, открыл вирусы.

УЧЕНЫЙ, ОПИСАВШИЙ ЯВЛЕНИЕ АНАЭРОБИОЗА

1. Л. Пастер;
2. И. Мечников;
3. Э. Дженнер;
4. Л. Зильбер;
5. Р.Кох.

РАБОТЫ Л. ПАСТЕРА СВЯЗАНЫ С

1. созданием плотных питательных сред;
2. раскрытием механизмов гуморального иммунитета;
3. научным обоснованием вакцинопрофилактики;
4. конструированием микроскопа;
5. описанием вирусов.

РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ СВЕТОВОГО МИКРОСКОПА

1. 0,2 мкм;
2. 1 мкм;
3. 5 мкм;
4. 0,8 нм;
5. 200 мкм.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕКТРОННОГО МИКРОСКОПА:

1. Разрешающая способность 0,2 мкм, общее увеличение до 1000000^x;
2. Разрешающая способность 0,2 мкм, общее увеличение до 200000^x;
3. Разрешающая способность 0,2 нм, общее увеличение до 1000000^x;
4. Разрешающая способность 2 мкм, общее увеличение до 500000^x;
5. Разрешающая способность 200 мкм, общее увеличение до 20000^x.

ФАЗОВО-КОНТРАСТНАЯ МИКРОСКОПИЯ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ

1. окрашенных флюоресцентными красителями;
2. окрашенных позитивным методом окраски;
3. окрашенных негативным методом окраски;
4. неокрашенных;
5. окрашенных анилиновыми красителями.

В ЛЮМИНЕСЦЕНТНОМ МЕТОДЕ МИКРОСКОПИИ КАК ИСТОЧНИК СВЕТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

1. ультрафиолетовое излучение;
2. дневной свет;
3. микроволновое излучение;
4. рентгеновское излучение;
5. инфракрасное излучение.

МИКРОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИЗУЧАЮТ СВОЙСТВА БАКТЕРИЙ:

1. морфо-тинкториальные;
2. культуральные;
3. антигенные;
4. токсигенные;
5. биохимические .

ДЛЯ КАКОГО ТИПА МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ГОТОВЯТ МИКРОПРЕПАРАТЫ, ОКРАШЕННЫЕ ФЛЮОРЕСЦИРУЮЩИМИ КРАСИТЕЛЯМИ

1. фазово-контрастной;
2. темнопольной;
3. электронной;
4. люминесцентной;
5. стандартной световой.

ДОСТОИНСТВА МИКРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. возможность ускоренной диагностики;
2. простота и доступность метода;
3. при некоторых заболеваниях имеет самостоятельное диагностическое значение;
4. позволяет выявить клинически значимое количество условно-патогенных микроорганизмов;
5. все вышеперечисленное.

ПРИНЦИП ДЕЛЕНИЯ НА ПРОСТЫЕ И СЛОЖНЫЕ МЕТОДЫ ОКРАСКИ

1. морфология бактерий;
2. способ микроскопии;
3. количество используемых красителей;
4. время окраски;
5. способ фиксации.

СЛОЖНЫЕ МЕТОДЫ ОКРАСКИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ

1. подвижности бактерий;
2. биохимических свойств бактерий;
3. антигенных свойств бактерий;
4. структуры микробной клетки;
5. вирулентности бактерий.

ОКРАСКА ПО МЕТОДУ ГРАМА ВЫЯВЛЯЕТ

1. морфологию бактерий;
2. способ получения энергии;
3. строение цитоплазматической мембраны;
4. наличие ядра;
5. состава и строения клеточной стенки.

КЛЕТОЧНОЙ СТЕНКИ НЕ ИМЕЮТ

1. актиномицеты;
2. микоплазмы;
3. риккетсии;
4. бациллы;
5. хламидии.

КИСЛОТОУСТОЙЧИВЫЕ БАКТЕРИИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ В МАЗКЕ, ОКРАШЕННОМ МЕТОДОМ

1. по Ожешко;
2. по Нейссеру;
3. по Бурри-Гинсу;
4. по Циль-Нильсену;

5. по Леффлеру.

СПОРЫ БАКТЕРИЙ

1. способ размножения;
2. внехромосомные факторы наследственности;
3. покоящиеся репродуктивные клетки;
4. эквивалент ядра у бактерий;
5. образуются в процессе деления клетки.

К СПОРООБРАЗУЮЩИМ БАКТЕРИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1. стрептококки;
2. клостридии;
3. нейссерии;
4. сальмонеллы;
5. коринебактерии.

ФОРМУ БАКТЕРИЯМ ПРИДАЕТ

1. клеточная стенка;
2. цитоплазматическая мембрана;
3. капсула;
4. спора;
5. нуклеоид.

СПОРЫ НЕОБХОДИМЫ БАКТЕРИЯМ ДЛЯ

1. синтеза белка;
2. защиты от иммунитета организма;
3. размножения;
4. сохранения во внешней среде;
5. защиты от антибиотиков;

КЛЕТОЧНАЯ СТЕНКА Гр- БАКТЕРИЙ ИМЕЕТ

1. толстый слой пептидогликана, тейхоевые кислоты;
2. тонкий слой пептидогликана, тейхоевые кислоты;
3. толстый слой пептидогликана, липополисахаридный слой;
4. тонкий слой пептидогликана, липополисахаридный слой;
5. отсутствие пептидогликана, липидный слой.

СУБСТРАТКИСЛОТОУСТОЙЧИВОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ

1. миколовая кислота и углеводы;
2. белки и липиды;
3. углеводы и белки;
4. липиды и миколовая кислота;
5. углеводы и липиды.

ОСНОВНОЙ КРАСИТЕЛЬ ПРИ ОКРАСКЕ ПО ГРАМУ

1. генциановый фиолетовый;
2. фуксин;
3. метиленовый синий;
4. окридиновый оранжевый;
5. бриллиантовый зеленый.

ОСНОВНОЙ КРАСИТЕЛЬ ПРИ ОКРАСКЕ ПО ЦИЛЮ-НИЛЬСЕНУ

1. генциановый фиолетовый;
2. карболовый фуксин Циля;
3. метиленовый синий;
4. окридиновый оранжевый;
5. бриллиантовый зеленый.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА БАКТЕРИЙ

1. характер роста на питательных средах;
2. способность окрашиваться различными красителями;
3. форму клеток и их взаимное расположение;
4. способность синтезировать пигмент;
5. наличие разных антигенов.

МИКОПЛАЗМЫ, L-ФОРМЫ НЕ ИМЕЮТ

1. нуклеоида;
2. рибосом;
3. клеточной стенки;
4. цитоплазматической мембраны;
5. плазмид.

ПО ФОРМЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

1. диплококки, стрептококки, стафилококки
2. бациллы, бактерии
3. палочки, кокки, микоплазмы
4. кокки, палочки, извитые
5. клостридии, бациллы

К ИЗВИТЫМ БАКТЕРИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1. микрококки;
2. бациллы;
3. клостридии;
4. спирохеты;
5. сарцины.

К ПАЛОЧКОВИДНЫМ БАКТЕРИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1. тетракокки;
2. стрептококки;
3. клостридии;
4. микоплазмы;
5. спириллы.

К ШАРОВИДНЫМ БАКТЕРИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1. бациллы;
2. сарцины;
3. бактерии;
4. вибрионы;
5. актиномицеты.

ОБЛИГАТНЫЕ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЕ ПАРАЗИТЫ

1. риккетсии;
2. стрептококки;
3. боррелии;
4. клостридии;

5. стафилококки.

ПРИЗНАКИ ВИРУСОВ

1. размер менее 200 нм, отсутствие автономного питания;
2. размер более 200 нм, отсутствие автономного питания, облигатный паразитизм;
3. размер менее 200 нм, отсутствие автономного питания, облигатный паразитизм, один тип нуклеиновой кислоты;
4. размер более 200 нм, отсутствие автономного питания, облигатный паразитизм, один тип нуклеиновой кислоты, митотическое деление;
5. размер более 200 мкм, автономное питание.

ИЗВИТУЮ ФОРМУ ИМЕЮТ

1. вибрионы;
2. вибрионы и спириллы;
3. вибрионы, спириллы и бациллы;
4. вибрионы, спириллы, бациллы и клостридии;
5. вибрионы, спириллы, бациллы, клостридии и хламидии;

МОРФОЛОГИЯ КЛОСТРИДИЙ

1. палочки без спор;
2. палочки со спорами, диаметр спор не превышает поперечный размер бактерий;
3. палочки со спорами, диаметр спор больше поперечного размера бактерий;
4. палочки с биполярными включениями;
5. извитые формы.

СПОРООБРАЗУЮЩИЕ ПАЛОЧКИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ В ЦЕПОЧКУ

1. стрептококки;
2. сарцины;
3. стафилококки;
4. стрептобациллы;
5. клостридии.

МИКРООРГАНИЗМЫ, НЕ ИМЕЮЩИЕ КЛЕТОЧНОЙ СТЕНКИ

1. стафилококки;
2. вибрионы;
3. спириллы;
4. микоплазмы;
5. риккетсии.

GR+ БАКТЕРИИ, ОБРАЗУЮЩИЕ ВЕТВЯЩИЕСЯ НИТИ, ГИФЫ

1. вибрионы;
2. микоплазмы;
3. риккетсии;
4. стрептобациллы;
5. актиномицеты.

МИКРООРГАНИЗМЫ, РАЗМНОЖАЮЩИЕСЯ СПОРАМИ

1. грибы;
2. бактерии;
3. простейшие;
4. водоросли;
5. вирусы.

КОККИ, ОБРАЗУЮЩИЕ ДЛИННЫЕ ЦЕПОЧКИ

1. менингококки;
2. стафилококки;
3. стрептококки;
4. гонококки;
5. пневмококки.

ГРУППЫ МИКРООРГАНИЗМОВ ПО ТИПУ ПИТАНИЯ

1. ауотрофы и аэробы;
2. аэробы и мезофилы;
3. мезофилы и гетеротрофы;
4. гетеротрофы и ауотрофы;
5. мезофилы и микроаэрофилы.

ГЕТЕРОТРОФЫ УСВАИВАЮТ

1. углерод из органических, азот из органических соединений;
2. углерод из неорганических, азот из органических соединений;
3. углерод из органических, азот из неорганических соединений;
4. углерод из неорганических, азот из неорганических соединений;

УСЛОВИЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ БАКТЕРИЙ

1. питательная среда;
2. питательная среда, длительность инкубации;
3. питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура;
4. питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура, аэробные или анаэробные условия;
5. питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура, аэробные или анаэробные условия, регуляция атмосферного давления.

ПИТАНИЕ БАКТЕРИЙ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРОСТЕЙШИХ ПО ФАЗЕ

1. синтеза веществ в клетке;
2. экзогенного расщепления питательных веществ;
3. расщепление веществ в клетке;
4. выведения продуктов обмена веществ;
5. депонирования продуктов обмена веществ.

ДЛЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ АНАЭРОБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПИТАТЕЛЬНЫЕ СРЕДЫ:

1. среда Плоскирева и Китт-Тароцци;
2. среда Китт-Тароцци и Вильсон-Блера;
3. среда Вильсон-Блера и мясопептонный бульон (МПБ);
4. МПБ и среда Плоскирева;
5. МПБ и среда Китт-Тароцци.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ЯВЛЯЮТСЯ СРЕДЫ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ

1. выделения определенного вида микробов;
2. выделения и идентификации разных видов микроорганизмов;
3. выделения облигатных анаэробов;
4. выделения облигатных паразитов;
5. выделения возбудителя заболевания.

СПОСОБ РАЗМНОЖЕНИЯ ПАТОГЕННЫХ БАКТЕРИЙ

1. деление;
2. деление и почкование;
3. деление, почкование и конъюгация;
4. деление, почкование, конъюгация и спорообразование;
5. деление, почкование, конъюгация, спорообразование и дисъюнктивный.

ПО ТИПУ ДЫХАНИЯ МИКРООРГАНИЗМЫ ДЕЛЯТСЯ НА

1. облигатные анаэробы;
2. облигатные анаэробы и факультативные анаэробы;
3. облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы;
4. облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы, микроаэрофилы;
5. облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы, микроаэрофилы и мезофилы.

ЭЛЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ СРЕДЫ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ

1. выделения определенного вида микробов;
2. выделения и идентификации разных видов микроорганизмов;
3. выделения облигатных анаэробов;
4. выделения облигатных паразитов;
5. выделения возбудителя заболевания.

ДЛЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ ОБЛИГАТНЫХ ПАРАЗИТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. плотные питательные среды;
2. жидкие питательные среды;
3. организм животного;
4. культуры клеток;
5. организм животного и культуры клеток.

КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЬЮ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1. определение рода микроба;
2. выделение чистой культуры;
3. определение биохимической активности микробов;
4. определение морфологии микроорганизмов;
5. определение вида возбудителя.

КРИТЕРИИ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЧИСТОЙ КУЛЬТУРЫ

1. морфология;
2. морфология, биохимические свойства;
3. морфология, биохимические свойства, АГ структура;
4. морфология, биохимические свойства, АГ структура, антибиотикограмма;
5. морфология, биохимические свойства, АГ структура, антибиотикограмма, фаготипирование.

МИКРООРГАНИЗМЫ ОДНОГО ВИДА, ОТЛИЧАЮЩИЕСЯ ПО БИОЛОГИЧЕСКИМ СВОЙСТВАМ НАЗЫВАЮТСЯ

1. штамм;
2. серовар;
3. биовар;
4. эковар;
5. фаготип.

МИКРООРГАНИЗМЫ ОДНОГО ВИДА, ОТЛИЧАЮЩИЕСЯ ПО АНТИГЕННЫМ СВОЙСТВАМ

1. штамм;
2. серовар;
3. биовар;
4. эковар;
2. фаготип.

МИКРООРГАНИЗМЫ ОДНОГО ВИДА, ОТЛИЧАЮЩИЕСЯ ПОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ

1. резистовар;
2. серовар;
3. биовар;
4. эковар;
5. фаговар.

ЧИСТУЮ КУЛЬТУРУ СПОРООБРАЗУЮЩИХ БАКТЕРИЙ МОЖНО ВЫДЕЛИТЬ ПРИ ОБРАБОТКЕ ИССЛЕДУЕМОГО МАТЕРИАЛА

1. УФЛ;
2. кислотой;
3. высокой температурой;
4. замораживанием;
5. высоким давлением.

ХИМИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ

1. фенолы;
2. фенолы и кислоты;
3. фенолы, кислоты и щелочи;
4. фенолы, кислоты, щелочи и соли тяжелых металлов;
5. фенолы, кислоты, щелочи, соли тяжелых металлов, сульфаниламиды и антибиотики.

МЕТОДЫ СТЕРИЛИЗАЦИИ

1. фильтрация, автоклавирование;
2. фильтрация, автоклавирование, сухожаровой шкаф;
3. фильтрация, автоклавирование, сухожаровой шкаф, пастеризация;
4. фильтрация, автоклавирование, сухожаровой шкаф, γ -излучение;
5. фильтрация, автоклавирование, сухожаровой шкаф, УФЛ, γ -излучение, пастеризация.

Основные методы стерилизации металлического инструментария

1. кипячение;
2. паровая стерилизация;
3. ультразвуковая стерилизация;
4. сухожаровая стерилизация;
5. фильтрация.

В автоклаве можно стерилизовать

1. перевязочный материал;
2. питательные среды;
3. пластиковые шприцы;
4. растворы;
5. верно «1», «2» и «4».

Метод стерилизации материалов, не выдерживающих высоких температур (80-100°C)

1. тиндализация;
2. сухим жаром;
3. дробная стерилизация;
4. автоклавирование;
5. верно «1» и «3».

Цель создания повышенного давления в автоклаве

1. повышение температуры кипения воды;
2. губительное действие на споры;
3. понижение температуры кипения воды;
4. губительное действие только на вегетативные формы микроорганизмов;
5. верно «1» и «2».

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА МИКРООРГАНИЗМЫ

1. бактериостатическое;
2. бактериостатическое и бактерицидное;
3. бактериостатическое, бактерицидное и бактериолитическое;
4. бактериостатическое, бактерицидное, бактериолитическое и изменение свойств;
5. бактериостатическое, бактерицидное, бактериолитическое, изменение свойств и индифферентное.

ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ РАСТВОРОВ БЕЛКОВ, АНТИБИОТИКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. тиндализацию и сухожаровую стерилизацию;
2. сухожаровую стерилизацию и УФЛ;
3. УФЛ и фильтрование;
4. фильтрование и тиндализацию;
5. верно «2» и «4».

Стерилизовать объект позволяют следующие методы

1. γ -облучение;
2. автоклавирование (120°C);
3. сухой жар;
4. пастеризация;
5. верно «1», «2» и «3».

методы Контроля качества стерилизации

1. молекулярно-биологический;
2. биологический;
3. физический;
4. химический;
5. верно «2», «3» и «4».

Основные группы дезинфектантов

1. альдегиды, спирты;
2. белки, амины;
3. галоидсодержащие вещества;
4. поверхностно-активные вещества;
5. верно «1», «3» и «4».

УНИЧТОЖЕНИЕ ПАТОГЕННЫХ МИКРОБОВ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ ВО ВНЕШНЕЙ СРЕДЕ

1. дезинфекция;
2. антисептика;
3. химиотерапия;
4. иммунотерапия;
5. верно «1» и «2».

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ПОПАДАНИЮ МИКРООРГАНИЗМОВ В РАНУ ИЛИ СТЕРИЛЬНЫЙ ОБЪЕКТ

1. дезинфекция;
2. асептика;
3. антисептика;
4. химиотерапия;
5. иммунотерапия.

УНИЧТОЖЕНИЕ ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ НА ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА И В РАНЕ

1. дезинфекция;
2. асептика;
3. антисептика;
4. химиотерапия;
5. иммунотерапия.

ПРИЧИНА КОСВЕННОГО ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ АНТИБИОТИКОВ

1. аллергические реакции;
2. бактериолиз под влиянием больших доз антибиотиков;
3. иммунодепрессивное действие;
4. особенности химического строения, метаболизма, элиминации АБ;
5. дисбактериоз.

При оценке чувствительности к антибиотику *in vitro* диско-диффузионным способом определяют

1. интенсивность роста культуры;
2. продукцию пигмента;
3. диаметр зоны подавления роста;
4. генетические маркеры резистентности;
5. верно «в» и «г».

Природная устойчивость микробов к антибиотикам и химиопрепаратам может быть обусловлена

1. отсутствием «мишени» для действия препарата;
2. переносом г-генов хромосомы;
3. наличием инактивирующих ферментов;
4. мутациями в генах хромосомы;
5. верно «б» и «в».

Приобретенная устойчивость микробов к действию антибиотиков может быть обусловлена

1. отсутствием «мишени» для действия препарата;
2. мутациями, изменяющими «мишень» действия антибиотика;
3. переносом г-генов хромосомы;
4. передачей R-плазмиды;
5. верно «б», «в» и «г».

Бактерицидные антибиотики

1. тетрациклины;
2. пенициллины;
3. полипептиды;
4. цефалоспорины;
5. верно «б», «в» и «г».

МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ЦЕФАЛОСПОРИНА

1. нарушение синтеза белка;
2. ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. дезорганизация ЦПМ;
4. нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
5. верно «б» и «в».

МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ТЕТРАЦИКЛИНА

1. нарушение синтеза белка;
2. ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. дезорганизация ЦПМ;
4. нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
5. верно «в» и «г».

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИБИОТИКАМИ:

1. токсическое действие;
2. токсическое действие и аллергические реакции;
3. токсическое действие, аллергические реакции и дисбиоз;
4. токсическое действие, аллергические реакции, дисбиоз и иммунодепрессивное действие;
5. токсическое действие, аллергические реакции и иммунодепрессивное действие;

При оценке чувствительности к антибиотику *invitro* способом серийных разведений в жидкой среде определяют

1. интенсивность роста культуры;
2. продукцию пигмента;
3. диаметр зоны подавления роста;
4. генетические маркеры резистентности;
5. верно «в» и «г».

Природная устойчивость микробов к антибиотикам и химиопрепаратам

1. наследуемый признак;
2. признак, формирующийся под влиянием антибиотика;
3. признак, обусловленный модификационной изменчивостью;
4. признак, возникающий вследствие передачи плазмиды;
5. верно «б» и «г».

Назовите генетические механизмы приобретенной резистентности микробов к антибиотикам

1. мутации в генах;
2. наличие R-плазмид;
3. перенос г-генов хромосомы и плазмиды;
4. природное отсутствие точки приложения действия антибиотика;
5. верно «а», «б» и «в».

Бактериостатические антибиотики

1. хлорамфениколы;
2. тетрациклины;
3. аминогликозиды;
4. монобактамы;
5. верно «а» и «б».

МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИЕНОВЫХ АНТИБИОТИКОВ

1. нарушение синтеза белка;
2. ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. дезорганизация ЦПМ;
4. нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
5. верно «в» и «г».

МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ПЕНИЦИЛЛИНА

1. нарушение синтеза белка;
2. ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. дезорганизация ЦПМ;
4. нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
5. верно «а» и «б».

МИШЕНЬ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИМИКСИНОВ

1. нарушение синтеза белка;
2. ингибиторы синтеза клеточной стенки;
3. дезорганизация ЦПМ;
4. нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
5. верно «а» и «г».

ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС – ЭТО:

1. распространение инфекционных болезней среди животных;
2. наличие возбудителей в окружающей среде;
3. взаимодействие микро- и макроорганизма;
4. зараженность инфекционными агентами переносчиков;
5. распространение болезней среди людей.

ИНФЕКЦИИ РАЗДЕЛЯЮТ НА АНТРОПОЗОЫ, ЗООНОЗОЫ И САПРОНОЗОЫ ПО:

1. механизму передачи;
2. источнику инфекции;
3. резервуару инфекции;
4. месту входных ворот;
5. верно всё.

МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЗАВИСИТ ОТ:

1. устойчивости возбудителя во внешней среде;
2. локализации возбудителя в организме источника инфекции;
3. патогенности возбудителя;
4. вирулентности возбудителя;
5. верно всё.

ФАКТОРЫ ИММУНОДЕПРЕССИИ У МИКРОБОВ

1. R-плазида и антилизоцимная активность;
2. антилизоцимная активность и антиинтерфероновая активность;
3. антиинтерфероновая активность и Col-плазида;
4. R-плазида и Col-плазида;
5. верно всё.

ВИРУЛЕНТНОСТЬ - МЕРА

1. иммуногенности
2. патогенности
3. персистенности
4. специфичности
5. верно всё.

ИЗБИРАТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ НА МАКРООРГАНИЗМ ОБЛАДАЕТ

1. экзотоксин;
2. эндотоксин;
3. ЛЖК;
4. бактериоцины;
5. верно всё.

ГЕМОЛИЗИН -

1. эндотоксин;
2. фермент агрессии;
3. экзотоксин;
4. фермент защиты;
5. верно всё.

ФЕРМЕНТ ЗАЩИТЫ -

1. коллагеназа;
2. фибринолизин;
3. плазмокоагулаза;
4. лецитовителлаза;
5. верно всё.

ЭНДОТОКСИН -

1. неспецифичен;
2. неспецифичен и термостабилен;
3. неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки;
4. неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки, освобождается при разрушении клетки;
5. неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки, освобождается при разрушении клеток преимущественно спорообразующих микроорганизмов.

DLM - ЕДИНИЦА ИЗМЕРЕНИЯ

1. лизогении
2. вирулентности
3. антибиотикочувствительности
4. персистенции
5. бактериоциногении

ФАКТОР МИКРОБНОГО АНТАГОНИЗМА:

1. гиалуронидаза;
2. плазмокоагулаза;
3. лизоцим;
4. гемолизин;
5. эндотоксин.

НА ЭТАПЕ КОЛОНИЗАЦИИ МИКРООРГАНИЗМОВ УЧАСТВУЮТ

1. адгезины;
2. адгезины и бактериоцины;
3. адгезины, бактериоцины и нейраминидаза;
4. адгезины, бактериоцины, нейраминидаза и экзопроотеазы;
5. адгезины, бактериоцины, нейраминидаза, экзопроотеазы и нуклеиновые кислоты.

ПЕРСИСТЕНЦИЯ:

1. длительное выживание микроба в организме человека;
2. длительное выживание микроба в окружающей среде;
3. длительное выживание микроба в элективной среде;
4. длительное выживание микроба в крио-среде;
5. верно всё.

ЛИПОПОЛИСАХАРИД БАКТЕРИЙ ИГРАЕТ РОЛЬ

1. информационной макромолекулы
2. эндотоксина и O-антигена
3. регулятора синтеза пептидогликана
4. в патогенезе токсинемических инфекций
5. биоэнергетического источника

ФАКТОРЫ ПЕРСИСТЕНЦИИ – АНТИЛИЗОЦИМНАЯ АКТИВНОСТЬ, АНТИИНТЕРФЕРОНОВАЯ АКТИВНОСТЬ, АНТИКОМПЛЕМЕНТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ

1. секретируемые;
2. экранирующие;
3. связаны с дефектом клеточной стенки микробов;
4. генетически детерминированы в плазмиде;
5. верно 1,4.

АНТРОПОНОЗЫ

1. восприимчив человек, восприимчивы животные;
2. восприимчив человек, не восприимчивы животные;
3. не восприимчив человек, восприимчивы животные;
4. не восприимчив человек, не восприимчивы животные;
5. всё неверно.

СЕПТИКОПИЕМИЯ

1. размножение микробов в крови, гнойные очаги в органах;
2. размножение микробов в крови, без гнойных очагов в органах;
3. отсутствие размножения микробов в крови, гнойные очаги в органах;
4. отсутствие размножения микробов в крови, отсутствие гнойных очагов в органах;
5. всё неверно.

БАКТЕРИЕМИЯ

1. размножение микробов в тканях;
2. размножение микробов в тканях и проникновение в кровь;
3. размножение микробов в тканях, проникновение их в кровь и размножение микробов в крови;
4. размножение микробов в тканях, проникновение их в кровь и размножение микробов в крови и формирование гнойных очагов;
5. всё неверно.

ВЫХОД ТОКСИНОВ В КРОВЬ

1. бактериемия;
2. септицемия;
3. септикопиемия;
4. токсинемия;
5. всё неверно.

СУПЕРИНФЕКЦИЯ

1. повторное заражение тем же видом микробов после выздоровления;
2. повторное заражение тем же видом микробов до окончания основного заболевания;
3. заражение другим видом микробов после выздоровления;
4. заражение другим видом микробов до окончания основного заболевания;
5. всё неверно.

ПРИ ЛАТЕНТНОЙ ИНФЕКЦИИ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ

1. есть внутриклеточный паразитизм, есть выделение возбудителя во внешнюю среду;
2. нет внутриклеточного паразитизма, есть выделение возбудителя во внешнюю среду;
3. есть внутриклеточный паразитизм, нет выделения возбудителя во внешнюю среду;
4. нет внутриклеточного паразитизма, нет выделения возбудителя во внешнюю среду;
5. всё неверно.

ВОСПРИИМЧИВОСТЬ

1. видовой признак, передаётся по наследству;
2. индивидуальный признак, не передаётся по наследству;
3. видовой признак, не передаётся по наследству;
4. индивидуальный признак, передаётся по наследству;
5. всё неверно.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕСТЕСТВЕННУЮ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

1. эндокринный статус;
2. иммуногенетический статус;
3. возраст;
4. физическая нагрузка;
5. всё верно.

К ФАКТОРАМ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОТНОСЯТСЯ:

1. интерфероны;
 2. естественные киллеры (НК-клетки);
3. макрофаги;
4. система-комплемента;
5. всё верно.

ГУМОРАЛЬНЫЕ И КЛЕТОЧНЫЕ ФАКТОРЫ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

1. лизоцим;
2. лизоцим и комплемент;
3. лизоцим, комплемент и бета-лизины;
4. лизоцим, комплемент, бета-лизины и нейтрофилы;
5. лизоцим, комплемент, бета-лизины, нейтрофилы и макрофаги.

КИСЛОРОДОЗАВИСИМЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФАГОЦИТОЗА

1. лактоферрин, лизоцим, протеазы, фосфолипазы;
2. лактоферрин, лизоцим, H_2O_2 , NO, синглетный кислород;
3. лизоцим, H_2O_2 , NO, синглетный кислород, HOCl;
4. H_2O_2 , оксид азота, кислородные радикалы, HOCl;
5. всё неверно.

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ АНТИМИКРОБНЫЕ ФАКТОРЫ

1. лизоцим, дефенсины;
2. дефенсины, ТКБ;
3. ТКБ, система комплимента;
4. система комплимента, БОФ;
5. всё неверно.

ФАГОЦИТОЗ РЕАЛИЗУЕТСЯ КЛЕТКАМИ

1. макрофаги, нейтрофилы;
2. нейтрофилы, Т-лимфоциты;
3. Т-лимфоциты, В-лимфоциты;
4. В-лимфоциты, макрофаги;
5. всё неверно.

НАИБОЛЕЕ ВЫГОДНЫЙ ДЛЯ МИКРОБА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. выздоровление;
2. смерть;
3. бактерионосительство;
4. верно 2,3;
5. всё неверно.

НОРМАЛЬНАЯ МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА УЧАСТВУЕТ В

1. переваривании пищи;
2. переваривании пищи и стимуляции иммуногенеза;
3. переваривании пищи, стимуляции иммуногенеза и синтезе витаминов;
4. переваривании пищи, стимуляции иммуногенеза, синтезе витаминов и секреторных иммуноглобулинов;
5. переваривании пищи, стимуляции иммуногенеза, синтезе витаминов и секреторных иммуноглобулинов, развитии эндогенной инфекции.

СООТНОШЕНИЕ АНАЭРОБЫ/АЭРОБЫ В МИКРОФЛОРЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ

1. 1/1;
2. 10/1;
3. 1000/1;
4. 1/100;
5. 100/1.

ЧИСЛЕННО ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ БАКТЕРИИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА

1. лактобациллы;
2. энтерококки;
3. бациллы;
4. бактероиды, бифидобактерии;
5. кишечная палочка.

МЕХАНИЗМЫ КОЛОНИЗАЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

1. секреторный иммуноглобулин;
2. лизоцим и другие катионные белки;
3. дефенсины и другие катионные пептиды;
4. лактоферрин;
5. верно «1», «2», «3» и «4».

ФАКТОРЫ МИКРОФЛОРЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КОЛОНИЗАЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

1. органические кислоты;
2. летучие жирные кислоты;
3. бактериоцины и микроцины;
4. перекись водорода;
5. верно «1», «2», «3» и «4».

ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДИСБИОЗОВ

1. микроскопический;
2. бактериологический;
3. биологический;
4. серологический;
5. аллергический.

ОСНОВНОЙ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА

1. количество бактероидов;
2. культуральные свойства кишечной палочки;
3. наличие условно-патогенных бактерий;
4. количество бифидобактерий;
5. количество лактобацилл.

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСБИОЗОВ

1. пробиотики;
2. синбиотики;
3. фитопрепараты;
4. иммуномодуляторы;
5. верно «1», «2», «3» и «4».

К ГРУППЕ ПРОБИОТИКОВ ОТНОСИТСЯ

1. протейный бактериофаг;
2. инулин;
3. колибактерин;
4. антистафилококковая гипериммунная плазма;
5. клебсиеллезный бактериофаг.

ОСНОВУ ПРОБИОТИКОВ СОСТАВЛЯЮТ МИКРООРГАНИЗМЫ РОДОВ

1. Bifidobacterium;
2. Lactobacillus;
3. Enterococcus;
4. Bacillus;
5. верно «1», «2», «3» и «4».

К ГРУППЕ ПРЕБИОТИКОВ ОТНОСИТСЯ

1. лактобактерин;
2. бифидумбактерин;
3. олигофруктоза;
4. споробактерин;
5. синегнойный бактериофаг.

Форма контроля – устный опрос

Список вопросов:

1. Основные типы биологического окисления субстрата бактериями.
2. Элективные питательные среды. Цель применения. Примеры.
3. Классификация микроорганизмов по типам питания.
4. Фазы размножения бактериальной популяции.
5. Генотипическая изменчивость у бактерий: рекомбинации и мутации. Роль в эволюции микроорганизмов.
6. Правила заполнения бланка направления на бактериологическое исследование.
7. Ферменты микроорганизмов. Практическое использование биохимической активности микроорганизмов.
8. Популяционный анализ, практическое применение.
9. Организация генетического аппарата у бактерий. Гено- и фенотип.
10. Способы размножения патогенных микроорганизмов.
11. Плазмиды бактерий, их роль в биологии и медицине.
12. Методы выделения чистых культур микроорганизмов.
13. Отличие облигатных и факультативных паразитов. Примеры питательных сред для разных групп.
14. Цели и методы генной инженерии. Практическое использование генной инженерии в медицинской микробиологии, вирусологии, иммунологии и биотехнологии.
15. Питательные среды для бактерий. Их классификация. Назначение.
16. Методы молекулярной гибридизации (ПЦР).
17. Этапы бактериологического метода лабораторной диагностики инфекционных заболеваний, их характеристика.
18. Механизм питания бактерий.
19. Способы создания условий для культивирования анаэробов.
20. Дифференциально-диагностические питательные среды. Цель применения. Примеры.
21. Генетика микроорганизмов, ее задачи, значение для медицины.
22. Чистая культура бактерий и методы ее выделения.
23. Морфология и структура бактериофагов.
24. Правила забора и доставки исследуемого материала для бактериологического исследования.
25. Особенности физиологии вирулентного и умеренного бактериофагов.
26. Питательные среды для культивирования анаэробов.
27. Бактериологический метод диагностики. Цель, задачи. Методика проведения. Диагностическая ценность.
28. Применение в медицине вирулентного и умеренного бактериофагов.
29. Методы молекулярной гибридизации (ДНК-зонд).
30. Фаготипирование. Цель. Методика проведения.
31. Определение понятий: «инфекция», «инфекционный процесс», «инфекционное заболевание».
32. Движущие силы инфекционного процесса.
33. Роль микроба в инфекционном процессе. Патогенность и вирулентность. Факторы колонизации, вирулентности и персистенции.
34. Роль внешней среды как движущей силы инфекционного процесса.
35. Формы инфекционного процесса по происхождению, по числу возбудителей.
36. Роль макроорганизма в инфекционном процессе (понятие о восприимчивости, инфекционной чувствительности)
37. Причины и условия, влияющие на восприимчивость и инфекционную чувствительность макроорганизма.
38. Факторы естественной резистентности организма человека.
39. Влияние внешней среды на устойчивость макроорганизма к действию патогенных микробов.
40. Роль социальных факторов в возникновении и развитии инфекционного процесса.
41. Этапы в развитии инфекционного заболевания.
42. Пути распространения микробов и токсинов в организме.
43. Формы инфекционного процесса по длительности и по выраженности клинических проявлений.
44. Экспериментальная инфекция и ее значение в научных исследованиях и практической медицине. Биологический метод диагностики (биологическая проба).
45. Иммунитет. Определение понятия.
46. Виды иммунитета по происхождению и условиям формирования.
47. Антигены. Определение. Свойства. Химическая природа. Материальная основа специфичности.
48. Антигенная структура бактериальной клетки. Виды антигенов по специфичности. Значение для практической медицины.
49. Серологическая диагностика инфекционных заболеваний.
50. Реакция агглютинации. Механизм, практическое использование.
51. Реакция преципитации, ингредиленты. Механизм. Практическое использование.
52. Диагностические препараты: виды, определение, получение, применение.
53. Антитела. Классы иммуноглобулинов, их определение.
54. Современные модификации реакции агглютинации: РНГА, РКОА. Механизм, практическое использование.
55. Препараты для специфической профилактики и лечения инфекционных заболеваний.

Форма контроля – проверка практических навыков

Список практических навыков:

1. Стафилококк (окраска по Граму).
2. Кишечная палочка (окраска по Граму).
3. Стрептобацилла (окраска по Граму).
4. Гонококк в гное (окраска метиленовым синим).
5. Туберкулезные палочки в мокроте (окраска по Циль-Нильсену).
6. Палочка со спорой (окраска по Граму).
7. Дифтерийные палочки с зернами волютин (окраска метиленовым синим)
8. Палочка с капсулой (окраска фуксином).
9. Вирус натуральной оспы (импрегнация серебром).
10. Палочка со жгутиками (импрегнация серебром).
11. Плазмозид дрожжей (окраска по Бурри-Гинсу).

12. Смесь грамположительных и грамотрицательных бактерий (окраска по Граму).
13. Среда Эндо с ростом ЛАК+ и ЛАК –
14. ЖСА с ростом ЛВ+ и ЛВ-
15. Сокультивирование
16. Среда Китта-Тарощи
17. Среда Вильсона-Блер
18. Среда СКС
19. Чашка с рассевом колоний
20. Стафигест, энтерогест
21. Чашка с фаготипированием
22. Бактериофаги в ампулах и флаконах
23. Реакция преципитации в агаре для определения токсигенности дифтерийных палочек.
24. Реакция связывания комплемента.
25. Реакция Видаля.
26. Набор диагностических препаратов (диагностикумы, иммунные сыворотки, аллергены, бактериофаги).
27. Набор специфических, профилактических и лечебных препаратов (вакцины, сыворотки, бактериофаги, эубиотики).
28. Реакция непрямо́й (пассивной) гемагглютинации (РНГА).

Модуль 2 Клиническая микробиология

Форма контроля – тестирование

ОСОБЕННОСТЬ МЕТОДА ВЫДЕЛЕНИЯ ЧИСТОЙ КУЛЬТУРЫ АНАЭРОБНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

1. посева исследуемого материала в конденсат;
2. обработки исследуемого материала кислотой;
3. предварительном прогревании исследуемого материала до 90-100°C;
4. заражении экспериментального животного;
5. создании анаэробных условий.

ФИЗИЧЕСКИЙ МЕТОД СОЗДАНИЯ АНАЭРОБНЫХ УСЛОВИЙ

1. с помощью анаэростата;
2. с помощью эксикатора и адсорбентов кислорода;
3. сокультивирование аэробов с анаэробами;
4. специальные среды для анаэробов;
5. все перечисленные методы.

ХИМИЧЕСКИЙ МЕТОД СОЗДАНИЯ АНАЭРОБНЫХ УСЛОВИЙ

1. с помощью анаэростата;
2. с помощью эксикатора и адсорбентов кислорода;
3. сокультивирование аэробов с анаэробами;
4. специальные среды для анаэробов;
5. все перечисленные методы.

БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД СОЗДАНИЯ АНАЭРОБНЫХ УСЛОВИЙ

1. с помощью анаэростата;
2. с помощью эксикатора и адсорбентов кислорода;
3. сокультивирование аэробов с анаэробами;
4. специальные среды для анаэробов;
5. все перечисленные методы.

ВОЗБУДИТЕЛЕМ СТОЛБНЯКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. *Francisella tularensis*;
2. *Clostridium perfringens*;
3. *Clostridium botulinum*;
4. *Yersinia pestis*;
5. *Clostridium tetani*.

ВОЗБУДИТЕЛЬ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ ПО МОРФОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Гр+палочки;
2. Гр+стрептобацилла;
3. Гр+спорообразующая палочка;
4. Гр-кокки;
5. Гр-палочки.

УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ГАЗОВОЙ ИНФЕКЦИИ

1. мертвая ткань;
2. мертвая ткань и анаэробные условия;
3. мертвая ткань, анаэробные условия и ассоциация между возбудителями газовой инфекции;
4. мертвая ткань, анаэробные условия, ассоциация между возбудителями газовой инфекции и с аэробами;
5. мертвая ткань, анаэробные условия, ассоциация между возбудителями газовой инфекции, с аэробами и состояние макроорганизма (сдавление тканей, кровопотеря, шок и т.д.).

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГАЗОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ

1. входные ворота инфекции;
2. входные ворота инфекции и близлежащие ткани;
3. входные ворота инфекции, близлежащие ткани и кровь;
4. кровь, спинномозговая жидкость;
5. входные ворота инфекции, паренхиматозные органы.

ЦЕЛЬ ДИАГНОСТИКИ ПРИ АНАЭРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ – ОБНАРУЖЕНИЕ

1. возбудителя и специфических изменений в организме;
2. специфических изменений и эндотоксина;
3. эндотоксина и экзотоксина;
4. экзотоксина и возбудителя;
5. возбудителя.

ЦЕЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ КАК МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПРИ АНАЭРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

1. обнаружение возбудителя и экзотоксина;
2. обнаружение экзотоксина и определение типа экзотоксина;
3. определение типа экзотоксина и фаготипа выделенной чистой культуры;
4. определение фаготипа выделенной чистой культуры и обнаружение возбудителя;
5. выделение чистой культуры микроорганизмов.

АКТИВНАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТОЛБНЯКА ПРОВОДИТСЯ

1. анатоксином;
2. антитоксической сывороткой;
3. антраксином;
4. антифагином;
5. бактериофагом.

ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ПАТОГЕННЫМИ КЛОСТРИДИЯМИ, ИСПОЛЬЗУЮТ

1. анатоксин;

2. антиоксисеские сыворотки и иммуноглобулины;
3. антимикробные сыворотки и иммуноглобулины;
4. антибиотики;
5. не разработана.

ОСНОВОЙ ЦЕЛЬЮ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БОТУЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. определение специфических антител;
2. выделение чистой культуры;
3. выявление сенсибилизации организма;
4. определение ботулотоксинов в исследуемом материале;
5. обнаружение характерных палочек в исследуемом материале.

ОСНОВОЙ фактор патогенности возбудителя ботулизма

1. жгутики;
2. эндотоксин;
3. экзотоксин;
4. капсула;
5. протеолитические ферменты.

ОДИН ВИД БАКТЕРИЙ УГНЕТАЕТ РАЗВИТИЕ ДРУГОГО

1. антагонизм;
2. синергизм;
3. индифферентное сосуществование;
4. паразитизм;
5. верно «1» и «4».

КРИТЕРИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОГО МИКРООРГАНИЗМА КАК ВОЗБУДИТЕЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА

1. ПМО=10³ КОЕ/мл, нарастание титра антител к аутоштамму;
2. ПМО=10³ КОЕ/мл, отсутствие нарастание титра антител к аутоштамму;
3. ПМО=10⁴ КОЕ/мл, отсутствие нарастание титра антител к аутоштамму;
4. ПМО=10⁵ КОЕ/мл, нарастание титра антител к аутоштамму;
5. ПМО=10² КОЕ/мл, нарастание титра антител к аутоштамму.

СМЕШАННЫЕ ИНФЕКЦИИ

1. возникают на фоне существующего заболевания;
2. характеризуются удлиненным инкубационным периодом;
3. формируются из первичного очага инфекции, подвергшегося неадекватному лечению антибиотиками;
4. характеризуются одновременным заражением несколькими микроорганизмами.
5. верно «1» и «3»

РОД GR+ ФАКУЛЬТАТИВНО-АНАЭРОБНЫХ КОККОВ - ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО - ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. *Anaerococcus*;
2. *Neisseria*;
3. *Staphylococcus*;
4. *Peptococcus*;
5. верно «а» и «г».

МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМИ БАКТЕРИЯМИ

1. бактериологический и серологический;
2. серологический и биопроба;
3. микроскопический и биопроба;
4. аллергический и биопроба;
5. микроскопический и серологический;

ФАКТОРЫ ВИРУЛЕНТНОСТИ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ БАКТЕРИЙ

1. адгезины;
2. гемолизин;
3. коллагеназа;
4. плазмокоагулаза;
5. верно «2», «3» и «4».

КРИТЕРИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОГО МИКРООРГАНИЗМА КАК ВОЗБУДИТЕЛЯ ОПОРТУНИСТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

1. ПМО=10² КОЕ/мл, отсутствие антилизоцимной активности;
2. ПМО=10³ КОЕ/мл, отсутствие антилизоцимной активности;
3. ПМО=10⁵ КОЕ/мл, наличие антилизоцимной активности;
4. ПМО=10⁴ КОЕ/мл, отсутствие антилизоцимной активности;
5. ПМО=10³ КОЕ/мл, наличие антилизоцимной активности;

ВОЗБУДИТЕЛИ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ – GR- ФАКУЛЬТАТИВНО-АНАЭРОБНЫЕ ПАЛОЧКИ (РОД)

1. *Klebsiella*;
2. *Bacteroides*;
3. *Corynebacterium*;
4. *Bacillus*;
5. *Clostridium*.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ТИПИРОВАНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВКЛЮЧАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. биотипа
2. биотипа и серотипа
3. биотипа, серотипа и фаготипа
4. биотипа, серотипа, фаготипа и антибиотикограммы
5. биотипа, серотипа, фаготипа, антибиотикограммы и генного профиля

ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

1. пищевой;
2. пищевой, контактно-бытовой;
3. пищевой, контактно-бытовой, аэрогенный;
4. пищевой, контактно-бытовой, аэрогенный, артификальный;
5. пищевой, контактно-бытовой, аэрогенный, артификальный, трансмиссивный.

ОСНОВНОЙ МЕТОД ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВБИ

1. серологический;
2. биологический;
3. актериологический;
4. микроскопический;
5. аллергический.

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИСТОЧНИКА ВБИ ПРОВОДЯТ

1. реакцию фаготипирования возбудителя
2. обнаружение специфических антител у больного
3. определение вирулентности возбудителя
4. определение специфических антител у медперсонала
5. определение вида возбудителя

ВЫБЕРИТЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТАФИЛОКОККОВОГО НАГНОЕНИЯ РАНЫ

1. пенициллин

2. стафилококковый бактериофаг
3. фурациллин
4. стафилококковый анатоксин
5. антистафилококковый гамма-глобулин

ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ ВКЛЮЧАЕТ

1. множественную антибиотикорезистентность
2. множественную антибиотикорезистентность, устойчивость к УФЛ
3. множественную антибиотикорезистентность, устойчивость к УФЛ, устойчивость к дезинфектантам
4. множественную антибиотикорезистентность, устойчивость к УФЛ, устойчивость к дезинфектантам, устойчивость к антисептикам
5. множественную антибиотикорезистентность, устойчивость к УФЛ, устойчивость к дезинфектантам, устойчивость к антисептикам, малую инфицирующую дозу

Форма контроля – решение проблемно-ситуационных задач.

Задача 1

Общее количество колоний в 1 м³ воздуха операционной, подготовленной к работе равно 50.

Задание.

1. Дайте обоснованный ответ о состоянии бактериальной обсемененности воздуха в этом помещении.
2. Приведите соответствующие нормы

Задача 2

Дежурный врач, принимая обратившихся к нему больных, выявил, что больные жаловались на нарушение зрения, туман в глазах, расстройство аккомодации, нарушение акта глотания. Обратившиеся - члены одной семьи питаются дома. Заболевание протекало при нормальной температуре. Пострадавшие на ужин ели котлеты, отварной картофель и консервированные огурцы.

Задание

1. К какой группе относится данное заболевание?
2. Какие симптомы подтверждают диагноз?
3. Выявите подозреваемый продукт.

Задача 3

Расследуя случай пищевого отравления, врач производит выемку проб для лабораторного исследования.

Задание

1. Какие лабораторные анализы проводятся для выделения возбудителя и серологических исследований?
2. Какие материалы отбираются для лабораторного исследования?

Задача 4

Две студентки МУ проходили УПП в ГИКБ №1. Студентка Сидорова Е., в основном, работала в процедурном кабинете, а студентка - Иванова Р. - в палатах (осуществляла сестринский уход за больным гепатитом). Через две недели после прохождения УПП Иванова Р. почувствовала недомогание, а через 3 дня стала темнеть моча (напоминать цвет пива). Через 4 месяца такие же симптомы заболевания появились у Сидоровой Е., что характерно для больных инфекционным гепатитом.

Задания:

1. Назовите микробы, чаще всего вызывающие инфекционные гепатиты?
2. Какими характерными свойствами обладают возбудители таких гепатитов?
3. Наиболее известные возбудители этих инфекционных гепатитов?
4. Какие механизмы передачи характерны для разных видов возбудителей?
5. Как называется скрытый период болезни? Какова его продолжительность у данных больных?

Задача 5

Двое работниц из числа обслуживающего персонала ГИКБ №1 - Евсеева В. и Астафьева Н. заболели инфекционным гепатитом. Было известно, что Евсеева В. (по совместительству) постоянно проводила уборку в санузлах, а Астафьева Н. осуществляла предстерилизационную очистку материала, часто загрязненного биологическими жидкостями от больных, в том числе и кровью.

Задания:

1. Учитывая разные условия работы, какими видами гепатита могли вероятнее всего, заразиться Евсеева В. и Астафьева Н.?
2. Что могло способствовать заражению работниц?
3. Какие пути заражения для каждого из случаев наиболее вероятны?
4. Какие вирусы гепатита передаются парентеральным и половым путями?
5. Как необходимо дезинфицировать руки при попадании на них крови или любого другого биологического материала от больных?

Задача 6

В родильный дом №28 поступила беременная женщина, которая в прошлом переболела гепатитом «В». При серологическом исследовании антигены вирусов гепатитов не были выявлены.

Задания:

1. Передается ли гепатит «В» ребенку во время беременности, если да, то каким путем, если нет, то в каких случаях?
2. Какой механизм является основным при передаче гепатита «В»?
3. Что служит исследуемым материалом и какова микробиологическая диагностика гепатита «В»?
4. Каков патогенез гепатита «В», возможен ли благоприятный исход после перенесенного заболевания?
5. Проводится ли специфическая профилактика гепатита «В», если да, то чем? Поясните ответ.

Задача 7

Предметом изучения микробиологии являются микробы, невидимые невооруженным глазом. Они встречаются повсюду, среди них есть полезные и вредные для организма человека.

Задания:

1. Каковы основные задачи медицинской микробиологии?
2. Фактором передачи каких возбудителей инфекционных заболеваний являются вода, воздух и почва?
3. Назовите санитарно-показательные микроорганизмы воды, воздуха, в смывах с рук и объектов внешней среды?
4. Чем и как брать смывы с рук? На какую среду и как провести посев смыва с рук?
5. Какие дезинфектанты применяются для дезинфекции рук?

Задача 8

В детскую инфекционную больницу поступил больной ребенок 7 лет, которому врач на основании клинических симптомов поставил диагноз: «Эпидемический цереброспинальный менингит».

Задания:

1. Назовите возбудителя названного заболевания, его морфологические и тинкториальные свойства?
2. Эпидемиология менингита: источник инфекции, входные ворота, механизм, факторы и пути передачи инфекции?
3. Какой материал следует брать у больного и кто должен осуществлять его взятие?
4. Основные методы микробиологического исследования?
5. Проводится ли специфическая профилактика названного заболевания?

Задача 9

Двое сотрудников отправились на рыбалку. А так как питьевой воды захватили мало, то использовали воду из открытого водоема, причем один из них пил некипяченую воду. Через две недели он заболел, температура тела поднялась до 39⁰ С. Больной был госпитализирован с диагнозом «Брюшной тиф».

Задания:

1. Назовите род возбудителя брюшного тифа?
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя, образует ли он споры и выделяет ли экзотоксин?
3. Эпидемиология брюшного тифа: источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции?
4. Каким путем заразился указанный больной и почему?
5. Проводится ли специфическая профилактика и терапия брюшного тифа?

Задача 10

В клинику инфекционных болезней поступил больной с симптомами диареи (жидкий стул со слизью и прожилками крови). На основании клинических данных и характерного вида испражнений был поставлен диагноз: «Дизентерия».

Задания:

1. Назовите род возбудителей дизентерии и основные виды?
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителей дизентерии?
3. Назовите характер исследуемого материала и основной метод микробиологической диагностики дизентерии? В чем его сущность? Как собрать материал на исследование?
4. Эпидемиология дизентерии: источник инфекции, механизмы, факторы и пути передачи инфекции?
5. Специфическая профилактика и терапия дизентерии?

Задача 11

В инфекционную клинику поступил больной ребенок 3 лет из детского сада № 18 с клиническими проявлениями диареи, где было зарегистрировано несколько случаев заболевания колиэнтеритом.

Задания:

1. Назовите род и виды возбудителей колиэнтерита, их морфологические и тинкториальные свойства?
2. Эпидемиология: источник заболевания, механизм, факторы, пути передачи инфекции?
3. Что такое входные ворота инфекции и что послужило входными воротами инфекции в данном случае?
4. Что служит исследуемым материалом при колиэнтерите и как его собирают? Требования к транспортировке и доставке исследуемого материала в лабораторию?
5. Какой метод применяют для определения чувствительности бактерий к антибиотикам, и в чем его суть?

Задача 12

При проф. осмотре в школе № 243 на флюорографии обнаружены очаги затемнения в верхушке правого легкого у школьника В, который был направлен в тубдиспансер для обследования.

Задания:

1. Назовите род и вид основного возбудителя туберкулеза у человека, его морфологические и тинкториальные свойства?
2. В чем особенность химического состава туберкулезной палочки и как их установить?
3. Какой метод окраски применяется для выделения туберкулезной палочки? В какой цвет окрашиваются туберкулезные палочки и остальная флора?
4. Что служит исследуемым материалом при туберкулезе, в зависимости от формы заболевания, требования к транспортировке и доставке в лабораторию?
5. Чем осуществляется специфическая профилактика туберкулеза, характеристика препарата?

Задача 13

В микробиологическую лабораторию поступил исследуемый материал больного В., находящегося в сыпнотифозном отделении ГИКБ №1. При обследовании на педикулез насекомых не обнаружили. Из анамнеза не смогли выявить предполагаемый источник инфекции.

Задания:

1. Что такое род бактерий?
2. К какому роду относятся возбудители сыпного тифа?
3. Морфологические и тинкториальные свойства возбудителей сыпного тифа?
4. Эпидемиология эпидемического сыпного тифа: источник инфекции, механизм передачи, фактор передачи, пути передачи инфекции, его сущность?
5. Способы неспецифической профилактики сыпного тифа?

Задача 14

В школе № 458, где количество учащихся - 380 человек, выявлен случай заболевания дифтерией. Врач педиатр провел осмотр контактных с целью выявления больных с ангиной, как группы риска, и список выявленных передал медицинской сестре для взятия у них материала на микробиологическое исследование.

Задания:

1. Назовите род возбудителя дифтерии?
2. Чем обеспечивается морфологическая особенность возбудителя дифтерии, и каковы его тинкториальные свойства?
3. Какой материал, чем и с какой целью берут у больных с ангиной? Какие условия необходимо учитывать при взятии материала?
4. Условия доставки исследуемого материала в микробиологическую лабораторию?
5. Проводится ли специфическая профилактика в очаге больных дифтерией? Поясните ответ.

Задача 15

В детском саду во время осмотра детей врач-педиатр выявил больного ребенка с подозрением на дифтерию, о чем было послано экстренное извещение в Районный Центр Санэпиднадзора. В группе, где находился больной ребенок, с подозрением на дифтерию, было еще 16 человек.

Задания:

1. С какой целью было послано экстренное извещение в Центр Санэпиднадзора?
2. Какие мероприятия проводит медицинская сестра в очаге больных дифтерией?
3. Эпидемиология дифтерии: источник инфекции, основной механизм, фактор и путь передачи инфекции?
4. Что такое дезинфекция и ее виды?
5. Проводится ли плановая специфическая профилактика дифтерии? Поясните ответ.

Задача 16

В Астраханской области, в районе эндемичном по чуме, был выявлен больной А с подозрением на бубонную форму чумы. Больного госпитализировали в инфекционную больницу. Проводя эпидемиологическое расследование в очаге больного, врач эпидемиолог назначил ряд противозидемических мероприятий.

Задания:

1. Назовите род возбудителя чумы?
2. Особенности морфологии и тинкториальные свойства возбудителя?
3. Эпидемиология чумы: источник инфекции, механизмы передачи, факторы и пути передачи инфекции?
4. Какой исследуемый материал, как и с какой целью необходимо взять у данного больного?
5. Какие противозидемические мероприятия необходимо провести в районе, где зарегистрирован случай заболевания чумой?

Задача 17

У работницы по производству кисточек для бритвы на тыльной стороне левой кисти руки появились зудящие пятнышки, которые через несколько часов превратились в пузырьки с темным содержимым. При вскрытии пузырьков образовывались безболезненные язвы. На основании типичной клинической картины врач-инфекционист поставил диагноз: «Кожная форма сибирской язвы». Для подтверждения клинического диагноза необходимо микробиологическое исследование.

Задания:

1. Назовите род возбудителя сибирской язвы?
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя сибирской язвы, выделенного из организма больного?
3. Эпидемиология сибирской язвы: источник инфекции, механизмы, факторы, пути передачи инфекции?
4. Что служит исследуемым материалом от данного больного?
5. Проводится ли специфическая профилактика сибирской язвы?

Задача 18

В одной семье, проживающей в сельской местности, сразу заболело двое взрослых. Заболевание сопровождалось болями в животе, жидким кровянистым стулом, рвотой. Из анамнеза было выявлено, что заболевшие употребляли в пищу жаренную печень от забитой козы с явными признаками недомогания. У детей, которые не ели печень, никаких признаков заболевания не наблюдалось. На основании клинической картины и данных анамнеза врач-инфекционист поставил предположительный диагноз: «Кишечная форма сибирской язвы».

Задания:

1. Назовите возбудителя сибирской язвы по-латыни?
2. Где и в каких формах может существовать возбудитель сибирской язвы?
3. Каким методом микробиологического исследования можно обнаружить различные формы возбудителя сибирской язвы, обоснуйте ответ?
4. Какова устойчивость возбудителей сибирской язвы во внешней среде и чем она обеспечивается?
5. Как проводится обеззараживание материала, взятого от больных животных?

Задача 19

В хирургических отделениях нередко происходит инфицирование вновь поступивших послеоперационных больных госпитальными штаммами - возбудителями внутрибольничных инфекций (ВБИ).

Задание:

1. Дайте определения понятия «внутрибольничные инфекции»?
2. Причины роста ВБИ?
3. Кто входит в группу риска возникновения ВБИ?
4. Основные возбудители ВБИ в хирургических отделениях стационаров?

Задача 20

На длительном лечении в стационаре находилось несколько послеоперационных больных после тяжелых операций. При повторном микробиологическом исследовании содержимого ран у четырех больных была выделена одна и та же культура *E. coli*, устойчивые к антибиотикам.

Задание

1. Как вы расцениваете возникшую ситуацию?
2. Какие причины способствовали инфицированию больных одним и тем же микробом?
3. Какую цель преследует врач назначая материал от больных на повторное микробиологическое исследование?
4. Какой основной механизм передачи подобной инфекции и роль медицинской сестры в ее распространении?
5. Каким путем можно определить основной механизм передачи инфекции?

Задача 21

У нескольких послеоперационных больных из раневого отделяемого при повторном бактериологическом исследовании произошла смена возбудителя и была выделена культура *Staphylococcus aureus*.

Задание

1. О каком виде инфекции идет речь в данной ситуации?
2. Назовите характерные черты этой инфекции?
3. К каким штаммам относится *Staphylococcus aureus*, выделенный от разных больных при повторном бактериологическом исследовании?
4. Цель проведения повторного бактериологического исследования раневого отделяемого послеоперационных больных?
5. Что способствовало попаданию в рану различных послеоперационных больных одного вида *Staphylococcus aureus*?

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль 1 Общая микробиология

Тема 1 Морфология микроорганизмов

Формы текущего контроля успеваемости

1. Тестирование
2. Контроль выполнения заданий в рабочих тетрадях
3. Устный опрос
4. Контроль выполнения практических заданий

Тестирование

1. Бактерии относятся к царству

1. Прокариоты;
2. Эукариоты;
3. Вирусы.

4. Все ответы верны;

5. Все ответы не верны.

2. К микроорганизмам с прокариотным типом организации клетки относят: а) плесневые грибы; б) спирихеты; в) хламидии; г) микоплазмы; д) актиномицеты. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в
2. б, в, г, д
3. в, г, д
4. а, в, г, д
5. б, г, д

3. Заслуги Р. Коха в микробиологии:

1. разработал плотные питательные среды;
2. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры;
3. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители;
4. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители, создал вакцину против бешенства;
5. разработал плотные питательные среды, открыл возбудителей туберкулеза и холеры, применил анилиновые красители, создал вакцину против бешенства, открыл вирусы.

4. Ученый, описавший анаэробный тип дыхания бактерий

1. Л. Пастер;
2. И. Мечников;
3. Э. Дженнер;
4. Л. Зильбер;
5. Р. Кох.

5. Работы Л. Пастера связаны с

1. созданием плотных питательных сред;
2. раскрытием механизмов гуморального иммунитета;
3. научным обоснованием вакцинопрофилактики;
4. конструированием микроскопа;
5. описанием вирусов.

6. Темнопольная микроскопия применяется для изучения:

1. кишечной палочки
2. риккетсий
3. стафилококка
4. хламидий
5. бледной трепонемы.

7. Сущность открытия Д. И. Ивановского:

1. создание первого микроскопа
2. открытие вирусов
3. открытие явления фагоцитоза
4. получение антирабической вакцины
5. открытие явления трансформации
8. Разрешающая способность светового микроскопа

1. 0,2 мкм;
2. 1 мкм;
3. 5 мкм;
4. 0,8 нм;
5. 200 мкм.

9. Характеристика электронного микроскопа:

1. Разрешающая способность 0,2 мкм, общее увеличение до 1000000^x;
2. Разрешающая способность 0,2 мкм, общее увеличение до 200000^x;
3. Разрешающая способность 0,2 нм, общее увеличение до 1000000^x;
4. Разрешающая способность 2 мкм, общее увеличение до 500000^x;
5. Разрешающая способность 200 мкм, общее увеличение до 20000^x.

10. Фазово-контрастная микроскопия проводится для изучения микроорганизмов

1. окрашенных флуоресцентными красителями;
2. окрашенных позитивным методом окраски;
3. окрашенных негативным методом окраски;
4. неокрашенных;

5. окрашенных анилиновыми красителями.
11. В люминесцентном методе микроскопии как источник света используются
1. ультрафиолетовое излучение;
 2. дневной свет;
 3. микроволновое излучение;
 4. рентгеновское излучение;
 5. инфракрасное излучение.
12. Микроскопическим методом изучают свойства бактерий:
1. морфо-тинкториальные;
 2. культуральные;
 3. антигенные;
 4. токсигенные;
 5. биохимические.
13. Для какого типа микроскопической техники готовят микропрепараты, окрашенные флюоресцирующими красителями
1. фазово-контрастной;
 2. темнопольной;
 3. электронной;
 4. люминесцентной;
 5. стандартной световой.
14. Достоинства микроскопического метода диагностики инфекционных заболеваний
1. возможность ускоренной диагностики;
 2. простота и доступность метода;
 3. при некоторых заболеваниях имеет самостоятельное диагностическое значение;
 4. иногда позволяет выявить клинически значимое количество условно-патогенных микроорганизмов;
 5. все вышеперечисленное.
15. Световая микроскопия включает в себя следующие разновидности: а) фазово-контрастную микроскопию; б) электронную микроскопию; в) темнопольную микроскопию; г) микроскопию в затемненном поле; д) иммерсионную микроскопию. Выберите правильную комбинацию ответов:
1. а, в, г, д;
 2. а, б, г, д;
 3. б, в, г, д;
 4. б, в, г;
 5. в, г, д.
16. Диплококки – шаровидные микроорганизмы расположенные:
1. одиночно или беспорядочно.
 2. попарно.
 3. в виде гроздей винограда.
 4. в виде цепочки.
 5. по четыре клетки.
17. Микроорганизмы, у которых отсутствует истинная клеточная стенка, а вместо нее имеется трехслойная цитоплазматическая мембрана, называется:
1. актиномицетами.
 2. микоплазмами.
 3. спирохетами.
 4. риккетсиями.
 5. хламидиями.
18. Стафилококки – шаровидные микроорганизмы, расположенные:
1. по четыре клетки.
 2. в виде цепочки.
 3. в виде гроздей винограда.
 4. попарно.
 5. одиночно или беспорядочно.
19. В составе органических веществ микробной клетки наибольшее количество приходится на долю:
1. углерода.
 2. кислорода.
 3. азота.
 4. водорода.
 5. натрия.
20. Мутанты микробов, которые частично или полностью утратили способность синтезировать пептидогликаны, называют бактериями: — формы.
1. S-.
 2. R-.
 3. O-.
 4. M-.
 5. L-.

Практическое письменное задание для самостоятельной работы во внеучебное время:

Заполнить таблицу по микроскопическим методам исследования.

Методы микроскопии

Вид микроскопии	Принцип	Разрешающая способность	Применение
Иммерсионная			
Темнопольная			
Фазово-контрастная			
Люминесцентная (флуоресцентная)			
Электронная			

Вопросы для устного опроса:

1. Значение микробиологии и иммунологии в подготовке врача. Связь микробиологии с другими дисциплинами.
2. Организация работы и техника безопасности в бактериологической лаборатории.
3. Правила забора, транспортировки исследуемого материала, оформления направления для микробиологических исследований.
4. Методы микроскопии: иммерсионная, темнопольная, фазово-контрастная, люминесцентная, электронная, конфокальная лазерная, рентгеновская. Принципы и

диагностическая значимость каждого метода.

5. Назначение и типы микропрепаратов из микроорганизмов: нативные, окрашенные (позитивно, негативно). Простые и сложные методы окраски.
6. Сравнительная морфология микроорганизмов.

Практическое задание 1

ЦЕЛЬ: Ознакомиться с различными методами микроскопии.

МЕТОДИКА

Рассмотреть демонстрационный препарат: «раздавленная» капля из дрожжей при иммерсионной и фазово-контрастной микроскопии. Рассмотреть окрашенный флюорохромом препарат из дрожжей под люминесцентным микроскопом. Необходимо обратить внимание на качество изображения объектов. Сравнить способы микроскопии.

Протокол исследования:

Исследуемый материал (материал для приготовления мазка)	Микроскопический метод исследования		
	Иммерсионная микроскопия (рис.)	Фазово-контрастная микроскопия (рис.)	Флуоресцентная микроскопия (рис.)

Вывод: (ответить на вопросы: 1. Какие преимущества имеет метод флуоресцентной микроскопии? 2. Какой принцип лежит в основе фазово-контрастной микроскопии? Какие преимущества имеет метод иммерсионной микроскопии?)

Практическое задание 2

ЦЕЛЬ: Овладеть методом приготовления простой окраски мазков и иммерсионной микроскопии микропрепаратов из чистой культуры бактерий.

МЕТОДИКА

1. Приготовление препарата из агаровой культуры

Для приготовления мазка необходимо взять чистое обезжиренное стекло. На предметном стекле обозначают стеклогорлом место нанесения материала. На обратную сторону стекла от обозначенного места наносят петлей каплю физиологического раствора. В левую руку берут пробирку с агаровой культурой, а в правую – петлю за петледержатель. Петлю обжигают на пламени горелки. Пробку прижимают к ладони 4 и 5 пальцами и медленными вращающимися движениями извлекают из пробирки. Край пробирки обжигают. Петлю вводят в пробирку и остужают о стенки. Скользящим движением петлей берут материал и осторожно, не задевая о стенки, извлекают. Пробирку снова обжигают и закрывают пробкой.

В каплю физиологического раствора вносят исследуемую культуру и смешивают петлей до образования слегка мутноватой взвеси. Полученную взвесь равномерно распределяют на поверхности стекла, чтобы диаметр мазка был 1 – 1,5 см. Препарат высушивают на воздухе и фиксируют, для этого проводят стекло над пламенем горелки три раза, при этом мазок должен быть сверху. Препарат окрашивают фуксином (1-2 мин) или метиленовой синькой (3-5 мин).

Для окраски негативным способом на стекло наносят каплю взвеси дрожжей в физиологическом растворе и смешивают с каплей туши. Препарат высушивают.

Окрашенные препараты рассматривают под микроскопом с использованием масляной иммерсии.

Подготовка микроскопа для работы: поднять конденсор до уровня предметного столика, полностью открыть диафрагму, поставить плоское (при естественном освещении) или вогнутое (при искусственном освещении) зеркало. Осветить поле зрения под контролем объектива x 8.

Нанести на препарат каплю масла, положить препарат на столик микроскопа и закрепить зажимами. Установить иммерсионный объектив. Под контролем зрения (смотреть на объектив сбоку!) медленно опустить объектив макровинтом до погружения в масло. Затем, глядя в окуляр, медленно поднимать объектив до появления объекта. Провести окончательную фокусировку препарата микрометрическим винтом, медленно вращая его только в пределах одного оборота.

Протокол исследования:

Позитивный метод окраски		Негативный метод окраски тушью (рис.)
Фуксином (рис.)	Метиленовым синим (рис.)	

Обозначения к рисункам:

1. Название микроорганизма.
2. Фон (окрашен/не окрашен)

Вывод: (ответ на вопросы: 1. Какие красители наиболее часто используются для позитивной окраски микроорганизмов? 2. В чем преимущества негативной окраски микроорганизмов? 3. Почему в микробиологических исследованиях используется метод иммерсионной микроскопии (преимущества метода?)

Тема 2 Физиология микроорганизмов

Формы текущего контроля успеваемости

1. Тестирование
2. Контроль выполнения заданий в рабочих тетрадях
3. Устный опрос
4. Контроль выполнения практических заданий

Тестирование

1. Группы микроорганизмов по типу питания

1. Аутотрофы и азробы;
2. Азробы и мезофилы;
3. Мезофилы и гетеротрофы;
4. Гетеротрофы и аутотрофы;
5. Мезофилы и микроаэрофилы.

2. Гетеротрофы усваивают

1. Углерод из органических, азот из органических соединений;
2. Углерод из неорганических, азот из органических соединений;
3. Углерод из органических, азот из неорганических соединений;
4. Углерод из неорганических, азот из неорганических соединений;

3. Условия культивирования бактерий

1. Питательная среда;
2. Питательная среда, длительность инкубации;
3. Питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура;
4. Питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура, аэробные или анаэробные условия;
5. Питательная среда, длительность инкубации, оптимальная температура, аэробные или анаэробные условия, регуляция атмосферного давления.

4. Питание бактерий отличается от простейших по фазе

1. Синтеза веществ в клетке;
2. Экзогенного расщепления питательных веществ;
3. Расщепление веществ в клетке;
4. Выведения продуктов обмена веществ;
5. Депонирования продуктов обмена веществ.

5. Для культивирования анаэробов используют питательные среды:

1. Среда Плоскирева и Китта-Тароцци;
2. Среда Китта-Тароцци и Вильсона-Блера;

3. Среда Вильсона-Блера и мясопептонный бульон (МПБ);
4. МПБ и среда Плоскирева;
5. МПБ и среда Китта-Тароцци.
6. Дифференциально-диагностическими являются среды, предназначенные для
 1. Выделения определенного серотипа микробов;
 2. Выделения и идентификации разных видов микроорганизмов;
 3. Выделения облигатных анаэробов, определения антигенных свойств;
 4. Выделения облигатных паразитов, определения антибиотикорезистентности;
 5. Выделения возбудителя заболевания, определения фаготипа.
7. Способ размножения патогенных бактерий
 1. Деление;
 2. Деление и почкование;
 3. Деление, почкование и конъюгация;
 4. Деление, почкование, конъюгация и спорообразование;
 5. Деление, почкование, конъюгация, спорообразование и дисъюнктивный.
8. По типу дыхания микроорганизмы делятся на
 1. Облигатные анаэробы;
 2. Облигатные анаэробы и факультативные анаэробы;
 3. Облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы;
 4. Облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы, микроаэрофилы;
 5. Облигатные и факультативные анаэробы, облигатные аэробы, микроаэрофилы и мезофилы.
9. Количество синтезированных молекул АТФ при аэробном дыхании:
 1. Значительно меньше, чем при брожении;
 2. Значительно больше, чем при брожении;
 3. Приблизительно равно количеству, образующемуся при брожении;
 4. Составляет 2 молекулы АТФ;
 5. Все ответы верны.
10. Ферменты, которые синтезируются в клетке постоянно, независимо от наличия в среде специфического субстрата:
 1. Индуцибельные ферменты;
 2. Конститутивные ферменты;
 3. Эндоферменты;
 4. Экзоферменты;
 5. Все ответы верны.
11. Жизненно-важный процесс, в основе которого лежат механизмы пассивной диффузии, облегченной диффузии, активного транспорта, транслокации радикалов – это:
 1. Дыхание;
 2. Размножение;
 3. Питание;
 4. Рост.
12. Источник углерода для аутотрофов:
 1. Белки;
 2. Углеводы;
 3. CO_2 ;
 4. Органические соединения.
13. Поступление питательных веществ в бактериальную клетку осуществляется путем:
 1. Простой или облегченной диффузии;
 2. Активного транспорта;
 3. Переноса (транслокации) групп;
 4. Все ответы верны.
14. Элективный фактор среды плоскирева:
 1. $NaCl$ 7,5–15%;
 2. Соли желчных кислот;
 3. Соль селена;
 4. Лактоза.
15. Дифференцирующим фактором в жса является:
 1. Соли желчных кислот;
 2. Лецитин;
 3. 10% $NaCl$;
 4. Лактоза.
16. В лаг-фазе происходит:
 1. Быстрое размножение микроорганизмов;
 2. Адаптация микроорганизмов к питательной среде;
 3. Быстрая гибель микроорганизмов;
 4. Выравнивание скорости размножения и скорости гибели.
17. По температурному оптимуму роста микроорганизмы подразделяются на:
 1. Мезофиллы;
 2. Психрофиллы;
 3. Термофиллы;
 4. Все ответы верны.
18. Дифференцирующим фактором среды Эндо является:
 1. Лактоза;
 2. Глюкоза;
 3. Мальтоза;
 4. Фруктоза.
19. Конечная фаза роста бактерий на жидкой среде:
 1. Стационарная фаза максимума;
 2. Фаза ускоренной гибели;
 3. Фаза уменьшения скорости отмирания;
 4. Фаза логарифмической гибели;
20. Для культивирования облигатных анаэробов используется питательная среда:
 1. Китта-тароцци;
 2. МПА;
 3. Эндо;
 4. Селенитовый бульон.

Письменное задание для самостоятельной работы во внеучебное время

В тетради для практических занятий составить и заполнить таблицу.

Характеристика этапов бактериологического метода диагностики инфекционных заболеваний

Объект исследования	Этап выделения чистой культуры (методика)	Этап идентификации чистой культуры (методика)	Результат исследования
Исследуемый материал			
Чистая культура бактерий			

Вопросы для подготовки:

1. Питание, дыхание, размножение микроорганизмов, роль генетического аппарата микроорганизмов в их жизнедеятельности.
2. Практическое использование знаний о физиологии микроорганизмов: условия культивирования бактерий, ферменты бактерий и их практическое использование, биотехнология.
3. Бактериологический метод диагностики. Цель. Этапы. Диагностическая ценность.
4. Генная инженерия в медицинской микробиологии, цели, задачи, методы генной диагностики, ПЦР.
5. Факторы внешней среды, результаты их действий на микроорганизмы, условия, определяющие подобный результат.
6. Практическое использование знаний о воздействии факторов внешней среды на микробы – культивирование, стерилизация, дезинфекция и антисептика.
7. Понятие об асептике.

Работа 1.

ЦЕЛЬ: Изучить состав и назначение питательных сред для культивирования микроорганизмов.

МЕТОДИКА

Изучить демонстрационные препараты. Используя аннотации к питательным средам, заполнить протокол.

Типы питательных сред

Название среды	К какой группе питательных сред относится (назначение)	Селективные и дифференциальные компоненты
МПА		
Кровяной агар		
Среда Эндо		
ЖСА		

Вывод: (ответить на вопросы: Какую питательную среду следует применить для выделения смеси грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов?)

Работа 2

ЦЕЛЬ: Изучить методы культивирования анаэробов.

МЕТОДИКА

1. Рассмотреть прибор анаэростат и ознакомиться с принципом его работы.

Анаэростат – прибор для создания бескислородной воздушной среды представляет собой толстостенную металлическую емкость для помещения чашек Петри или пробирок. Система газоотводных трубок и вакуумметр позволяют откачивать из емкости воздушную смесь, одновременно замещая ее инертным газом (гелием), и замерять давление.

2. Ознакомиться с условиями создания анаэробноз в эксикаторе (свеча, тиогликолевая кислота).

Эксикатор – толстостенная стеклянная емкость с притертой крышкой и подставкой для чашек Петри. На дно эксикатора ставится горящая свеча либо наливается тиогликолевая кислота (химический редуцент кислорода), затем крышка притирается.

3. Рассмотреть чашку с сокультивированием аэробов и анаэробов (способ Фортнера).

В чашку Петри на поверхность питательного агара, разделенного пополам по середине чашки, производят посев на одной половине аэробов, на другой – анаэробов. Чашку герметизируют парафином и помещают в термостат. При остаточном кислороде растут аэробы, после его утилизации начинают расти анаэробы.

4. Рассмотреть и изучить состав специальных сред для культивирования анаэробов.

Среда Китта-Тароцци – питательный бульон с глюкозой и кусочками свежих органов животных. Глюкоза и кусочки органов обладают редуцирующей способностью. Сверху среду заливают слоем стерильного масла.

Среда контроля стерильности (СКС) – 0,3% агар с добавлением тиогликолевой кислоты (редуцент O₂), посев уколом.

Среда Вильсона-Блер – высокий столбик питательного агара с добавлением солей натрия и железа, посев уколом. Анаэробы образуют черные колонии в глубине столбика за счет химической реакции с солями металлов.

Протокол исследования:

Методы, среды	Условия создания анаэробноз
Физический	
Химический	
Биологический	
Специальные среды	Китта-Тароцци
	Вильсона-Блер
	СКС
Высокий столбик агара	

Тема 3 Антимикробная терапия

Формы текущего контроля успеваемости

1. Тестирование
2. Контроль выполнения заданий в рабочих тетрадях
3. Устный опрос
4. Контроль выполнения практических заданий

Тестирование

1. Причина косвенного токсического действия антибиотиков

1. Аллергические реакции;
2. Бактериолиз под влиянием больших доз антибиотиков;
3. Иммунодепрессивное действие;
4. Особенности химического строения, метаболизма, элиминации аб;
5. Дисбактериоз.

2. При оценке чувствительности к антибиотику *invitro* диско-диффузионным способом определяют

1. Интенсивность роста культуры;

2. Продукцию пигмента;
3. Диаметр зоны подавления роста;
4. Генетические маркеры резистентности;
5. Верно «3» и «4».
3. Природная устойчивость микробов к антибиотикам и химиопрепаратам может быть обусловлена
 1. Отсутствием «мишени» для действия препарата;
 2. Переносом г-генов хромосомы;
 3. Наличием инактивирующих ферментов;
 4. Мутациями в генах хромосомы;
 5. Верно «2» и «3».
4. Приобретенная устойчивость микробов к действию антибиотиков может быть обусловлена
 1. Отсутствием «мишени» для действия препарата;
 2. Мутациями, изменяющими «мишень» действия антибиотика;
 3. Переносом г-генов хромосомы;
 4. Передачей г-плазмиды;
 5. Верно «2», «3» и «4».
5. Бактерицидные антибиотики
 1. Тетрациклины;
 2. Пенициллины;
 3. Полипептиды;
 4. Цефалоспорины;
 5. Верно «2», «3» и «4».
6. Мишень действия цефалоспорина
 1. Нарушение синтеза белка;
 2. Ингибиторы синтеза клеточной стенки;
 3. Дезорганизация цпм;
 4. Нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
 5. Верно «2» и «3».
7. Мишень действия тетрациклина
 1. Нарушение синтеза белка;
 2. Ингибиторы синтеза клеточной стенки;
 3. Дезорганизация цпм;
 4. Нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
 5. Верно «3» и «4».
8. Осложнения при лечении антибиотиками:
 1. Токсическое действие;
 2. Токсическое действие и аллергические реакции;
 3. Токсическое действие, аллергические реакции и дисбиоз;
 4. Токсическое действие, аллергические реакции, дисбиоз и иммунодепрессивное действие;
 5. Токсическое действие, аллергические реакции и иммунодепрессивное действие;
9. При оценке чувствительности к антибиотикам *in vitro* способом серийных разведений в жидкой среде определяют
 1. Интенсивность роста культуры;
 2. Продукцию пигмента;
 3. Диаметр зоны подавления роста;
 4. Генетические маркеры резистентности;
 5. Верно «3» и «4».
10. Природная устойчивость микробов к антибиотикам и химиопрепаратам
 1. Наследуемый признак;
 2. Признак, формирующийся под влиянием антибиотика;
 3. Признак, обусловленный модификационной изменчивостью;
 4. Признак, возникающий вследствие действия высушивания;
 5. Верно «2» и «4».
11. Назовите генетические механизмы приобретенной резистентности микробов к антибиотикам
 1. Мутации в генах;
 2. Наличие г-плазмид;
 3. Перенос г-генов хромосомы и плазмиды;
 4. Природное отсутствие точки приложения действия антибиотика;
 5. Верно «1», «2» и «3».
12. Бактериостатические антибиотики
 1. Хлорамфениколы;
 2. Тетрациклины;
 3. β-галактамы;
 4. Монобактамы;
 5. Верно «1» и «2».
13. Мишень действия полиеновых антибиотиков
 1. Нарушение синтеза белка;
 2. Ингибиторы синтеза клеточной стенки;
 3. Дезорганизация цпм;
 4. Нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
 5. Верно «3» и «4».
14. Мишень действия пенициллина
 1. Нарушение синтеза белка;
 2. Ингибиторы синтеза клеточной стенки;
 3. Дезорганизация ЦПМ;
 4. Нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
 5. Верно «1» и «2».
15. Мишень действия полимиксинов
 1. Нарушение синтеза белка;
 2. Ингибиторы синтеза клеточной стенки;
 3. Дезорганизация ЦПМ;
 4. Нарушение синтеза нуклеиновых кислот;
 5. Верно «1» и «4».
16. Кто установил в 1877 году явление антибиоза?
 1. Луи Пастер
 2. П. В. Лебединский
 3. А. Д. Павловский
 4. Д. И. Мечников
17. Кто в 1942 г обнаружил плесень *Penicillium crustosum*, из которой был выделен пенициллин?
 1. Флеминг
 2. Флори и Чейн

3. Ермольева
 4. Лебединский
 18. На сколько групп делят антибиотики по химическому составу?

1. 5
 2. 7
 3. 9
 4. 12

19. Какие из перечисленных антибиотиков нарушают обмен ДНК в микробной клетке?

1. Стрептоциллин
 2. Стрептомицин
 3. Эритромицин
 4. Канамицин

20. На какую микрофлору действует пенициллин, олеандомицин:

1. Грам – положительную
 2. Грам – отрицательную
 3. На всю кроме вирусов
 4. На всю кроме крупных вирусов

Письменные задания для самостоятельной работы во внеучебное время
 Составить и заполнить таблицу.

Общая характеристика основных групп антимикробных химиотерапевтических препаратов

Группа химио-препаратов	Спектр действия (узкий/широкий)	Тип действия (статический/цидный)	Механизм действия (мишень)	Пример
Сульфанил-амиды				
Хинолоны/ фторхинолоны				
Нитрофураны				
Имидазолы				
Оксазолидоны				
β-лактамы				
Гликопептиды				
Тетрациклины				
Амино-гликозиды				
Макролиды				
Хлорамфеникол				
Полипептиды				
Полиены				

Вопросы для подготовки:

1. Исторические аспекты применения антимикробных препаратов. НИИ антибиотиков в современной России.
2. Природа, происхождение антибиотиков.
3. Спектр действия антимикробных препаратов на микроорганизмы,
4. Механизмы и результаты действия антимикробных препаратов.
5. Антимикробные препараты растительного и животного происхождения.
6. Полусинтетические антибиотики.
7. Синтетические антибиотики.
8. Комбинированные антимикробные препараты.
9. Противогрибковые препараты.
10. Противовирусные препараты.
11. Резистентность микроорганизмов к антимикробным препаратам. Пути преодоления.
12. Системные и местные осложнения антимикробной терапии.
13. Принципы рациональной антимикробной терапии в стоматологической практике.

Работа 1

ЦЕЛЬ: Овладеть навыком определения чувствительности бактерий к антибиотикам методом индикаторных дисков.

ЗАДАЧА. В клинику поступил больной с диагнозом «Стафилококковая пневмония». Для успешного этиологического лечения с целью выбора эффективного антибиотика было рекомендовано определение антибиотикограммы возбудителя. Проведите исследование. Оцените результат. Сделайте вывод.

МЕТОДИКА

1. Исследуемую культуру суспензируют в 2 мл стерильного физиологического раствора и готовят 1-миллиардную взвесь по стандарту мутности.
2. Бактериальную взвесь (1 мл) стерильной пипеткой наливают на поверхность среды в чашку Петри и равномерно распределяют путем покачивания (либо шпателем). Избыток жидкости удаляют пастеровской пипеткой. Шпатель и пипетки помещают в стакан с дезраствором.
3. На различные участки засеянного агара пинцетом помещают диски с антибиотиками (6-8), стараясь не касаться агара. Диск пинцетом слегка прижимают к агару.
4. Чашки с посевами помещают в термостат на 18-24 часа.
5. Через сутки проводят оценку результата опыта путем измерения зоны задержки роста (в мм) бактерий по диаметру, включая бумажный диск.

Результаты выполненной работы оформляют в виде протокола исследования.

Шкала оценки чувствительности бактерий к антибиотикам

Размер зоны задержки роста в мм	Чувствительность
До 10 мм	Не чувствителен
Более 10 мм	Чувствителен

Протокол исследования:

Вид возбудителя	Результат посева на чувствительность к антибиотикам (рисунок с обозначениями)	Антибиотики					
		1	2	3	4	5	6

Вывод: (ответить на вопросы: 1. К каким антибиотикам чувствителен выделенный возбудитель? Какой антибиотик Вы рекомендуете для лечения и почему?)

Работа 2

ЦЕЛЬ: Определить чувствительность бактерий к антибиотикам методом серийных разведений.

ЗАДАЧА. С целью назначения больному рациональной схемы лечения пенициллином потребовалось определить бактериостатическую и бактерицидную концентрацию препарата по отношению к возбудителю – золотистому стафилококку.

МЕТОДИКА

1. В пробирки разливают стерильный мясо-пептонный бульон (МПБ) по 1 мл.
2. Добавляют исследуемый антибиотик в различных концентрациях: от 1 ед/мл до 128 ед/мл.
3. Заливают в пробирки 18-часовую бульонную культуру стафилококка по 1 мл.
4. Инкубируют посеvy в термостате 24 часа.
5. Через сутки учитывают результаты опыта:
 - а) Определяют минимальную подавляющую (бактериостатическую) концентрацию антибиотика (МПК). За нее принимают наименьшую концентрацию антибиотика, при которой не происходит размножение бактерий, и содержимое пробирки остается прозрачным.
 - б) Определяют минимальную бактерицидную концентрацию антибиотика (МБК). Для этого из пробирок с отсутствием видимого роста и из пробирки с минимальной концентрацией антибиотика, где рост есть (контроль), производят высев секторами на мясо-пептонный агар в чашки Петри. На секторах обозначают концентрацию антибиотика, из которой сделан высеv. Чашки относят в термостат на 18-24 часа.
6. Через сутки просматривают чашки и определяют МБК по отсутствию роста бактерий на агаре в соответствующих секторах.

Результат выполненной работы оформляют в виде протокола исследования.

Протокол исследования:

Концентрация антибиотика в МПБ (ед/мл)	128	64	32	16	8	4	2	1	К	
Наличие роста микроба в МПБ (мясо-пептонный бульон)										МПК
Наличие роста микроба при высеве на МПА (мясо-пептонный агар)										МБК

Вывод: (ответить на вопросы: Почему МБК выше, чем МПК? Может ли быть наоборот? Почему?)

Работа 3

ЦЕЛЬ: Изучить явление бактериоциногенности стафилококков.

Бактериоцины – продукты летального биосинтеза бактериальной клетки, вещества белковой природы, играющие важную роль в формировании микрoэкологических отношений в биоценозе. Бактериоцины определяют внутривидовую конкуренцию. Бактериоциногенность детерминируется плазмидными факторами и свойственна лишь небольшой части бактериальной популяции.

МЕТОДИКА

1. На чашку Петри шпательом засевают культуру бактериоциночувствительного штамма стафилококка.
2. На поверхность засеянного агара наносят петлей (в виде «пятачка») различные штаммы стафилококков.
3. Посев инкубируют в термостате в течение 24 часов.
4. Через сутки учитывают результат. Вокруг колоний бактериоциногенных штаммов стафилококков определяют зоны задержки роста бактериоциночувствительного штамма.

Результаты наблюдений оформляют в виде протокола исследования.

Протокол исследования:

Вид микроорганизма	Явление бактериоциногенности (рис. с обозначениями)

Вывод: (ответить на вопросы: 1. Укажите основные отличия бактериоцинов и антибиотиков. 2. Для производства каких лекарственных препаратов используют штаммы с выраженной бактериоциногенной активностью?).

Тема 4. Роль микроорганизма, организма хозяина и внешней среды в инфекционном процессе. Контроль знаний модуля 1 «Общая микробиология».

Формы текущего контроля успеваемости

1. Тестирование
2. Контроль выполнения заданий в рабочих тетрадях
3. Устный опрос
4. Контроль выполнения практических заданий

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Тестирование

1. Инфекционный процесс – это
 1. Распространение инфекционных болезней среди животных;
 2. Взаимодействие патогенного микроорганизма и восприимчивого макроорганизма;
 3. Взаимодействие микро- и макроорганизма;
 4. Зараженность инфекционными агентами переносчиков;
 5. Взаимодействие патогенного микроорганизма и макроорганизма.
2. Инфекции разделяют на антропонозы, зоонозы и сапронозы по
 1. Механизму передачи;
 2. Источнику инфекции;
 3. Резервуару инфекции;
 4. Месту входных ворот;
 5. Верно всё.
3. Механизм передачи возбудителя зависит от
 1. Устойчивости возбудителя во внешней среде;
 2. Локализации возбудителя в организме источника инфекции;
 3. Патогенности возбудителя;
 4. Вирулентности возбудителя;
 5. Верно всё.
4. Факторы иммунодепрессии у микробов
 1. R-плазида и антилизоцимная активность;
 2. Антилизоцимная активность и антиинтерфероновая активность;
 3. Антиинтерфероновая активность и col-плазида;
 4. R-плазида и col-плазида;
 5. Верно всё.
5. Вирулентность – мера
 1. Иммуногенности
 2. Патогенности
 3. Персистенности
 4. Специфичности

5. Верно всё.
6. Избирательным действием на макроорганизм обладает
 1. Экзотоксин;
 2. Эндотоксин;
 3. Летучие жирные кислоты;
 4. Бактериоцины;
 5. Верно всё.
7. Гемолизин –
 1. Эндотоксин;
 2. Фермент агрессии;
 3. Экзотоксин;
 4. Фермент защиты;
 5. Верно «2» и «3».
8. Фермент защиты –
 1. Коллагеназа;
 2. Фибринолизин;
 3. Плазмокоагулаза;
 4. Лецитовителлаза;
 5. Верно всё.
9. Эндотоксин –
 1. Неспецифичен;
 2. Неспецифичен и термостабилен;
 3. Неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки;
 4. Неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки, освобождается при разрушении клетки;
 5. Неспецифичен, термостабилен, компонент клеточной стенки, освобождается при разрушении клеток преимущественно спорообразующих микроорганизмов.
10. DIm – единица измерения
 1. Лизогении
 2. Вирулентности
 3. Антибиотикочувствительности
 4. Персистенции
 5. Бактериоциногенности
11. Фактор микробного антагонизма
 1. Гиалуронидаза;
 2. Плазмокоагулаза;
 3. Лизоцим;
 4. Гемолизин;
 5. Эндотоксин.
12. На этапе колонизации микроорганизмов участвуют
 1. Адгезины;
 2. Адгезины и бактериоцины;
 3. Адгезины, бактериоцины и нейраминидаза;
 4. Адгезины, бактериоцины, нейраминидаза и экзопротеазы;
 5. Адгезины, бактериоцины, нейраминидаза, экзопротеазы и нуклеиновые кислоты.
13. Персистенция
 1. Длительное выживание микроба в организме человека;
 2. Длительное выживание микроба в окружающей среде;
 3. Длительное выживание микроба в элективной среде;
 4. Длительное выживание микроба в крио-среде;
 5. Верно всё.
14. Липополисахарид бактерий играет роль
 1. Информационной макромолекулы
 2. Эндотоксина и о-антигена
 3. Регулятора синтеза пептидогликана
 4. В патогенезе токсинемических инфекций
 5. Биоэнергетического источника
15. Факторы персистенции – антилизоцимная активность, антиинтерфероновая активность, антикомплементарная активность
 1. Секретируемые;
 2. Экранирующие;
 3. Связаны с дефектом клеточной стенки микробов;
 4. Генетически детерминированы в плазмиде;
 5. Верно «1», «4».
16. Какой период инфекционного процесса начинается от момента проникновения инфекционного агента в организм человека до появления первых предвестников заболевания:
 1. продромальный
 2. инкубационный
 3. разгара болезни
 4. реконвалесценции
17. В какой период инфекционного процесса появляются специфические симптомы данного заболевания:
 1. продромальный
 2. инкубационный
 3. разгара болезни
 4. реконвалесценции
18. Укажите характеристику продромального периода инфекционного процесса:
 1. адгезия микроорганизмов на чувствительных клетках
 2. интенсивное размножение микроорганизмов и появление специфических симптомов заболевания
 3. прекращение размножения и гибель возбудителя, нормализация функций больного
 4. колонизация чувствительных клеток, появление первых неспецифических симптомов заболевания
19. В какой период инфекционного процесса происходит прекращение размножения микроорганизмов и нормализация функций больного:
 1. продромальный
 2. инкубационный
 3. разгара болезни
 4. реконвалесценции
20. Что называют агрессинами:
 1. рецепторы клеток тканей организма
 2. факторы, способствующие проникновению микроорганизмов внутрь клеток тканей организма
 3. факторы микроорганизмов, обладающие способностью подавлять неспецифическую и иммунную защиту организма хозяина

Классификация факторов вирулентности бактерий

Название фактора	Назначение фактора	Факторы, предлагаемые для внесения в незаполненный столбец таблицы
1.	1. Фермент защиты	Плазмокоагулаза Лизоцим Лецитовителлаза Антилизоцимная активность Капсула Гемолитическая активность (гемолизин) Гиалуронидаза
2.	2. Экзотоксин	
3.	3. Фактор микробного антагонизма	
4а.	4. Ферменты, усиливающие проницаемость (ферменты агрессии)	
4б.		
5.	5. Секретируемый фактор персистенции	
6.	6. Иммуносупрессивный фактор (подавляет фагоцитоз)	

Вопросы для подготовки:

1. Движущие силы, формы, этапы в развитии инфекционного процесса. Пути распространения микробов и токсинов в организме.
2. Экспериментальная инфекция и ее значение в научных исследованиях и практической медицине. Биологический метод диагностики (биологическая проба).
3. Роль микроба в инфекционном процессе. Патогенность и вирулентность. Методы выявления.
4. Роль макроорганизма в инфекционном процессе. Причины и условия, влияющие на восприимчивость и инфекционную чувствительность макроорганизма.
5. Факторы естественной резистентности организма человека.
6. Роль внешней среды как движущей силы инфекционного процесса.
7. Роль социальных факторов в возникновении и развитии инфекционного процесса.

Работа 1.

ЦЕЛЬ: Изучить некоторые факторы колонизации, вирулентности и персистенции бактерий и методы их выявления.

МЕТОДИКА

Гемолизины – для выявления гемолизина делают посев чистой культуры на 3-5% кровяной агар и после суточной инкубации при 37°C определяют зоны гемолиза вокруг выросших колоний.

Плазмокоагулаза – выявляется путем посева чистой культуры на цитратную плазму крови. Реакцию ставят в двух узких пробирках. В каждую наливают по 0,5 мл цитратной плазмы. В опытную пробирку вносят петлю агаровой культуры микробов. В контрольную пробирку культура не вносится. Пробирки ставят в термостат при 37°C на 24 часа. При положительном результате в пробирке с культурой появляется сгусток, в контроле плазма остается жидкой.

Лизоцим (микробный) – для определения лизоцимной активности на поверхность агара с засеянным в него тест-микробом (микрококком) наносится в виде бляшек исследуемая культура. Появление зон лизиса микрококка вокруг культуры свидетельствует о лизоцимной активности микроорганизмов.

Гиалуронидаза – для определения гиалуронидазы в опытную пробирку вносят бульонную исследуемую культуру бактерий, гиалуроновую кислоту, в контрольную – только гиалуроновую кислоту. После 20-минутной инкубации в термостате в обе пробирки добавляют 15% уксусную кислоту. При наличии у микробов гиалуронидазы жидкость в опытной пробирке остается гомогенной, при отсутствии – появляется сгусток муцина. В контрольной пробирке сгусток муцина образуется всегда в результате взаимодействия гиалуроновой и уксусной кислоты.

Лецитиназа (лецитовителлаза) – выявляется путем посева чистой культуры на чашку с желточно-солевым агаром (ЖСА) штрихом или бляшкой. Чашки инкубируют в термостате при 37°C в течение суток. При положительном результате вокруг колоний образуется радужный венчик. Учитывают в отраженном свете.

Адгезины – оцениваются по способности бактерий прилипать к эритроцитам. Для этого эритроциты человека I группы, предварительно отмытые буферным раствором и доведенные до концентрации 10⁶кл/мл, смешивают на предметном стекле с чистой культурой в соотношении 1:3 и инкубируют 30 мин. при 37 С. Затем делают мазок, окрашивают синькой Мансона и подсчитывают индекс адгезии (количество микробов, адгезированных на эритроцитах/количество эритроцитов, участвующих в адгезии).

Персистентные свойства микроорганизмов – антилизоцимная активность (АЛА) – для определения АЛА в плотную питательную среду добавляют определенное количество лизоцима, на поверхность засевают в виде бляшек исследуемые бактерии, а через сутки, после обработки хлороформом, наносят 2-й слой агара с микрококком. Учет проводят по росту микрококка вокруг культур, инактивированных лизоцимом.

Зарисуйте результаты выявления разных факторов вирулентности, сделайте обозначения к рисункам, определите назначение каждого фактора.

Протокол исследования:

Фактор патогенности	Результат	
	Рисунок с обозначениями	Назначение факторов (вывод)
Адгезины		
Гемолизин		
Плазмокоагулаза		
Гиалуронидаза		
Лизоцим		
Лецитиназа		
Антилизоцимная активность		

Работа №1

ЦЕЛЬ: Овладеть методикой оценки тестов 1-го и 2-го уровня.

ЗАДАЧА. Познакомьтесь с методиками некоторых тестов для оценки иммунного статуса.

1. Подсчет количества Т- и В-лимфоцитов в реакциях Е- и ЕАС-розеткообразования (Е-РОК, ЕАС-РОК)

Принцип: поверхностные рецепторы, специфичные для различных субпопуляций лимфоцитов, проявляются, связывая эритроциты, нативные или нагруженные антителами к этим рецепторам. Эритроциты образуют с поверхностью лимфоцита фигуру розетки. За розетку принимают лимфоцит, присоединивший 3-5 эритроцитов.

Метод определения Т-лимфоцитов методом спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана (Е-РОК). Т-лимфоциты имеют рецепторы для эритроцитов барана, которые выступают, таким образом, специфическим маркером для их распознавания (Е-РОК: Erythrocyte – розеткообразующие клетки). К лимфоцитам, выделенным из венозной крови с помощью центрифугирования и отмытым буфером, добавляют равный объем 0,5% взвеси эритроцитов барана. Соотношение эритроциты: лимфоциты не должно превышать 50:1. Инкубируют смесь в термостате 37°C в течение 10 мин. Подсчет проводят под световым микроскопом с использованием счетной камеры.

Метод определения В-клеток методом розеткообразования с эритроцитами барана в системе ЕАС. Метод основан на способности В-клеток образовывать розетки с бараньими эритроцитами, нагруженными антителами в среде комплемента благодаря наличию Fc, и Сз рецепторов у В-лимфоцитов. К лимфоцитам, выделенным из венозной крови с помощью центрифугирования и отмытым буфером, добавляют равный объем взвеси бараньих эритроцитов нагруженных антителами и комплементом (ЕАС). Инкубируют смесь в термостате 37°C в течение 10 мин. Подсчет проводят под световым микроскопом с использованием счетной камеры.

2. Определение фагоцитарной активности сегментоядерных нейтрофилов.

Принцип: полиморфноядерные лейкоциты, моноциты периферической крови способны связывать на своей поверхности, поглощать и переваривать микробную тест-культуру (стафилококк).

Методика: к венозной гепаринизированной крови добавляется равный объем микробной взвеси (суточная культура S. Aureus) и инкубируется в термостате 30 мин.

Лейкоциты отделяют от жидкости центрифигированием, фиксируют, окрашивают и делают тонкий мазок. С использованием светового микроскопа производят подсчет фагоцитарных клеток с определением фагоцитарного показателя (процент клеток, участвующих в фагоцитозе) и фагоцитарного индекса (число микробов, захваченных одной клеткой).

3. Реакция бласттрансформации с использованием митогена

Принцип метода основан на способности лимфоцитов к трансформации в бласты и размножению под воздействием антигенов, аллергенов и митогенов.

Методика: лимфоциты, выделенные из пробы крови пациента, обрабатывают специальными веществами – стимуляторами бласттрансформации. Для бласттрансформации Т-лимфоцитов используют фитогемагглютинин (ФГА), для бласттрансформации В-лимфоцитов – липополисахарид. При этом они претерпевают превращение обратно в бласты (крупные клетки с ядром, занимающим практически весь объем клетки). Результат оценивается микроскопически.

4. Тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест)

Принцип: НСТ тест позволяет оценить состояние кислородзависимого механизма бактерицидности фагоцитов (гранулоцитов) крови in vitro. В основе метода лежит способность нейтрофилов поглощать НСТ и восстанавливать его в гранулы диформаза. Восстановление поглощённого фагоцитом растворимого красителя НСТ в нерастворимый диформаза происходит под влиянием супероксиданиона (предназначен для внутриклеточного уничтожения инфекционного агента после его поглощения), образующегося в НАДФ-Н-оксидазной реакции «кислородного взрыва» в активированных нейтрофилах.

МЕТОД: в одну лунку с выделенными омытыми лейкоцитами вносят раствор НСТ (спонтанный НСТ-тест), в другую – раствор НСТ и зимозан (стимулированный НСТ-тест). После инкубации в течение 30 мин делают мазки и подсчитывают на световом микроскопе процент нейтрофилов, содержащих гранулы диформаза (серые «глыбки»). В норме у взрослых количество НСТ-положительных нейтрофилов составляет до 10%.

5. Количественное определение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)

Принцип: в основе метода лежит селективная преципитация комплексов антиген-антитело в растворе полиэтиленгликоля (ПЭГ) с последующим определением оптической плотности на фотометре.

МЕТОДИКА: к сыворотке крови, разведенной в буфере, добавляют ПЭГ. После инкубации в течение 1 ч, измеряют оптическую плотность смеси по сравнению с контролем (без добавления ПЭГ).

Протокол исследования:

Название теста	Рисунки демонстрационных препаратов
Е-розеткообразующая клетка (Е-РОК)	
Фагоцитоз стафилококков (мазок крови)	
Реакция бласттрансформации лимфоцитов	
НСТ-тест	
Чашка с реакцией иммунопреципитации для обнаружения IgG (по Манчини)	

Работа №2

ЦЕЛЬ: Овладеть навыком оценки иммунограмм.

Протокол исследования:

I вариант

Проблемная лаборатория по изучению механизмов естественного иммунитета

Исследования от «__» _____ 20__ г.

Больной Иванов К.

Возраст 15 лет

Отд. _____

Диагноз рецидивирующий бронхит

Показатель	Норма	У обследуемого	Наличие и характер отклонения
лейкоциты (10 ⁹ /л)	4,3 – 6,0		
лимфоциты (%)	35 – 45		
лимфоциты (10 ⁹ /л)	1,500 – 2,700		
CD3+лимфоциты (%)	55-70		
CD3+лимфоциты (10 ⁹ /л)	0,825 – 1,900		
CD19+лимфоциты (%)	8 – 20		
CD19+лимфоциты (10 ⁹ /л)	0,120 – 0,540		
CD4+ лимфоциты (%)	35 – 50		
CD8+лимфоциты (%)	20 -30		
палочкоядерные нейтрофилы %	0 – 6		
сегментоядерные нейтрофилы %	41 – 65		
моноциты %	0 – 8		
эозинофилы %	0 – 6		
базофилы %	0 – 6		
Фагоцитарная показатель %	50 – 70		
Фагоцитарный индекс (усл.е.)	3,8 – 6,0		
НСТ спонтанный %	4 – 10		
НСТ стимулированный %	30 – 60		
ЦИК (ед.ОП)	до 70		
IgA, г/л	0,9 – 1,6		
IgM, г/л	0,8 – 1,4		
IgG, г/л	8 – 13		
IgE, МЕ/мл	до 60		

Заключение: _____

II вариант
 Проблемная лаборатория по изучению механизмов естественного иммунитета
 Исследования от «__» _____ 20__ г.
 Больной Петрова И.
 Возраст 8 лет
 Отд. _____

Диагноз бронхиальная астма

Показатель	Норма	У обследуемого	Наличие и характер отклонения
лейкоциты (10 ⁹ /л)	4,5 – 6,5		
лимфоциты (%)	40 – 50		
лимфоциты (10 ⁹ /л)	1,8 – 3,25		
CD3+лимфоциты (%)	55 – 70		
CD3+лимфоциты (10 ⁹ /л)	0,99 -2,275		
CD19+лимфоциты (%)	8 – 20		
CD19+лимфоциты (10 ⁹ /л)	0,144 – 0,650		
CD4+ лимфоциты (%)	35-50		
CD8+лимфоциты (%)	20 -30		
палочкоядерные нейтрофилы %	0 – 6		
сегментоядерные нейтрофилы %	36 – 60		
моноциты %	0 – 6		
эозинофилы %	0 – 6		
базофилы %	0 – 6		
Фагоцитарная показатель %	50 – 70		
Фагоцитарный индекс (усл.е.)	3,6 – 6,0		
НСТ спонтанный %	4 – 10		
НСТ стимулированный %	30 – 60		
ЦИК (ед.ОП)	до 65		
IgA, г/л	0,8 -1,4		
IgM, г/л	0,8 -1,3		
IgG, г/л	7,0 – 12,0		
IgE, МЕ/мл	до 50		

Заключение: _____

Модуль 2 Клиническая микробиология

Тема 5. Оппортунистическая инфекция.

Инфекции связанные с оказанием медицинской помощи

Формы текущего контроля успеваемости

1. Тестирование
2. Контроль выполнения заданий в рабочих тетрадях
3. Устный опрос
4. Контроль выполнения практических заданий

Тестирование

1. Для оппортунистических инфекций характерно:

1. Вызываются только патогенными микроорганизмами;
2. Вызываются УППМ;
3. Возникают при иммунодепрессивных состояниях;
4. Могут поражать любые органы и ткани.

2. Клиническая картина оппортунистических инфекций:

1. Специфична;
2. Зависит от локализации возбудителя;
3. Не зависит от локализации возбудителя;
4. Характеризуется хроническим течением.

3. К особенностям оппортунистических инфекций относятся:

1. Лечение сочетанным соотношением антибактериальной терапии с иммуномодулирующей;
2. Широкое распространение в стационарах;
3. Сложность течения;
4. Высококонтagioзны.

4. Для диагностики оппортунистических инфекций характерно:

1. Основной метод диагностики – микробиологический;
2. Основной метод диагностики – биологический;
3. Использование качественного и количественного критерия;
4. Использование только качественного критерия.

5. Бактериемией называется:

1. Фаза патогенеза инфекционных заболеваний, во время которой бактерии попадают в кровь;
2. Фаза патогенеза инфекционных заболеваний, во время которой вирусы попадают в кровь;
3. Генерализованное заболевание, во время которого возбудитель находится и размножается в крови).

6. Сепсисом называется:

1. Фаза патогенеза инфекционных заболеваний, во время которой бактерии попадают в кровь;
2. Фаза патогенеза инфекционных заболеваний, во время которой вирусы попадают в кровь;
3. Генерализованное заболевание, во время которого возбудитель находится и размножается в крови.

7. Внутрибольничной инфекцией является:

1. Инфекционное заболевание, приобретенное и проявившееся в условиях стационара;
2. Инфекция, приобретенная внутри стационара и проявившаяся в условиях стационара или после выписки из него;

3. Инфекция, приобретенная до поступления в стационар и проявившаяся или выявленная в стационаре.

8. У стафилококков могут присутствовать следующие антигены:

1. Белок М;
2. Vi-антиген;
3. К-антиген;
4. Белок А.

9. У стрептококков могут присутствовать следующие антигены:

1. Белок М;
2. Vi-антиген;
3. К-антиген;
4. Белок А.

10. К стафилококковым инфекциям относятся:

1. Синдром «ошпаренных младенцев»;
2. Скарлатина;
3. Карбункул;
4. Синдром токсического шока.

11. Плазмокоагулаза вызывает:

1. Разрушение гиалуроновой кислоты;
2. Нарушение свертываемости крови;
3. Разрушение лецитина;
4. Растворение фибрина.

12. Гиалуронидаза вызывает:

1. Разрушение гиалуроновой кислоты;
2. Нарушение свертываемости крови;
3. Разрушение лецитина;
4. Растворение фибрина.

13. Лецитиназа вызывает:

1. Разрушение гиалуроновой кислоты;
2. Нарушение свертываемости крови;
3. Разрушение лецитина;
4. Растворение фибрина.

14. Фибринолизин вызывает:

1. Разрушение гиалуроновой кислоты;
2. Нарушение свертываемости крови;
3. Разрушение лецитина;
4. Растворение фибрина.

15. Для L-форм стафилококков характерно:

1. Резистентность к антибиотикам пенициллинового ряда;
2. Способность длительно персистировать в организме;
3. Наличие толстой клеточной стенки;
4. Изменение морфологии.

16. Стафилококки принадлежат семейству:

1. Bacteroidaceae;
2. Neisseriaceae;
3. Pseudomonadaceae;
4. Micrococcaceae;
5. Enterobacteriaceae.

17. Стафилококки могут вызывать:

1. Только заболевания носоглотки;
2. Только нагноения ран;
3. Гнойно-воспалительные поражения любых органов и тканей;
4. Только септические процессы.

18. Укажите факторы патогенности стафилококков:

1. Наличие микрокапсулы;
2. Наличие спор;
3. Наличие коагулазы;
4. Наличие каталазы;
5. Наличие бета-лактамазы.

19. Стафилококки являются представителями нормофлоры следующих биотопов:

1. Кожа;
2. Легкие;
3. Носовая полость;
4. Мочеточники.

20. Среди представителей псевдомонад наиболее часто вызывают внутрибольничные инфекции:

1. P. malei;
2. P. fluorescens;
3. P. aeruginosa;
4. P. maltophilia.

Письменное задание для самостоятельной работы во внеучебное время

Заполните таблицу.

Условно-патогенные микроорганизмы, возбудители оппортунистических инфекций

Ана-эробные микроорганизмы	Грамположительные	Палочки	
		Кокки	
Ана-эробные микроорганизмы	Грамотрицательные	Палочки	
		Кокки	
Факультативно-анаэробные микроорганизмы	Грамположительные	Палочки	
		Кокки	
Факультативно-анаэробные микроорганизмы	Грамотрицательные	Палочки	
		Кокки	

Вопросы для подготовки:

1. Понятия «постоянная (аутохтонная) и транзитная (аллохтонная) микрофлора», «условно-патогенный микроорганизм», «оппортунистическая инфекция». Факторы, способствующие развитию оппортунистической инфекции.
2. Основные виды УПБ, возбудителей оппортунистических инфекций, факторы патогенности УПБ (факторы колонизации, вирулентности и персистенции).
3. Этиология, патогенез, особенности клинической картины, лабораторной диагностики оппортунистических болезней. Лабораторная диагностика моно- и смешанных инфекций при оппортунистических заболеваниях.

- Основные направления профилактики и лечения оппортунистических инфекций.
- Определяющие критерии госпитальных инфекций. Актуальность госпитальных инфекций для стационаров разного профиля. Основные клинические формы ИСОМП.
- Характеристика госпитальных штаммов. Особенности эпидемиологии, терапии, профилактики ИСОМП.

Работа 1

ЦЕЛЬ: Овладеть навыком бактериологической диагностики инфекций мочевых путей.

ЗАДАЧА. В бактериологическую лабораторию поступили 3 образца мочи от пациентов с предварительным диагнозом «Инфекция мочевых путей». Проведите лабораторное исследование для подтверждения возможного диагноза ИМП и оцените его результат.

МЕТОДИКА (метод секторных посевов Gould)

- Бактериологической петлей диаметром 3 мм произвести посев (30-40 штрихов) исследуемого материала (мочи) на 1-й сектор чашек Петри с питательными средами (Эндо и 5% кровяным агаром). После этого петлю прожечь и произвести 4 штриховых посева из 1-го сектора по 2-й, аналогичным образом из 2-го сектора в 3-й, и из 3-го в 4-й (см. рисунок), прожигая петлю после пересева с каждого сектора. Чашки инкубировать в термостате при 37°C в течение 18-24 часов.
- Подсчитать число колоний, выросших в разных секторах. Количество бактерий в 1 мл жидкости определить по таблице.

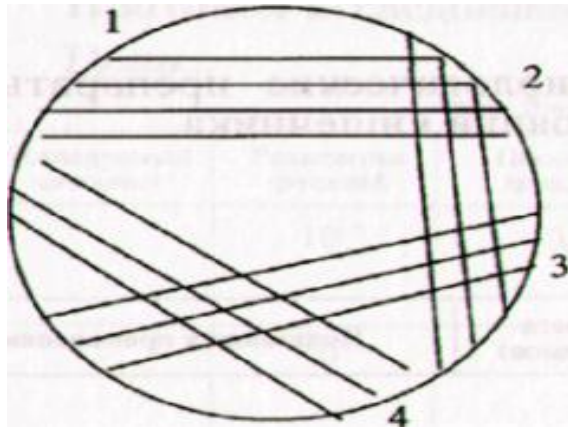


Схема посева жидкости по методу Gould
1-4 соответственно 1-4-й секторы

Расчетная таблица для определения количества бактерий в 1 мл жидкости

Количество бактерий, выросших на секторе				Количество бактерий в 1 мл жидкости
1-м	2-м	3-м	4-м	
1-6	Нет роста	Нет роста	Нет роста	1 000
8-20	» »	»»	» »	1 000
21-30	» »	» »	» »	5 000
31-60	» »	»»	» »	10 000
70-80	» »	»»	» »	50 000
100-150	5-10	»»	» »	100 000
Очень большое количество	20-30	»»	» »	500 000
То же	40-60	»»	» »	1 000 000
» »	100-140	10-20	» »	5 000 000
»»	Очень большое количество	30-40		10 000 000
»»	То же	60-80	Единичные	50 000 000
»»	»»	80-140	От единичных до 25	100 000 000

Протокол исследования:

I этап. Выделение чистой культуры

Исследуемый материал	Метод диагностики	Питательная среда	Характеристика колоний	Число колоний и их типов по секторам				бактериурин. Степень КОЕ/мл
				1	2	3	4	
		Эндо Кровяной агар	Лак+ (А)					
			Лак- (Б)					
		Кровяной агар	Гем+ (В)					
			Гем- (Г)					

II этап. Идентификация чистой культуры

Штамм	Морфология (рис.)	Биохимические свойства (ЭНТЕРО-тест или СТАФИ-тест)												АЛА, мкг/мл	Вид микроорганизма	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
А																
Б																

Вывод: 1. Есть ли бактериурия у данного пациента? 2. На основании каких критериев подтверждается этиологическая значимость выделенного микроорганизма?

Работа 2.

Идентификация госпитальных штаммов стафилококков.

ЦЕЛЬ: Определить диагностические критерии госпитальных штаммов для постановки диагноза ВБИ.

ЗАДАЧА. В реанимационном отделении у больного, находящегося на аппарате искусственной вентиляции легких, возникла флегмона нижней челюсти. Из очага гнойно-воспалительного заболевания от больного (штамм № 1) и с контура дыхательной аппаратуры (штамм № 2) были выделены бактерии S. aureus.

Установите госпитальную принадлежность штаммов стафилококков. Докажите, что флегмона у больного является случаем ВБИ.

Протокол исследования:

Исследуемый штамм	Устойчивость к АБ	Устойчивость к дезин-фектантам	Устойчивость к УФЛ	АЛА	Фаготип
Штамм №1					
Штамм №2					

Вывод: 1. По каким критериям доказан госпитальный характер штаммов стафилококков? 2. На основании чего поставлен диагноз ВБИ? 3. Кто предположительно может являться источником данной внутрибольничной инфекции?

Тема 6. Микробиология анаэробных инфекций

Формы текущего контроля успеваемости

1. Тестирование
2. Контроль выполнения заданий в рабочих тетрадях
3. Устный опрос
4. Контроль выполнения практических заданий

Тестирование

1. Для всех анаэробов характерно:

1. Получение энергии путем субстратного фосфорилирования;
2. Наличие спор;
3. Наличие капсул;
4. Положительная окраска по Граму.

2. К анаэробным грамположительным неспорообразующим коккам относятся:

1. P. Bacteroides;
2. P. Clostridium;
3. P. Veillonella;
4. P. Bifidobacterium;
5. P. Peptococcus.

3. К Гр(-) анаэробным бактериям, не образующим спор, относятся:

1. P. Bacteroides;
2. P. Clostridium;
3. P. Veillonella;
4. P. Bifidobacterium.

4. К анаэробным Гр(-) коккам относятся:

1. P. Bacteroides;
2. P. Clostridium;
3. P. Veillonella;
4. P. Bifidobacterium.

5. К анаэробным Гр(+) неспорообразующим анаэробным бактериям относятся:

1. P. Bacteroides;
2. P. Clostridium;
3. P. Veillonella;
4. P. Bifidobacterium;
5. P. Peptococcus.

6. Укажите, для каких микроорганизмов характерно наличие спор, превышающих диаметр клетки:

1. Bacillus anthracis;
2. P. Aeruginosa;
3. Clostridium perfringens;
4. Bacillus subtilis.

7. Укажите, для каких микроорганизмов характерно наличие спор, не превышающих диаметр клетки:

1. Bacillus anthracis;
2. P. aeruginosa;
3. Clostridium perfringens;
4. Bacillus subtilis.

8. Для выращивания анаэробов применяются следующие питательные среды:

1. Среда Китта-Тароцци;
2. Среда Клиглера;
3. Среда Вильсон-Блер;
4. Среда Цейслера.

9. Критериями этиологической диагностики условно-патогенных микроорганизмов являются:

1. Массивности выделения однородных микроорганизмов;
2. Нарастания титра антител к выделенному микробу в сыворотке крови больного;
3. Повторности выделения идентичных микроорганизмов;
4. Выделения микроорганизмов со среды обогащения.

10. Какие из данных микроорганизмов могут вызывать гангрену у человека:

1. Clostridium perfringens;
2. Clostridium septicum;
3. Clostridium chavoiei;
4. Clostridium novyi;
5. Escheriacoli.

11. Источником внутрибольничной инфекции могут служить:

1. Больные, находящиеся в отделении;
2. Персонал;
3. Окружающая среда и инструментарий.

12. Для профилактики внутрибольничных инфекций используется:

1. Проведение вакцинации больных;
2. Соблюдение норм санитарно-показательных микроорганизмов для соответствующих лечебных учреждений;
3. Проведение контроля стерильности лекарственных средств, хирургического инструментария, шовного материала и др.;
4. Повышение качества медицинского обслуживания больных.

13. Патогенез столбняка в основном обусловлен:

1. Действием экзотоксина;
2. Действием эндотоксина;
3. Инвазивностью возбудителя.

14. Тризм жевательной мускулатуры и «сардоническая улыбка» являются симптомами:

1. Ботулизма;
2. Столбняка;
3. Газовой гангрены;
4. Дифтерии.

15. Изменения со стороны органов зрения (расстройство аккомодации, двоение в глазах) являются симптомами:

1. Ботулизма;
2. Столбняка;
3. Газовой гангрены;
4. Дифтерии.

16. Для специфической терапии ботулизма используют:

1. Противоботулиническую антитоксическую сыворотку;
2. Противоботулиническую антимикробную сыворотку;
3. Ботулинический анатоксин;
4. Ботулинический бактериофаг.

17. Для экстренной профилактики столбняка используют:

1. Столбнячный анатоксин;
2. Вакцину АКДС;
3. Противостолбнячную сыворотку;
4. Столбнячный бактериофаг.

19. Для заблаговременной профилактики столбняка применяют:

1. вакцину АКДС;
2. вакцину АС;
3. противостолбнячную сыворотку;
4. брюшнотифозную вакцину с секстанатоксином;
5. спиртовую брюшнотифозную вакцину с Vi антигеном.

20. Для заблаговременной профилактики газовой гангрены применяют:

1. вакцину АКДС;
2. вакцину АС;
3. противостолбнячную сыворотку;
4. брюшнотифозную вакцину с секстанатоксином;
5. спиртовую брюшнотифозную вакцину с Vi антигеном.

Письменные задания для самостоятельной работы во внеучебное время

Задание 1.

ЗАДАЧА. Пострадавшему в автомобильной катастрофе больному С., 45 лет, после оказания экстренной хирургической помощи было введено 3000 МЕ противостолбнячной антитоксической сыворотки. Вопрос о давности вакцинации против столбняка не был выяснен. Спустя два месяца он был доставлен в инфекционное отделение с диагнозом «Столбняк». В течение указанного срока никаких других травм не было.

№ п/п	Вопросы	Ответы
1.	Мог ли развиться столбняк у данного больного в результате автокатастрофы?	
2.	Основные клинические симптомы, позволяющие поставить диагноз «столбняк»	
3.	Возможная причина развития столбняка у данного больного?	
4.	Укажите врачебные ошибки, которые могли способствовать развитию заболевания	
5.	Какой препарат используется для создания активного иммунитета против столбняка, какой иммунитет по направленности он создает и на какой срок (при однократном введении)?	

Задание 2.

Изучить препараты для специфической профилактики, терапии и диагностики анаэробных инфекций. Заполнить таблицу.

Название препарата	Состав	Показания к применению	Характер действия в организме	Единица измерения силы антитоксических сывороток
Противоботулиническая антитоксическая сыворотка (диагностическая)				
Противостолбнячная антитоксическая сыворотка (диагностическая)				
Противогангренозная антитоксическая сыворотка (диагностическая)				
Анатоксин столбнячный адсорбированный (АС-анатоксин)				
Секста(пента-, тетра-, три-)анатоксин				
Противостолбнячная лошадиная сыворотка (ПСС)				
Иммуноглобулин человеческий противостолбнячный (ПСЧИ)				
Сыворотки противоботулинические типов А, В, Е лошадиные очищенные				
Противогангренозная поливалентная лошадиная сыворотка				

Вопросы для подготовки:

1. Своеобразие условий заражения возбудителями столбняка, ботулизма, газовой гангрены.
2. Патогенез столбняка, газовой гангрены. Факторы вирулентности возбудителей.
3. Методы лабораторной диагностики клостридозов.
4. Особенности иммунитета при столбняке, газовой гангрене.
5. Специфическая профилактика и лечение столбняка, ботулизма, газовой гангрены.
6. Значение неспорообразующих анаэробов в патологии человека.
7. Методы лабораторной диагностики и терапии неклостридиальных анаэробных инфекций.

Работа 1

ЦЕЛЬ: Ознакомиться с экспрессным методом обнаружения экзотоксинов возбудителей газовой гангрены в исследуемом материале.

ЗАДАЧА. В хирургическом отделении у больного развилось осложнение послеоперационной раны. Клинически была заподозрена газовая гангрена. При микроскопии раневого экссудата обнаружены крупные грамположительные палочки с закругленными концами. С учетом быстрого прогрессирования анаэробной инфекции была проведена экспресс-диагностика для обнаружения экзотоксинов в крови больного. Для этого поставлена РПГА. Изучите микропрепарат из раневого отделяемого. Учтите результат РПГА, дайте диагностическую оценку.

МЕТОДИКА. Жидкие эритроцитарные антигенные диагностикумы представляют собой 1% взвесь формализированных и сенсibilизированных антигенами эритроцитов барана. В полистероловых пластинах готовят двукратные разведения исследуемой сыворотки в 0,9%-ном растворе хлорида натрия в объеме 0,5 мл. В

каждую из лунок с разведениями сыворотки прибавляют 0,25 мл антигенового диагностикума т.е. эритроцитов с адсорбированными антигенами к экзотоксинам соответствующих видов возбудителей газовой гангрены. Обязательными контролями являются:

1. Контроль на отсутствие спонтанной агглютинации диагностикума. Для его постановки в лунки с 0,5 мл физраствора добавляют 0,25 мл диагностикума.
2. Контроль на отсутствие в испытуемой сыворотке агглютининов к эритроцитам барана. Для этого к 0,5 мл исследуемой сыворотки добавляют в разведении 1:100 взвесь несенсибилизированных формализированных эритроцитов барана.
3. Контроль с положительной сывороткой для РПГА. Реакция учитывается по наличию агглютинированных эритроцитов, покрывающих дно лунки в виде «зонтика». Отрицательный результат учитывается в случае оседания неагглютинированных эритроцитов в виде маленького «колечка» в центре лунки.

Протокол исследования:

Микроскопический метод		РПГА						
Исследуемый материал	Микроскопия исследуемого материала (рисунок)	Диагностикумы антигеновые эритроцитарные	Разведение сыворотки больного					
			Цель-ная	1/2	1/4	1/8	1/16	К
		<i>Cl.perfringens</i> <i>Cl.novyi</i> <i>Cl.histoliticum</i> <i>Cl.septicum</i>						

Вывод: 1.Подтверждается ли диагноз? Если да, то каким методом и почему? 2. Является ли данная инфекция моно- или полимикробной? Ответ объясните, используя данные микроскопии и РПГА. 3. Какими экспресс-методами можно обнаружить экзотоксины в клиническом материале?

Работа 2

ЦЕЛЬ: Изучить бактериологический метод диагностики неклостридиальной анаэробной инфекции

ЗАДАЧА. Больной поступил в хирургическое отделение по поводу проникающего ранения брюшной полости. После операции на 2-е сутки развились симптомы перитонита. Для установления этиологии перитонита проведено микроскопическое и бактериологическое исследование перитонеального экссудата путем посева на питательные среды (Эндо, ЖСА, МПА). В микропрепарате из перитонеального экссудата были обнаружены грамотрицательные палочки. Роста микрофлоры на питательных средах не выявлено. Учитывая наличие клинических симптомов, характерных для неклостридиальных анаэробов, проведено повторное бактериологическое исследование экссудата для обнаружения анаэробной флоры. Учтите результат бактериологического исследования. Установите этиологию перитонита. Оформите протокол.

МЕТОДИКА. Исследуемый материал засевают на питательные среды для транспортировки анаэробов. Затем делают посев на специальную питательную среду, например Шедлер-агар, источником питательных веществ в котором являются пептоны, глюкоза, дрожжевой экстракт, а факторами роста – баранья (кроличья) кровь, гемин, витамин K₁(K₃). Культивирование осуществляется в анаэробных условиях (80% N₂, 10% H₂ и 10% CO₂).

На чашках с кровяным агаром *Bacteroidesfragilis* образуют круглые с ровным краями слегка выпуклые, от просвечивающихся до полупрозрачных колоний диаметром 1-3 мм. Колонии имеют внутреннюю структуру с концентрическими кольцами, не дают гемолиза на агаре с лошадиной и кроличьей кровью. Отдельные штаммы (менее 1%) *B. fragilis* в областях сливного роста обладают бета-гемолитическими свойствами. Для предварительной идентификации чистую культуру отсевают на скошенный агар с 20% желчью, на агар с канамицином и для проведения пробы на азотолерантность – на кровяной агар. Ключевыми признаками бактерий группы *B.fragilis* являются способность расти в присутствии 20% содержания желчных солей и резистентность к канамицину. Далее проводят идентификацию по биохимическим свойствам (анаэротест) и определяют вид возбудителя.

Протокол исследования:

Бактериологический метод

1 этап. Выделение чистой культуры анаэробов

Исследуемый материал	Микроскопия исследуемого материала	Среда для посева	Метод создания анаэробных условий	Характеристика колоний	Микроскопия колоний	Микроскопия чистой культуры

2 этап. Идентификация чистой культуры анаэробов

Рост на среде с желчью	Рост на среде с канамицином	Проба на азотолерантность	Биохимические свойства по анаэротесту								Вид микроорганизма		
			ряд	1	2	3	4	5	6	7		8	

Вывод: 1. Назовите этиологический фактор перитонита. 2. Чем объясняется отсутствие роста микрофлоры на питательных средах: МПА, Эндо, ЖСА? 3. Укажите возможные пути проникновения в брюшную полость возбудителя, вызвавшего перитонит у данного больного.

Тема 7. Контроль знаний модуля 2 «Клиническая микробиология».

Зачетное занятие.

Формы текущего контроля успеваемости

1. Тестирование (см. оценочные материалы по модулю2 «Клиническая микробиология»)

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный опрос	5 баллами оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	4 баллами оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна-две неточности в ответе.
	3 баллами оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	0-2 баллами оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
Тестирование	5 баллов выставляется при условии 91-100% правильных ответов
	4 балла выставляется при условии 81-90% правильных ответов
	3 балла выставляется при условии 71-80% правильных ответов
	0-2 балла выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов.
Решение ситуационных задач	5 баллов выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	4 балла выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	3 балла выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	0-2 балла выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
Реферат	5 баллов выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
	4 балла выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
	3 балла выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
	0-2 балла выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы
Практические навыки	5 баллов выставляется если обучающимся дан правильный ответ. Пояснения подробные, последовательные, грамотные, с теоретическими обоснованиями, с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие; выводы логичные, отражающие суть явления
	4 балла выставляется если обучающимся дан правильный ответ. Объяснение препарата подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	3 балла выставляется если обучающимся дан правильный ответ. Объяснение препарата недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	0-2 балла выставляется если обучающимся дан правильный ответ. Объяснение препарата дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
Критерии оценивания тезисов по результатам исследования	<p>Тезисы оцениваются по пяти позициям</p> <ul style="list-style-type: none"> • Актуальность, обоснование проблемы и формулировка темы проекта (1балл), • Согласованность целевого компонента (цель реально достижима; задачи согласуются с целью; имеется представление о результате проекта (если работа не экспериментальная, то данный элемент не обязателен)) (1 балл). • Целесообразность выбора методик исследования (инструментария) (1 балл). • Практическая значимость проекта, социальная направленность проекта (1 балл) • Оригинальность замыслов, подходов, найденных решений (1 балл) <p>Баллы суммируются.</p>

Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся

Промежуточная аттестация по дисциплине «Микробиология» проводится в форме зачета и включает собеседование по вопросам билетов устной форме.

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Место микробиологии и вирусологии в современной медицине. Роль микробиологии и вирусологии в подготовке врачей-клиницистов и врачей профилактической службы. Задачи медицинской микробиологии.
2. Исторические этапы развития микробиологии. Морфологический период (А. Левенгук, Д. Самойлович, Э. Дженнер).
3. Работы Л.Пастера и его школы. Их значение в развитии общей и медицинской микробиологии. Вакцины Пастера.
4. Работы Р.Коха и его школы. Их значение для медицинской микробиологии. Разработка бактериологического метода диагностики.
5. Открытие И.И.Мечниковым фагоцитоза. Открытие гуморальных факторов иммунитета (П.Эрлих). Получение лечебных сывороток (Э. Беринг, Э. Ру).
6. Значение микробиологии и иммунологии в подготовке врача. Связь микробиологии с другими дисциплинами.
7. Организация работы и техника безопасности в бактериологической лаборатории.
8. Антибиотики. Классификация. Осложнения антибиотикотерапии. Их предупреждение. Возникновение, распространение и пути преодоления лекарственной устойчивости бактерий. Роль плазмид в резистентности микробов к лекарственным препаратам.

9. Внутрибольничные инфекции (ВБИ). Роль условно-патогенных микробов в инфекционной патологии человека. Свойства основных возбудителей ВБИ. Госпитальные штаммы, условия их формирования, характеристика, способы их предотвращения. Особенности микробиологической диагностики, профилактики, лечения.
10. Иммунная система организма человека. Иммунокомпетентные клетки, их основные функции. Понятие о межклеточной кооперации в иммуногенезе.
11. Антибактериальный, антиоксидантный, противовирусный иммунитет. Понятие об иммунологической памяти, иммунологической толерантности.
12. Анафилактический шок, сывороточная болезнь. Аллергические реакции гуморального (немедленного) типа. Механизмы развития, проявления. Сенсibilизация. Десенсibilизация.
13. Принципы вакцинопрофилактики и вакцинотерапии. Типы вакцин, их характеристика, способы приготовления. Адьюванты. Плановые профилактические прививки.
14. Серотерапия и серопрoфилактика. Гомологичные и гетерологичные сыворотки. Антиоксидантные, антибактериальные, противовирусные сыворотки. Иммуноглобулины (нормальные и направленного действия). Методы получения и способы применения. Побочные действия и методы их предупреждения.
15. Этиологическая и патогенетическая роль стрептококков группы А и В в гнойно-воспалительных, респираторных инфекциях, рожистом воспалении, ангине, остром гломерулонефрите, ревматизме, сепсисе. Таксономия. Экология. Биологические свойства. Антигенное строение, серогруппы, сероварианты. Факторы патогенности: поверхностные структуры микробной клетки, токсины, ферменты патогенности. Патогенез стрептококковых инфекций. Особенности иммунитета.
16. Вирусы гепатитов А, В, С, Д, Е, G, TTV. Классификация, характеристика. Экология, особенности патогенеза и иммунитета. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика и терапия.
17. Микозы. Экология. Биологические свойства. Роль в патологии человека. Факторы патогенности возбудителей микозов. Патогенез микозов. Особенности иммунитета. Микробиологическая диагностика.
18. Шигеллы. Классификация. Свойства. Микробиологическая диагностика острой и хронической форм дизентерии. Специфическая профилактика и терапия.
19. Вирус иммунодефицита человека. Классификация. Характеристика ВИЧ. Экология, особенности патогенеза и иммунитета. Лабораторная диагностика. Профилактика и терапия.
20. Сальмонеллы - возбудители брюшного тифа и паратифов А, В. Классификация, свойства. Патогенез брюшного тифа. Микробиологическая диагностика заболевания и бактерионосительства. Специфическая профилактика и терапия. Сальмонеллы - возбудители сальмонеллез. Классификация, свойства. Патогенез. Микробиологическая диагностика, профилактика.
21. Клебсиеллы. Классификация, свойства. Этиологическая роль при склероме, пневмонии и других заболеваниях. Роль во внутрибольничных инфекциях. Микробиологическая диагностика.
22. Иерсинии. Возбудители кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулеза. Классификация, свойства. Биологические особенности. Патогенность для человека и животных. Микробиологическая диагностика. Профилактика. Иерсинии. Возбудитель чумы. Классификация, свойства. Факторы патогенности. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и терапия.
23. Бруцеллы. Виды бруцелл, свойства. Факторы патогенности. Патогенез, иммунитет при бруцеллезе. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и терапия.
24. Возбудитель туляремии. Характеристика. Факторы патогенности. Патогенез и иммунитет при туляремии. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и терапия.
25. Возбудитель сибирской язвы. Классификация, свойства. Патогенность для человека и животных. Микробиологическая диагностика различных клинических форм сибирской язвы. Специфическая профилактика и терапия.
26. Гетерогенность человеческой популяции с точки зрения восприимчивости к инфекции. Понятие о патогенезе инфекционной болезни. Определение понятий дисбиоз, дисбактериоз, оппортунистическая болезнь, реинфекция, суперинфекция, микст-инфекция. Ремиссия и рецидив. Бактерионосительство.
27. Серотерапия и серопрoфилактика. Гомологичные и гетерологичные сыворотки. Антиоксидантные, антибактериальные, противовирусные сыворотки. Иммуноглобулины (нормальные и направленного действия). Методы получения и способы применения. Побочные действия и методы их предупреждения.
28. Трeпoнeмa сифилиса. Таксономия. Свойства. Эпидемиология и патогенез сифилиса, иммунитет. Микробиологическая диагностика. Лечение и профилактика.

1. Зачетные микропрепараты

1. Стафилококк (окраска по Граму).
2. Кишечная палочка (окраска по Граму).
3. Стрептобацилла (окраска по Граму).
4. Гонококк в гное (окраска метиленовым синим).
5. Туберкулезные палочки в мокроте (окраска по Цилю-Нильсену).
6. Палочка со спорой (окраска по Граму).
7. Дифтерийные палочки с зернами волютинина (окраска метиленовым синим).
8. Палочка с капсулой (окраска фукусином).

2. Зачетные макропрепараты

9. Рост кишечных палочек на среде Эндо.
10. Рост кишечных палочек и дизентерийных палочек на среде Плоскирева.
11. Рост стафилококка на кровяном агаре.
12. Реакция преципитации в агаре для определения токсигенности дифтерийных палочек.
13. Определение фаготипов брюшнотифозных палочек.
14. Цветная проба.
15. Реакция связывания комплемента.
16. Реакция Видаля.
17. Набор диагностических препаратов (диагностикумы, иммунные сыворотки, аллергены, бактериофаги).
18. Набор специфических, профилактических и лечебных препаратов (вакцины, сыворотки, бактериофаги, эубиотики).
19. Реакция непрямой (пассивной) гемагглютинации (РНГА).
20. Реакция задержки гемагглютинации.
21. Определение чувствительности микробов к антибиотикам методом дисков.
22. Рост стафилококка на желточно-солевом агаре (лецитиназа).
23. Антилизозимная активность.
24. Лизоцимная активность.
25. ИФА.
26. Среда Китта-Тароцци.
27. Среда СКС.

3. Перечень лечебно-профилактических препаратов

3.1. Лечебно-профилактические сыворотки, γ -глобулины, интерферон

28. Противосибиреязвенный глобулин
29. Сыворотка противостолбнячная
30. Гаммаглобулин противокоревой
31. Человеческий лейкоцитарный интерферон

3.2. Вакцины

32. Живая сибиреязвенная вакцина «СТИ»
33. АДС-анатоксин
34. Вакцина БЦЖ
35. Вакцина чумная живая
36. Холероген-анатоксин
37. Анатоксин столбнячный
38. Вакцина полиомиелитная
39. Антирабическая вакцина
40. АКДС
41. Вакцина против гепатита В.
42. Вакцина клещевого энцефалита
43. Оспенная вакцина

44. Гриппозная вакцина
45. Холерная вакцина
46. Лептоспирозная вакцина

3.3 Лечебно-профилактические бактериофаги. Эубиотики

47. Бактериофаг брюшнотифозный
48. Бактериофаг дизентерийный
49. Колибактерин
50. Лактобактерин

4. Перечень диагностических препаратов

4.1 Диагностические сыворотки

51. Противоботулиническая диагностическая сыворотка
52. Агглютинирующая ОВ-коли сыворотка, титр 1:400
53. Бруцеллезная агглютинирующая сыворотка
54. Агглютинирующая сальмонеллезная сыворотка тифимуриум
55. Туляремийная сыворотка лошадиная меченая ФИТЦ
56. Сыворотка менигококковая агглютинирующая, группа А
57. Агглютинирующая сыворотка к шигеллам Бойда
58. Эритроцитарный антигенный диагностикум *Cl. perfringens*

4.2 Диагностикумы

59. Диагностикум из сальмонелл тифи
60. Коклюшный диагностикум
61. Бруцеллезный диагностикум
62. Диагностикум эритроцитарный из сальмонелл тифи
63. Диагностикум гриппозный эритроцитарный

4.3 Аллергены

64. Тулярин
65. Антраксин
66. Туберкулин

4.4 Диагностические бактериофаги

67. Бактериофаг чумной диагностический
68. Типовой стафилококковый бактериофаг
69. Холерный фаг классический «С»
70. Холерный фаг Эль-Тор
71. Индикаторный брюшнотифозный бактериофаг

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
направление подготовки (специальность) 31.08.73 Стоматология терапевтическая
дисциплина «Микробиология»

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1

I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

1. Значение микробиологии и иммунологии в подготовке врача. Связь микробиологии с другими дисциплинами.
2. Серотерапия и серопротекция. Гомологичные и гетерологичные сыворотки. Антитоксические, антибактериальные, противовирусные сыворотки. Иммуноглобулины (нормальные и направленного действия). Методы получения и способы применения. Побочные действия и методы их предупреждения.

II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1. Охарактеризовать демонстрационный препарат «Вакцина БЦЖ».

Заведующий кафедрой микробиологии,
вирусологии, иммунологии, д.б.н., доцент

Михайлова Е.А.

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации, к.м.н., доцент

Ткаченко И.В.

« ____ » _____ 20__ г.

Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации

1. Учебные стенды

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций	Знать правила техники безопасности и работы в микробиологических лабораториях, с реактивами и приборами, лабораторными животными; классификацию, морфологию и физиологию микробов и вирусов, их биологические и патогенные свойства, влияние на здоровье населения; методы микробиологической диагностики, применение основных антибактериальных, противовирусных и биологических препаратов, принципы их получения и применения.	вопросы № 1-10
		Уметь пользоваться биологическим оборудованием; соблюдать технику безопасности, работать с увеличительной техникой (микроскопами, стерео- и простыми лупами), интерпретировать данные микробиологических, молекулярно-биологических и иммунологических методов; анализировать действие лекарственных средств – антибиотиков и иммунобиологических препаратов – по совокупности их свойств и возможность их использования для терапевтического лечения пациентов различного возраста.	практические задания № 1-8
		Владеть способами забора материала для микробиологической диагностики; оценки данные лабораторных исследований с целью подтверждения диагноза заболевания; основными методами стерилизации, дезинфекции и антисептической обработки инструментов и оборудования во избежании инфицирования врача и пациента; навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного обследования населения; методикой интерпретации результатов микробиологического исследования, определения антимикробной активности антибиотических препаратов и микробиологически обоснованными правилами их применения для лечения больных; пользоваться биологическим оборудованием; соблюдать технику безопасности, работать с увеличительной техникой (микроскопами, стерео- и простыми лупами), анализировать действие лекарственных средств – антибиотиков и иммунобиологических препаратов – по совокупности их свойств и возможность их использования для терапевтического лечения пациентов различного возраста	собеседование по полученным результатам исследования
2	ПК-10 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	Знать особенности формирования процессов симбиоза организма человека с микробами, роль резидентной микрофлоры организма в развитии оппортунистических болезней; этиологию, патогенез, эпидемиологию анаэробных инфекций; условия формирования, свойства госпитальных штаммов.	вопросы № 11-20
		Уметь обосновывать с микробиологических позиций выбор материала для исследования при проведении диагностики инфекционных и оппортунистических заболеваний; использовать полученные знания для определения тактики антибактериальной, противовирусной и иммуотропной терапии; применить принципы экстренной профилактики и антитоксической терапии пациентов	практические задания № 9-27
		Владеть способами забора материала для выделения чистых культур микроорганизмов; оценки данные лабораторных исследований с целью подтверждения диагноза заболевания; основными методами стерилизации, дезинфекции и антисептической обработки инструментов и оборудования во избежании инфицирования врача и пациента; навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного обследования населения; методикой интерпретации результатов микробиологического исследования, определения антимикробной активности антибиотических препаратов и микробиологически обоснованными правилами их применения для лечения больных	собеседование по полученным результатам исследования
3	УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать неисчерпаемость процесса познания преемственность знаний от простому к сложному; научные подходы к исследованию микробиологии и иммунологии полости рта; уровни, логику проведения научно-практического микробиологического исследования; современные подходы, принципы микробиологической антимикробной терапии.	вопросы № 21-30
		Уметь использовать в лечебном процессе знание микробиологических основ; разрабатывать и научно обосновывать проблему выбора лечения, препаратов с учетом данных микробиологического исследования; использовать разнообразные методы исследования микробиологии полости рта, обосновать адекватность проводимых в стационаре и поликлинических кабинетах санитарно-гигиенических мероприятий.	практические задания № 28-71
		Владеть этическими нормами и правилами осуществления микробиологического исследования; навыками развития профессионального подхода к выбору методов лечения и	собеседование по полученным результатам исследования

		средств с учетом данных микробиологического исследования; приемами клинических манипуляций, в том числе антибиотикотерапией; способами проведения санитарно-гигиенических мероприятий	
--	--	---	--

4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

- текущего фактического рейтинга обучающегося;
- бонусного фактического рейтинга обучающегося.

4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (максимально 5 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате:

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;
- рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины.

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 5 баллов включительно. Количество баллов рассчитывается как среднее арифметическое и складывается из:

- оценки за проверку выполнения заданий в рабочей тетради при подготовке к занятию;
- оценки за выполнение входного тестового задания;
- оценки за устный ответ на занятии;
- оценки за проверку выполнения практических заданий на занятии.

По окончании каждого модуля дисциплины проводится рубежный контроль. Формы рубежного контроля зависят от отведенного на него времени согласно рабочей программе. Рубежный контроль в рамках практического занятия проводится в форме тестирования. Рубежный контроль в рамках отдельного занятия включает:

- устный ответ по билетам;
- оценку практических навыков или решение проблемно-ситуационных задач.

Максимальное количество баллов по результатам рубежного контроля – 5 баллов рассчитывается как среднее арифметическое по результатам прохождения контрольных точек.

Выполнение самостоятельной (внеаудиторной) работы дисциплины «Микробиология» проводится в данном семестре, согласно учебному плану. За выполнение каждого задания по самостоятельной работе обучающийся получает максимальное количество баллов – 5 в соответствии с критериями оценивания, указанными в ФОС. Текущий фактический рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений с расчетом среднего арифметического значения и может быть максимально 5 баллов.

4.2. Правила формирования бонусного фактического рейтинга обучающегося

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине (максимально – 5 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате участия обучающихся в следующих видах деятельности:

- посещение всех практических занятий и лекций – 2 балла; (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);
- результаты участия в предметной олимпиаде по изучаемым дисциплинам, проводимой на кафедре: 1-ое место – 3 балла, 2-ое и 3-е место – 2 балла, участие – 1 балл.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга

Зачетный рейтинг – максимальное количество баллов - 30 баллов складывается из результатов результатов опроса по билету (максимально 30 баллов)

1. Опрос по билету включает:

- оценку знаний по двум теоретическим вопросам – максимальное количество баллов – 10 баллов за каждый вопрос. Максимальное количество баллов – 20 баллов. Каждый билет включает один теоретический вопрос из раздела «Общая иммунология» и один теоретический вопрос из раздела «Клиническая иммунология».

0 баллов – отказ от ответа;

2 балла – При ответе информация не соответствует вопросу в билете. Не раскрываются основные понятия вопроса. Студент не может ответить на дополнительные и наводящие вопросы. Отсутствует знание и понимание базовых представлений дисциплины.

4 балла – При ответе обнаруживается незнание основных понятий вопроса. Студент не может сформулировать определения и привести примеры. Студент не может ответить на дополнительные и наводящие вопросы. При обсуждении базовых вопросов дисциплины знания не последовательные, поверхностные.

6 баллов – Показано общее понимание вопроса. Содержание представленного вопроса раскрыто неполно или не последовательно. Допущены ошибки в определении понятий или использовании терминологии. Фактический материал скудный. Возникли затруднения при приведении примеров. Базовые понятия дисциплины усвоены. Возникли трудности при ответе на дополнительные вопросы.

8 баллов – Материал вопроса излагается систематизировано и последовательно. Показано знание основных понятий, фактический материал присутствует в достаточном объеме. Не все выводы и положения несут доказательный характер, не раскрываются полностью механизмы явлений. При ответе на дополнительные вопросы допущены недочеты.

10 баллов – Материал вопроса раскрыт полностью, изложен грамотно, в определенной логической последовательности. Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала, терминологии. Показано умение иллюстрировать теоретические положения фактическими примерами. Ответ самостоятельный без наводящих вопросов. Ответ на дополнительные вопросы носит характер обсуждения с применением знаний современной учебной и научной литературы.

- **оценку практических навыков и умений** – максимальное количество баллов – 5 баллов. Практические навыки и умения оцениваются с использованием макропрепаратов и специфических лечебно-профилактических и диагностических препаратов. В билете предложен план ответа, включающий основные позиции, характеризующие практический навык или умение.

0 баллов – отказ от ответа;

2 балла отсутствие представлений о препарате, его практическом применении.

4 балла – слабое представление о составе препарате, отсутствует представление о его практическом применении.

6 баллов – имеется представление о составе препарате, правильно определена группа препарата по его практическому применению.

8 баллов – имеется представление о составе препарате, правильно определена группа препарата по его практическому применению, однако ответ неполный (нет представления о сроках и дозах применения, имеются недочеты при составлении схемы диагностической реакции).

10 баллов – дан полный и правильный ответ по всем пунктам, согласно предложенному в билете плану.

7. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Клиническая анатомия и оперативная хирургия»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующая компетенция:**

(ПК-1) готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Тема лекции. Анатомические ошибки в хирургии. Обзорная топография мозгового отдела головы.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Значение анатомических знаний в хирургии.
2. Роль анатомической изменчивости в течении хирургической патологии и ее оперативном лечении.
3. Топографическая анатомия областей свода головы.
4. Топография внутреннего основания черепа
5. Кровоснабжение головного мозга.

Тема 1. Топографическая анатомия мозгового отдела головы.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, тесты, ситуационные задачи, проверка умений выполнения препарирования трупного материала.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Топографическая анатомия лобно-теменно-затылочной области
2. Топографическая анатомия височной области.
3. Топографическая анатомия сосцевидной области.
4. Оболочки головного мозга и межоболочечные пространства.
5. Схема черепно-мозговой топографии Кренлейна-Брюсовой.
6. Способы остановки кровотечений из мягких тканей головы.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- Препарирование лобно-теменно-затылочной области.
- Препарирование височной области.

Тестовые задания

^ Нейрохирург выполняет операцию по поводу проникающего ранения свода черепа. Определите последовательность рассечения мягких тканей:

+Кожа

+Подкожная жировая клетчатка

+Мышечно-апоневротический слой

+Подапоневротическая жировая клетчатка

+Надкостница

+Поднадкостничная рыхлая клетчатка

Какую особенность своего строения и распространения на своде головы имеет подкожная жировая клетчатка?

Ограничена пределами каждой кости свода черепа

+Разделена соединительнотканными перегородками

Распространяется по всей области

Какую особенность своего строения и распространения на своде головы имеет подапоневротическая жировая клетчатка?

Ограничена пределами каждой кости свода черепа

Разделена соединительнотканными перегородками

+Распространяется по всей области

Какую особенность своего строения и распространения на своде головы имеет поднадкостничная рыхлая клетчатка?

+Ограничена пределами каждой кости свода черепа

Разделена соединительнотканными перегородками

Распространяется по всей области

^ Нейрохирург выполняет внутричерепной оперативный доступ в височной области. Определите последовательность рассечения слоев мягких тканей:

+Кожа

+Подкожный жировой слой

+Поверхностная фасция

+Височная фасция, поверхностный листок

+Второй клетчаточный слой

+Височная фасция, глубокий листок

+ Третий клетчаточный слой

+ Височная мышца

+Надкостница

В больницу доставлен пострадавший с обширной скальпированной раной в теменной области вследствие отслойки мягких тканей. Определите клетчаточный слой, в котором произошла отслойка:

Подкожная жировая клетчатка

+Подапоневротическая жировая клетчатка

Поднадкостничная рыхлая клетчатка

Гематома мягких тканей свода черепа занимает область, соответствующую левой теменной кости. Определите слой, в котором она располагается:

Подкожная жировая клетчатка

Подапоневротическая жировая клетчатка

+Поднадкостничная рыхлая клетчатка

У пострадавшего обнаружена гематома мягких тканей лобно-теменно-затылочной области, распространившаяся по всей поверхности свода черепа. Определите клетчаточный слой, в котором она находится:

Подкожная жировая клетчатка
+Подапоневрогическая жировая клетчатка
Поднадкостничная рыхлая клетчатка

Известно, что раны мягких тканей головы и лица отличаются быстрым заживлением и редкими нагноениями по сравнению с ранами других областей тела, что обусловлено:

Высокими регенераторными способностями эпителия
+Хорошим кровоснабжением тканей
Наличием разнообразных межвенных анастомозов
Наличием многочисленных скоплений лимфоидной ткани

При первичной хирургической обработке черепно-мозговой раны свода головы рассечение раны рекомендуется проводить преимущественно:

В любом направлении
В поперечном направлении
+В радиальном направлении
Всегда по форме раны

* При ранении мягких тканей покровов головы обычно наблюдается сильное и длительное кровотечение по всей окружности раны, что обусловлено двумя ее особенностями из перечисленных:

Наличием крупных кровеносных сосудов в подкожной клетчатке
Множественными источниками кровоснабжения мягких покровов головы
+Формированием сети кровеносных сосудов в подкожной жировой клетчатке
+Сращениями стенки сосудов с соединительнотканными перемычками подкожной жировой клетчатки
Наличием связей поверхностных вен покровов головы с венозными синусами твердой мозговой оболочки.

* Основным источником артериального кровоснабжения лобно-теменно-затылочной области являются следующие четыре артерии :

Глубокая височная артерия
+Затылочная артерия
Лицевая артерия
+Надблоковая артерия
+Надглазничная артерия
+Поверхностная височная артерия
Средняя височная артерия
Средняя менингеальная артерия

^ В переднем отделе лобно-теменно-затылочной области имеются анастомозы между артериями, принадлежащими системам наружной и внутренней сонных артерий.

Определите последовательность анастомотического пути между наружной и внутренней сонными артериями:

+Наружная сонная артерия
+Поверхностная височная артерия
+Лобная ветвь поверхностной височной артерии
+Артериальная сеть
+Надглазничная артерия
+Глазная артерия
+Внутренняя сонная артерия

Основная масса кровеносных сосудов лобно-теменно-затылочной области располагается в:

Коже
Мышечно-апоневрогическом слое
Надкостнице
Подапоневрогической клетчатке
+Подкожной клетчатке
Поднадкостничной клетчатке

Ситуационные задачи

В больницу доставлен пострадавший, у которого в теменной области вследствие отслойки мягких тканей образовалась обширная скальпированная рана.

Назовите слои мягких тканей, входящие в состав отслоившегося лоскута. Какие топографоанатомические особенности покровов головы приводят к образованию скальпированных ран?

В состав отслоившегося лоскута входят кожа, подкожная жировая клетчатка и мышечно-апоневрогический шлем (gala aponeurotica). Такая рана возможна в связи с тем, что кожа и мышечно-апоневрогический шлем плотно соединены фиброзными тяжами, пронизывающими подкожную жировую клетчатку, а под шлемом располагается слой рыхлой подапоневрогической клетчатки, разделяющей шлем и надкостницу.

Гематомы мягких тканей свода головы в зависимости от глубины расположения могут быть ограниченными, распространяться по всей поверхности свода или в пределах одной кости свода черепа.

Укажите, в каком слое располагается каждый из трех видов гематом.

Дайте анатомическое обоснование различий в их распространенности по площади.

Ограниченная гематома располагается в подкожной жировой клетчатке, имеющей ячеистую структуру за счет фиброзных тяжей, пронизывающих ее и сращенных с кожей и мышечно-апоневрогическим шлемом.

Гематомы, распространяющиеся по всей поверхности свода, расположены в подапоневрогической клетчатке и ограничены линиями прикрепления лобной (спереди) и затылочной (сзади) мышц.

В пределах одной кости гематомы располагаются в поднадкостничной клетчатке, так как последняя прикреплена по линиям костных швов, соответственно за пределы этих линий гематомы распространиться не могут.

Известно, что раны мягких тканей головы и лица отличаются более быстрым заживлением и редкими нагноениями по сравнению с ранами других областей тела.

Какая анатомическая особенность мягких тканей головы и лица содействует этому?

Мягкие ткани лица и головы хорошо кровоснабжаются за счет большого количества как внутрисистемных, так и межсистемных анастомозов, что и обеспечивает их хорошее заживление и редкое нагноение.

При ранении мягких покровов головы обычно наблюдается сильное и длительное кровотечение по всей окружности раны.

Какие анатомические особенности кровеносных сосудов расположенных в подкожной жировой клетчатке лобно-теменно-затылочной области, обуславливают такое кровотечение?

Такое кровотечение объясняется двумя причинами. Во-первых, адвентиция сосудов, расположенных в подкожной жировой клетчатке, сращена с фиброзными перемычками, пронизывающими ее, и, соответственно, сосуды не спадаются. Во-вторых, сосуды свода головы широко анастомозируют друг с другом как за счет внутрисистемных, так и межсистемных анастомозов.

При первичной хирургической обработке черепно-мозговых ран свода головы рекомендуется, если позволяет их конфигурация, производить рассечение и иссечение краев раны мягких тканей в радиальном направлении.

Дайте анатомическое обоснование этого приема и определите его клиническую целесообразность?

Такие рекомендации связаны с тем, что основные сосудистые и нервные стволы расположены на своде черепа в радиальном направлении. Желательно сохранить их целостность, особенно нервов.

После разреза мягких тканей параллельно надбровной дуге как части доступа к передней черепной ямке у больного возникла трофическая язва в лобной области.

Дайте анатомо-функциональное объяснение возникшего осложнения.

Такого рода осложнение возможно при пересечении нервов (надблокового и надглазничного) из первой ветви тройничного нерва (глазной нерв).

Тема 2. Топографическая анатомия мозгового отдела головы.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос, тесты, ситуационные задачи, проверка умений выполнения препарирования трупного материала.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Топографическая анатомия внутреннего основания черепа.
2. Топография черепных нервов.
3. Кровоснабжение головного мозга и пути оттока из полости черепа.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- Препарирование внутреннего основания черепа

Тестовые задания

Врач обнаружил у пострадавшего следующие симптомы: экзофтальм, симптом «очков», ликворея из носа. Поставьте предварительный диагноз:

Перелом свода черепа

+Перелом основания черепа в передней черепной ямке

Перелом основания черепа в средней черепной ямке

Перелом основания черепа в задней черепной ямке

Обонятельные нервы проникают из носовой полости в полость черепа через:

Верхний носовой ход

Клиновидно-небное отверстие

Переднее и заднее решетчатые отверстия

+Решетчатую пластинку

Решетчатые ячейки

* Через верхнюю глазничную щель проходят четыре нерва из перечисленных:

+Блоковый

Верхнечелюстной

+Глазной

+Глазодвигательный

Зрительный

Лицевой

+Отводящий

Зрительный нерв проходит в:

Верхней глазничной щели

+Зрительном канале

Надглазничной вырезке (отверстии)

Нижней глазничной щели

Определите правильный вариант выхода из черепа 1-й, 2-й и 3-й ветвей тройничного нерва:

Круглое, овальное, остистое отверстия

Верхняя глазничная щель, круглое и остистое отверстия

+Верхняя глазничная щель, круглое и овальное отверстия

Верхняя глазничная щель, овальное и круглое отверстия

Нижняя глазничная щель, круглое и овальное отверстия

Нижняя глазничная щель, овальное и круглое отверстия

Лицевой нерв выходит из черепа на его наружном основании через:

Круглое отверстие

Овальное отверстие

Остистое отверстие

Сосцевидное отверстие

+Шилососцевидное отверстие

Через яремное отверстие из полости черепа выходят:

Блуждающий, добавочный, подъязычный нервы

Языкоглоточный, блуждающий, подъязычный нервы

+Языкоглоточный, блуждающий, добавочный нервы

Языкоглоточный, добавочный, подъязычный нервы

У больного с правосторонним мозговым инсультом обнаружены нарушения чувствительности и паралич левой половины лица. Определите в бассейне какой артерии развилось кровоизлияние:

Передней мозговой

+Средней мозговой

Задней мозговой

У больного с кровоизлиянием в полушарии большого мозга одним из ведущих симптомов явилось нарушение зрения, что позволяет предположить локализацию очага в бассейне:

Передней мозговой артерии

Средней мозговой артерии

+Задней мозговой артерии

В артериальном (виллизиевом) круге задняя соединительная артерия соединяет:

Внутреннюю сонную и базилярную артерии

+Внутреннюю сонную и заднюю мозговую артерии

Внутреннюю сонную и позвоночную артерии

Среднюю мозговую и заднюю мозговую артерии

Среднюю мозговую и позвоночную артерии

* В зрительном канале располагаются следующие нерв и кровеносный сосуд из перечисленных:

Глазной нерв

Глазодвигательный нерв

+Зрительный нерв

Верхняя глазная вена

+Глазная артерия

Нижняя глазная вена

^ У больного в течение нескольких лет развилось сужение левой внутренней сонной артерии, что не привело к значительным нарушениям кровоснабжения левого полушария большого мозга. Определите, пользуясь номерами в перечне артерий, последовательный путь крови из правой внутренней сонной артерии по передней полуокружности артериального (виллизиевого) круга в сосуды левого полушария

- +Правая внутренняя сонная артерия
- +Правая передняя мозговая артерия
- +Передняя соединительная артерия
- +Левая передняя мозговая артерия
- +Левая внутренняя сонная артерия
- +Левая средняя мозговая артерия

Верхняя глазная вена выходит из глазницы через:

- +Верхнюю глазничную щель
- Зрительный канал
- Надглазничную вырезку (отверстие)
- Нижнюю глазничную щель
- Подглазничное отверстие

^ Определите последовательность венозных сосудов и синусов, по которым происходит отток крови от верхнелатеральной поверхности полушарий большого мозга:

- +Поверхностные мозговые вены
- +Верхний сагиттальный синус
- +Синусный сток
- +Поперечный синус
- +Сигмовидный синус
- +Внутренняя яремная вена

Верхняя глазная вена впадает в:

- Верхний каменистый синус
- Верхний сагиттальный синус
- Клиновидно-теменной синус
- Нижний сагиттальный синус
- +Пещеристый синус

* В синусный сток впадают следующие три синуса из перечисленных:

- +Верхний сагиттальный синус
- +Затылочный
- Левый поперечный
- Правый поперечный
- +Прямой

* Из синусного стока венозная кровь оттекает по двум синусам из перечисленных:

- Верхнему сагиттальному
- Затылочному
- +Левому поперечному
- +Правому поперечному
- Прямому

* Среди перечисленных венозных синусов твердой мозговой оболочки на внутреннем основании черепа располагаются следующие пять:

- +Верхний каменистый
- +Затылочный
- +Клиновидно-теменной
- Нижний сагиттальный
- +Нижний каменистый
- +Пещеристый
- Прямой

* Синусами, соединяющими пещеристый синус с поперечным и сигмовидным, являются два из перечисленных:

- +Верхний каменистый синус
- Задний межпещеристый синус
- Затылочный синус
- Краевой синус
- +Нижний каменистый синус
- Передний межпещеристый синус

* Ветвями внутренней сонной артерии являются следующие три из перечисленных:

- Базиллярная артерия
- +Глазная артерия
- Задняя мозговая артерия
- +Передняя мозговая артерия
- +Средняя мозговая артерия

Позвоночная артерия каждой стороны проникает в полость черепа через:

- +Большое затылочное отверстие
- Мыщелковый канал
- Рваное отверстие
- Яремное отверстие

Как называется первая ветвь тройничного нерва:

- Верхнечелюстной нерв
- +Глазной нерв
- Нижнечелюстной нерв

Как называется вторая ветвь тройничного нерва:

- +Верхнечелюстной нерв
- Глазной нерв
- Нижнечелюстной нерв

Как называется третья ветвь тройничного нерва:

- Верхнечелюстной нерв
- Глазной нерв
- +Нижнечелюстной нерв

Ситуационные задачи

У больного с переломом основания черепа наблюдается пульсирующее пучеглазие.

Определите, какая артерия (и в каком ее отделе) повреждена у этого больного? Чем обусловлены пульсация и выпячивание глазного яблока?

Пульсирующее пучеглазие (пульсирующий экзофтальм) характерно для повреждения глазной артерии, расположенной в зрительном канале. Пульсация и выпячивание глазного яблока объясняется формирующейся в ретробульбарном пространстве глазницы гематомы после повреждения этой артерии.

У пострадавшего с травмой головы среди клинических симптомов обнаружены: кровотечение из левого уха, паралич мимических мышц левой половины лица, потеря слуха слева.

Установите наиболее вероятный характер повреждения и дайте анатомическое обоснование наблюдаемым симптомам.

Наиболее вероятным местом перелома является костей основания черепа является область внутреннего слухового прохода, где располагаются лицевой нерв (с его поражением связан паралич мимических мышц левой половины лица), преддверно-улитковый нерв (с его повреждением связано нарушение слуха), а также артерия лабиринта, которая, как правило, берет начало от нижней передней мозжечковой артерии (бассейн базиллярной артерии).

У больных с расстройствами мозгового кровообращения или подозрениями на патологию сосудов головного мозга, как правило, исследуются сосуды глазного дна.

Почему состояние кровеносных сосудов сетчатки глазного яблока является одним из важных показателей состояния кровообращения головного мозга?

Сосуды глазного дна являются ветвями центральной артерии сетчатки, а она – глазной артерии из бассейна внутренней сонной. Так как последняя участвует в формировании артериального круга (Виллизиева) головного мозга, то ее состояние отражается на выраженности морфологических изменений в более мелких ветвях и, соответственно, на кровоснабжении головного мозга.

Постепенный тромбоз внутренней сонной артерии у разных больных дает различную клиническую картину - от тяжелых и стойких расстройств мозгового кровообращения до отсутствия каких-либо гемодинамических нарушений деятельности мозга.

Назовите по каким артериям и межсосудистым анастомозам может в большей или меньшей степени сохраняться или восстанавливаться кровоснабжение полушария большого мозга при тромбозе соответствующей ему внутренней сонной артерии? Индивидуальные различия каких межсосудистых анастомозов прежде всего имеют значение в различных исходах нарушений кровотока по внутренней сонной артерии?

Постепенный тромбоз внутренней сонной артерии действительно дает разную клиническую картину. Это связано с тем, что артерия участвует в формировании Виллизиева круга. Это «артериальное кольцо», расположенное на основании головного мозга. Оно образовано обеими внутренними сонными артериями, которые выйдя из пещеристого синуса ветвятся на передние мозговые артерии, анастомозирующие друг с другом посредством передней соединительной артерии, средние мозговые и задние соединительные, которые анастомозируют с задними мозговыми артериями, образующимися при ветвлении основной (базиллярной) артерии, которая в свою очередь образуется из слияния обеих позвоночных артерий. В ряде случаев могут отсутствовать передняя соединительная, одна ли обе задних соединительных артерий. В этих случаях артериальный круг становится разомкнутым и не возможно полноценное коллатеральное кровообращение для компенсации тромбоза одной из внутренних сонных артерий.

Тема 3. Операции на мозговом отделе головы

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; проверка практических навыков.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Первичная хирургическая обработка ран мозгового отдела головы.
2. Понятие о резекционной, костно-пластических и декомпрессивной трепанаций черепа.
3. Виды костно-пластических трепанаций черепа.
4. Техника выполнения трепанации по Вагнеру-Вольфу.
5. Техника выполнения трепанации по Оливекрону.
6. Обезболивание при операциях на мозговом отделе головы.
7. Способы остановки кровотечений при ранении кровеносных сосудов.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- Выполнение первичной хирургической обработки раны мозгового отдела головы на трупе.

Тестовые задания

^ Нейрохирург выполняет внутричерепной оперативный доступ в височной области. Определите последовательность рассечения слоев мягких тканей:

- +Кожа
- +Подкожный жировой слой
- +Поверхностная фасция
- +Височная фасция, поверхностный листок
- +Второй клетчаточный слой
- +Височная фасция, глубокий листок
- + Третий клетчаточный слой
- + Височная мышца
- +Надкостница

В больницу доставлен пострадавший с обширной скальпированной раной в теменной области вследствие отслойки мягких тканей. Определите клетчаточный слой, в котором произошла отслойка:

- Подкожная жировая клетчатка
- +Подапоневротическая жировая клетчатка
- Поднадкостничная рыхлая клетчатка

При первичной хирургической обработке черепно-мозговой раны свода головы рассечение раны рекомендуется проводить преимущественно:

- В любом направлении
- В поперечном направлении
- +В радиальном направлении
- Всегда по форме раны

* При ранении мягких тканей покровов головы обычно наблюдается сильное и длительное кровотечение по всей окружности раны, что обусловлено двумя ее особенностями из перечисленных:

Наличием крупных кровеносных сосудов в подкожной клетчатке

Множественными источниками кровоснабжения мягких покровов головы

+Формированием сети кровеносных сосудов в подкожной жировой клетчатке

+Сращениями стенки сосудов с соединительнотканными перемычками подкожной жировой клетчатки

Наличием связей поверхностных вен покровов головы с венозными синусами твердой мозговой оболочки.

При выполнении костно-пластической трепанации в затылочной области нейрохирург выкраивает кожно-апоневротический лоскут основанием, обращенным:

Вверх

+Вниз

Вправо

Влево

* Для остановки кровотечения из ран или разрезов мягких тканей головы применяются следующие два способа из перечисленных:

Клипирование

+Лигирование

Наложение шва

Тампонада

+Электрокоагуляция

* Для остановки кровотечения из венозных синусов твердой мозговой оболочки применяются три способа из перечисленных:

Втирание пасты

Клипирование

+Наложение шва

+Перевязка

+Тампонада

Электрокоагуляция

Ситуационные задачи

При ранении мягких покровов головы обычно наблюдается сильное и длительное кровотечение по всей окружности раны.

Какие анатомические особенности кровеносных сосудов расположенных в подкожной жировой клетчатке лобно-теменно-затылочной области, обуславливают такое кровотечение?

Такое кровотечение объясняется двумя причинами. Во-первых, адвентиция сосудов, расположенных в подкожной жировой клетчатке, сращена с фиброзными перемычками, пронизывающими ее, и, соответственно, сосуды не спадаются. Во-вторых, сосуды свода головы широко анастомозируют друг с другом как за счет внутрисистемных, так и межсистемных анастомозов.

При первичной хирургической обработке черепно-мозговых ран свода головы рекомендуется, если позволяет их конфигурация, производить рассечение и иссечение краев раны мягких тканей в радиальном направлении.

Дайте анатомическое обоснование этого приема и определите его клиническую целесообразность?

Такие рекомендации связаны с тем, что основные сосудистые и нервные стволы расположены на своде черепа в радиальном направлении. Желательно сохранить их целостность, особенно нервов.

После разреза мягких тканей параллельно надбровной дуге как части доступа к передней черепной ямке у больного возникла трофическая язва в лобной области.

Дайте анатомо-функциональное объяснение возникшего осложнения.

Такого рода осложнение возможно при пересечении нервов (надблокового и надглазничного) из первой ветви тройничного нерва (глазной нерв).

Первым этапом костно-пластической трепанации черепа является выкраивание кожно-апоневротического лоскута на широкой ножке.

В какую сторону и почему должна быть обращена ножка такого лоскута?

В большинстве случаев кожно-апоневротический лоскут должен быть направлен своим основанием к основанию черепа. Связано это с тем, что именно так располагаются основные сосудисто-нервные пучки, кровоснабжающие и иннервирующие эту область.

Тема 4. Топографическая анатомия лицевого отдела головы

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; проверка практических навыков.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Границы, области, внешние ориентиры лицевого отдела головы.
2. Фасции и клетчаточные пространства лица.
3. Топографическая анатомия областей глазницы, носа, рта, подглазничной, скуловой, боковой областей.
4. Хирургическая анатомия околоносовых пазух, глотки.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- Препарирование околоушно-жевательной области лица.
- Препарирование щечной области лица.

Тестовые задания

У больного после переохлаждения развился паралич мимических мышц половины лица, что указывает на воспаление:

Верхнечелюстного нерва

+Лицевого нерва

Нижнечелюстного нерва

Подглазничного нерва

Тройничного нерва

Жевательные мышцы иннервируются:

Верхнечелюстным нервом

Добавочным нервом

Лицевым нервом

+Нижнечелюстным нервом

Важной топографической особенностью околоушной слюнной железы является расположение в ней одного из перечисленных нервов:

Верхнечелюстного

+Лицевого

Нижнечелюстного

Тройничного

Ушно-височного

У ребенка, больного паротитом, врач обнаружил неплотное смыкание глазной щели и опущение угла рта, что свидетельствует о вовлечении в воспалительный процесс:

Верхнечелюстного нерва

+ Лицевого нерва

Нижнечелюстного нерва

Подглазничного нерва

К хирургу поликлиники обратился больной с жалобами на припухлость, уплотнение и болезненность в левой околоушно-жевательной области. У переднего края ушной раковины небольшой фурункул. Врач диагностировал гнойный паротит. В развитии таких осложнений основное значение имеет:

Близость расположения околоушной железы

Связи венозного русла железы и наружного уха

+Наличие в околоушной железе лимфоузлов.

Проекционная линия выводного протока околоушной слюнной железы проводится:

По середине тела нижней челюсти

+ От основания козелка уха до угла рта

Параллельно нижнему краю глазницы, отступая книзу на 5 мм

От основания козелка уха к крылу носа

От угла челюсти к углу рта

Точка пальцевого прижатия лицевой артерии находится

На 1 см ниже козелка уха

На 0,5-1,0 см ниже середины нижнего края глазницы

Позади угла нижней челюсти

+На середине тела нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы

На 1 см ниже середины скуловой дуги

Ситуационные задачи

Известно, что раны мягких тканей головы и лица отличаются более быстрым заживлением и редкими нагноениями по сравнению с ранами других областей тела.

Какая анатомическая особенность мягких тканей головы и лица содействует этому?

Мягкие ткани лица и головы хорошо кровоснабжаются за счет большого количества как внутрисистемных, так и межсистемных анастомозов, что и обеспечивает их хорошее заживление и редкое нагноение.

Врач-анестезиолог, проводя во время операции масочный эфирный наркоз, удерживает руками наркозную маску и выдвигает вперед нижнюю челюсть больного,

предупреждая западение языка. Одновременно он следит за пульсом, не убирая рук от головы больного. Укажите наиболее удобные точки определения пульса на голове и лице и назовите расположенные в них артерии.

Наиболее удобными точками для определения пульса в описываемой ситуации являются:

1. кпереди от козелка ушной раковины расположена поверхностная височная артерия;
2. у переднего края жевательной мышцы через край нижней челюсти перекидывается лицевая артерия.

В больницу поступил юноша 18 лет с клинической картиной флегмоны глазницы. Вдоль носогубной складки припухлость, покраснение, прощупывается шнуroidное уплотненное образование. За два дня до поступления больной выдавил «прыщик» у крыла носа.

Проведите анатомический анализ механизма развития этого осложнения.

Шнуroidное уплотнение – вероятнее всего тромбированная лицевая вена. Известно, что отток крови от области носогубного треугольника осуществляется в лицевую вену. Наличие инфекции и механическое воздействие на нее очаг приводит, в ряде случаев, к флебиту лицевой вены с последующим ее тромбозом. Так как в этом сосуде отсутствуют клапаны, то кровоток может осуществляться и ретроградно, через вену медиального угла глаза в вены глазницы. Их тромбоз может привести к формированию флегмоны глазницы.

В поликлинику обратился больной с фурункулом верхней губы. Ему было назначено лечение и дано освобождение от работы на 3 дня. Через 3 дня больной поступил в стационар в тяжелом состоянии с клинической картиной тромбоза пещеристого синуса.

Проведите анатомический анализ механизма развития этого осложнения. Что следовало врачу поликлиники предпринять, чтобы, по возможности, предупредить развитие такого осложнения?

Тромбоз пещеристого синуса явился осложнением фурункула верхней губы. Такое осложнение возможно по нескольким причинам.

Во-первых, анатомической основой для распространения инфекции в пещеристый синус является возможность кровотока по лицевой вене (в связи с отсутствием клапанного аппарата) ретроградно, через вену медиального угла глаза и далее верхнюю глазную вену в пещеристый синус.

Во-вторых, причиной может служить нарушение больным щадящего режима питания (использование жидкой пищи) и молчания. Таких больных желательна госпитализировать с тем, чтобы они находились под постоянным наблюдением.

При наличии явлений абсцедирования фурункул должен быть вскрыт и дренирован.

У больного периодонтит в области нижнего большого коренного зуба осложнилось флегмоной ложа поднижнечелюстной железы.

Опишите наиболее вероятный путь развития такого осложнения.

Флегмона ложа поднижнечелюстной слюнной железы возникла в связи с тем, что в клетчатке поднижнечелюстного треугольника расположена группа поднижнечелюстных лимфатических узлов, в которые и происходит отток лимфы от больших нижних коренных зубов.

У больного после переохлаждения развился паралич мимических мышц левой половины лица со следующими симптомами на стороне поражения: сглаживание лобных складок, расширение глазной щели, дряблость щеки, опущение угла рта, невозможность плотного смыкания губ.

Поражение какого нерва и каких его ветвей обусловило появление такого симптомокомплекса? Паралич каких мимических мышц обусловил появление каждого из указанных симптомов?

Указанный симптомокомплекс связан с поражением лицевого нерва, который привел к параличу мимических мышц – лобного брюшка затылочно-лобной мышцы, круговой мышцы глаза, щечной мышцы, мышцы, поднимающей верхнюю губу, большой и малой скуловых мышц, круговой мышцы рта.

Тема 5. Оперативная хирургия лицевого отдела головы.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; проверка практических навыков.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Хирургическая обработка челюстно-лицевых ран.
2. Операции при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.
3. Операции при врожденных пороках лица.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- Разрезы при гнойных заболеваниях лица

Тестовые задания

- * Разрезы при гнойном паротите проводятся в двух направлениях из перечисленных:

В любом через точку наибольшей флюктуации

+Радиально от козелка уха

Вертикально, отступя кпереди на 1 см от козелка уха

Дугообразно по краю околоушной слюнной железы

+Дугообразно от козелка уха, огибая угол челюсти

- * Разрезы в щечной области, например, при абсцессах «собачьей ямки», следует проводить двумя способами из перечисленных:

+Параллельно нижнему краю глазницы

+Со стороны преддверия рта вдоль переходной складки верхнего свода

По линии от основания мочки уха к углу рта

По носогубной складке

По носогубной складке, огибая крыло носа

Для закрытия краев раны с отслоением значительной толщины следует выбрать:

Горизонтальный матрацный шов

Вертикальный матрацный шов

Угловой адаптирующий шов

Интрадермальный шов

+Пластиночный шов

- * Поверхностные раны на лице можно зашивать тремя видами швов из перечисленных:

+Простыми узловыми швами

+Адаптирующими узловыми швами

Однорядными непрерывными интрадермальными швами

+Пластиночными швами

Двухрядными непрерывными швами

- * Для закрытия глубоких ран на лице можно использовать следующие три вида швов из перечисленных:

+Простые узловые

+Узловые адаптирующие

Непрерывные однорядные

+Пластиночные

Двухрядные непрерывные

- * Преимущество пластиночных швов при ранениях на лице заключается в том, что они:

+Позволяют обеспечить сопоставление краев раны

Выполняются очень быстро

+Позволяют постепенно сблизить края раны по мере ее заживления

Не требуют дополнительного инструментария и шовного материала

Верны все перечисленные ответы

После ранения в челюстно-лицевой области первичная хирургическая обработка дает наилучшие результаты:

+В первые 12 часов после ранения

В первые 2-е суток после ранения

В первые 3-е суток после ранения

В первые 5-6 суток после ранения

- * Определите 5 целей первичной хирургической обработки раны:

Очищение раны от загрязнения

+Иссечение загрязненных и нежизнеспособных тканей

Иссечение кровотока тканей

+Окончательная остановка кровотечения

Превращение инфицированной раны в рану стерильную

+Удаление инородных тел, лежащих в ране

+Удаление свободных костных отломков

+Рассечение раневого канала

* Укажите три особенности первичной хирургической обработки ран на лице:

Используется широкое рассечение и иссечение раны

+Иссечение должно быть экономным, рассечение умеренным

После завершения обработки раны швы не накладываются

+После завершения обработки рана может быть ушита наглухо

+При проникающих ранениях лица необходима изоляция полостей от раны мягких тканей

* Укажите три фактора, которые следует учитывать при проведении первичной хирургической обработки раны в области лица:

+Повышенную сопротивляемость тканей к инфекции

Пониженную сопротивляемость тканей к инфекции

+Хорошее кровоснабжение

Отсутствие клапанов в венах

+Необходимость получения удовлетворительного косметического результата

Ситуационные задачи

В больницу поступил юноша 18 лет с клинической картиной флегмоны глазницы. Вдоль носо-губной складки припухлость, покраснение, прощупывается шнуровидное уплотненное образование. За два дня до поступления больной выдавил «прыщик» у крыла носа.

Проведите анатомический анализ механизма развития этого осложнения.

Шнуровидное уплотнение – вероятнее всего тромбированная лицевая вена. Известно, что отток крови от области носогубного треугольника осуществляется в лицевую вену. Наличие инфекции и механическое воздействие на ее очаг приводит, в ряде случаев, к флебиту лицевой вены с последующим ее тромбозом. Так как в этом сосуде отсутствуют клапаны, то кровоток может осуществляться и ретроградно, через вену медиального угла глаза в вены глазницы. Их тромбоз может привести к формированию флегмоны глазницы.

В поликлинику обратился больной с фурункулом верхней губы. Ему было назначено лечение и дано освобождение от работы на 3 дня. Через 3 дня больной поступил в стационар в тяжелом состоянии с клинической картиной тромбоза пещеристого синуса.

Проведите анатомический анализ механизма развития этого осложнения. Что следовало врачу поликлиники предпринять, чтобы, по возможности, предупредить развитие такого осложнения?

Тромбоз пещеристого синуса явился осложнением фурункула верхней губы. Такое осложнение возможно по нескольким причинам.

Во-первых, анатомической основой для распространения инфекции в пещеристый синус является возможность кровотока по лицевой вене (в связи с отсутствием клапанного аппарата) ретроградно, через вену медиального угла глаза и далее верхнюю глазную вену в пещеристый синус.

Во-вторых, причиной может служить нарушение больным щадящего режима питания (использование жидкой пищи) и молчания. Таких больных желательно госпитализировать с тем, чтобы они находились под постоянным наблюдением.

При наличии явлений абсцедирования фурункул должен быть вскрыт и дренирован.

У больного периодонтит в области нижнего большого коренного зуба осложнилось флегмоной ложа поднижнечелюстной железы.

Опишите наиболее вероятный путь развития такого осложнения.

Флегмона ложа поднижнечелюстной слюнной железы возникла в связи с тем, что в клетчатке поднижнечелюстного треугольника расположена группа поднижнечелюстных лимфатических узлов, в которые и происходит отток лимфы от больших нижних коренных зубов.

Разрезы в боковой области лица проводят в радиальных направлениях от наружного слухового прохода веерообразно в следующих направлениях: вверх - к височной области, вперед к углу глаза, к крылу носа, к углу рта, вниз - к углу нижней челюсти, и по нижнему краю ее.

Дайте анатомическое обоснование указанным разрезам.

Указанные разрезы выполняются соответственно расположению ветвей лицевого нерва – париетальной, височной, глазничной, скуловой, щечной, краевой.

Тема 6. Топографическая анатомия шеи.

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; проверка практических навыков.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Топографическая анатомия поднижнечелюстного, сонного, лопаточно-трахейного и латерального треугольников шеи.

2. Фасции и клетчаточные пространства шеи.

3. Топография сосудисто-нервных пучков.

4. Хирургическая анатомия гортани, трахеи глотки, пищевода, щитовидной железы.

Практические задания для демонстрации практических навыков

- Препарирование поднижнечелюстного треугольника шеи

- Препарирование сонного треугольника шеи

Тестовые задания

* В состав передней области шеи входят три следующих парных треугольника из перечисленных:

Лопаточно-ключичный

+Лопаточно-трахейный

Лопаточно-трапециевидный

+Поднижнечелюстной

+Сонный

* В состав латеральной области шеи входят два следующих треугольника из перечисленных:

+Лопаточно-ключичный

Лопаточно-трахейный

+Лопаточно-трапециевидный

Поднижнечелюстной

Сонный

* В пределах поднижнечелюстного треугольника имеются следующие две фасции из перечисленных:

+Поверхностная фасция

+Собственная фасция

Лопаточно-ключичная фасция

Внутришейная фасция

Предпозвоночная фасция

* В пределах сонного треугольника имеются следующие четыре фасции из +Поверхностная фасция

+Собственная фасция

Лопаточно-ключичная фасция

+Париетальный листок внутришейной фасции

Висцеральный листок внутришейной фасции

Предпозвоночная фасция

Анестезиолог, проводя во время операции масочный эфирный наркоз, удерживает руками наркозную маску и выдвигает вперед нижнюю челюсть больного, предупреждая западение языка. Одновременно он имеет возможность следить за пульсом больного, используя наиболее удобную пульсовую точку:

В медиальной части лица выше надглазничной вырезки

В нососочечной складке у медиального угла глаза
+Впереди козелка ушной раковины над скуловой дугой
У переднего края собственно жевательной мышцы

Точка пальцевого прижатия лицевой артерии находится
На 1 см ниже козелка уха
На 0,5-1,0 см ниже середины нижнего края глазницы
Позади угла нижней челюсти
+На середине тела нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы
На 1 см ниже середины скуловой дуги

У пострадавшего сильное кровотечение из глубоких отделов шеи. С целью перевязки наружной сонной артерии хирург обнажил в сонном треугольнике место деления общей сонной артерии на наружную и внутреннюю. Определите главный признак, по которому можно отличить эти артерии друг от друга:
Внутренняя сонная артерия крупнее наружной
Начало внутренней сонной артерии располагается глубже и кнаружи начала наружной
+От наружной сонной артерии отходят боковые ветви

Точка вкола иглы при проведении вагосимпатической блокады по А.В. Вишневскому находится:
У заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне его середины
+У заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы в месте его пересечения с наружной яремной веной
У переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне его середины
У переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне верхнего края щитовидного хряща

У больного раком нижней губы обнаружен метастаз в поднижнечелюстной слюнной железе, что явилось следствием метастазирования раковых клеток:
По выводному протоку железы
По притокам лицевой вены, в которую оттекает венозная кровь и от нижней губы, и от железы
По лимфатическим сосудам железы через лимфоузлы, расположенные около железы
+По лимфатическим сосудам в лимфоузлы, расположенные в веществе железы

При удалении поднижнечелюстной слюнной железы возможно осложнение в виде сильного кровотечения вследствие повреждения прилежащей к железе артерии:
Восходящей глоточной
+Лицевой
Подподбородочной
Язычной

Ситуационные задачи

При выборе вида трахеостомии определенное значение имеют индивидуальные и возрастные различия длины шеи, топографоанатомических взаимоотношений гортани, трахеи и щитовидной железы.

Дайте топографоанатомическое обоснование с этих позиций рекомендации производить верхнюю трахеостомию у людей с длинной шеей и нижнюю - у людей с короткой шеей? Почему у детей рекомендуется применять преимущественно нижнюю трахеостомию?

По отношению к перешейку щитовидной железы разрезы при выполнении трахеостомии подразделяются на верхний, нижний и средний. Верхний выполняется выше перешейка – между ним и перстневидным хрящом гортани, нижний – ниже перешейка, а средний – с пересечением последнего.

У людей брахиморфного типа телосложения и у детей рекомендуется выполнение нижней трахеостомии, так как трахея более доступна именно ниже перешейка железы. У взрослых людей долхоморфного и мезоморфного типов телосложения рекомендуется выполнение верхней трахеостомии, так как именно на этом уровне трахея наиболее доступна.

Для правильного введения иглы при вагосимпатической блокаде хирург надавливает указательным пальцем тотчас над перекрестом заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы с наружной яремной веной и вводит иглу по направлению давления верхушки пальца к передней поверхности позвоночника.

В какую сторону при этом сдвигается сосудисто-нервный пучок шеи? Под какие фасции шеи и почему вводится раствор новокаина?

Сосудисто-нервный пучок сдвигается кнутри, а новокаин вводится под париетальный листок внутришейной фасции шеи.

У больного рак нижней губы. В поднижнечелюстном треугольнике шеи прощупываются увеличенные и плотные лимфатические узлы. Во время операции удалены не только увеличенные лимфатические узлы, но и вся поднижнечелюстная слюнная железа.

Почему необходимо удалять железу при такой операции? Ранение какой артерии, прилежащей сзади к поднижнечелюстной железе, может вызвать сильное кровотечение во время операции?

Удаление поднижнечелюстной слюнной железы связано с особенностями расположения поднижнечелюстных лимфатических узлов. Они расположены не только в клетчатке, окружающей железу, но и в ее паренхиме. В связи с этим, для большей абластичности целесообразно удаление железы. В ходе операции возможно повреждение лицевой артерии, располагающейся, как правило, позади железы.

Флегмона поднижнечелюстного треугольника шеи распространилась на клетчатку надключичной ямки.

Опишите возможные анатомические пути распространения инфекции.

Флегмона поднижнечелюстного треугольника может распространиться на область надключичной ямки в связи с расположением второй фасции шеи. Вверху она прикрепляется к краю нижней челюсти, а внизу – к передней поверхности рукоятки грудины и ключиц. По ее поверхности и происходит распространение флегмоны.

У больного флегмоной шеи развился гнойный медиастинит (воспаление средостенной клетчатки).

Флегмоны каких межфасциальных клетчаточных пространств шеи опасны развитием этого осложнения? Опишите анатомические пути распространения инфекции при таком развитии заболевания.

Медиастинит может располагаться как в переднем, так и в заднем средостении. Для воспаления клетчатки переднего отдела средостения характерно распространение нагноительного процесса из превисцерального, а для клетчатки заднего отдела средостения – из ретровисцерального и заглоточного клетчаточных пространств шеи.

В областную больницу доставлен тяжелый больной, у которого диагностирован гнойный медиастинит как осложнение заглоточного абсцесса. Вскрытие гнойника было произведено несвоевременно из-за позднего обращения больного.

Опишите анатомический путь распространения инфекции в средостение.

Заглоточный абсцесс располагается в заглоточном пространстве, расположенном под предпозвоночной фасцией шеи. Возможно распространение нагноительного процесса через эту фасцию в позадиорганный (ретровисцеральный) клетчаточное пространство шеи и далее вниз в клетчатку заднего отдела средостения по ходу пищевода.

Инородное тело (рыбья кость), застрявшее в шейном отделе пищевода, привело к образованию пищеводно-трахейного свища.

Какие топографоанатомические особенности пищевода и трахеи способствовали развитию этого осложнения?

Трахеопищеводный свищ при описанной травме может возникнуть в связи с тем, что к задней стенке трахеи достаточно близко прилегает передняя стенка пищевода. Формирование подобного осложнения может в дальнейшем привести к аспирационной пневмонии за счет попадания пищевых масс из пищевода в трахею.

Тема 7. Операции на шее

Формы текущего контроля успеваемости: устный опрос; проверка практических навыков.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Техника верхней трахеостомии
2. Техника нижней трахеостомии
3. Коникотомия

Практические задания для демонстрации практических навыков

- Трахеостомия на животных.

Тестовые задания

* Для остановки кровотечения из ран или разрезов мягких тканей головы применяются следующие два способа из перечисленных:

- Клипирование
- +Лигирование
- Наложение шва
- Тампонада
- +Электрокоагуляция

Выполняя нижнюю трахеостомию, хирург, проходя надгрудное межпозвоночное пространство, должен остерегаться повреждения:

- Артериальных сосудов
- +Венозных сосудов
- Блуждающего нерва
- Диафрагмального нерва
- Пищевода

^ Определите последовательность действий хирурга, выполняющего верхнюю трахеостомию, после рассечения по срединной линии кожи с подкожной клетчаткой и поверхностной фасцией:

- +Рассечение белой линии шеи
- +Раздвигание грудино-подъязычных и грудино-щитовидных мышц
- +Рассечение париетального листка внутришейной фасции
- +Отделение тупым путем и сдвигание книзу перешейка щитовидной железы
- +Фиксация гортани
- +Рассечение стенки трахеи

Ситуационные задачи

При выборе вида трахеостомии определенное значение имеют индивидуальные и возрастные различия длины шеи, топографоанатомических взаимоотношений гортани, трахеи и щитовидной железы.

Дайте топографоанатомическое обоснование с этих позиций рекомендации производить верхнюю трахеостомию у людей с длинной шеей и нижнюю - у людей с короткой шеей? Почему у детей рекомендуется применять преимущественно нижнюю трахеостомию?

По отношению к перешейку щитовидной железы разрезы при выполнении трахеостомии подразделяются на верхний, нижний и средний. Верхний выполняется выше перешейка – между ним и перстневидным хрящом гортани, нижний – ниже перешейка, а средний – с пересечением последнего.

У людей брахиморфного типа телосложения и у детей рекомендуется выполнение нижней трахеостомии, так как трахея более доступна именно ниже перешейка железы. У взрослых людей долихоморфного и мезоморфного типов телосложения рекомендуется выполнение верхней трахеостомии, так как именно на этом уровне трахея наиболее доступна.

Для правильного введения иглы при вагосимпатической блокаде хирург надавливает указательным пальцем тотчас над перекрестом заднего края грудино-ключично-сосковой мышцы с наружной яремной веной и вводит иглу по направлению давления верхушки пальца к передней поверхности позвоночника.

В какую сторону при этом сдвигается сосудисто-нервный пучок шеи? Под какие фасции шеи и почему вводится раствор новокаина?

Сосудисто-нервный пучок сдвигается кнутри, а новокаин вводится под париетальный листок внутришейной фасции шеи.

Для правильного введения иглы при вагосимпатической блокаде хирург надавливает указательным пальцем тотчас над перекрестом заднего края грудино-ключично-сосковой мышцы с наружной яремной веной и вводит иглу по направлению давления верхушки пальца к передней поверхности позвоночника.

В какую сторону при этом сдвигается сосудисто-нервный пучок шеи? Под какие фасции шеи и почему вводится раствор новокаина?

Сосудисто-нервный пучок сдвигается кнутри, а новокаин вводится под париетальный листок внутришейной фасции шеи.

Показателем правильно произведенной вагосимпатической блокады является синдром Горнера (сужение зрачка и глазной щели, западение глазного яблока), гиперемия лица и белочной оболочки глаза.

Дайте анатомофункциональное объяснение появления этих симптомов после ваго-симпатической блокады.

Указанные в условии задачи симптомы характерны о блокаде симпатического ствола на шее. Необходимо помнить о том, что шейный отдел симпатического ствола принимает участие в иннервации мышц, дилатора зрачка, мышц век и глазницы. Введение новокаина приводит к десимпатизации сосудов лица, чем и объясняется гиперемия кожи инъекции сосудов склеры.

При выполнении вагосимпатической блокады по А.В.Вишневскому в момент введения раствора новокаина у больного появились сильные боли в области шейного отдела позвоночника.

Чем вызваны эти боли и какой дефект в технике выполнения вагосимпатической блокады обусловил их появление? Что следует делать с иглой после введения ее в ткани, чтобы избежать такого осложнения?

Боли в ходе выполнения ваго-симпатической блокады могут возникнуть при введении новокаина под предпозвоночную фасцию. При достижении иглой поверхности позвонка, необходимо ее несколько отвести от кости.

Хирург, обнажая блуждающий нерв на шее, рассек переднюю стенку влагалища грудино-ключично-сосцевидной мышцы, оттянул мышцу кнаружи и обнажил влагалище сосудисто-нервного пучка шеи.

Опишите, какие действия должен выполнить хирург после вскрытия влагалища сосудисто-нервного пучка, чтобы правильно обнажить блуждающий нерв, основываясь на его топографии.

Блуждающий нерв расположен кзади от внутренней яремной вены и общей сонной артерии. Имеет собственное фиброзное влагалище, сформированное париетальным листком внутришейной фасции. Для обнажения нерва необходимо пройти между артерией и веной, вскрыв общее для этих анатомических структур фасциальный футляр.

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

Форма контроля	Критерии оценивания
Устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
Тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов

	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов.
Решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
Прием практических навыков	Оценка «Зачтено» выставляется если ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения.
	Оценка «Незачтено» выставляется если ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения.

Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине «Клиническая анатомия и оперативная хирургия» в форме зачета проводится в устной форме по зачетным билетам.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Результат аттестации	Критерии оценивания
Зачтено	С оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения.
	С оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения.
	С оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения.
Не зачтено	Ответ ординатора, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. Ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения.

Вопросы для зачета по дисциплине

1. Роль анатомической изменчивости в течении хирургической патологии и ее
2. Топография боковой области лица
3. Топография области носа
4. Топография ротовой области
5. Топография лобно-теменно-затылочной области
6. Топография височной области
7. Топография внутреннего основания черепа
8. Кровоснабжение головного мозга и пути венозного оттока из полости черепа
9. Первичная хирургическая обработка ранений головы
10. Трепанации черепа (резекционная, костно-пластическая, декомпрессивная)
11. Операции при гнойных заболеваниях лица
12. Операции при врожденных пороках лица
13. Топографическая анатомия срединной области шеи
14. Хирургическая анатомия щитовидной железы, гортани, шейного отдела трахеи и пищевода
15. Хирургическая анатомия щитовидной железы
16. Хирургическая анатомия гортани
17. Хирургическая анатомия шейного отдела трахеи и пищевода
18. Коникотомия
19. Верхняя, средняя и нижняя трахеостомия
20. Операции при гнойных заболеваниях шеи

Перечень практических навыков, освоенных в процессе обучения

- Препарирование лобно-теменно-затылочной области.
- Препарирование боковой области лица
- Выполнение первичной хирургической обработки раны головы на трупе.
- Выполнение трепанации по Вагнеру-Вольфу на трупе.
- Выполнение трепанации по Оливекрону на трупе.
- Выполнение трахеостомии на животных в эксперименте.

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии им.С.С.Михайлова
СтоматологияТерапевтическая
дисциплина «клиническая анатомия и оперативная хирургия»**

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1

1. Топография ротовой области.
2. Трахеостомия (показания, виды, техника, осложнения).

Зав.кафедрой оперативной хирургии и клинической анатомии
им.С.С.Михайлова ОрГМУ профессор _____ Чемезов С.В.

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации _____/И.В.Ткаченко

« ____ » _____ 20 ____

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-1	Знать - Границы и области передней брюшной стенки. Проекция органов брюшной полости. Топографическая анатомия боковой, пупочной, подвздошно-паховой и надлобковой областей. Анатомическая характеристика брюшных грыж. Кровоснабжение, иннервация, лимфоотток. Верхняя, средняя и нижняя срединные лапаротомии. Поперечные лапаротомии. 2. Топография брюшины нижнего этажа брюшной полости (каналы, синусы, карманы, большой сальник). Хирургическая анатомия тонкой и толстой кишки. Кишечный шов, межкишечные анастомозы. 3. Топографическая анатомия поясничной области и забрюшинного пространства. Хирургическая анатомия почек и мочеточников. 5. Топографическая анатомия малого таза. Границы, стенки, дно, фасции и клетчаточные пространства. Хирургическая анатомия мочевого пузыря, матки и прямой кишки. Топографическая анатомия промежности.	вопросы №№1-21
		Уметь - выполнить срединную лапаротомию 2• выполнить резекцию тонкой кишки и межкишечный анастомоз	вопросы №№1-21 практические навыки, освоенных в процессе обучения №№1-3
		Владеть - навыками изучения топографической анатомии, принципами гуманизма и милосердия, уважительного и бережного отношения к изучаемому объекту – органам человеческого тела, к труп; • навыками общехирургической техники выполнения оперативных вмешательств.	вопросы №№1-21 практические навыки, освоенных в процессе обучения №№1-3

8. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Стоматология хирургическая»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией

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

ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи.

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Модуль 1. Стоматология хирургическая

Практическое занятие №1.

Тема: Хирургические методы лечения воспалительных заболеваний пародонта. Особенности ортопедического лечения воспалительных заболеваний пародонта.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Кюретаж пародонтальных карманов закрытый;
2. Кюретаж пародонтальных карманов открытый;
3. Гингивэктомия;
4. Лоскутные операции;
5. Апикально смещенный лоскут;
6. Направленная регенерация тканей пародонта.
7. Пластика уздечек и тяжей (френулопластика по Лимбергу и Гликману);
8. Вестибулопластика (по Кларку, по Эдлан-Мейхеру и туннельная методики);
9. Операции по устранению рецессий (перемещенные лоскуты на ножке: коронарный, латеральный; и субэпителиальный небный лоскут).
10. Избирательное шлифование зубов;
11. Ортодонтическое исправление деформации зубных рядов (веерообразное расхождение передних зубов и др.);
12. Шинирование зубов.

1. Глубина зубодесневого кармана при пародонтите легкой степени ?:

1. до 2,0 мм;
2. до 3,5 мм;+
3. до 5,0 мм.

2. Глубина зубодесневого кармана при пародонтите средней степени ?:

1. до 2,0 мм;
2. до 3,5 мм;
3. до 5,0 мм;+
4. до 7,0 мм;
5. более 7 мм.

3. Патологическая подвижность зубов I-II степени наблюдается при пародонтите:

1. легкой степени;
2. средней степени;+
3. тяжелой степени.

4. Резорбция костной ткани межзубной перегородки при пародонтите средней степени составляет:

1. $\frac{1}{5}$ высоты перегородки;
2. $\frac{1}{4}$ высоты перегородки;
3. от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{3}$ высоты перегородки;
4. от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ высоты перегородки;+
5. от $\frac{1}{2}$ до $\frac{2}{3}$ высоты перегородки.

5. Формы клинического течения гингивита:

1. катаральная, эрозивная, язвенная, гипертрофическая;
2. катаральная, язвенная, гипертрофическая;+
3. катаральная, эрозивная, язвенная;
4. эрозивная, язвенная, гипертрофическая.

6. Показанием к кюретажу является глубина зубодесневого кармана:

1. до 2 мм;
2. до 3 мм;
3. до 4 мм;+
4. до 5 мм;
5. до 6 мм.

7. Показанием к гингивотомии могут ли являться одиночные пародонтальные абсцессы ?:

1. нет, не могут;
2. могут.+

8. Недостаток гингивотомии ?:

1. проводится без визуального контроля;
2. ретракция десневого края;+
3. частые кровотечения;
4. инфицированность послеоперационной раны.

9. Показания к радикальной гингивэктомии:

1. наличие зубодесневых карманов глубиной более 3 мм;
2. отсутствие костных карманов;
3. неравномерная резорбция альвеолярного отростка с наличием десневых и костных карманов;+
4. горизонтальная атрофия кости;
5. гипертрофический гингивит.

10. При какой гингивэктомии разрез делают на 2 мм ниже глубины костных карманов ?:

1. простой гингивэктомии по Губману в модификации Гликмана;
2. частичной гингивэктомии по В.Е. Крекшиной;

3. радикальнойгингивэктомии по Мюллеру.+

11. При потере боковых зубов во фронтальном участке может возникать:

1. атрофический блок
2. прямой травматический узел
3. отраженный травматический узел
4. отсутствие всяких изменений
5. нефункционирующее звено

12. Перед наложением съемный пластиночный имедиат-протез выдерживают 15-20 минут в:

1. 96% растворе этилового спирта
2. 3% растворе перекиси водорода ,
3. 5% спиртовом растворе йода
4. дистиллированной воде
5. масляном растворе витамина А

13. Съемный пластиночный имедиат-протез теряет устойчивость в результате:

1. атрофических процессов в области удаленных зубов
2. стираемости искусственных зубов
3. дисфункции ВНЧС
4. наличия сверхкомплектных зубов
5. эндокринных нарушений

14.Имедиат-протез накладывается в полость рта:

1. в первые 2-4 часа после удаления зуба
2. в первые 24 часа после удаления зуба
3. на 2-12 сутки
4. через 1-2 месяца
5. через 6 месяцев

15. Стабилизация зубного ряда по дуге - это:

1. односторонняя стабилизация боковой группы зубов
2. двухсторонняя стабилизация боковых групп зубов
3. стабилизация фронтальной группы зубов
4. сочетание стабилизации фронтальной группы зубов и стабилизации боковой группы зубов с одной стороны
5. стабилизация всего зубного ряда

16. При лечении болезней пародонта у пациентов с сохранившимися зубными рядами цельнолитые съемные шины позволяют:

1. равномерно распределить жевательное давление между зубами и слизистой оболочкой протезного ложа
2. исключить перегрузку переднего отдела зубного ряда в момент откусывания пищи путем укорочения длины режцового пути
3. функционально переориентировать любую группу зубов на процесс пережевывания пищи
4. уменьшить нагрузку с боковых отделов зубного ряда путем перевода в передний отдел
5. улучшить ретенцию шинирующего аппарата

Практическое занятие №2.

Тема: Методы диагностики и лечения заболеваний В.Н.Ч.С.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Клинико-лабораторные методы обследования больных с патологией ВНЧС.
2. Классификация, этиология, патогенез заболеваний ВНЧС.
3. Клиника, диагностика и лечение патологии ВНЧС.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний ВНЧС и некоторых стоматоневрологических заболеваний.

1. Суставные симптомы при заболеваниях ВНЧС:

- а) суставной шум
- б) тугоподвижность нижней челюсти
- в) неудобство при смыкании зубов
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

Правильный ответ: г

2. Факторы, способствующие возникновению и развитию артроза:

- а) врожденное укорочение ветви нижней челюсти
- б) недоразвитие суставной головки с одной стороны
- в) нарушение функциональной окклюзии
- г) макротравма челюстно-лицевой области
- д) верно а),б)ив)

Правильный ответ: д

3. Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы:

- а) анализ функциональной окклюзии
- б) рентгенологическое исследование
- в) электромиографическое исследование
- г) верно а), б) и в)
- д) верно а) и в)

Правильный ответ: г

4. Реография области ВНЧС используется для определения:

- а) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области
- б) гемодинамики
- в) движения головок нижней челюсти
- г) размеров элементов ВНЧС
- д) верно в) и г)

Правильный ответ: б

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

- а) снижения окклюзионной высоты
- б) нормализации функциональной окклюзии
- в) достижения плавности движений нижней челюсти
- г) верно б) и в)
- д) верно а)и б)

Правильный ответ: г

6. Виды окклюзионных кривых:

- а) сагиттальная
- б) трансверзальная
- в) горизонтальная
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

Правильный ответ: г

7. Окклюзионная коррекция проводится методами:

- а) ортопедическими

б) избирательного шлифования зубов

в) хирургическими

г) верно а) и б)

д) верно а), б) и в)

Правильный ответ: д

8. Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС:

а) сужение суставной щели

б) отсутствие суставной щели

в) расширение суставной щели

г) уплотнение кортикального слоя суставной головки

д) изменение формы костных элементов сустава

Правильный ответ: д

9. Жевательная нагрузка концентрируется в области:

а) моляров

б) резцов и клыков

в) премоляров

г) моляров и премоляров

д) клыков и премоляров

Правильный ответ: г

10. Характерные признаки боли в суставе при остром артрите:

а) постоянная в покое

б) усиливающаяся при движениях нижней челюсти

в) приступообразная

г) верно а) и в)

д) верно а), б) и в)

Правильный ответ: б

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

а) влево

б) вправо

в) вперед и влево

г) вперед и вправо

д) вперед

Правильный ответ: б

12. Сроки пользования ортодонтическими аппаратами при заболеваниях ВНЧС:

а) одна неделя

б) две недели

в) три недели

г) один месяц

д) 3-6 месяцев

Правильный ответ: д

13. Аускультация ВНЧС при артрозе и хроническом артрите выявляет:

а) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей

б) крепитацию

в) отсутствие суставного шума

г) верно а) и в)

д) верно а) и б)

Правильный ответ: б

14. Для исследования состояния мягких тканей сустава используют:

а) артрографию

б) магниторезонансную томографию

в) ультразвуковую диагностику

г) верно а) и б)

д) верно б) и в)

Правильный ответ: д

15. Аускультация ВНЧС при артрозе и хроническом артрите выявляет:

а) крепитацию

б) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей

в) щелкающие звуки

г) верно а) и в)

д) верно а) и б)

Правильный ответ: г

16. В боковых окклюзиях на рабочей стороне могут быть контакты:

а) групповые щечных бугров жевательных зубов

б) клыков и боковых резцов

в) резцов и щечных бугров премоляров

г) резцов

д) щечных бугров жевательных зубов или клыков

Правильный ответ: д

17. Для исследования состояния мягких тканей сустава используют:

а) артроскопию

б) ультразвуковую диагностику

в) МРТ

г) верно а) и б)

д) верно б) и в)

Правильный ответ: д

18. Окклюзионная коррекция проводится методами:

а) избирательного шлифования зубов

б) ортопедическими

в) ортодонтическими

г) верно а) и б)

д) верно а), б) и в)

Правильный ответ: д

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

а) дистально

б) в правую боковую окклюзию

в) в левую боковую окклюзию

г) в переднюю окклюзию

д) открыванием рта в пределах до 1-2 см

Правильный ответ: а

20. Факторы нарушения окклюзии:

- а) местные факторы полости рта
 - б) поражения ВНЧС
 - в) дисфункции жевательных мышц при общих заболеваниях
 - г) верно а), б) и в)
 - д) верно а) и б)
- Правильный ответ: г

Практическое занятие №3.

Тема: Одонтогенные воспалительные заболевания. Особенности диагностики и лечения. Зубосохраняющие операции. Тактика врача-стоматолога общей практики. Неотложная помощь.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Анатомо-физиологические особенности ребенка, влияющие на клиническое течение воспалительных заболеваний ЧЛЮ.
2. Особенности строения и функции лимфатического аппарата ребенка.
3. Классификация воспалительных процессов тканей и органов полости рта и челюстно-лицевой области у детей.
4. Острый лимфаденит. Клиника, диагностика.
5. Хронический лимфаденит. Клиника, диагностика.
6. Дифференциальная диагностика, лечение острых и хронических лимфаденитов.
7. Абсцесс. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

1. Число больных гнойно-воспалительными процессами в последние годы имеет тенденцию к:

- снижению;
- + увеличению;
- остается без изменений.

2. В клинике челюстно-лицевой хирургии наиболее часто встречаются заболевания:

- опухолевые;
- опухолеподобные;
- + воспалительные;
- слюнных желез;
- височно-нижнечелюстного сустава;
- травматические повреждения;
- врожденная патология;

3. Из числа острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей следует выделять:

- только остеомиелит;
- периодонтит и остеомиелит;
- + периодонтит, периостит и остеомиелит;

4. Острому периодонтиту, одонтогенному периоститу и остеомиелиту присущи характерные особенности:

- клинические;
- патоморфологические;
- + клинические и патоморфологические;

5. Во внешней среде отделений ортопедической стоматологии циркулируют ли микроорганизмы, которые способны вызвать гнойно-воспалительные заболевания ?:

- нет;
- + да.

6. Могут ли больные, находящиеся на лечении в хирургическом отделении стано-виться носителями микробной флоры, которая специфична для данного лечебного учреждения ?:

- нет, никогда не могут;
- в единичных случаях;
- + нередко становятся носителями микробной флоры уже через несколько дней пре-бывания в стационаре;
- становятся носителями микробной флоры только при врачебных ошибках после оперативных вмешательств.

7. Гнойно-воспалительные процессы в челюстно-лицевой области возникают в результате действия бактерий:

- + аэробных, факультативных и анаэробных;
- только аэробных;
- только факультативных;
- только аэробных и факультативных;
- только анаэробных;

8. Возникновение и течение неспецифического воспалительного процесса зависит ли от вида микроорганизмов, послужившего причиной развития заболевания ?:

- + да;
- нет;

9. К облигатным неспорообразующим бактериям относятся:

- протей, кишечная палочка;
- + бактероиды, фузобактерии;
- стафилококки, стрептококки;
- пневмококки;

10. Бактероидная инфекция не развивается при:

- гипоксии, нарушении микроциркуляции;
- снижении резистентности слизистых оболочек (после травмы, операций и др.);
- + гиперкапнии, аэрации тканей;
- выработке бактероидами бета-лактамазы, снижающей концентрацию соответст-вующих антибиотиков в тканях;

11. Предупредить развитие воспалительных заболеваний можно ли с помощью тра-диционных профилактических мер асептики ?:

- да, можно всегда;
- + не всегда;
- нельзя;

12. В очагах острого одонтогенного воспаления можно обнаружить:

- только неспорообразующие анаэробы;
- только спорообразующие анаэробы;
- + как спорообразующие, так и неспорообразующие анаэробы;

13. Из гнойных очагов при нагноении лимфатических узлов чаще обнаруживаются:

- монокультура стрептококка;
- + монокультура стафилококка;
- кишечная палочка;
- протей;
- ассоциации стафилококка со стрептококком и кишечной палочкой;

14. Микроорганизмы, которые чаще высевались из гнойных очагов у больных одонтогенными абсцессами:

- ассоциации аэробов;
- + монокультуры аэробов;
- монокультуры анаэробов;
- ассоциации анаэробов;

15. В гнойных очагах у больных одонтогенными флегмонами чаще можно обнаружить:

- + монокультуры аэробов;
- монокультуры анаэробов;
- ассоциации анаэробов;
- ассоциации аэробов;

16. Формирование гноиника в мягких тканях вокруг челюсти чаще связано с:

- прорывом гноя через костный дефект;
- + образованием в патологическом очаге "собственного" гноя за счет микробов, ток-синов и др.;

17. Гнойный экссудат при гнойных лимфаденитах и аденофлегмонах состоит из:

- + нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов, макрофагов, эозинофилов, плазматических клеток;
- только лимфоцитов;
- только нейтрофилов, дегенеративно измененных;
- моноцитов, нейтрофилов, макрофагов, эозинофилов, плазматических клеток;

18. Гнойный экссудат больных одонтогенными флегмонами представлен:

- нейтрофилами, лимфоцитами, моноцитами, макрофагами, эозинофилами;
- + почти одними дегенеративно измененными нейтрофилами и единичными моноцитами, лимфоцитами, макрофагами;
- только эозинофилами, макрофагами и плазматическими клетками;
- только лимфоцитами и единичными нейтрофилами;

19. Особенностью одонтогенных очагов воспаления является:

- очень хорошо регенерируют;
- + дефекты твердых тканей, являющиеся входными воротами инфекции не возмещаются естественным путем;
- почти всегда можно обнаружить анаэробы в ассоциации с аэробами;

20. Фактор, который не определяет объем поражения костной ткани при одонтогенном остеомиелите челюсти:

- вирулентность микрофлоры;
- уровень иммунологической реактивности организма и уровень сенсibilизации организма;
- + возраст больного;
- функциональное состояние местных иммунных систем челюсти;
- топографо-анатомические особенности челюстей.

9. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Стоматология ортопедическая»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их формирования и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

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

ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи ПК-10 готовность к формированию и населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся

Тема: Протезирование дефектов зубов. Лечение частичной вторичной адентии

Вопросы для рассмотрения:

1. Классификация полостей по Блэку.
2. Классификация полостей по ИРОПЗ. Когда и кем была предложена эта классификация?
3. Что такое оттиск (слепок)? Какие виды оттисков вы знаете?
4. Виды оттискных ложек, их характеристика.
5. Показания и противопоказания к изготовлению ИК.
6. Классификация ИК по конструкции, назначению, времени использования, методу изготовления, материалу.
7. Достоинства и недостатки различных видов ИК.
8. Что такое анатомическая шейка зуба?
9. Что такое клиническая шейка зуба?
10. Общие правила препарирования зубов под ИК (порядок проведения манипуляций, режим работы, применяемые инструменты).
11. Ошибки и осложнения при препарировании зубов, меры их предупреждения.
12. Особенности препарирования различных групп зубов, зоны безопасности при одонтопрепарировании.
13. Этапы получения оттиска.
14. Каковы критерии правильности подбора слепочных ложек?
15. Требования, предъявляемые к оттискным материалам.
16. Классификация слепочных материалов.
17. Эластические слепочные материалы, их состав, свойства, применение.
18. Термопластические слепочные материалы, их состав, свойства, применение.
19. Классификация абразивных материалов по природе и по назначению.
20. Абразивные инструменты, их характеристика.
21. Полировочные средства, их состав, свойства, применение.
22. Что такое одонтопрепарирование?
23. Общие и местные реакции организма на препарирование зубов. Их профилактика. Режимы препарирования зубов.
24. Методы обезболивания (общие и местные).
25. Анестетики, их виды, химический состав, свойства.

Тесты

1. Жевательные коэффициенты, предложенные Н.И. Агаповым, получены на основании анализа:

- а) атрофии костной ткани и подвижности зуба
- б) подвижности зуба и его местоположения
- в) местоположения зуба и его строения
- г) строения зуба и его антагонистов
- д) строения зубов-антагонистов и атрофии костной ткани

Правильный ответ: в

2. Жевательная проба СЕ. Гельмана показывает:

- а) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
- б) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений
- в) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек
- г) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса
- д) время разжевывания пищи

Правильный ответ: в

3. Центральная окклюзия определяется признаками:

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

Правильный ответ: б

4. Прикус - это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии:

- а) центральной
- б) боковой левой
- в) передней
- г) дистальной
- д) боковой правой

Правильный ответ: а

5. Окклюзия - это:

- а) всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей
- б) положение нижней челюсти относительно верхней в состоянии относительного физиологического покоя
- в) всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней
- г) соотношение беззубых челюстей
- д) вид прикуса

Правильный ответ: а

6. Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного мостовидного протеза проводится при окклюзиях:

- а) сагиттальных
- б) центральной и сагиттальных
- в) сагиттальных и боковых
- г) боковых, сагиттальных и центральной
- д) центральной

Правильный ответ: г

7. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:

- а) установленные в окклюдатор
- б) установленные в артикулятор
- в) с восковыми базами и окклюзионными валиками
- г) с восковыми базами и искусственными зубами
- д) с восковыми базами, установленные в окклюдатор

Правильный ответ: в

8. Абсолютная сила жевательных мышц по Веберу при их двухстороннем сокращении равняется (в кг):

- а) 100
- б) 195
- в) 300
- г) 390
- д) 780

Правильный ответ: г

9. И.М. Оксман и предложил в дополнение к методу определения жевательной эффективности по Н.И. Агапову анализировать:

- а) подвижность зуба
- б) изменение цвета зуба
- в) состояние коронки зуба
- г) атрофию костной ткани челюсти
- д) местоположение зуба в зубном ряду

Правильный ответ: а

10. Коэффициенты выносливости пародонта зубов, предложенные В.Ю. Курляндским. Получены на основании данных исследований:

- а) гнатодинамометрии
- б) анатомических особенностей строения зубов
- в) подвижности зубов
- г) жевательных проб
- д) абсолютной силы жевательных мышц

Правильный ответ: а

11. К аппаратам, воспроизводящим движения нижней челюсти относятся:

- а) артикулятор
- б) функциограф
- в) гнатодинамометр
- г) параллелометр
- д) эстезиометр

Правильный ответ: а

12. К патологическим видам прикуса относятся:

- а) бипрогнатический
- б) глубокий
- в) ортогнатический
- г) прямой
- д) глубокое резцовое перекрытие

Правильный ответ: б

13. Движение нижней челюсти вперед осуществляется сокращением мышц:

- а) латеральных крыловидных
- б) медиальных крыловидных
- в) передним отделом двубрюшной мышцы
- г) челюстно-подъязычной
- д) собственно-жевательной

Правильный ответ: а

14. Угол трансверзального суставного пути (угол Беннета) в среднем равен (в градусах):

- а) 10
- б) 17
- в) 26
- г) 33
- д) 110

Правильный ответ: б

15. Суставной признак центральной окклюзии - суставная головка находится по отношению к суставному бугорку:

- а) на середине ската
- б) у основания ската
- в) на вершине
- г) на любом участке ската
- д) в дистальном участке суставной ямки

Правильный ответ: б

16. Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет в среднем (в мм):

- а) 0,5-1
- б) 2-4
- в) 5-6
- г) 7-8
- д) 9-10

Правильный ответ: б

17. К физиологическим видам прикуса относятся:

- а) бипрогнатический
- б) глубокий
- в) прогнатический
- г) перекрестный
- д) открытый

Правильный ответ: а

18. Мышцы, выдвигающие нижнюю челюсть вперед:

- а) mylohyoideus
- б) temporalis
- в) digastricus
- г) pterygoideus lateralis
- д) geniohyoideus

Правильный ответ: г

19. При максимальном открывании рта суставные головки нижней челюсти устанавливаются относительно ската суставного бугорка:

- а) у основания
- б) в нижней трети
- в) на середине
- г) у вершины
- д) в верхней трети

Правильный ответ: г

20. При боковом движении суставная головка нижней челюсти на стороне сдвига совершает движение:

- а) вниз
- б) вперед
- в) вокруг собственной оси
- г) вниз и вперед
- д) вниз, вперед и вокруг собственной оси

Правильный ответ: в

21. Жевательная проба И.С. Рубинова показывает:

- а) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
- б) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений
- в) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек
- г) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса
- д) наличие или отсутствие глотательного рефлекса после 50 жевательных движений

Правильный ответ: г

22. Наиболее достоверным методом определения высоты нижнего отдела лица является:

- а) анатомический
- б) анатомо-физиологический
- в) антропометрический
- г) физиологический
- д) фотографический

Правильный ответ: б

23. Всевозможные положения нижней челюсти по отношению к верхней:

- а) артикуляция
- б) окклюзия
- в) прикус
- г) межальвеолярная высота
- д) высота нижнего отдела лица

Правильный ответ: а

24. К физиологическим видам прикуса относятся:

- а) глубокий
- б) открытый
- в) прямой
- г) прогенический
- д) прогнатический

Правильный ответ: в

25. Вид соотношения зубов верхней и нижней челюстей в центральной окклюзии:

- а) артикуляция
- б) окклюзия
- в) прикус
- г) межальвеолярная высота
- д) высота нижнего отдела лица

Правильный ответ: в

26. Штифтовая культевая вкладка может быть изготовлена только на:

- а) однокорневые зубы верхней и нижней челюстей
- б) резцы, клыки и премоляры верхней челюсти
- в) резцы, клыки и премоляры нижней челюсти
- г) зубы любой группы
- д) однокорневые зубы верхней и клыки нижней челюсти

Правильный ответ: г

27. Причинами расцементирования металлокерамических коронок могут быть:

- а) чрезмерная конусность культи зуба
- б) чрезмерная толщина литого каркаса
- в) усадка металла при литье
- г) некачественное литье
- д) деформация двухслойного слепка

Правильный ответ: а

28. При отломе коронковой части на уровне десны зуб восстанавливают:

- а) полукоронкой
- б) экваторной коронкой
- в) штифтовой конструкцией
- г) съемным протезом
- д) вкладкой

Правильный ответ: в

29. Для припасовки штампованной коронки в клинике врач получает коронку на:

- а) гипсовой модели
- б) гипсовом столбике
- в) металлическом штампе
- г) без штампа
- д) гипсовом штампе в разборной модели

Правильный ответ: б

30. При штамповке коронки необходимо изготовить штампы:

- а) один из гипса и один из легкоплавкого металла
- б) один из гипса и не менее двух из легкоплавкого металла
- в) два из гипса и один из легкоплавкого металла
- г) два из гипса и не менее двух из легкоплавкого металла
- д) один из гипса в разборной модели

Правильный ответ: б

31. При препарировании зуба под фарфоровую коронку уступ располагается:

- а) по всему периметру шейки зуба
- б) на вестибулярной поверхности
- в) с оральной и апроксимальных сторон
- г) на апроксимальных поверхностях

д) с оральной стороны

Правильный ответ: а

32.Заключительным лабораторным этапом изготовления металл опластмассовой коронки является:

а) полировка

б) глазурование

в) припасовка на модели

г) заключительный обжиг

д) окончательная корректировка формы

Правильный ответ: а

33.Основные параметры функциональной ценности зуба:

а) воспаление десны и цвет зуба

б) цвет и размер зуба

в) атрофия кости и подвижность зуба

г) подвижность зуба и зубные отложения

д) зубные отложения и воспаление десны

Правильный ответ: в

34.Край штампованной коронки погружается в зубодесневой желобок на (в мм):

а) 0,2-0,5

б) 0,5-1,0

в) 1,0-1,5

г) 1,5-2,0

д) 2,0-2,5

Правильный ответ: а

35.При изготовлении одиночной коронки слепок снимают с:

а) челюсти, на которой будет припасована коронка

б) препарированного зуба и с противоположной челюсти

в) фрагмента челюсти с препарированным зубом

г) препарированного зуба

д) обеих челюстей

Правильный ответ: д

36.При препарировании зуба для изготовления штампованной коронки с боковых поверхностей сошлифовывают ткани:

а) на толщину материала коронки

б) соответственно периметру шейки зуба

в) только экватор

г) контактный пункт

д) соответственно вершине межзубного десневого сосочка

Правильный ответ: б

37.При препарировании зуба под штампованную коронку уступ формируется:

а) супрагингивально

б) на уровне края десны

в) субгингивально на вестибулярной поверхности

г) субгингивально по всему периметру шейки зуба

д) не формируется

Правильный ответ: д

38.При изготовлении литых коронок разборную модель изготавливают для:

а) точности литья коронки

б) удобства моделировки и припасовки коронки

в) предотвращения усадки металла

г) дублирования модели из огнеупорного материала

д) литья коронки на гипсовом штампе

Правильный ответ: б

39.Создание чрезмерной конусности культи зуба при препарировании под металлокерамическую коронку обуславливает:

а) травму пародонта

б) ослабление фиксации протеза

в) затрудненное наложение протеза

г) эстетический дефект в области шейки зуба

д) снижение жевательной эффективности

Правильный ответ: б

40.Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее (в мм):

а) 0,1-0,2

б) 0,3-0,4

в) 0,5-0,6

г) 0,7-0,8

д) 0,9-1,0

Правильный ответ: б

41.Штифтовой зуб с вкладкой (по автору):

а) Логана

б) Ричмонда

в) Ахметова

г) Дэвиса

д) Ильиной-Маркосян

Правильный ответ: д

42.Противопоказанием к изготовлению штампованной коронки является:

а) подвижность зуба третьей степени

б) значительное разрушение коронки зуба

в) подвижность зуба первой степени

г) наклон зуба

д) смещение зуба по вертикальной оси

Правильный ответ: а

43.При изготовлении металлопластмассовой коронки шлифовывается значительное количество твердых тканей и формируется уступ для:

а) улучшения фиксации коронки

б) создания плотного контакта коронки с тканями культи зуба

в) уменьшения травмы десны и эстетического эффекта

г) достижения плотного контакта с зубами – антагонистами

д) создания контактного пункта с соседними зубами

Правильный ответ: в

44.При препарировании зуба под фарфоровую коронку создают:

а) циркулярный уступ под углом 135°

б) циркулярный уступ под углом 90°

в) уступ-скос под углом 135° только с вестибулярной стороны

г) уступ-скос под углом 90° только с вестибулярной стороны

д) символ уступа с вестибулярной и апроксимальных сторон

Правильный ответ: б

45. Штифтовой зуб по Ричмонду - это конструкция:

а) с вкладкой

в) с наружным кольцом

г) с надкорневой защиткой

д) с надкорневой культевой вкладкой

Правильный ответ: в

46. При изготовлении штифтовой конструкции оптимальная длина штифта относительно длины корня составляет:

а) 1/3

б) 1/2

в) 2/3

г) всю длину корня

д) длина штифта не имеет значения

Правильный ответ: в

47. Препарирование зубов под литые коронки производят:

а) металлическими фрезами

б) алмазными головками

в) карборундовыми фрезами

г) карборундовыми дисками

д) вулканитовыми дисками

Правильный ответ: б

48. Для припасовки цельнолитой коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на:

а) гипсовой модели

б) гипсовом столбике-

в) металлическом штампе

г) без штампа

д) разборной гипсовой модели

Правильный ответ: д

49. Для припасовки металлокерамической коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на:

а) гипсовой модели

б) гипсовом столбике

в) металлическом штампе

г) без штампа

д) разборной гипсовой модели

Правильный ответ: д

50. Для припасовки металлопластмассовой коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на:

а) гипсовой модели

б) гипсовом столбике

в) металлическом штампе

г) без штампа

д) разборной гипсовой модели

Правильный ответ: д

51. При изготовлении цельнолитой коронки рабочий оттиск получают с помощью массы:

а) силиконовой

б) альгинатной

в) фторкаучуковой

г) термопластичной

д) цинкоксидэвгеноловой

Правильный ответ: а

52. При изготовлении металлокерамической коронки рабочий оттиск снимают массой:

а) силиконовой

б) альгинатной

в) фторкаучуковой

г) термопластичной

д) цинкоксидэвгеноловой

Правильный ответ: а

53. При изготовлении металлопластмассовой коронки рабочий оттиск снимают массой:

а) силиконовой

б) альгинатной

в) фторкаучуковой

г) термопластичной

д) цинкоксидэвгеноловой

Правильный ответ: а

54. Заключительным лабораторным этапом изготовления литой цельнометаллической коронки является:

а) полировка

б) глазурирование

в) припасовка на модели

г) заключительный обжиг

д) окончательная корректировка формы

Правильный ответ: а

55. При изготовлении литой цельнометаллической коронки моделировка воском анатомической формы производится в объеме (по сравнению с естественным зубом):

а) меньшем на толщину металла

б) большем на толщину металла

в) равном

г) меньшем на толщину компенсационного лака

д) большем на толщину компенсационного лака

Правильный ответ: в

56. При изготовлении штампованной коронки моделировка воском анатомической формы производится в объеме (по сравнению с естественным зубом):

а) меньшем на толщину металла

б) большем на толщину металла

в) равном

г) меньшем на толщину компенсационного лака

д) большем на толщину компенсационного лака

Правильный ответ: а

57. Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки искусственной коронки проводится в окклюзиях:

а) сагиттальных

б) сагиттальных и центральной

в) центральной и боковых

- г) боковых и сагиттальных
- д) сагиттальных, боковых и центральной

Правильный ответ: д

58. Несъемные мостовидные протезы восстанавливают жевательную эффективность до (в %):

- а) 20
- б) 40
- в) 60
- г) 80
- д) 100

Правильный ответ: д

59. Несъемные мостовидные протезы по способу передачи жевательного давления относятся (по классификации Румпеля) к:

- а) физиологическим ;
- б) полуфизиологическим
- в) нефизиологическим
- г) комбинированным
- д) опирающимся

Правильный ответ: а

60. При изготовлении консольного несъемного протеза отрицательным является:

- а) необходимость депульпации опорных зубов
- б) препарирование большого количества зубов
- в) неудовлетворительное эстетическое качество
- г) наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов
- д) шлифование большого количества тканей опорных зубов

Правильный ответ: г

61. Опорами несъемного мостовидного протеза могут быть:

- а) коронки, полукоронки, вкладки ;
- б) вкладки, полукоронки, опорно-удерживающие кламмеры
- в) опорно-удерживающие кламмера, штифтовые зубы, телескопические коронки
- г) телескопические коронки, опорно-удерживающие кламмеры, аттачмены
- д) коронки, полукоронки, культевые штифтовые вкладки

Правильный ответ: а

62. Промежуточная часть мостовидного протеза в области боковых зубов по отношению к десне:

- а) прилегает к ней по всей поверхности
- б) прилегает только на скатах альвеолярного гребня
- в) касается по вершине альвеолярного гребня в двух точках
- г) касается по вершине альвеолярного гребня в одной точке
- д) не касается

Правильный ответ: д

63. Все боковые стенки опорных зубов при изготовлении паяного мостовидного протеза препарируются:

- а) с наклоном в сторону дефекта зубного ряда
- б) параллельно между собой
- в) с наклоном в сторону от дефекта зубного ряда
- г) параллельно с рядом стоящим зубом
- д) только параллельно продольной оси зуба

Правильный ответ: б

64. Припасовка опорных коронок является отдельным клиническим этапом при изготовлении мостовидного протеза:

- а) любого
- б) паяного
- в) цельнолитого
- г) металлокерамического
- д) пластмассового

Правильный ответ: б

65. Моделирование тела паяного мостовидного протеза производится:

- а) перед моделированием опорных коронок
- б) после лабораторного этапа изготовления опорных коронок
- в) на этапе припасовки опорных коронок на модели
- г) одновременно с моделированием опорных коронок
- д) после этапа припасовки опорных коронок в клинике

Правильный ответ: д

66. Моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза производится:

- а) перед моделированием опорных коронок
- б) на этапе припасовки опорных коронок на модели
- в) одновременно с моделированием опорных коронок
- г) после этапа припасовки опорных коронок в клинике
- д) после лабораторного этапа изготовления опорных коронок

Правильный ответ: в

67. На этап припасовки паяного мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории на:

- а) гипсовой модели
- б) металлических штампах
- в) гипсовых штампах
- г) восковом базисе
- д) гипсовых штампах в разборной модели

Правильный ответ: а

68. Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного мостовидного протеза проводится при окклюзиях:

- а) сагиттальных
- б) сагиттальных и центральной
- в) центральной и боковых
- г) боковых и сагиттальных
- д) сагиттальных, боковых и центральной

Правильный ответ: д

69. Двусторонний дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда, по классификации Кеннеди, относится к классу:

- а) первому
- б) второму
- в) третьему
- г) четвертому
- д) пятому

Правильный ответ: а

70. Несъемный мостовидный протез состоит из:

- а) промывной части
- б) опорных элементов и промежуточной части

в) опорных элементов, промежуточной части и базиса

г) промывной части, коронок и тела

д) опорных коронок, тела, промывной части

Правильный ответ: б

Тема: Лечение полной вторичной адентии

Вопросы для рассмотрения:

1. Особенности ортопедического лечения больных при полном отсутствии зубов при повторном протезировании
2. Особенности ортопедического лечения больных при полном отсутствии зубов при снижении высоты нижнего отдела лица
3. Коррекция протезов
4. Осложнения при пользовании пластиночными протезами
5. Методы профилактики и устранение.

Тесты

1. Какая поверхность клинической коронки зуба сохраняет наименьшую толщину "зоны безопасности"?

медно-дистальная

окклюзионная

вестибуло-оральная

пришеечная часть зуба со всех сторон

дистальная

2. При формировании дна полости для вкладки она должна быть

параллельна крыше пульповой камеры

повторяет рельеф крыши пульповой камеры

под углом 5 градус к рогам пульпы

под углом 10 градус к рогам пульпы

под углом 15 градус к рогам пульпы

3. Зубы пораженные пародонтитом при I степени подвижности смещаются

в горизонтальной плоскости только в одном направлении

в горизонтальной плоскости в вестибуло-оральном и мезио-дистальном направлении

в горизонтальной и вертикальной плоскостях

в вертикальной плоскости во всех направлениях

в горизонтальной плоскости только в одном направлении, в горизонтальной плоскости в вестибуло-оральном и мезио-дистальном направлении

4. Показания к применению метода избирательной шлифовки зубов при пародонтите являются

а) множественный кариес

б) преждевременные контакты зубов

в) деформации зубных рядов

г) патологическая стираемость

д) гипоплазия эмали

а б

а д

б в

б г

в д

5. Соединительными элементами каркаса бюгельного шинирующего протеза являются

металлические пластинки

кламмеры

ответвления, дуги

поддерживающие стержни

ретенционные петли (или крепления)

6. Выберите метод стабилизации (лечения) локализованного пародонтита с двусторонним распространением на жевательную группу зубов

а) фронтальная стабилизация

б) сагиттальная стабилизация

в) парасагиттальная стабилизация

г) фронтосагиттальная стабилизация

д) стабилизация по дуге в сочетании с парасагиттальной стабилизацией

а б в

в д

б г

а г д

б в г

7. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют под углом:

15 градус

30 градус

45 градус

60 градус

90 градус

8. При подготовке полости зуба под вкладку формируют фальц с целью предупреждения:

смещения

исключения опрокидывающего момента

лучшей фиксации и прилегания, предупреждение вторичного кариеса

исключения сколов

исключения рассасывания цемента

9. Клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки по Копейкину?

обследование, препарирование культи зуба, снятие оттиска, изготовление колпачка, спаивание со штифтом, припасовка, изготовление фасетки, облицовка

обследование, подготовка канала корня с созданием полости, моделировка вкладки из воска, замена на металл, припасовка, сдача

обследование, препарирование канала корня с созданием полости кубической формы, моделировка вкладки из воска, отливка, облицовка

обследование, препарирование, снятие оттиска, изготовление штампованной коронки, спаивание со штифтом, облицовка

обследование, препарирование культи зуба и канала корня, припасовка штифта, моделирование зуба из воска, замена на пластмассу, сдача

10. Выделите I степень патологической подвижности зубов по Энтину:

смещение зуба в вестибулярном, медиальном, вертикальном направлениях

смещение зуба в вестибулярно-оральном направлении

смещение зуба в вестибулярном, мезио-дистальном направлениях

смещение зуба в вертикальном, вестибулярном, мезио-дистальном направлениях

смещение зуба в медиальном направлении

11. Окклюзионная плоскость - определение:

плоскость, проведенная от режущего края резцов нижней челюсти к вершине медиально-щечного бугорка второго моляра

плоскость, проведенная от режущих краев передних зубов до бугорков жевательных зубов

плоскость, проведенная по окклюзионной поверхности зубов нижней челюсти

плоскость, проведенная от режущих краев передних зубов до бугорков жевательных зубов

это плоскость, проведенная от режущего края центрального резца нижней челюсти к вершине дистального щечного бугорка второго моляра или середине

ретромолярного бугорка

12. Требования к корню при протезировании штифтовым зубом:

корень зуба находится глубоко под десной, канал корня должен быть запломбирован до верхушки

корень выступает над десной или на уровне десны, устойчивый, канал запломбирован до верхушки, без кариозных поражений стенки канала корня достаточной толщины, без кариозных изменений

искривленный корень с тонкими стенками

корень запломбирован на 1/2 длины

13. Что такое ретракция зубодесневого края?

тщательное высушивание

отодвигание тканей десны и расширение десневой щели

уточнение границы коронки

точный отпечаток пришеечной части зуба

защита зуба от химических и температурных раздражителей

14. Из какого материала изготавливают колпачек для металлокерамической коронки?

а) КХС

б) нержавеющей стали

в) драгоценных металлов

г) сплавов меди

д) рандольфа

в г

б г

а в

б в г

а б в

15. Какой класс слизистой оболочки по Суппле характеризуется наличием подвижных тяжей слизистой оболочки?

2 класс.

3 класс.

4 класс.

1 класс.

5 класс.

16. Какие свойства слизистой оболочки изучал Люнд?

подвижность.

податливость.

цвет.

атрофия.

образования на слизистой оболочке.

17. Результаты протезирования оцениваются на основании:

чистоты речи.

фиксации протеза.

восстановления внешнего вида больного.

возможности больного употреблять с протезом различную пищу.

все ответы правильные.

18. Какие из методов являются основными при обследовании больных при полной потере зубов:

а) опрос,

б) осмотр,

в) пальпация,

г) рентгенография,

а, б.

а, б, в.

а, б, г.

б, в, г.

а, г.

19. Какой из методов фиксации полных съемных протезов является наиболее существенным:

физический.

физико-биологический.

механический.

хирургический.

физико-механический

20. При каком дефекте окклюзионной поверхности коронковой части зуба (индекс ИРОПЗ, по В.Ю.Маликевичу) показано применение искусственной коронки?

ИРОПЗ - 0,2 (20 % разрушения).

ИРОПЗ - 0,3 (30 % разрушения).

ИРОПЗ - 0,4 (40 % разрушения).

ИРОПЗ - 0,6 (60 % разрушения).

ИРОПЗ - 0,8 (80 % разрушения).

Тема: Ортопедические методы лечения пародонтита при сохраненных зубных рядах и при частичной адентии. Виды стабилизации. Конструкции шин. Выбор числа опорных зубов в шине. Методика параллелометрии при изготовлении шинирующих аппаратов и протезов.

Вопросы для рассмотрения:

1 Обоснование конструкций шин или протеза и их протяженности на основе данных анализа одонтопародонтограмм.

2 Виды стабилизации и их обоснование.

3 Конструкции шин и шинных протезов: несъемные, съемные, комбинированные.

4 Требования, предъявляемые к несъемным аппаратам при наличии очагового пародонтита. 5 Проведение клинического этапа в зависимости от конструкции шинирующего аппарата или протеза.

6 Методика параллелометрии при изготовлении шинирующих аппаратов и протезов.

Тесты

1. К микропротезам относятся:

Вкладки, виниры, полукоронки

Искусственные коронки

Мостовидные протезы

Дентальные имплантанты

Адгезивные мостовидные протезы

2. Вкладки имеют преимущества по сравнению с искусственными коронками:

Эстетичнее

Лучшее краевое прилегание

Более щадящее препарирование опорного зуба

Прочнее, хорошо восстанавливают межзубный контактный пункт

Отсутствие аллергических реакций

3. Каковы преимущества вкладок по сравнению с пломбами?

Эстетичнее

Лучшее краевое прилегание

Более щадящее препарирование опорного зуба

Лучше восстанавливают межзубный контактный пункт, который за счет прочности конструкционных материалов не скалывается в области жевательных зубов

Отсутствие аллергических реакций

4.В каких случаях применяются опаковые (непрозрачные) цельнокерамические зубные протезы?

При изменении цвета (потемнении) тканей культи зуба

Если культи зуба естественного цвета

Во всех случаях

Лучше всегда применять транслюцентные (прозрачные) цельнокерамические зубные протезы

Если культи зуба из металла

5.В каких случаях формируется фальц при препарировании зуба под вкладку inlay?

При использовании металлических вкладок

При использовании металлокерамических вкладок

При использовании цельнокерамических вкладок

При использовании композитных вкладок

При использовании керамических вкладок

6.При каком дефекте окклюзионной поверхности коронковой части зуба (индекс ИРОПЗ, по В.Ю.Маликевичу) показано применять штифтовую конструкцию?

ИРОПЗ - 0,3 (30 % разрушения).

ИРОПЗ - 0,5 (50 % разрушения).

ИРОПЗ - 0,6 (60 % разрушения).

ИРОПЗ - 0,8 (80 % разрушения).

ИРОПЗ - 0,9 (90 % разрушения).

7.Какой метод изготовления штифтово-культевой конструкции показан при последующем ее покрытии цельнокерамической коронкой?

Стекловолоконный штифт и культи из композита

Стандартный анкерный титановый штифт и культи из композита

Стандартный анкерный медный штифт и культи из композита

Стандартный анкерный штифт из нержавеющей стали и культи из композита

Цельнолитая металлическая штифтово-культевая вкладка

8.Какой метод изготовления штифтово-культевой конструкции показан при последующем ее покрытии коронкой из хромокобальтового сплава?

Стекловолоконный штифт и культи из композита

Стандартный анкерный титановый штифт и культи из композита

Стандартный анкерный медный штифт и культи из композита

Цельнокерамическая штифтово-культевая конструкция, полученная методом литьевого прессования

Цельнолитая металлическая штифтово-культевая вкладка из хромокобальтового сплава

9.Какие анатомические структуры зубов фиксируют межальвеолярное расстояние или размер нижнего отдела лица при ортогнатическом прикусе?

Щечные жевательные бугры верхних и нижних боковых зубов

Небные и язычные жевательные бугры верхних и нижних боковых зубов

Щечные бугры верхних и язычные бугры нижних боковых зубов

Небные бугры верхних и щечные бугры нижних боковых зубов

Режущие края верхних зубов

10.Указать, какой из перечисленных является относительным противопоказанием для имплантации?

Отсутствие одного зуба во фронтальном отделе

Наличие ограниченных включенных дефектов зубного ряда

Патологический прикус

Полное отсутствие зубов

Заболевания ЖКТ, обусловленные утратой зубов и нарушением пережевывания пищи

11.Указать, какой из перечисленных пунктов является абсолютным противопоказанием для имплантации?

Пародонтит

Патологический прикус

Предраковые заболевания

Бруксизм

Заболевания центральной и периферической нервной системы

12.Как избежать смещения подвижных зубов во время снятия оттиска для изготовления зубной шины?

Перед снятием оттиска связать зубы лигатурой

Провести сначала терапевтическое или хирургическое лечение, а после этого шинировать зубы

Назначить общеукрепляющее медикаментозное лечение перед снятием оттисков

Прижать фронтальную группу зубов к оттискной ложке в процессе снятия оттиска

Получить разгружающий оттиск

13.Назовите лицевые признаки, которые характеризуют снижение высоты нижнего отдела лица.

Углубление носогубной и подбородочной складок

Утолщение щек

Углубление переносицы

Выраженность скуловых костей

Выдвижение нижней челюсти вперед

14.Какие костные образования на верхней челюсти нужно учитывать при обследовании пациента с полной адентией?

Торус

Верхнечелюстные бугры

Альвеолярные отростки

Небный шов

Все ответы правильные

15.Какой оттиск предпочтительно получить при 11-м классе по Суппли?

Разгружающий

Компрессионный

Дифференцированный

Анатомический

Функциональный

16.Для получения компрессионного функционального оттиска используют:

Альгинатную массу

Гипс

Поливинилсилоксановую массу с низкой степенью текучести

Поливинилсилоксановую массу с высокой степенью текучести

Цинкоксиивгеноловую

17.Для получения разгружающего функционального оттиска используют:

Альгинатную массу

Гипс

Поливинилсилоксановую массу с низкой степенью текучести

Поливинилсилоксановую массу с высокой степенью текучести

Цинкоксиивгеноловую

18.При получении восковых базисов с окклюзионными валиками из зуботехнической лаборатории врач обязан проверить:

Плотность базиса, прилегания гипсовой модели

Соответствуют ли границы будущего протеза границам воскового базиса

Валик нижнего воскового базиса должен располагаться строго по центру альвеолярного отростка

Валик верхнего воскового базиса должен располагаться несколько вестибулярно от центра альвеолярного отростка

Все вышеперечисленное

19.Какое допустимое количество остаточного мономера находится в акриловом протезе?

0,20%

0,40%

10%

20%

40%

20.При наложении индивидуальной ложки на нижнюю челюсть, при открывании рта она смещается вперед, как провести ее припасовку?

Уменьшить высоту язычного края ложки по челюстно-подъязычной линией, при этом нужно сохранить перекрытие этой линии

Уменьшить длину вестибулярного края соответственно участкам прилегания жевательных мышц

Уменьшить ложку в позадиомолярной и прилегающей к ней язычной областях

Уменьшить длину или объем губного края ложки

Провести пробы по Гербсту

Тема: Профилактика непереносимости конструкционных материалов зубных протезов

1. Вопросы для рассмотрения:

2. Дифференциальный диагноз поражение слизистой оболочки

3. Роль консервативного и комплексного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта.

4. Красный плоский лишай

5. Хронические заеды

6. Обоснование и возможности ортопедического лечения.

7. Выбор конструкционных материалов. Методики химического и гальванического серебрения и золочения базисных материалов.

Тесты

1.Основной задачей лечения больных с глубоким (вторичным) снижающимся прикусом является:

Восстановление нормального положения нижней челюсти в сагиттальной и вертикальной плоскостях

Уменьшение межальвеолярного расстояния

Удлинение высоты нижней трети лица

Устранение функциональной перегрузки зубов

Улучшение эстетики

2.К третьему классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку относятся полости:

Располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов

На проксимальных поверхностях моляров и премоляров

На проксимальных поверхностях передних зубов

На проксимальных поверхностях и углах передних зубов

В пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

3.При работе с твердыми тканями моляров с живой пульпой особую осторожность следует проявлять:

На верхушках бугров

В пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности

на верхушках бугров и в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности

На проксимальных поверхностях

На жевательной поверхности

4.При сдаче полного съемного протеза внешний вид больного следующий: носогубные, подбородочные складки углублены, углы рта опущены, подбородок выдвинут вперед. Какую ошибку допустил врач-ортопед при протезировании?

постановка стандартных зубов не соответствующих форме и величине лица больного (мелкие),

высота нижней трети лица не правильно восстановлена, снижена

восковой базис ПСП утончен

при определении ЦО внешний вид не восстановлен

чрезмерная атрофия альвеолярного отростка слизистой, получен компрессионный функциональный оттиск.

5.При пользовании ПСП на в/ч больной жалуется на травмирование торуса, боль, плохую фиксацию протеза. Какая ошибка допущена при изготовлении протеза?

выраженный торус плотно соприкасается с базисом протеза,

в базисе протеза не создано ложе для торуса,

образование замыкающего клапана в области шва,

расширение границ базиса в области небного шва,

увеличение толщины базиса протеза.

6.Жалобы на травмирование ПСП в/ч в области премоляров при наличии экзостозов. На каком этапе изготовления протеза (клиническом, лабораторном) допущена ошибка?

не изолированы экзостозы на гипсовой модели фольгой, на 4 лабораторном этапе, не созданы выемки по краю расположения экзостозов на протезе, отсутствие

коррекции с помощью копировальной бумаги при припасовке сдаче протеза

экзостозы не изолированы копировальной бумагой,

плотное прилегание базиса протеза в области премоляров,

неправильно отлита модель, отсутствие на модели экзостозов,

некачественный функциональный оттиск, смазанный рельеф протезного ложа

7.При изготовлении полного съемного протеза пациент отмечает западение верхней губы, придающее старческий вид. На каком этапе при определении центрального соотношения челюстей допущена ошибка

при изготовлении прикусных валиков без учета атрофии альвеолярного отростка

при формировании вестибулярного овала и толщины верхнего прикусного валика в переднем отделе по альвеолярной дуге

при формировании вестибулярного овала и высоте верхнего прикусного валика по красной кайме губ верхней челюсти

при фиксации челюстей в положении центрального соотношения челюстей, н/ч выдвинута вперед

постановка зубов переднего отдела на приточке

8.При разговоре, улыбке режущие края верхних зубов полного съемного протеза не видны. При определении центрального соотношения челюстей, какая допущена ошибка?

при определении высоты прикусного валика при полуоткрытом рте высота была укорочена

высота прикусного валика не правильно определена

высота прикусного валика сформирована, край выступает на 0, 5-мм

формирование прикусного валика учтено с изменением альвеолярных отростков

высота прикусного валика сформирована, край выступает на 0,3-мм

9.Во время проверки восковой конструкции полного съемного протеза отмечается смыкание губ с напряжением, верхняя губа и лицо натянута, удлинены, сглажены носогубные складки. Какая ошибка допущена при изготовлении, какая проба показательна в этом отношении?

повышение межальвеолярной высоты при определении центрального соотношения челюстей, проба коснуться линии смыкания губ кончиком пальца, моментальное раскрытие губ характерно для данной ошибки

моделирование массивного базиса протеза, функциональная проба Гербста -вытягивание губ

постановка крупных искусственных зубов, проба-проведение языком по краям каймы губ

неправильная постановка искусственных зубов

неправильная фиксация центрального соотношения челюстей

10.При проверке восковой конструкции пациент обратил внимание на молочно-белые зубы. Что неучтено врачом при постановке зубов полного съемного протеза:

цвет кожи лица и тела

тип лица,

возраст больного,

цвет волос,

цвет глаз.

11.Токсическое действие съемного протеза вызывается:

- избытком полимера
- избытком мономера
- избытком красителей
- избытком гидрохинона
- избытком изокола

12.Аллергические действие протеза обусловлено:

- воздействием аллергенов, которые образуются в результате реагирования материала протеза с белками тканей протезного ложа
- токсическими веществами
- нарушением гигиенического состояния полости рта
- общими соматическими заболеваниями
- некачественным протезом

13.Клиническими признаками деформаций зубных рядов при развившейся стадии генерализованного пародонтита являются

- веерообразное расхождение фронтальных зубов
- частичное прорезывание зубов
- скученность фронтальных зубов верхней челюсти
- небный наклон верхних резцов,
- прямой прикус.

14.При формировании полости для вкладки дно должно быть:

- Параллельна крыше пульповой камеры
- Повторять рельеф крыши пульповой камеры
- Под углом 5о к рогам пульпы
- Под углом 10о к рогам пульпы
- Под углом 15о к рогам пульпы

15.Назначение корневой защитки штифтового зуба:

- Без корневой защитки невозможно соединение штифта с коронковой частью
- Исключает травму десневого края
- Предохраняет корень зуба от разрушения и способствует фиксации штифта
- Уменьшает функциональную перегрузку, являясь амортизирующим звеном в системе штифт-корень зуба
- Все перечисленные факторы важны

16.Пластмассовая коронка по отношению к десневому краю должна располагаться:

- Не доходить до десны на 0,5 мм
- Не доходить до десны на 1,0 мм
- На уровне десны
- Под десной на 0,5 мм
- Под десной на 1,0 мм

17.Укажите соотношения коронки к корню зуба:

- 1:03
- 1:04
- 1:02
- 1:01
- 1:05

18.Возможно ли применение керамических коронок при патологической стираемости зубов?

- Нет
- Возможно
- Возможно, но после соответствующей подготовки
- Возможно только при I степени
- Возможно только при I и II степени

19.Какой уступ нужно формировать в пришеечной зоне при ортогнатическом прикусе при изготовлении керамической коронки?

- Желобообразный
- Символ уступа
- Под углом 90°
- Под углом 135о
- Не нужно уступа

20.Толщина платиновой фольги, применяемой для изготовления фарфоровых коронок, составляет:

- 0,25 мм
- 0,025 мм
- 0,075 мм
- 0,1 мм
- 0,50 мм

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

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
собеседование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы

	участников собеседования. Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении.
тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов.
решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимыми схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
защита реферата	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы

3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится в устной форме по экзаменационным билетам.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Оценка	Критерии
Отлично	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно- следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.
Хорошо	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному
Удовлетворительно	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно- следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Практические работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки
Неудовлетворительно	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Практические работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине:

1. Организационные принципы работы ортопедического отделения стоматологической поликлиники. Учетно-отчетная документация. Основные качественные и количественные показатели деятельности врача- ортопеда и ортопедического отделения в целом.
2. Развитие, и строение зубочелюстной системы человека. Роль нарушений жевательного аппарата в развитии патологических процессов в зубочелюстной системе. Связь изменений зубочелюстной системы с общесоматическим состоянием организма человека. Влияние общего состояния на зубочелюстную систему.
3. Методика обследования стоматологического больного в условиях поликлиники. Специальные методы объективной оценки состояния зубочелюстной системы в связи с ортопедическим лечением.
4. Анатомо-функциональная характеристика зубов и зубных рядов постоянного прикуса. Прикус и его физиологические разновидности. Морфологические

- особенности строения ортогнатического прикуса.
5. Пародонт. Морфо-функциональное строение. Функции пародонта исходя из целей и задач ортопедического лечения.
 6. Одонтопародонтограмма, схема обследования и порядок заполнения. Анализ. Использование физиологических резервов пародонта при ортопедическом лечении.
 7. Анатомо-функциональное строение слизистой оболочки полости рта. Понятие о податливости и подвижности слизистой оболочки, «переходной складке», «клапанной зоне».
 8. Жевательные и мимические мышцы, их анатомическое строение и функции. Абсолютная сила жевательных мышц и выносливость пародонта к нагрузке. Понятие о жевательном давлении и эффективности жевания.
 9. Височно-нижнечелюстной сустав. Особенности его строения и функции.
 10. Оклюзия и артикуляция. Виды окклюзии и их характеристика. Законы артикуля-ции. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти - окклюдаторы и артикуляторы.
 11. Дефекты коронковой части зубов. Показания к восстановлению дефектов зубов вкладками. Правила формирования полостей. Последовательность клиничко-лабораторных этапов изготовления вкладок.
 12. Дефекты коронковой части зубов. Показания к восстановлению искусственными коронками. Последовательность клинических и лабораторных этапов лечения штампованными, цельнолитыми и комбинированными коронками.
 13. Отсутствие коронковой части зуба. Показания к сохранению и использованию корней. Показания к применению различных конструкций штифтовых зубов и «культевых» штифтовых конструкций. Клиничко-лабораторные этапы лечения.
 14. Ортопедические методы лечения при частичном отсутствии зубов. Биологические и клинические основы выбора конструкций мостовидных протезов. Клиничко-лабораторные этапы лечения.
 15. Показания к применению съемных пластиночных протезов. Обоснование границ съемных протезов, количества и места расположения кламмеров при частичном отсутствии зубов. Клиничко-лабораторные этапы лечения.
 16. Биогельные протезы. Показания к их применению. Клиничко-лабораторные этапы лечения цельнолитыми биогельными протезами.
 17. Системы фиксации биогельных протезов (телескопические, замковые, штанговые). Система кламмеров Neu.
 18. Кламмер. Составные части кламмера. Виды кламмеров. Роль кламмеров при распределении жевательного давления
 19. Статика и динамика «концевого» и «включенного» базиса биогельных протезов
 20. Деформация зубных рядов при частичном отсутствии зубов. Патогенез, и клинические формы, дифференциальная диагностика, методы лечения.
 21. Деформация прикуса при частичном отсутствии зубов. Патогенез, клинические формы, дифференциальная диагностика, методы лечения.
 22. Очаговый пародонтит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, методика лечения, профилактика
 23. Пародонтит. Генерализованная форма. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение. Ортопедическое лечение.
 24. Патологическая стираемость твердых тканей зубов. Этиология. Патогенез. Локализованная форма. Клиника, диагностика, лечение
 25. Патологическая стираемость твердых тканей зубов. Этиология. Патогенез. Генерализованная форма. Клиника, диагностика, лечение
 26. Показания к лечению патологии твердых тканей зубов и частичного отсутствия зубов металлокерамическими несъемными зубными протезами. Особенности препарирования зубов, клиничко-лабораторные этапы лечения.
 27. Показания к лечению патологии твердых тканей зубов и частичного отсутствия зубов металлопластмассовыми несъемными зубными протезами. Особенности препарирования зубов, клиничко-лабораторные этапы лечения.
 28. Показания к лечению патологии твердых тканей зубов и частичного отсутствия зубов цельнолитыми несъемными зубными протезами. Особенности препарирования зубов, клиничко-лабораторные этапы лечения. Методики получения «двойного уточненного» слепка.
 29. Анатомо-топографические особенности строения челюстных костей и слизистой оболочки при полном отсутствии зубов. Классификации беззубых челюстей и слизистой оболочки.
 30. Методы получения функциональных оттисков с беззубых челюстей. Функциональные пробы по Гербсту на верхней и нижней челюсти. Обоснование выбора слепочного материала с учетом анатомо-функционального строения тканей протезного ложа.
 31. Понятие о фиксации и стабилизации протезов на беззубых челюстях. Понятие «клапанная зона». Заколы артикуляции. Способы постановки искусственных зубов.
 32. Возможные ошибки при определении центрального соотношения беззубых челюстей. Методы выявления и устранения.
 33. Воздействие мостовидных и пластиночных съемных протезов на ткани протезного ложа и организм человека в целом. Профилактика
 34. Возможные осложнения при пользовании протезами из разнородных металлов. Клинические проявления, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
 35. Хронические заболевания слизистой оболочки полости рта. Особенности тактики ортопедического лечения.
 36. Методы ортопедического лечения при переломах и послеоперационных дефектах верхней и нижней челюстей.
 37. Методы ортопедического лечения при врожденных и приобретенных дефектах твердого и мягкого неба.
 38. Протезирование при ложных суставах. Диагностика. Виды применяемых протезов и особенности их изготовления.
 39. Методы ортопедического лечения в комплексной терапии при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава (артрозо-артрита).

Образец экзаменационного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра _____
направление подготовки (специальность) _____
дисциплина _____

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № _____

I.

II.

III.

Заведующий кафедрой _____ (_____)

Декан _____ факультета _____ (_____)

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Знать Современную концепцию общественного здравоохранения. Факторы риска, являющиеся причиной возникновения заболеваний, сведения о загрязненности окружающей среды	вопросы № 1-39
		Уметь проводить мероприятия по устранению факторов риска и снижения их уровня с целью предупреждения развития заболеваний.	практические задания № 1-10
		Владеть методами государственных профилактических мероприятий, направленных на формирование, развитие и поддержания высокого уровня здоровья у населения	практические задания № 1-10
2	ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать Международную классификацию заболеваний и неотложных состояний МКБ-10, методы обследования. Уметь Проводить обследования пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области Владеть современными методами обследования и диагностики пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области.	Вопросы № 1-39 Практические задания 1-10 Практические задания 1-10
3	ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи	Знать Этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику заболеваний челюстно-лицевой области и полости рта Уметь провести обследование пациента стоматологического профиля с хирургической патологией, поставить диагноз,заполнить соответствующую документацию Владеть методами лечения стоматологических заболеваний	Вопросы 1-39 Практические задания 1-10 Практические задания 1-10
4	ПК-10 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	Знать виды профилактики, методы первичной профилактики. Уметь проводить профессиональную гигиену полости рта с целью профилактики стоматологических заболеваний,санитарно-просветительскую работу среди населения с целью формирования здорового образа жизни Владеть методами первичной, вторичной и третичной профилактики стоматологических заболеваний	Вопросы 1-39 Практические задания 1-10 Практические задания 1-10

10. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Ортодонтия»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

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

ПК-7 Готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в стоматологической помощи

ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль 1 Ортодонтия

Тема 1 Развитие зубочелюстной системы. Организация клиники ортодонтии. Учет и документация в ортодонтии. Нормальное развитие зубочелюстной системы.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: тестирование

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Какая учетно-отчетная документация должна вестись в ортодонтическом кабинете?

Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога

Сводная ведомость учета работы врача-стоматолога

Медицинская карта стоматологического больного

Всё вышеперечисленное

Форма медицинской карты стоматологического больного:

№ 037/у -88

+№ 043/у

№039-2/у-88

№039-4/у-80

Форма листка ежедневного учета работы врача-стоматолога:

№ 043/у

№039-4/у-80

+№ 037/у -88

№039-2/у-88

Форма сводной ведомости учета работы врача-стоматолога:

+№039-2/у-88

№ 037/у -88

№ 043/у

№039-4/у-80

Форма медицинской карты ортодонтического пациента:

№ 043/у

+№ 043-1/у

№ 042/у

№ 041/у- 1

Что из нижеперечисленного указывается в медицинской карте ортодонтического пациента?

Функциональные методы обследования

Рентгенологическое исследование

Осмотр полости рта

+Все вы перечисленное

Укажите подпункт(ы) пункта «Осмотр лица. Кефалометрия. Лицо анфас» в медицинской карте ортодонтического пациента:

Индекс Изара

+Симптом «десневой улыбки»

Положение верхней губы

Верны все варианты

Укажите подпункт(ы) пункта «Осмотр лица. Кефалометрия. Лицо в профиль» в медицинской карте ортодонтического пациента:

+положение подбородка

Губы сомкнуты

Выраженность надподбородочной складки

Высота лица

Что входит в пункт «рентгенологическое исследование» медицинской карты ортодонтического пациента?

Ортопантомография челюстей

ТРГ головы в боковой проекции

Зонография

+Ортопантомография челюстей, ТРГ головы в боковой проекции

«К»-анализ в медицинской карте ортодонтического пациента является подпунктом пункта:

+Рентгенологическое исследование

Функциональные методы исследования

Осмотр полости рта

Дополнительные методы исследования

Что входит в пункт «Функциональные методы обследования» медицинской карты ортодонтического пациента?

Клинические функциональные пробы

Электромиография

Миотонометрия

+Все вышеперечисленное

Оценка положения и наклона челюстей в медицинской карте ортодонтического пациента является подпунктом пункта:

Функциональные методы исследования

Осмотр полости рта

Дополнительные методы исследования

+Рентгенологическое исследование

Оценка гармоничности окклюзии в медицинской карте ортодонтического пациента является подпунктом пункта:

Осмотр полости рта

Дополнительные методы исследования

+Рентгенологическое исследование

Функциональные методы исследования

Сколько должна храниться медицинская карта ортодонтического пациента?

- 5 лет
- 3 года
- 10 лет
- +25 лет

Порядок заполнения учетной формы п 043-1/у "Медицинская карта ортодонтического пациента" регулирует:

+Приложение N 24 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н

Приложение N 25 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 363н

Приложение N 25 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 855н

Приложение N 24 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2015 г. N 833н

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос

1. Каков наиболее рациональный принцип организации ортодонтической помощи детям?
2. Какая учетно-отчетная документация должна вестись в ортодонтическом кабинете?
3. Сколько больных в среднем должен принять ортодонт за 1 час работы?
4. Сколько первичных больных должен принять ортодонт на лечение в месяцу?
5. Какому количеству больных ортодонт должен в среднем закончить лечение в месяц?
6. Каковы штатные нормативы среднего и младшего медицинского персонала из расчета на 1 ортодонта?
7. Каким методом можно определить степень трудности, длительность и объем ортодонтического лечения?
8. Каковы нормы площади ортодонтического кабинета и зуботехнической лаборатории?
9. Как рассчитываются нормативы должностей врачей - ортодентов?
10. Из каких структурных единиц должна состоять зуботехническая лаборатория?
11. Каковы основные этапы филогенеза зубочелюстной системы?
12. Когда начинают формироваться челюстные кости во внутриутробном периоде?
13. Когда начинается отделение ротовой полости от носовой во внутриутробном периоде?
14. Когда происходит закладка зачатков зубов во внутриутробном периоде?
15. Какие особенности строения зубочелюстной системы благоприятствуют сосательным движениям нижней челюсти?
16. Каковы особенности строения височно-нижнечелюстных суставов у новорожденного ребенка?
17. Каковы средние сроки прорезывания временных зубов?
18. Какая форма зубных рядов в период временного прикуса?
19. Каковы средние сроки прорезывания постоянных зубов?
20. Какая форма зубных рядов в период постоянного прикуса?
21. Какова целесообразность формирования сагиттальных и трансверзальных окклюзионных кривых в постоянном прикусе?
22. Что такое "миодинамическое равновесие" и его значение для развития зубочелюстного аппарата?
23. Характеристика развития зубочелюстной системы после рождения ребенка.
 - А) Период развития зубочелюстной системы от рождения до 6 месяцев.
 - Б) Период формирования прикуса временных зубов (от 6 мес. до 2,5 лет)
 - В) Период сформированного прикуса временных зубов (от 2,5 лет до 7 лет)
 - Г) Период смены зубов (от 7 до 12 – 13 лет)
 - Д) Период прикуса постоянных зубов (после 12 лет)

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: решение ситуационных задач

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Пациент В. 13 лет. Жалобы: на неправильное положение верхних зубов. При внешнем осмотре лица: профиль лица скошен назад. В полости рта: сагиттальная щель в переднем отделе 5 мм. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти более чем на 1/3 коронки. Поставьте предварительный диагноз. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.
2. Пациентка А. 9 лет. Жалобы на затрудненное откусывание пищи. При осмотре лица: верхняя губа западает, подбородок смещен вперед, профиль слегка вогнутый. В полости рта: обратная сагиттальная резцовая дизокклюзия, мезиальный щечный бугор первого моляра верхней челюсти контактирует с дистальным щечным бугром моляра (слева и справа) нижней челюсти. Поставьте предварительный диагноз. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.
3. Пациентка В. 13 лет. Жалобы: на промежуток между центральными резцами верхней челюсти около 2,5 мм, зуб 2.3 повернут по оси, не смыкается с антагонистами и расположен вестибулярно. Смыкание в боковых отделах зубных рядов соответствует норме. Поставьте предварительный диагноз. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.
4. Пациент С. 8,5 лет. Направлен на консультацию врачом-терапевтом стоматологом. Жалоб не предъявлял. При осмотре лица: профиль выпуклый, подбородок смещен назад, выражена подбородочная складка. В полости рта: сагиттальная щель - 5 мм, протрузия передней группы зубов в/ч, укороченная уздечка языка. Поставьте предварительный диагноз. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.
5. Пациентка И. 15 лет обратилась с жалобами на затрудненное откусывание твердой пищи. При внешнем осмотре отмечено смещение подбородка вперед, удлинение нижней трети лица. В полости рта: в боковых отделах - щечные бугры верхних зубов контактируют со щечными буграми нижних. Поставьте предварительный диагноз. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.

Тема 2 Классификация зубочелюстных аномалий. Виды зубочелюстных аномалий и их классификация. Современная классификация аномалий окклюзии зубных рядов (Персин Л.С.). Терминология применяемая в ортодонтии.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: терминологический диктант

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Дать определение следующим понятиям: протрузия, ретрузия, тортоаномалия, транспозиция, ретенция, трейнер, бреккет-система, диастема, тремы, вертикальная резцовая дизокклюзия, глубокая резцовая окклюзия, мезиальная окклюзия, дистальная окклюзия, перекрестная окклюзия, КДМ, ТРГ, ОПТГ

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Какова форма соотношения первых моляров верхней и нижней челюстей при I классе Энгля?
2. Какова форма соотношения первых моляров верхней и нижней челюстей при II классе Энгля?
3. Какова форма соотношения первых моляров верхней и нижней челюстей при III классе Энгля?
4. Какие основные группы зубочелюстных аномалий выделяются в классификации Д.А.Калвеллиса?
5. Назовите основные положительные стороны и недостатки классификации Энгля.
6. Назовите основные положительные стороны и недостатки классификации Д.А.Калвеллиса.
7. Изложите принципы классификации В.Ю. Курляндского.
8. Изложите суть классификации окклюзии зубных рядов Л.С. Персина.
9. Какие основные группы (и их содержание) зубочелюстных аномалий выделяются в классификации ВОЗ?
10. Что определяет зубочелюстные аномалии как «болезнь»?

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: решение проблемно – ситуационных задач

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. При осмотре пациента Н. мезиально – щечный бугорок первого моляра на верхней челюсти расположен впереди от фиссуры первого моляра на нижней челюсти. Подобная ситуация наблюдается справа и слева. Во фронтальном отделе - отсутствие смыкания, резцы наклонены в губную сторону. Сформулируйте верный клинический диагноз на основе полученных сведений, используя профессиональную терминологию.
2. При осмотре пациента М. мезиально – щечный бугорок первого моляра на верхней челюсти расположен впереди от фиссуры первого моляра на нижней челюсти. Подобная ситуация наблюдается справа и слева. Во фронтальном отделе - резцы верхней челюсти расположены за резцами нижней челюсти в сагиттальной плоскости. Сформулируйте верный клинический диагноз на основе полученных сведений, используя профессиональную терминологию.
3. При осмотре пациента Р. мезиально-щечный бугорок первого моляра верхней челюсти располагается в межбугровой фиссуре первого моляра нижней челюсти. Зуб 1.1 повернут по оси, зуб 2.3 выше окклюзионной плоскости. Сформулируйте верный клинический диагноз на основе полученных сведений, используя профессиональную терминологию.
4. При осмотре пациента О. мезиально-щечный бугорок первого моляра верхней челюсти располагается впереди межбугровой фиссуры первого моляра нижней

челюсти. Смещение средней линии. Сформулируйте верный клинический диагноз на основе полученных сведений, используя профессиональную терминологию. Отметьте оси, в которых произошли зубочелюстные аномалии.

5. При осмотре пациента О. мезильно-щечный бугорок первого моляра верхней челюсти располагается кзади от межбугровой фиссуры первого моляра нижней челюсти. Верхние резцы наклонены в оральную сторону. Сформулируйте верный клинический диагноз на основе полученных сведений, используя профессиональную терминологию. Отметьте оси, в которых произошли зубочелюстные аномалии.

Тема 3 Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: заболевания ребенка и матери, вредные привычки. Диагностика морфологических и функциональных нарушений при зубочелюстно-лицевых аномалиях. Клиническое обследование.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: письменный опрос

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы:

1. Перечислите основные вредные привычки ребенка, которые могут послужить причиной ортодонтической аномалии.
2. Перечислите вредные привычки, которые могут послужить причиной развития дистальной окклюзии, мезиальной окклюзии, вертикальной резцовой дизокклюзии
3. Охарактеризуйте влияние здоровья матери на ортодонтическое здоровье ребенка
4. Назовите основные диагностические критерии при постановке ортодонтического диагноза
5. Назовите основные группы методов исследования в ортодонтии для постановки диагноза.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Заболевания матери, приводящие к развитию зубочелюстных аномалий.
2. Вредные привычки, приводящие к развитию зубочелюстных аномалий.
3. Способы профилактики ЗЧА.
4. Какое значение имеют данные анамнеза в диагнозе зубочелюстных аномалий?
5. Объясните значение контрольных диагностических моделей и проведения обследования больных с зубочелюстными аномалиями?
6. Дайте характеристику основным биометрическим методам диагностики.
7. Дайте характеристику субъективных методов исследования больного с зубочелюстными аномалиями.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: проверка практических навыков

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Измерение индексов на КДМ (Индекс Тона, Пона, Коркхауза и т.д.)

Тема 4 Гармоничное развитие зубочелюстной системы. Методы диагностики зубочелюстных аномалий. Основные и дополнительные методы диагностики в ортодонтии. Антропометрические методы диагностики.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: тестирование

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

При изучении ТРГ у пациента с дистальной окклюзией среди прочих показателей будет отмечаться:

+Увеличение величин углов SeNA и ANB

Увеличение величин углов SeNB и ANB

Уменьшение величины угла SeNA

Величины углов SeNA, SeNB, ANB при данной патологии остаются в пределах нормы.

При изучении ТРГ у пациента с мезиальной окклюзией среди прочих показателей будет отмечаться:

Увеличение величины угла SeNA

Величины углов SeNA, SeNB, ANB при данной патологии остаются в пределах нормы.

+Увеличение величины угла SeNB

Увеличение величины угла ANB

На ТРГ одним из основных показателей протрузии верхних резцов является:

Увеличение значения межрезцового угла

Увеличение угла $ss - n - sd$

Уменьшение угла $srm - n - id$

+Уменьшение значения межрезцового угла

Согласно поперечно – продольному(черепному, головному) индексу величина менее 75,9 соответствует:

+Долихоцефалической форме головы

Мезоцефалической форме головы

Брахицефалической форме головы

Гипербрахицефалической форме головы

Назовите патологию на основе следующих данных ТРГ: угол SeNA меньше N, SeNB выше N, ANB меньше N, где N-норма

+Мезиальная окклюзия

Дистальная окклюзия

Вертикальная резцовая дизокклюзия

Глубокая резцовая окклюзия

Индекс Тона выражается:

+Отношением суммы ширины четырех верхних резцов к сумме ширины четырех нижних резцов

Отношением суммы ширины четырех нижних резцов к сумме ширины четырех верхних резцов

Отношением суммы поперечных размеров 4 верхних резцов к расстоянию между премолярами

Отношением суммы поперечных размеров 4 верхних резцов к расстоянию между молярами

На ТРГ угол SeNA в норме примерно равен:

80

2

+82

50

Для измерения длины тела нижней челюсти наиболее эффективно использование:

+ТРГ в боковой проекции

ТРГ в прямой проекции

Биометрических методов диагностики

ОПТГ

В норме на ТРГ длина тела нижней челюсти должна быть равна:

Расстоянию между точками N и Se + 2 мм (в сменном прикусе) и + 4 мм (в постоянном прикусе).

Расстоянию между точками N и Se + 5 мм (в сменном прикусе) и + 10 мм (в постоянном прикусе).

Расстоянию между точками N и Se + 6 мм (в сменном прикусе) и + 3 мм (в постоянном прикусе).

+Расстоянию между точками N и Se + 3 мм (в сменном прикусе) и + 6мм (в постоянном прикусе).

Индекс Изара характеризует:

Тип профиля (выпуклый, прямой, вогнутый)

+Форму лица (широкое, среднее, узкое)

Форму головы (долихоцефалическая, мезоцефалическая, брахицефалическая, гипербрахицефалическая)

Высоту головы

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Дайте характеристику основных антропометрических исследований головы, лица, челюстей и зубных дуг.
2. Изложите принцип графического метода изучения формы зубных дуг.
3. Какие патологические изменения височно-нижнечелюстных суставов можно выявить при проведении обзорной рентгенографии и томографии их?
4. Изложите суть метода телерентгенографии лицевого скелета.
5. Назовите основные линейные и угловые параметры при анализе профильной телерентгенограммы.

6. Назовите основные методы исследования функции жевания.
7. Дайте характеристику основным методам исследования функции дыхания.
8. Какие методы исследования применяются при изучении функции речи?
9. Дайте характеристику двух основных типов глотания.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: реферативная работа **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Темы рефератов:

1. Значение ТРГ в практике врача-ортодонта
2. Расчёт ТРГ с использованием компьютерных технологий
3. Антропометрические исследования в современной практике врача-ортодонта
4. Методики расчета ТРГ
5. КТ диагностика в ортодонтии

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

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов.
решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
представление перзентации / реферата	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы
письменный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета по билетам в устной форме

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Оценка	Критерии
Отлично	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно- следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.
Хорошо	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному
Удовлетворительно	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно- следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Практические работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки
Неудовлетворительно	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Практические работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Морфологическая и функциональная характеристика периодов развития прикуса человека: формирующийся молочный прикус, сформированный молочный прикус, сменный прикус
2. Физиологическая стираемость молочных зубов. Виды нарушения стираемости молочных зубов. Причины нарушения стираемости молочных зубов
3. Виды аномалий, развивающихся при нарушении стираемости молочных зубов. Тактика при неравномерной стираемости молочных зубов.
4. Факторы и условия нормального прорезывания резцов нижней челюсти. Рентгенологические признаки правильного прорезывания резцов нижней челюсти.
5. Морфологическая и функциональная характеристика периодов развития прикуса человека: постоянный прикус
6. Функциональные нарушения и зубочелюстные аномалии, связанные с нарушениями развития уздечки языка. Клиника. Показания к хирургической коррекции. Оптимальные сроки операции
7. Этиология зубочелюстных аномалий, взаимосвязь зубочелюстных аномалий с общими нарушениями организма.
8. Классификация зубочелюстных аномалий: классификация Энгля, современная классификация зубочелюстных аномалий.
9. Виды мышечных дисфункций. Нарушения развития зубочелюстной системы при мышечных дисфункциях. Аппараты для коррекции мышечных дисфункций.
10. Оценка функций у пациентов с зубочелюстными аномалиями.
11. Изучение контрольно-диагностических моделей пациентов с зубочелюстными аномалиями.
12. Методы лечения зубочелюстных аномалий. Показания к выбору различных методов
13. Методы лечения зубочелюстных аномалий в период временного прикуса. Ортодонтические аппараты.
14. Миогимнастика как метод лечения зубочелюстных аномалий. Аппараты и приспособления для миогимнастики.
15. Методы лечения зубочелюстных аномалий в период сменного прикуса. Ортодонтические аппараты.
16. Ортодонтические аппараты. Классификация аппаратов.
17. Классификация ортодонтических аппаратов. Принципы действия механических и функциональных аппаратов
18. Виды аномалий уздечки языка. Клиника зубочелюстных аномалий при укороченной уздечке языка. Показания к хирургической коррекции. Оптимальные сроки операции.
19. Этиология, классификация и клиника аномалий отдельных зубов: аномалии числа зубов, аномалии прорезывания зубов, аномалии размеров зубов
20. Роль смещения нижней челюсти в возникновении зубочелюстных аномалий. Диагностика и методы коррекции.
21. Анкилоз молочных зубов. Этиология, клиника, диагностика. Методы лечения.
22. Сверхкомплектные зубы. Клиника нарушений зубных рядов и прикуса при наличии сверхкомплектных зубов. Диагностика, лечение.
23. Ретенция постоянных зубов. Причины. Клиническая и рентгенологическая диагностика. Принципы лечения ретенции зубов. Методы хирургического обнажения ретенированных зубов.
24. Этиология, патогенез, клиника и принципы лечения дизоокклюзии зубных рядов.
25. Функциональные нарушения при резцовой дизоокклюзии. Аппараты для коррекции.
26. Этиология, патогенез, клиника и принципы лечения дизоокклюзии зубных рядов.
27. Этиология, патогенез, клиника и принципы лечения глубокой резцовой окклюзии зубных рядов.
28. Этиология, патогенез, клиника и принципы лечения мезиального прикуса.
29. Этиология, патогенез, клиника и принципы лечения дистального прикуса II класса I подкласса по Энгля.
30. Диастема. Причины, клиника, показания к лечению. Методы лечения
31. Диастема. 2 сценария смены молочных зубов при адентии постоянных боковых резцов. Методы управления сменой фронтальных зубов
32. Аномалии и деформации зубных дуг. Классификация, взаимосвязь с различными аномалиями прикуса, принципы лечения.
33. Этиология, клиника и принципы лечения аномалий отдельных зубов: аномалии положения зубов
34. Виды функциональных и морфологических нарушений зубных рядов и прикуса при ранней потере зубов у детей
35. Причины ранней потери зубов у детей. Профилактическое протезирование, виды протезов. Показания к профилактическому протезированию.

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

1. Пациентка Д., 24 года. Жалобы на эстетические нарушения. При изучении лицевых признаков установлено: верхняя губа выступает вперед, подбородок смещен назад, режущие края верхних резцов расположены на нижней губе.
Осмотр полости рта: смыкание зубов соответствует II классу I подклассу. Сагиттальная щель 12 мм. Укороченная уздечка языка, мелкое преддверие полости рта.
1. Какой окклюзии соответствуют лицевые признаки и соотношение зубных рядов?
2. В данном клиническом случае, какие необходимо провести дополнительные методы обследования?

3. Какой метод лечения целесообразен в данном возрасте?
4. В чем будет заключаться подготовка перед началом ортодонтического лечения?

Ответ:

1. Дистальная окклюзия
2. Рентгенологические (ОПТГ/КТ, ТРГ), биометрические (анализ КДМ), антропометрические методы диагностики
3. Несъёмная техника (брекет-система)
4. Хирургическая подготовка: коррекция уздечки языка, мелкого преддверия полости рта.

2. Пациент С., 11 лет 8 мес. Родителей не устраивает эстетика лица.

При изучении лицевых признаков определяется смещение подбородка вперед, верхняя губа западает (не выражена). В полости рта смыкание зубов в области клыков и моляров соответствует III классу Энгля.

Резцы верхней челюсти и нижней челюсти находятся в прямом смыкании.

Уздечка языка укорочена. Язык расположен на дне полости рта.

1. Какие необходимо провести дополнительные методы обследования для постановки окончательного диагноза?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какой метод лечения целесообразен в данном возрасте?
4. Какой фактор риска привел к развитию данной патологии окклюзии?

Ответ:

1. Рентгенологические (ОПТГ/КТ, ТРГ), биометрические (анализ КДМ), антропометрические методы диагностики
2. Мезиальная окклюзия. III Класс по Энглю в области клыков и моляров. Короткая уздечка языка.
3. Лечение на съёмных аппаратах (аппарат Френкеля III типа), трейнер i3

3. Пациент 8 лет. Жалобы на неправильно расположенные зубы, эстетические нарушения. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту; тесное положение резцов на верхней челюсти; поворот по оси 11, 21; 12, 22 расположены небно. Индекс Тона = 1,33. Зубные ряды сужены.

1. Какие необходимо провести дополнительные методы обследования для постановки окончательного диагноза?
2. С какой целью необходимо сделать снимок ОПТГ?
3. Какой метод лечения целесообразен в данном возрасте?

Ответ:

1. Рентгенологические (ОПТГ/КТ, ТРГ), биометрические (анализ КДМ), антропометрические методы диагностики
2. Контроль прорезывания постоянных зубов. Анализ наличия/отсутствия зачатков постоянных зубов, их расположения. Анализ состояния костной ткани. Идентификация (в случае наличия) сверхкомплектных зубов.
3. Съёмные аппараты (пластинка на верхнюю челюсть с ортодонтическим винтом, вестибулярной дугой и протрагирующими пружинами на зуб 1.2, 2.2)

4. Пациентке Ф. 6 лет., направлена на консультацию к ортодонт из хирургического отделения с диагнозом низкое прикрепление уздечки верхней губы.

При осмотре: ранняя потеря резцов на верхней челюсти. Зубы 11, 21 в стадии прорезывания. Уздечка верхней губы прикреплена к краю альвеолярного отростка, широкая. Места верхним резцам достаточно. Имеются разрушенные коронки зубов 55 и 65.

1. Как определить степень формирования корней зубов 11, 21?
2. Какие рекомендации должен дать врач-ортодонт по поводу уздечки верхней губы?
3. Какие рекомендации нужно дать по поводу разрушенных зубов 55, 65?

Ответ:

1. по ОПТГ
2. Произвести коррекцию уздечки верхней губы после полного прорезывания 1.1.2.1.3.
3. Терапевтическое лечение по возможности. При невозможности – удаление с временным протезированием/изготовлением хранителя места до прорезывания постоянных зубов.

5. Девочка 8 лет. Родители обратились с жалобой на прорезывание нижних резцов вне зубного ряда.

Клиническое обследование выявило: конфигурация лица правильная, короткая уздечка языка.

Зубная формула:

16	55	54	53	0	11	21	0	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	0	75	36

42 и 32 зубы смещены язычно, места в зубном ряду недостаточно. Смыкание моляров по I классу Энгля.

1. Соответствует ли зубная формула возрасту?
2. Возможные причины неправильного положения 42 и 32 зубов?
3. Для выявления возможной причины неправильного положения 32 и 42 зубов, какие необходимо применить дополнительные методы исследования?
4. От каких факторов зависит выбор метода лечения (ортодонтический, хирургический, комбинированный)?

Ответ:

1. Раннее удаление 7.4
2. Возможно позднее удаление молочных резцов: 7.2.,8.2
3. Рентгенологические (ОПТГ, прицельный снимок)
4. От результатов исследования данных ОПТГ

6. У ребенка 11 лет жалобы на аномалию прикуса. Из анамнеза установлено, что девочка в раннем детском возрасте сосала большой палец. Внешний осмотр: бледные покровы лица. Сглаженность носогубных складок. Нижняя треть лица западает.

Осмотр полости рта: удлинение зубного ряда верхней челюсти. Зубной ряд нижней челюсти имеет форму трапеции. При смыкании зубов в центральной окклюзии жевательные зубы имеют по одноименному антагонисту. Сагиттальная щель размером в 10 мм. Дообследуйте больного. Наметьте план лечения.

1. Какой дополнительный метод обследования для уточнения диагноза следует провести?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Принцип ортодонтического лечения для данного клинического случая?

Ответ:

1. Рентгенологические (ОПТГ, ТРГ)
2. Сагиттальная резцовая дизокклюзия
3. Трейнер, съёмный аппарат (функции Френкеля I типа)

7. Пациентка А., 8 лет. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту.

Между 11 и 21 зубами диастема = 4 мм; на рентгенограмме между корнями 11 и 21 зубов – зачаток сверхкомплектного зуба.

1. Последовательность лечения данного пациента.
2. Какую конструкцию съёмного ортодонтического аппарата необходимо использовать?
3. Какую необходимо использовать ортодонтическую пружину в конструкции ортодонтического аппарата при лечении данного пациента?

Ответ:

1. Хирургический этап: удаление зачатка сверхкомплектного зуба, далее ортодонтическое лечение – съёмный аппарат – пластинка на верхнюю челюсть с 2мя рукообразными пружинами и кламмерами.
2. съёмный аппарат – пластинка на верхнюю челюсть с 2мя рукообразными пружинами и кламмерами.
3. рукообразная пружина

8. Пациент Р., 6 лет. При осмотре полости рта — период прикуса молочных зубов, при глотании и речи язык располагается между резцами. Вертикальная щель - 5 мм.

1. Какой окклюзии соответствует клиническая картина?
2. Какие методы необходимы для полной диагностики нарушений зубочелюстной системы?
3. Для устранения данной аномалии, что необходимо использовать в конструкции аппарата?
4. С помощью чего можно регулировать функцию языка?

Ответ:

1. Вертикальная резцовая дизокклюзия
2. Рентгенологические (ОПТГ, ТРГ, КТ), биометрические (исследование КДМ), антропометрические
3. Заслонка для языка
4. С помощью заслонки для языка

9. Пациент С., 10 лет. Жалобы на ассиметричное положение подбородка. При осмотре полости рта определена перекрестная окклюзия, смещение косметического центра.

1. С помощью какого дополнительного метода обследования можно выявить гнатическую форму перекрестной окклюзии?
2. С помощью какого дополнительного метода обследования можно выявить суставную форму перекрестной?
3. Врач какой специальности проводит лечение суставной формы перекрестной окклюзии?

Ответ:

1. Рентгенологический - ТРГ
2. Рентгенологический: ТРГ, зонография, КТ, МРТ
3. Гнатолог

10. Пациент Ф., 9 лет. Жалобы на неправильное положение передних зубов. Зубная формула соответствует возрасту. При осмотре полости рта определено скученное положение передней группы верхнего и нижнего зубных рядов. Поворот по оси 12,11,21,22,31,32,41,42 зубов.

1. С помощью каких методов можно определить степень выраженности аномалии?
2. Что может вызвать скученность?
3. С помощью чего можно провести лечение скученного положения зубов?
4. Какой конструктивный элемент должен быть включен в конструкцию съемного ортодонтического аппарата для лечения данной аномалии?

Ответ:

1. Рентгенологические, биометрические
2. кариес и его осложнения, зубной камень, гингивит
3. съёмный аппарат: пластинка на верхнюю и нижнюю челюсть с ортодонтическим винтом и вестибулярной дугой
4. ортодонтический винт

11. Пациент К., 12 лет. Жалобы на неправильное положение клыков верхней челюсти. При осмотре полости рта вестибуло- и супраположение зубов 13, 23; место в зубном ряду для них отсутствует, в боковых отделах - дистальная окклюзия. Зубная формула соответствует возрасту.

1. Что могло быть причиной развития данной аномалии?
2. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести для определения причины аномалии и постановки окончательного диагноза?
3. Принципы, используемые для лечения данного клинического случая?

Ответ:

1. позднее удаление 5.3, 6.3 з
2. рентгенологические (ОПТГ, ТРГ), биометрические (исследование КДМ)
3. создание места в зубном ряду при супрапозиции зубов 1.3.,2.3, далее постепенное введение (поочередное) зубов в зубную дугу.

12. Пациентка Ц., 9 лет. Жалобы на отсутствие центрального правого резца верхней челюсти. Зубная формула соответствует возрасту. Отсутствует 11-й зуб, места для него недостаточно, 12-й зуб наклонен мезиально.

1. Какова последовательность обследования пациента?
2. Какое рентгенологическое исследование при данной аномалии целесообразно?
3. Какой причиной может быть ретенция резца?

Ответ:

1. Рентгенологические (ОПТГ, прицельный снимок), биометрические (исследование КДМ) методы диагностики
2. ОПТГ
3. Причины могут быть разные:
 - наследственная предрасположенность, например, синдром черепно- ключичный дизостоз
 - раннее удаление молочных зубов, формирования толстого слоя кости на пути прорезывания
 - аномальное расположение зачатков постоянных зубов в челюсти, при котором коронка ретинированного зуба направлена в корень соседнего, создавая проблемы не только для прорезывания зуба, но и для состояния соседних зубов;
 - наличие на пути режущегося зуба сверхкомплектных зубов
 - анкилоз зуба в результате травмы молочного предшественника

13. Пациентка С., 13 лет. Жалобы на отсутствие верхних боковых резцов. При осмотре полости рта определено отсутствие 12-го и 22-го зубов, диастема на верхней челюсти, дистальная окклюзия зубных рядов. На прицельной рентгенограмме установлено отсутствие зачатков 12-го и 22-го зубов.

1. Чему соответствует данная клиническая картина?
2. Какая последовательность лечения данной аномалии? Участие каких специалистов необходимо?
3. Какой ортодонтической аппаратурой целесообразно проводить лечение данного пациента?

Ответ:

1. Частичная первичная адентия з.1.2,2.2, диастема на верхней челюсти. Дистальная окклюзия.
2. Необходимо участие врача-стоматолога ортопеда и врача-стоматолога - хирурга, если принимается решение о создании места в зубном ряду под импланты в области отсутствующих з.1.2 и 2.2 и далее восстановлению дефекта с помощью ортопедических конструкций. Вариант возможен по достижении пациентом 18 – 20 лет. Иной вариант – закрытие промежутков с помощью брекет – системы и реставрация коронковой части клыков под боковые резцы.
3. Брекет – система.

14. Пациентка Ю., 8 лет. При осмотре полости рта определена обратная резцовая окклюзия, смыкание боковых зубов - физиологическое.

1. В какой плоскости изменены зубные ряды в данном случае?
2. Какие ортодонтические аппараты необходимы для лечения данной пациентки?
3. Для лечения данной аномалии, в конструкцию аппарата какие должны входить элементы?

Ответ:

1. Сагиттальная плоскость. Фронтальный отдел
2. Каппа Шварца/аппарат Брюкля/пластинка на верхнюю челюсть с секторальным распилом, ортодонтическим винтом и окклюзионными накладками.
3. В случае с пластинкой – ортодонтический винт, окклюзионные накладки, секторальный распил. В случае с каппой Шварца и аппаратом Брюкля- наклонная плоскость.

15. Больной 12 лет. Жалоб не предъявляет. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту, определена левосторонняя перекрестная окклюзия. При обследовании больной установлено, что нарушение окклюзии произошло за счет деформации зубной дуги нижней челюсти, а именно, вследствие орального наклона 34, 35, 36, 37.

1. Какой метод диагностики позволит определить оральный наклон 34, 35, 36,37?
2. Какой ортодонтический аппарат по способу фиксации, учитывая возраст пациента целесообразно использовать?
3. Изменение положения каких зубов необходимо проводить?

Ответ:

1. Биометрический (исследование КДМ)
2. Пластинка на верхнюю челюсть с секторальным распилом, ортодонтическим винтом и окклюзионными накладками.

3. 3.3.4,3.5,3.6,3.7

16. Пациентка 9 лет. Жалобы на затрудненное откусывание пищи. При осмотре полости рта отмечается удлинение нижней части. Зубная формула соответствует возрасту. При смыкании зубов определяется вертикальная щель между передними зубами размером в 4 мм. Верхние и нижние резцы имеют вестибулярный наклон с образованием промежутков между ними.

1. Признаком какой аномалии прикуса является вертикальная щель?
2. Причины, которые могли привести к данной зубочелюстной аномалии?
3. Составьте план лечения данного пациента.

Ответ:

1. Вертикальная резцовая дизокклюзия. Протрузия верхних и нижних резцов
2. Рахит/вредные привычки
3. Диагностический этап (рентгенологические, биометрические, антропометрические методы диагностики), лечебный (аппарат функции Френкеля IV типа, трейнер),

17. Ребенок 12 лет явился на профилактический осмотр. При осмотре полости рта определяется: основание уздечки верхней губы «вплетается» в гипертрофированный десневой сосочек, который бледнеет при оттягивании верхней губы. Расстояние между 11 и 21 составляет 3 мм. Поворот по оси зубов 31,32,41,42.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Методы дополнительной диагностики, необходимые для постановки окончательного диагноза.
3. Составьте план лечения данного пациента.

Ответ:

1. Широкая и короткая уздечка верхней губы. Диагема верхней челюсти 3 мм. 3.3.1,3.2.4.1,4.2 – тортоаномалия.
2. рентгенологические(ОПТГ), биометрические(исследование КДМ), антропометрические методы диагностики
3. Коррекция уздечки верхней губы. Лечение на брекет – системе.

18. Пациент М., 14 лет. Жалобы на неправильное положение верхних передних зубов. Ранее ортодонтическое лечение не получал. При осмотре полости рта: соотношение моляров справа и слева – 2 класс по Энглю, небное положение зубов 1.2 и 2.2; вестибуло- и супраположение зубов 1.3 и 2.3, дефицит места.

1. Укажите дополнительные методы диагностики, необходимые для уточнения диагноза.
2. Выберите тактику лечения.

Ответ:

1. рентгенологические(ОПТГ), биометрические(исследование КДМ), антропометрические методы диагностики
2. Несъемная техника. Брекет-система

19. Больная 11 лет. Жалобы на косметический дефект, нарушение речи, полукрытый рот. При осмотре больной отмечается сагиттальная щель размером в 6 мм. Верхние зубы полностью перекрывают нижние. Дыхание ротовое. Ребенок прикусывает нижнюю губу.

1. Поставьте предварительный диагноз по описанной клинической картине.
2. Что является возможной причиной развития сагиттальной щели?
3. С помощью каких методов обследования возможно поставить окончательный диагноз?
4. Что необходимо для устойчивого результата ортодонтического лечения?

Ответ:

1. Дистальная окклюзия. Глубокое травмирующее резцовое перекрытие.
2. Вредная привычка – закусывание нижней губы, ротовое дыхание
3. рентгенологические(ОПТГ), биометрические(исследование КДМ), антропометрические методы диагностики
4. консультация ЛОР, устранение вредной привычки

20. Ребенок 13 лет, конфигурация лица изменена за счёт уменьшения нижнего отдела лица по отношению к верхнему и среднему. Выражена подбородочная складка. В полости рта верхние передние зубы полностью перекрывают нижние, 11,21 наклонены орально, 12,22 вестибулярно. Зубные ряды в боковых отделах контактируют по II классу Энгля.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Опишите конструкцию ортодонтических аппаратов, используемых для устранения данной патологии.

Ответ:

1. Дистальная окклюзия. Глубокое травмирующее резцовое перекрытие. 3.1.1,2.1 – ретрузия, 3.1.2,2.2 – протрузия
2. Брекет-система (дуга+брекеты, щечные трубки на молярах)

21. Пациент Р. 8 лет. При изучении лицевых признаков определяется смещение подбородка вперед, верхняя губа западает (не выражена). В полости рта смыкание зубов в области клыков и моляров соответствует III классу Энгля.

Резцы верхней челюсти и нижней челюсти находятся в прямом смыкании.

Уздечка языка укорочена. Язык расположен на дне полости рта.

1. Какие необходимо провести дополнительные методы обследования для постановки окончательного диагноза?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какой метод лечения целесообразен в данном возрасте?
4. Какой фактор риска привел к развитию данной патологии окклюзии?

Ответ:

1. рентгенологические(ОПТГ), биометрические(исследование КДМ), антропометрические методы диагностики
2. Меziальная окклюзия. Прямая резцовая окклюзия. Короткая уздечка языка.

3. Съёмный аппарат:

-аппарат функции Френкеля III типа

-трейнер i3

22. Пациент В. 13 лет. Жалобы: на неправильное положение верхних зубов. При внешнем осмотре лица: профиль лица скошен назад. Резцы верхней челюсти перекрывают резцы нижней челюсти более чем на 1/3 коронки. Поставьте предварительный диагноз. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.

Ответ:

1. Глубокое резцовое перекрытие (более 1/3)
2. рентгенологические(ОПТГ), биометрические(исследование КДМ), антропометрические методы диагностики

23. Пациентке Ф. 6 лет. Направлена на консультацию к ортодонту из хирургического отделения с диагнозом низкое прикрепление уздечки верхней губы.

При осмотре: ранняя потеря резцов на верхней челюсти 11, 21 в стадии прорезывания. Уздечка верхней губы прикреплена к краю альвеолярного отростка, широкая. Места верхним резцам достаточно. Имеются разрушенные коронки 55 и 65.

1. Как определить степень формирования корней зубов 11, 21?
2. Какие рекомендации должен дать врач-ортодонт по поводу уздечки верхней губы?
3. Какие рекомендации нужно дать по поводу разрушенных зубов 55, 65?

Ответ:

1. по ОПТГ
2. Произвести коррекцию уздечки верхней губы после полного прорезывания 1.1,2.1.3.
3. Терапевтическое лечение по возможности. При невозможности – удаление с временным протезированием/изготовлением хранителя места до прорезывания постоянных зубов.

24. Девочка 8 лет. Родители обратились с жалобой на прорезывание нижних резцов вне зубного ряда.

Клиническое обследование выявило: конфигурация лица правильная.

Зубная формула:

16	55	54	53	0	11	21	0	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	0	75	36

42 и 32 зубы смещены язычно, места в зубном ряду недостаточны. Смыкание моляров по I классу Энгля.

1. Соответствует ли зубная формула возрасту?
2. Возможные причины неправильного положения 42 и 32 зубов?
3. Для выявления возможной причины неправильного положения 32 и 42 зубов, какие необходимо применить дополнительные методы исследования?
4. От каких факторов зависит выбор метода лечения (ортодонтический, хирургический, комбинированный)?

Ответ:

1. Раннее удаление 7.4
2. Возможно позднее удаление молочных резцов: 7.2.,8.2
3. Рентгенологические (ОПТГ, прицельный снимок)
4. От результатов исследования данных ОПТГ

25. У ребенка 11 лет жалобы на аномалию прикуса. Из анамнеза установлено, что девочка в раннем детском возрасте сосала большой палец. Внешний осмотр: бледные

покровы лица. Сглаженность носогубных складок. Нижняя треть лица западает.

Осмотр полости рта: удлинение зубного ряда верхней челюсти. Зубной ряд нижней челюсти имеет форму трапеции. При смыкании зубов в центральной окклюзии жевательные зубы имеют по одноименному антагонисту. Сагиттальная щель размером в 10 мм. Дообследуйте больного. Поставьте предварительный диагноз. Наметьте план лечения.

1. Какой дополнительный метод обследования для уточнения диагноза следует провести?
2. Поставьте дополнительный диагноз.
3. Принцип ортодонтического лечения для данного клинического случая?

Ответ:

1. Рентгенологические (ОПТГ, ТРГ)
2. Сагиттальная резцовая дизокклюзия
3. Трейнер, съёмный аппарат (функции Френкеля I типа)

26. Пациентка А., 8 лет. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту.

Между 11 и 21 зубами диастема = 4 мм; на рентгенограмме между корнями 11 и 21 зубов — зачаток сверхкомплектного зуба.

1. Последовательность лечения данного пациента.
2. Какую конструкцию съёмного ортодонтического аппарата необходимо использовать?
3. Какую необходимо использовать ортодонтическую пружину в конструкции ортодонтического аппарата при лечении данного пациента?

Ответ:

1. Хирургический этап: удаление зачатка сверхкомплектного зуба, далее ортодонтическое лечение – съёмный аппарат – пластинка на верхнюю челюсть с 2мя рукообразными пружинами и кламмерами.
2. съёмный аппарат – пластинка на верхнюю челюсть с 2мя рукообразными пружинами и кламмерами.
3. рукообразная пружина

27. Пациентка С. 13 лет обратилась с жалобами на неправильное положение зубов в переднем отделе верхней челюсти и эстетические нарушения. При осмотре полости рта выявлено смыкание первых постоянных моляров, соответствующее I классу по Энгля. Обратное резцовое перекрытие. Клыки верхней челюсти находятся в вестибулярном и супраположении. На нижнем зубном ряду видимых нарушений не обнаруживается.

1. Опишите признаки смыкания первых постоянных моляров по I классу Энгля.
2. Как называется аномалия окклюзии в переднем отделе?
3. Какие элементы должен иметь в своей конструкции съёмный ортодонтический аппарат для лечения данной аномалии?
4. Какой режим активации механически-действующих элементов этого аппарата?

Ответ:

1. Мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти располагается в межбугровой фиссуре первого моляра нижней челюсти.
2. Обратное резцовое перекрытие.
3. Пластинка на верхнюю челюсть с секторальным распилом, ортодонтическим винтом и окклюзионными накладками.
4. На четверть оборота по стрелке 1 раз в неделю активация винта.

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

1. Назовите аномалию окклюзии во фронтальном отделе.
3. Каковы этиологические факторы нарушения положения резцов нижней челюсти?
3. Тактика лечения

Ответ:

1. Скученность зубов нижней челюсти. Глубокое травмирующее резцовое перекрытие.
2. дефицит места для прорезывания постоянных зубов.
3. Для исправления глубокого резцового перекрытия- пластинка на верхнюю челюсть съёмная с прямой плоскостью. Для исправления скученности на нижней челюсти – пластинка на нижнюю челюсть съёмная с ортодонтическим винтом и вестибулярной дугой.

29. При осмотре лица пациента Р., 9 лет, определяется выпуклый профиль, скошенный подбородок, выраженная надподбородочная складка и полное перекрытие резцов нижней челюсти резцами верхней челюсти. Соотношение боковых зубов по II классу по Энгля.

1. Для какой аномалии характерны лицевые признаки данного пациента?
2. Какие методы диагностики необходимо провести?
3. Какие принципы лечения таких пациентов?
4. Каковы профилактические мероприятия по предотвращению возникновения или развития данной аномалии необходимо проводить?

Ответ:

1. Глубокое резцовое перекрытие
2. рентгенологические(ОПТГ), биометрические(исследование КДМ), антропометрические методы диагностики
3. Использование пластинки съёмной на верхнюю челюсть с прямой плоскостью или трейнер.
4. Введение в рацион ребенка жесткой пищи. Контроль «ключа окклюзии» - 1 постоянного моляра.

30. Родители ребенка 3-х лет обратились к ортодонт с просьбой обследовать его на предмет наличия патологии прикуса. Ребенок похож на отца, у которого определяется выступающий подбородок, уменьшение нижней трети лица, выражены носогубные складки, в полости рта мезиальный прикус. В анамнезе у ребенка частые простудные заболевания носоглотки, воспаление легких, искусственное вскармливание с 2 месяцев. В полости рта 20 молочных зубов, форма верхнего и нижнего зубного ряда полукруг. Нижние фронтальные зубы находятся впереди верхних, перекрывают их на 2/3 высоты и между ними имеется сагиттальная щель около 3 мм, в боковом участке каждый верхний зуб имеет одного позади стоящего антагониста нижней челюсти.

1. Какие данные анамнеза подтверждают развитие у ребенка аномалии прикуса?
2. Соответствует ли зубная формула возрастной норме?
3. В каких направлениях отмечается нарушение смыкания зубных рядов?
4. Составьте план лечения.

1. наличие аналогичной аномалии у родителя, частые простудные заболевания носоглотки, воспаление легких, искусственное вскармливание с 2 месяцев

2. да, соответствует.
3. сагиттальное направление

4. коррекция питания, тренер і3

31. Пациентка А. 9 лет. Жалобы на затрудненное откусывание пищи. При осмотре лица: верхняя губа западает, подбородок смещен вперед, профиль слегка вогнутый. В полости рта: обратная резцовая дизокклюзия, мезиальный щечный бугор первого моляра верхней челюсти контактируют с дистальным щечным бугром моляра (слева и справа) нижней челюсти.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы диагностики.

Ответ:

1. Мезиальная окклюзия. Обратная резцовая дизокклюзия.
2. рентгенологические(ОПТГ), биометрические(исследование КДМ), антропометрические методы диагностики

32. Пациент С., 11 лет 8 мес. Родителей не устраивает эстетика лица.

При изучении лицевых признаков определяется смещение подбородка вперед, верхняя губа западает (не выражена). В полости рта смыкание зубов в области клыков и моляров соответствует III классу Энгля.

Резцы верхней челюсти и нижней челюсти находятся в прямом смыкании.

Уздечка языка укорочена. Язык расположен на дне полости рта.

1. Какие необходимо провести дополнительные методы обследования для постановки окончательного диагноза?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какой метод лечения целесообразен в данном возрасте?

Ответ:

1. Рентгенологические (ОПТГ/КТ, ТРГ), биометрические (анализ КДМ), антропометрические методы диагностики
2. Мезиальная окклюзия. III Класс по Энглю в области клыков и моляров. Прямая резцовая окклюзия. Короткая уздечка языка.
3. Лечение на съёмных аппаратах (аппарат Френкеля III типа), тренер і3

33. Пациентка 10 лет, родилась в срок. Вскармливание искусственное. В детстве часто болела (грипп, ОРЗ, корь). Вредная привычка: ротовое дыхание. При внешнем осмотре отмечается несмыкание губ, рот полуоткрыт. Язык располагается между зубами. В полости рта имеется вертикальная щель – 5 мм.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какой фактор риска привел к развитию данной патологии окклюзии?

Ответ:

1. Вертикальная резцовая дизокклюзия
2. Устранение вредной привычки (ротовое дыхание). Тренер или аппарат функции Френкеля IV типа.
3. Ротовое дыхание

34. Пациентке Ф. 6 лет, направлена на консультацию к ортодонту из хирургического отделения с диагнозом низкое прикрепление уздечки верхней губы.

При осмотре: ранняя потеря резцов на верхней челюсти. Зубы 11, 21 в стадии прорезывания. Уздечка верхней губы прикреплена к краю альвеолярного отростка, широкая. Места верхним резцам достаточно. Имеются разрушенные коронки 55 и 65.

1. Как определить степень формирования корней зубов 11, 21?
2. Какие рекомендации должен дать врач-ортодонт по поводу уздечки верхней губы?
3. Какие рекомендации нужно дать по поводу разрушенных зубов 55, 65?

Ответ:

1. по ОПТГ
2. Произвести коррекцию уздечки верхней губы после полного прорезывания з.1.1,2.1
3. Терапевтическое лечение по возможности. Если терапевтическое лечение невозможно – удаление с последующим временным протезированием/изготовлением хранителя места до прорезывания зубов 1.5,2.5

35. Родители пациента К. 8 лет обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости в лечении. При осмотре полости рта определяется скученное положение резцов нижней челюсти, центральные резцы повернуты по оси, боковые – находятся в язычном положении. Центральные резцы верхней челюсти при смыкании с резцами нижней челюсти полностью их перекрывают с вестибулярной стороны.

1. Назовите аномалию окклюзии во фронтальном отделе.
3. Каковы этиологические факторы нарушения положения резцов нижней челюсти?

3. Тактика лечения

Ответ:

1. Скученность зубов нижней челюсти. Глубокое травмирующее резцовое перекрытие.
2. дефицит места для прорезывания постоянных зубов.
3. Для исправления глубокого резцового перекрытия- пластинка на верхнюю челюсть съёмная с прямой плоскостью. Для исправления скученности на нижней челюсти – пластинка на нижнюю челюсть съёмная с ортодонтическим винтом и вестибулярной дугой.

36. Пациентка А., 8 лет. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту. Между 11 и 21 зубами диастема = 4 мм; на рентгенограмме между корнями 11 и 21 зубов — зачаток сверхкомплектного зуба.

1. Последовательность лечения данного пациента.
2. Какую конструкцию съёмного ортодонтического аппарата необходимо использовать?
3. Какую необходимо использовать ортодонтическую пружину в конструкции ортодонтического аппарата при лечении данного пациента?

Ответ:

1. Хирургический этап: удаление зачатка сверхкомплектного зуба, далее ортодонтическое лечение – съёмный аппарат – пластинка на верхнюю челюсть с 2мя рукообразными пружинами и кламперами.
2. съёмный аппарат – пластинка на верхнюю челюсть с 2мя рукообразными пружинами и кламперами.
3. рукообразная пружина

37. Пациентка И. 15 лет обратилась с жалобами на затрудненное откусывание твердой пищи. При внешнем осмотре отмечено смещение подбородка вперед, удлинение нижней трети лица. В полости рта: мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти расположен позади межбугровой фиссуры первого моляра нижней челюсти.

1. Укажите дополнительные методы диагностики, необходимые для уточнения диагноза. Обоснуйте.
2. Выберите тактику лечения.

Ответ:

1. Рентгенологические (ОПТГ, ТРГ), биометрические (исследование КДМ), антропометрические
2. Лечение на брекет-системе.

38. Пациент Ф., 9 лет. Жалобы на неправильное положение передних зубов. Зубная формула соответствует возрасту. При осмотре полости рта определено скученное положение передней группы верхнего и нижнего зубных рядов.

1. Что может вызвать скученность?
2. С помощью чего можно провести лечение скученного положения зубов?
3. Какой конструктивный элемент должен быть включен в конструкцию съёмного ортодонтического аппарата для лечения данной аномалии?

Ответ:

1. Дефицит места для прорезывания постоянных зубов.
2. Пластинка на нижнюю челюсть съёмная с ортодонтическим винтом и сагиттальным распилом.
3. Ортодонтический винт.

39. Пациент К., 12 лет. Обратился в стоматологическую поликлинику. В полости рта зубы 13,23 расположены вестибулярно в положении супраокклюзии. Места в зубном ряду недостаточно на 1/2 ширины зуба. Соотношение 16,26,36,46 по II классу Энгля. Верхний зубной ряд перекрывает нижний более чем на 1/3 высоты коронки

нижних резцов.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести для определения причины аномалии и постановки окончательного диагноза?

3. Принцип, используемый для лечения супраположения зубов?

Ответ:

1. Дистальная окклюзия. Глубокое резцовое перекрытие. зуб 1.3,2.3. – супраположение.

2. Рентгенологические (ОПТГ, ТРГ), биометрические (исследование КДМ), антропометрические

3. Перед тем как возвращать з.1.3,2.3 в зубной ряд, необходимо позаботиться о создании места в зубном ряду для этих зубов

Пациентка Ю., 8 лет. При осмотре полости рта определена обратная резцовая окклюзия, смыкание боковых зубов - физиологическое.

1. В какой плоскости изменены зубные ряды в данном случае?

2. Какие ортодонтические аппараты необходимы для лечения данной пациентки?

3. Для лечения данной аномалии, какие должны входить элементы в конструкцию аппарата

1. Сагиттальная плоскость. Фронтальный отдел

2. Каппа Шварца/аппарат Брюкля/пластинка на верхнюю челюсть с секторальным распилом, ортодонтическим винтом и окклюзионными накладками.

3. В случае с пластинкой – ортодонтический винт, окклюзионные накладки, секторальный распил. В случае с каппой Шварца и аппаратом Брюкля- наклонная плоскость.

Тестовые задания для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий.

Тестирование обучающихся проводится в информационной системе Университета

Образец зачетного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра _____
направление подготовки (специальность) _____
дисциплина _____

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № ____

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

1.
2.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

1.
2.

Заведующий кафедрой _____ (_____)

Декан _____ факультета _____ (_____)

« ____ » _____ 20 ____

Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.

Ортодонтические аппараты, имеющиеся в наличии на кафедре терапевтической стоматологии.

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1.	ПК-1 Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Знать возрастные периоды профилактики зубочелюстных аномалий. Основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения. Факторы риска возникновения зубочелюстных аномалий.	Вопросы № 1,2,3,4,5,6,7,8, 14
		Уметь выявлять факторы риска развития зубочелюстных аномалий в разные периоды формирования зубочелюстной системы.	Практические задания № 1,33,40
		Владеть методами устранения причинных факторов аномалий зубочелюстной системы, алгоритмом применения профилактических ортодонтических аппаратов.	Практические задания № 37,38
2.	ПК-5 Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания.	Знать методы исследования в ортодонтии.	Вопросы № 18,19,20,21,22,23,24,26,27,28,29
		Уметь собрать полный медицинский анамнез ортодонтического пациента, интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза	Практические задания № 15,16,17,19,20
		Владеть основными и дополнительными методами обследования челюстно-лицевой области; интерпретацией	Практические задания № 22,34

		результатов антропометрических, биометрических, функциональных, лучевых методов диагностики у пациентов разного возраста.	
3.	ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи	Знать Этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику заболеваний челюстно-лицевой области и полости рта	Вопросы № 11,12,13,15,16,17,25,30,31,32,33,34,35
		Уметь провести обследование пациента стоматологического профиля с ортодонтической патологией, поставить диагноз, заполнить соответствующую документацию	Практические задания № 5,9,10,11
		Владеть методами лечения стоматологических заболеваний	Практические задания № 12,13,22
4.	ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знать методы немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Вопросы № 11,12,13,15,16,17,25,30,31,32,33,34,35
		Уметь применять методы немедикаментозной терапии у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Практические задания № 5,9,10,11
		Владеть методами лечения немедикаментозной терапии у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Практические задания № 12,13,22

11. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Физиотерапия в стоматологии»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

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

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

ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в стоматологической помощи

ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.

Вопросы

1. Организация физиотерапевтического кабинета стоматологической поликлиники.
2. Физические факторы внешней среды и их влияние на организм человека.
3. Биопотенциалы полости рта и их значение в развитии патологических состояний органов и тканей полости рта, естественный и преформированные факторы, применяемые с лечебной целью.
4. Роль физиотерапии профилактике и реабилитации стоматологических больных.
5. Физио – химические и физиологические основы действия постоянного тока (гальванизация, электрофорез). Показания и противопоказания.
6. Импульсный ток и переменный ток низкого напряжения и частоты. Роль формы импульса. Диадинамотерапия. Амплипульстерапия.
7. Переменные токи и поля средней, высокой, ультравысокой и сверхвысокой частоты. Физико – химические основы и физиологические механизмы действия переменных токов разной частоты. Флюктуоризация. Ультратонотерапия. Дарсонвализация. Диатермия. Диатермотомия. Диатермокоагуляция. Показания и противопоказания. Техника и методика воздействий.
8. Ультразвук. Физио – химические основы действия ультразвука. Роль частоты, показания и противопоказания к применению. Техника и методика воздействий.
9. Свет. Современные представления о природе света. Спектр света. Проницаемость ткани для разных отрезков спектра. Физиологический механизм действия света. Роль нервной и эндокринной систем в действии отдельных отрезков спектра.
10. Инфракрасные лучи. Механизм действия. Показания и противопоказания.
11. Видимые лучи. Биологическая роль видимой части спектра. Применение видимых лучей в лечебной практике. Ультрафиолетовые лучи – ДУФ и КУФ. Механизм действия волн ультрафиолетового спектра разной длины. Местные и общие реакции организма на облучении УФ лучами. Пигментные и ее биологическое роль. Показания и противопоказания к назначению УФ облучение.
12. Лазерное облучение. Применение в терапии заболевании челюстно – лицевой области.
13. Термотерапия. Криотерапия чувство температуры. Температура кожи с слизистой оболочки полости рта. Механизм действия тепла и холода. Физические факторы, применяемые для лечения теплом и холодом (вода, парафин, озокерин, грязи). Показания и противопоказания к применению холода и тепла.
14. Баротерапия. Рефлекстерапия, механизм действия, показания к применению стоматологии.
15. Физиологические методы диагностики применяемые стоматологической практике.
16. Электроодонтодиагностика. Параметры возбудимости. Электрический ток как универсальный раздражитель. Электровозбудимость зубов у взрослых и детей при заболеваемости зубов, околозубных тканей и челюсти.
17. Физические методы обезболивания при лечении заболеваний зубов.
18. Физиотерапия болезней пародонта.
19. Физиотерапия воспалительных (острых, подострых, хронических) и травматических заболеваний зубочелюстной системы.
20. Физиотерапия поражений черепно-мозговых нервов и прозопагий.
21. Роль физиотерапии реабилитации больных с поражениями зубочелюстной системы.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Модуль 1. Физиотерапия в стоматологии

Тема 1. Физиотерапия некариозных поражений, кариеса и его осложнений.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

- 1) Цели восстановления зубов после эндодонтического лечения.
- 2) Основные способы восстановления зубов.
- 3) Физиотерапевтические методы в практической эндодонтии.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1 Специфические методы диагностики, применяемые в стоматологии:

ЭЭГ;
ЭКГ;
+ ЭОД;
+ ОПТГ.

2 Определение метода электродиагностики:

измерение чувствительности тканей к электрическому току;

метод лечения нервной и мышечной ткани;

определение жизнеспособности пульпы;

+ метод исследования нервной и мышечной ткани.

3 Метод электроодонтодиагностики разработан:

Евдокимовым А.И.;

Платоновым А.Е.;

+ Рубиным Л.Р.;

Лукомским А.Г.

4 ЭОД необходима для дифференциальной диагностики:

кариеса и некариозных поражений зубов;

+ кариеса и периодонтита;

периодонтита и периостита;

радикулярной кисты и межкорневой гранулемы.

5 Пороговая возбудимость интактной пульпы:

2 – 6 мА.;

1 - 2мА.;

+ 2 - 6мА.;

До 20 мкА.

6 Показания к проведению электроодонтометрии:

флюороз;

+ гайморит одонтогенный;
стоматит;
периостит.

7 Реакция пульпы на ток более 100 мкА свидетельствует о:
гибели коронковой пульпы;

травме зуба;
обратимых процессах в пульпе;
+необратимых процессах в пульпе.

8 Ощущение пациента во время проведения электроодонтодиагностики:

+ покалывание;
мышечное сокращение;
тепловая реакция;
холодовая реакция.

9 Для лечения кариеса в стадии пятна применяют методы:

дарсонвализацию;
флюктуоризацию;
+ электрофорез микроэлементов;
электрофорез лидокаина.

10 Для профилактики кариеса зубов у беременных назначают:

инфракрасное облучение;
+ ультрафиолетовое облучение;
лазеротерапию;
гидротерапию.

11 Гиперестезия при гипоплазии эмали лечится лекарственным электрофорезом:

+ Са, Р, F, всей группы В;
экстракт алоэ;
аскорбиновой кислоты;
лидазы.

12 Состояние пульпы зуба при травматических процессах определяют методом:

+ электроодонтодиагностики;
электростимуляции;
электрофореза;
электрообезболивания.

13 Максимальная биодоза облучения для десен и слизистой оболочки с целью профилактики кариеса у детей составляет:

1-2 биодозы;
2-3 биодозы;
+ 1/3 биодозы;
1/10 биодозы.

14 При кариесе в стадии пятна для взрослых показан электрофорез:

+ с 10%-м раствором глюконата кальция;
1%-го раствор фторида натрия;
10% раствор кальция хлорида;
1%-го раствор салицилата натрия.

15 Физические методы применяются:

+ на всех стадиях лечения пульпитов;
только в острый период;
только в хронической стадии;
до экстирпации пульпы.

16 При ирригации каналов раствором гипохлорида натрия используют:

постоянный электрический ток;
ультрафиолетовое облучение;
лазерное излучение;
+ ультразвуковые колебания.

17 Показатели ЭОД при патологическом процессе в коронковой пульпе:

2-6 мкА;
60-90 мкА;
7-60 мкА;
+ 20-40 мкА.

18 Метод физиотерапии используемый для некротизации пульпы зуба:

+ диатермокоагуляция;
гальванизация;
магнитотерапия;
лазеротерапия.

19 Для некротизации пульпы в плохопроходимых каналах используют:

+ электрофорез насыщенным раствором йода;
гальванизацию;
ЭП УВЧ в терапевтической дозе;
ультразвук.

20 Оптимальная плотность электрического тока высокой частоты для проведения диатермокоагуляции:

20-32 мА/мм² ;
+ 6-10 мА/мм²;
6-10 мкА/мм²;
до 100 мкА/мм².

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: решение ситуационных задач

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ЗАДАЧА№1

Больной М обратился к стоматологу с жалобами на острые боли в области 4го зуба нижней челюсти справа. При осмотре обнаружена полость в области 4го зуба справа.

Вопросы:

- 1.Какие дополнительные методы исследования надо провести?
- 2.Как проводится этот метод?
- 3.Какие физические методы лечения можно использовать?

Ответы:

- 1.ЭОД для диф. диагностики кариеса, пульпита, периодонтита.
- 2.ЭОД проводится со дна кариозной полости.
- 3.После вскрытия полости при пульпите проводится диатермокоагуляция.

ЗАДАЧА№2

Больной 64 года обратился с жалобами на нарушение жевания, боли при жевании, расшатывание зубов. При осмотре обнаружены патологические карманы. Десны белесоватого оттенка, корни оголены.

Вопрос:

1. Какой дополнительный диагностический метод можно использовать?
2. Какой физический фактор можно использовать для удаления зубного камня?
3. Какой современный метод можно использовать?

Ответы:

1. Пробы Кулапсенко. Вакуумный массаж
2. Низкочастотный ультразвук.
3. Фотодинамическая терапия.

ЗАДАЧА №3

У пациента в 16 лет при обследовании в военкомате обнаружен множественный карнес.

Вопросы:

1. Какой физический метод нужно использовать в системе реабилитации этого заболевания?
2. Как проводится этот метод?

Ответы:

1. Электрофорез раствора фторида натрия 1% и 2,5% раствора глицерофосфата кальция.
2. Вводятся препараты при помощи специальных дисковых электродов 1% раствор фторида натрия, вводится с отрицательного полюса, а 2,5% раствор глицерофосфата кальция с положительного полюса. С начала насыщают эмаль зуба препаратами кальция а затем фторида натрия.

ЗАДАЧА №4

Больной 22х лет обратился с жалобами на наличие белых пятен на зубах верхней челюсти, появившиеся после снятия ортодонтических конструкций. Около 8 мес. носил брекет-систему. В первые 6 мес. Тщательно чистил зубы, соблюдая все рекомендации стоматолога-ортодонта. Последние 2мес. Перед снятием брекет-системы провел на военных сборах, где не уделял должного внимания гигиене полости рта. При осмотре на вестибулярных поверхностях в пришеечной области зубов 41.42,31,32,34 ИМЕЮТСЯ БЕЛЫЕ ПЯТНА РАЗМЕРОМ 2\3мм, с шероховатой поверхностью.

Вопросы:

1. Какой физический метод нужно использовать в системе реабилитации этого заболевания?
2. Как проводится этот метод?

Ответы:

1. Электрофорез раствора фторида натрия 1% и 2,5% раствора глицерофосфата кальция.
2. Вводятся препараты при помощи специальных дисковых электродов 1% раствор фторида натрия, вводится с отрицательного полюса, а 2,5% раствор глицерофосфата кальция с положительного полюса. С начала насыщают эмаль зуба препаратами кальция а затем фторида натрия.

Тема 2. Физиотерапия заболеваний пародонта

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Индивидуальная профилактика воспалительных заболеваний пародонта
2. Диспансеризация при воспалительных заболеваниях пародонта
3. Основные методы лечения воспалительных заболеваний пародонта

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1 При точечной диатермокоагуляции сосочков корневую иглу вводят на глубину:

до 3 мм;

+3-5 мм;

5-8 мм;

до 1 мм.

2 Общее УФО при заболеваниях пародонта проводят для:

+ повышения неспецифической резистентности организма;

вазодилататорного действия;

обезболивающего действия.

3 Основная схема для общего УФО при хроническом гингивите начинается с:

1/8 биодозы;

+ 1/4биодозы;

1/2биодозы;

1 биодозы.

4 При аэроионотерапии дозировка исчисляется в:

биодозах;

+ млрд аэроионов;

Вт;

Гц.

5 Гальвано-грязевая аппликация применяется при заболеваниях десен продолжительностью:

5 мин;

+ до 15 мин;

30 мин;

50 мин.

6 При выраженном зуде в области десен назначают:

орошение травами;

+дарсонвализацию;

лазерное излучение;

парафин.

7 При обширных некротических процессах эффективен электрофорез с:

кальцием;

витаминами группы В;

калия йодидом;

+трипсином.

8 В начальной стадии фурункула местное УФО применяют с:

1 биодозой;

+4;

1/2;

1/4.

9 Цель назначения местного УФО на стадии серозного воспаления: (уберите 1 вариант)

десенсибилизация тканей;

активация фагоцитоза;

дегидратирующее действие;

+ активация анионов.

10 При пародонтитах физиотерапевтические методы не применяют при:

гнойном отделяемом из карманов;

абсцедировании;

отеке;

+ новообразованиях.

11 При проведении вакуумной пробы Кулаженко исследуют переходную складку в области:

зубов мудрости;

моляров верхней челюсти;

моляров нижней челюсти;

+ резцов.
12 О наличии воспаления в десне свидетельствует следующее время образования гематомы:

40-50 сек;

+ до 30 сек;

1 мин;

более 1 мин.

13 Во время вакуум-массажа трубку необходимо:

фиксировать на слизистой оболочке;

перемещать лабильно по всей поверхности;

передвигать с задержкой 5 сек;

+ передвигать с задержкой 1 -2 сек.

14 Диатермокоагуляция сосочков показана:

при язвенно-некротическом стоматите;

при отежной форме гипертрофического гингивита;

+при фиброзной форме гипертрофического гингивита;

при эпулисе.

15 Для лекарственного электрофореза рекомендуют применять раствор йодида калия:

1 %;

10%;

+5%;

0,1%.

16 Для профилактики пародонтита применяют водные процедуры:

теплой водой;

+ контрастной водой;

холодной водой.

17 При наследственной предрасположенности целесообразно проводить тренировку сосудов десны с помощью:

УВЧ;

+гидротерапии;

УФО;

Электроаэрозоли.

18 При перикоронарите в острой стадии используют мощность лазерного излучения:

50-100 мВ/см

5 мВ/см;

+100-200 мВ/см;

более 200 мВ/см.

19 Пеллоидотерапия по местной методике при заболеваниях тканей пародонта проводится с толщиной грязевого валика в:

3-5 мм;

1 см;

+ 2 см;

более 2 см.

20 Метод трансцеребральной нейроэлектростимуляции (электросон) при заболеваниях пародонта рекомендуется для:

+ снятия эмоционального напряжения;

нормализация процессов возбуждения и торможения;

регуляция сосудистого тонуса тканей пародонта;

все перечисленное.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: решение ситуационных задач

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ЗАДАЧА №10

Пациентка 28 лет обратилась к стоматологу с жалобами на появление легкой болезненности при надавливании пальцем на альвеолярный отросток в области проекции корня зуба 22 Кроме этого, больной кажется, что зуб за последнее время слегка изменился в цвете. Других жалоб нет.

Из анамнеза: два с половиной года назад была поставлена пломба из светоотверждаемого композита, после чего в течение некоторого времени пациентку беспокоила боль от температурных раздражителей.

При осмотре: в зубе 22 имеется средней величины пломба на медиальной контактной поверхности. Эмаль у этого зуба, по сравнению с соседними, более тусклая.

Перкуссия зуба слегка болезненная. При пальпации альвеолярного отростка в области проекции верхушки корня 22 отмечается незначительное утолщение костной ткани, умеренно болезненное.

После проведения дополнительных методов обследования пациентке был поставлен диагноз: хронический гранулематозный периодонтит.

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

1 В данной клинической ситуации проводятся дополнительные методы исследования

1 биопсия

2 рентгенография

3 определение индекса РМА

4 электроодонтодиагностика

2 Показатели ЭОД у данной пациентки находятся в пределах

1 2-6 мкА

2 100-200 мкА

3 более 200 мкА

3 На рентгенограмме при этом заболевании определяется разрежение костной ткани с границами

1 четкими

2 нечеткими

4 В данной клинической ситуации гранулема может возникнуть в результате

1 нарушения режима кислотного травления твердых тканей зуба

2 токсического воздействия пломбировочного материала на пульпу

3 воздействия света в процессе полимеризации пломбировочного материала

5 Укажите правильную последовательность операций при лечении данного заболевания

1 удаление пломбы

2 пломбирование канала

3 раскрытие полости зуба

4 удаление остатков пульпы из канала

5 механическая и медикаментозная обработка канала

6 расширение устья канала с целью создания хорошего доступа к нему

6. Лекарственный электрофорез - это введение лекарственных веществ с помощью

1 постоянного электрического тока низкого напряжения

2 переменного электрического тока

3 постоянного электрического тока высокого напряжения

4 электрического поля высокой частоты

7 Гальванизация - это применение с лечебной целью

1 Непрерывного постоянного тока силой до 50 мА и напряжением 30-80 В.

2 Электрического тока высокой частоты, небольшого напряжения(150-200В) и большой силы (2А).

8 Для лекарственного электрофореза рекомендуют применять растворы:

1) 2-6%

2)10%

3)1%

4)0,2%

9 Выберите аппаратуру для проведения электрофореза и гальванизации

Поток- 1

2) ГР-2

3) ЭОЗ-1

4) «Десна»

10 Показания для трансканального электрофореза

1) хронический периодонтит

2) отломок металлического инструмента в периапикальных тканях

3) Зуб, ранее леченый резорцин-формалиновым методом

4) Девитализация пульпы в зубах с узкими, искривленными каналами

11 Противопоказания для трансканального электрофореза

1) хронический периодонтит

2)отломок металлического инструмента в периапикальных тканях

3) Зуб, ранее леченый резорцин-формалиновым методом

4) Зубы с узкими, искривленными каналами

5) Разрушение коронки и корня зуба ниже уровня десны

12 Показания для электрофореза

1) переломы челюстных костей

2) артроз ВНЧС

3) Обострение пародонтита

4) Кариес в стадии пятна

5) нарушение целостности кожных покровов.

13 Плотность тока при электрофорезе для взрослых

1) 1-2 мА\см²

2) 0,1-0,5 мА\см²

3) 3- 5 мА\см².

14 Плотность тока при электрофорезе для детей

1) 0,05 мА\см²

2) 0,5 мА\см²

3) 5 мА\см²

15) Длительность процедуры трансканального электрофореза составляет

1) 10 мин

2) 20 мин

3) 40 мин.

Тема 3. Физиотерапия заболеваний и повреждений СОПР.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1)Виды физиотерапевтического лечения

2) - Бальнеотерапия

- Массаж

- Светолечение

- Аэрозольная терапия

- Криотерапия

- Ультразвук

- Рефлексотерапия

- Электролечение

3)Физиотерапевтическое лечение пародонтита и пародонтоза

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1 Укажите физиотерапевтические методики, назначаемые для локального воздействия больным декубитальной язвой:

интраназальный электрофорез;

+ аэрозольтерапия;

УФ-облучение шейных симпатических узлов;

франклинизация.

2 Лечение декубитальной язвы проводится:

только медикаментозно;

только физиотерапевтически;

+сочетанное.

3 При эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая назначают:

+ местно УФО;

электрофорез йодида калия;

парафинотерапию;

индуктотермию.

4 Для лекарственного электрофореза какого при красном плоском лишае используется:

трипсин;

трилон Б;

триклозан;

+ лидокаин.

5 Криодеструкцию гиперкератозной формы красного плоского лишая проводят с помощью системы:

АСБ;

+АКС;
ГР-2;
ЭОМ-2.
6 Общее УФО для стимуляции функции симпатико-адреналовой системы назначают при:
перикоронарите;
пульпите;
кариесе;
+герпетическом стоматите.
7 При многоформной экссудативной эритеме методы физиотерапии назначают:
для локального вмешательства;
для общего воздействия;
+сочетанно.
8 Локальное УФО при многоформной экссудативной эритеме назначают курсом:
+ 8-10 процедур;
3-5;
1 -2;
до 20
9 Дарсонвализация для местного воздействия на очаги поражения при красном плоском лишае назначается по методикам:
+ контактно;
атермической дозой;
с зазором.

10 В острый период лимфаденита ЭП УВЧ назначают:
+ с воздушным зазором не более 6 см;

контактно;
внутриротовым способом;
по сканирующей методике.

11 Ускорению эпителизации послеоперационной раны способствуют:

субэритемные дозы УФО;
+ гиперэритемные дозы УФО;

ИК-облучение.

12 Курс общего УФО для профилактики карбункулов составляет:

5 воздействий;
+10-12 процедур;
достаточно 2-3 воздействий;
15-20 процедур.

13 Физиопрофилактика - это:

использование эффектов лечебных физических факторов для лечения заболеваний;
комплекс мероприятий, направленных на предупреждение простудных заболеваний;
использование физической культуры для общего укрепления организма;
+применение лечебных физических факторов для предупреждения заболеваний человека.

14 Физиолечение можно начинать после ушиба мягких тканей через:

2-4 час;
4-6 часов;
+ 6-8 часов;
2 дня.

15 На рану воздействовать ЭП УВЧ можно только:

после эпителизации;
+ через сухую повязку;
через 5 дней после операции;
контактно.

16 В начальной стадии развития карбункула применяют:

только медикаментозные средства;
+ только физиотерапевтические методы;
только хирургическое вмешательство;
комплексное воздействие.

17 При афтозных стоматитах местное УФО назначают с:

после эпителизации афт;
+с первых дней лечения;
не назначают;
только первые 3 дня.

18 Лекарственный электрофорез при ангулярном стоматите проводится:

ромазулана;
метрогила;
+нистатина;
ферментов.

19 В острый период при язвенно-некротическом гингивите назначают:

УВЧ в атермической дозе;
гидротерапию;
УФО;
+ все перечисленное.

20 При афтозных стоматитах местное УФО назначают с:

после эпителизации афт;
+с первых дней лечения;
не назначают;
только первые 3 дня.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: решение ситуационных задач

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ЗАДАЧА №1

Два дня назад у больного появился фурункул в области крыла носа.

Какую процедуру предпочтительнее назначить на область фурункула? :

- индуктотермию;
- УВЧ-терапию м.п.;
- УВЧ-терапию э.п.;
- ДМВ-терапию?

Выпишите выбранную Вами процедуру.

ЗАДАЧА №2

Пациент 20 лет обратился с жалобами на высыпания в полости рта, сопровождающиеся резкой болезненностью при приеме пищи, разговоре, обильное слюноотделение, боль в поднижнечелюстной области. Заболевание сопровождается повышением температуры тела до 38°C, недомоганием, головной болью. Считает себя больным 5 дней. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее заболеваний слизистой оболочки полости рта не отмечает.

При осмотре: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Красная кайма губ сухая, покрыта единичными чешуйками. Слизистая оболочка

полости рта ярко гиперемирована и отечна. На спинке языка, прикрепленной десне, твердом небе определяются точечные эрозии, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные при пальпации. Десна гиперемирована, отечна. Кариозные полости в зубах 17 16 37 36 Гигиена полости рта неудовлетворительная.

Лабораторное исследование препаратов показало наличие полиморфно-ядерных нейтрофилов в стадии некробиоза и гигантские многоядерные клетки.

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

1 Предварительный диагноз заболевания

- а) острый псевдомембранозный кандидоз
- б) хронический рецидивирующий герпетический стоматит
- в) хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- г) острый герпетический стоматит
- д) опоясывающий лишай
- е) язвенно-некротический стоматит

2 Возбудителем заболевания является

- а) вирус простого герпеса
- б) вирус Коксаки
- в) спирохета Венсана
- г) бледная трепонема
- д) вирус ветряной оспы

3 Инфицирование происходит путем

- а) воздушно-капельным
- б) гемотрансфузионным
- в) алиментарным
- г) контактно-бытовым

4 Заболевание чаще встречается в возрасте

- а) пожилом
- б) детском
- в) молодом

5 Для уточнения диагноза необходимо провести

- а) биопсию
- б) общий клинический анализ крови
- в) цитологическое исследование мазка-отпечатка
- г) анализ крови на сахар
- д) исследование в лучах Вуда

6 При общем анализе крови определяются

- а) лейкоцитоз
- б) лейкопения
- в) повышение количества палочкоядерных нейтрофилов
- г) повышение количества эозинофилов
- д) пониженная СОЭ
- е) повышенная СОЭ

7 Дифференциальную диагностику следует проводить

- а) с синдромом Шегрена
- б) с медикаментозным стоматитом
- в) с лейкоплакией
- г) с кандидозом
- д) со стоматитом Венсана
- е) с ящуром

8 Физические факторы, показанные для назначения в продромальную стадию заболевания:

- А) КУФ
- Б) низкоинтенсивная лазеротерапия
- В) парафинотерапия
- Г) диадинамотерапия

9 При выраженной реакции со стороны

поднижнечелюстных лимфоузлов можно назначить:

- А. УВЧ в олиготермической дозе
- В. УВЧ в атермической дозе
- С. электрофорез с иодидом калия

10 Первичным элементом поражения является

- а) эрозия
- б) волдырь
- в) пузырек
- г) узел
- д) узелок

11 Элементы поражения располагаются

- а) внутриэпителиально
- б) подэпителиально

12 Для профилактики присоединения вторичной инфекции можно использовать:

- А) ультразвуковое воздействие
- Б) облучение эрозий КУФ-лучами
- В) флукуоризацию
- Г) дарсонвализацию
- Д) озонотерапию.

13 Местные терапевтические мероприятия начинаются

- а) с антисептической обработки полости рта
- б) с очищения эрозивной поверхности от налета
- в) с аппликации противовирусных средств
- г) с обезболивания

14 Ускорения эпителизации эрозий можно добиться используя:

- А) дарсонвализацию
- Б) УВЧ-терапию
- В) озокерит
- Г) лазеротерапию

15 Противовирусными препаратами местного действия являются

- а) теброфеновая мазь
- б) мазь «Синалар»
- в) линимент алоэ
- г) ацикловир - мазь

- д) бонафтоновая мазь
- е) витамин А
- 16 Для профилактики возможных рецидивов проводится
- а) неспецифическая десенсибилизация
- б) диспансерное наблюдение
- в) седативная терапия
- г) вакцинация

Тема 4. Физиотерапия воспалительных процессов ЧЛО и повреждений мягких тканей и костей лица. Физиотерапия заболеваний и повреждений ВНЧС и заболеваний слюнных желез.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

- 1) Методы физиотерапии, применяемые при патологии ВНЧС
- 2) Физиолечение острого артрита
- 3) Физиолечение хронического артрита в стадии обострения
- 4) Физиолечение артроза

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1 Клинический диагноз: «Слюннокаменная болезнь. Сиалоаденит». Для стимуляции гладкой мускулатуры выводного протока назначены:

УВЧ-терапия;

УФО;

электроодонтометрия;

+ амплипульстерапия.

2 Клинический диагноз: «Хронический сиалоаденит». Рекомендуются повторные курсы флюктуоризации и флюктуофореза. Необходимо отметить сроки организации:

через 2 недели;

+ через 2 месяца;

через 6 месяцев;

1 раз в год.

3 Клинический диагноз: «Ксеростомия». Рекомендуется:

йод-флюктуофорез;

массаж;

лазерное излучение;

КВЧ-терапия;

+ все ответы верны.

4 Клинический диагноз: «Слюнокаменная болезнь». Назначены синусоидально-модулированные токи. Необходимо отметить параметры дозирования фактора по

частоте и глубине модуляции режимах:

частота 100 Гц, глубина модуляции 50%;

частота 100 Гц, глубина модуляции 100%;

+ частота 50 Гц, глубина модуляции 50%;

частота 50 Гц, глубина модуляции 100%;

5 При остром артрите для снятия явлений острого воспаления назначают:

диатермокоагуляцию;

электросон;

+ УФО;

ультразвук.

6 Курс лечения при остром артрите составляет:

1-2 облучений;

+ 3-5 облучений;

10-12 облучений;

20 и более.

7 Электрическое поле УВЧ назначают при:

+ при выраженном отеке и припухлости;

плотном инфильтрате;

грубом рубце;

флегмонозном процессе.

8 Для снятия боли при остром артрите наиболее эффективен электрофорез:

трипсина;

гипохлорида;

фтора;

+ лидокаина.

9 При остром и подостром артрите УФО начинают:

1/4 БД;

1/2 БД;

1БД;

+ 2-3 БД

10 Парафинотерапия при травме мягких тканей ЧЛО назначается с:

1 -го дня;

+ 2-го дня;

5-го дня;

противопоказана.

11 Электрофорез йода назначается при:

+ поверхностном инфильтрате;

глубоком инфильтрате;

абсцедировании;

переломе корня.

12 Электрофорез лидазы назначается при:

поверхностном инфильтрате;

+ глубоком инфильтрате;

абсцедировании;

переломе корня.

13 При ушибе надкостницы назначают лечение:

электрофорез, УЗТ;

орошения, ЭП УВЧ;

ЭП УВЧ, АСБ;

+ ЭП УВЧ, УФО.

14 УФО назначается при инфицировании раны, начиная с:

1БД;

2-3 БД;

1/2БД;

+ 4-6 БД.

15 Импульсные токи в острый период назначают для:

витаминообразования;

размягчения рубца;

+ обезболивания;

электродиагностики.

16 При невралгии тройничного нерва проводят электрофорез:

анестетиков;

йода;

+ фтора;

лидазы.

17 При гипотермии кожи в зоне поражения тройничного нерва назначают:

аэроионизацию;

+ УВЧ;

дарсонвализацию;

магнит.

18 В один день массаж можно проводить в области иннервации:

+ одной ветви тройничного нерва;

двух ветвей тройничного нерва;

трех ветвей тройничного нерва.

19 Электродиагностику при неврите лицевого нерва начинают:

с большой стороны;

не имеет значения;

+ со здоровой стороны.

20 Физиопрофилактику кариеса необходимо начинать с:

первого года жизни;

с появлением постоянных зубов;

+ с внутриутробного периода;

с появлением молочных зубов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: решение ситуационных задач

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

ЗАДАЧА№1

К стоматологу обратилась женщина 45 лет с жалобами на боли в области надбровной дуги и угла глаза, боли резкие, плохо купирующиеся. Из анамнеза выяснилось, что пациентка много находилась за рулем с открытой форточкой. Объективно: припухлость в области 1 веточки тройничного нерва, дефибриляторная температура, при надавливании болезненность.

Вопросы:

1.Какой диагноз можно поставить?

2.Какие физические факторы можно использовать при данном состоянии?

3.Как провести физио процедуры?

Ответы:

1.Неврит 1 ветки тройничного нерва.

2.Можно использовать УВЧ, ДМВ УФО в эритемной дозе, УФФ гидрокортизона и анальгина.

3.Электрофорез проводится через полумаску Бергонье. УВЧ терапия по поперечной методике в слаботепловой дозе. Ультрофонофорез проводится по контактной лабильной методике. Контактная среда-мазевой р-р гидрокортизона и анальгина. Мощность 0,05-0,2 Вт/см кв.4 мин. по ходу 1 ветви тройничного нерва.

ЗАДАЧА№2

Больная М. 47 лет жалуется на боль при жевании отдающую в правое ухо. Невозможность широко открыть рот. Боли возникли остро, после переохлаждения. При осмотре выявлена выраженная припухлость в правой околоушно-жевательной области.

Вопросы:

1.Какой диагноз можно поставить?

2.Какие физические методы можно применить?

3.Какой реабилитационный прогноз?

4.Выписать процедурную карточку на ДМВ.

Ответы:

1.Артрит височно нижнечелюстного сустава. Острый период.

2.ДМВ. КМВ. ПЕМП лазеротерапия на область височного нижнечелюстного сустава.

3.ДМВ на область височно челюстного сустава на апп. Ромашка Рупор излучателя контактно мощность 4 Вт. Слаботепловая доза 7 мин. № 5-6.

ЗАДАЧА№3

У больного артрит правого височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

Какую процедуру предпочтительнее назначить:

а) гальванизацию области правого ВНЧС;

б) электрофорез димедрола области правого уха;

в) флюктуоризацию правого ВНЧС?

Выпишите выбранную Вами процедуру.

ЗАДАЧА№4

У больной правосторонняя невралгия тройничного нерва. При проведении гальванизации правой половины лица какую полярность должен иметь электрод в виде полумаски Бергонье:

а) положительную;

б) отрицательную;

в) не имеет принципиального значения.

Выпишите процедуру гальванизации для данной больной.

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

Форма контроля	Критерии оценивания
устный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками

	анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
тестирование	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов
	Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов
решение ситуационных задач	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.
представление презентации/реферата	Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
	Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упрощения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
	Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
	Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы.
письменный опрос	Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
	Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускаются одна - две неточности в ответе.
	Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
	Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

3.Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена по экзаменационным билетам в устной форме

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Оценка	Критерии
Отлично	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно- следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.
Хорошо	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному
Удовлетворительно	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно- следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Практические работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки

Неудовлетворительно	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Практические работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышении качества выполнения учебных заданий
----------------------------	--

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Организация физиотерапевтического кабинета стоматологической поликлиники.
2. Физические факторы внешней среды и их влияние на организм человека.
3. Биопотенциалы полости рта и их значение в развитии патологических состояний органов и тканей полости рта, естественный и преформированные факторы, применяемые с лечебной целью.
4. Роль физиотерапии профилактики и реабилитации стоматологических больных.
5. Физио – химические и физиологические основы действия постоянного тока (гальванизация, электрофорез). Показания и противопоказания.
6. Импульсный ток и переменный ток низкого напряжения и частоты. Роль формы импульса. Дидинамотерапия. Амплипульстерапия.
7. Переменные токи и поля средней, высокой, ультравысокой и сверхвысокой частоты. Физико – химические основы и физиологические механизмы действия переменных токов разной частоты. Флюктуоризация. Ультратонотерапия. Дарсонвализация. Диатермия. Диатермотомия. Диатермокоагуляция. Показания и противопоказания. Техника и методика воздействий.
8. Ультразвук. Физио – химические основы действия ультразвука. Роль частоты, показания и противопоказания к применению. Техника и методика воздействий.
9. Свет. Современные представления о природе света. Спектр света. Проницаемость ткани для разных отрезков спектра. Физиологический механизм действия света. Роль нервной и эндокринной систем в действии отдельных отрезков спектра.
10. Инфракрасные лучи. Механизм действия. Показания и противопоказания.
11. Видимые лучи. Биологическая роль видимой части спектра. Применение видимых лучей в лечебной практике. Ультрафиолетовые лучи – ДУФ и КУФ. Механизм действия волн ультрафиолетового спектра разной длины. Местные и общие реакции организма на облучении УФ лучами. Пигментные и ее биологическое роль. Показания и противопоказания к назначению УФ облучение.
12. Лазерное облучение. Применение в терапии заболевании челюстно – лицевой области.
13. Термотерапия. Криотерапия чувство температуры. Температура кожи с слизистой оболочки полости рта. Механизм действия тепла и холода. Физические факторы, применяемые для лечения теплом и холодом (вода, парафин, озокерин, гряды). Показания и противопоказания к применению холода и тепла.
14. Баротерапия. Рефлекотерапия, механизм действия, показания к применению стоматологии.
15. Физиологические методы диагностики применяемые стоматологической практике.
16. Электроодонтодиагностика. Параметры возбудимости. Электрический ток как универсальный раздражитель. Электровозбудимость зубов у взрослых и детей при заболеваемости зубов, околозубных тканей и челюсти.
17. Физические методы обезболивания при лечении заболеваний зубов.
18. Физиотерапия болезней пародонта.
19. Физиотерапия воспалительных (острых, подострых, хронических) и травматических заболеваний зубочелюстной системы.
20. Физиотерапия поражений черепно-мозговых нервов и прозопагий.
21. Роль физиотерапии реабилитации больных с поражениями зубочелюстной системы.

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК 5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать Международную классификацию заболеваний и неотложных состояний МКБ-10, методы обследования.	Практические занятия № 1-4
		Уметь проводить обследования пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области	Практические занятия № 1-4
		Владеть современными методами обследования и диагностики пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области.	Практические занятия № 1-4
2	ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи	Знать: этиологию, патогенез, анатомию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику заболеваний челюстно-лицевой области и полости рта.	Практические занятия № 1-4
		Уметь провести обследование пациента стоматологического профиля с хирургической патологией, поставить диагноз, заполнить соответствующую документацию	Практические занятия № 1-4
		Владеть методами лечения стоматологических заболеваний	Практические занятия № 1-4
3	ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знать методы немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Практические занятия № 1-4
		Уметь применять методы немедикаментозной терапии у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Практические занятия № 1-4
		Владеть методами лечения немедикаментозной терапии у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Практические занятия № 1-4

12. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Рентгенология в стоматологии»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

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

ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в стоматологической помощи.

2. Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Тема 1. Методика и техника рентгенографии зубов, проекционные и сканологические особенности при рентгенографии зубов, диагностическая информативность рентгенографии при выявлении кариеса и заболеваний периодонта. Защита больных и персонала при проведении рентгенологического исследования в стоматологии.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Организационные принципы использования рентгенологического метода в стоматологии.

2. Нормальная рентгеноанатомия зубочелюстной системы и лицевого черепа

3. Возрастные и функциональные варианты строения зубов и челюстей

4. Рентгенологическое исследование при кариесе

5. Рентгенологическое исследование при некариозных поражениях

6. Рентгенологическое исследование при травмах твердых тканей зубов.

при травмах твердых тканей зубов

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Наиболее оптимальная методика и техника рентгенографии зубов и челюстей:

А) Обзорная рентгенография черепа;

Б) Внутриворотные рентгенограммы контактные и вприкус;

В) Ортопантомография; +

Г) Внеротовые снимки челюстей;

Д) Послойная рентгенография;

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

А) Рентгеноскопия;

Б) Метод искусственного контрастирования;

В) Томография;

Г) Рентгенография;

Д) Ортопантомография; +

3. Какие органы и ткани нуждаются в первоочередной защите от ионизирующего облучения:

А) Щитовидная железа; +

Б) Молочная железа;

В) Костный мозг, гонады; +

Г) Кожа;

4. Какие рентгенограммы наиболее информативны в диагностике переломов костей лицевого черепа:

А) Обзорные (прямая и боковая);

Б) Прицельные, касательные;

В) Полуаксиальные; +

Г) Послойные;

5. Назовите основные рентгенологические симптомы перелома кости:

А) Линия перелома, смещение отломков; +

Б) Линия перелома, плоскость перелома;

В) Линия перелома, дистальный отломок;

Г) Линия перелома, проксимальный фрагмент;

6. Какой перелом называется открытым:

А) Линия перелома проходит через всю кость;

Б) При наличии нескольких линий перелома;

В) При нарушении целостности мягких тканей; +

Г) При прохождении линии перелома через луночку зуба; +

7. Какие из перечисленных симптомов наиболее типичны для хронического гранулирующего периодонтита:

А) Расширение периодонтальной щели;

Б) Разрушение компактной пластинки лунки; +

В) Разрежение костной ткани округлой формы;

Г) Остеосклероз;

8. Какие симптомы наиболее характерны для хронического гранулематозного периодонтита:

А) Расширение периодонтальной щели;

Б) Разрежение костной ткани округлой формы; +

В) Разрежение костной ткани бесформенное;

Г) Разрушение компактной пластинки лунки;

9. Какие симптомы характерны для хронического фиброзного периодонтита:

А) Расширение периодонтальной щели; +

Б) Разрушение компактной пластинки лунки;

В) Разрежение костной ткани округлой формы;

Г) Бесформенное разрежение костной ткани;

10. Наиболее ранним и частым проявлением пародонтита на рентгенограмме является:

А) Деструкция Ркортикальных замыкающих пластинок межальвеолярных гребней;

Б) Расширение периодонтальной щели;

В) Очаги остеопороза; +

Г) Краевая изъеденность шеечных отделов коронок и корней;

11. Какой наиболее характерный симптом позволяет дифференцировать различные фазы одонтогенного остеомелита:

А) Остеопороз;

Б) Остеосклероз;

В) Деструкция с секвестром;

Г) Периостальные наслоения;+

12. **Какой рентгенологический симптом является ведущим в дифференциальной диагностике опухоли и воспалительного заболевания челюсти:**

А) Остеопороз;

Б) Деструкция;

В) Секвестрация;

Г) Периостальные наслоения;+

13. **При каких опухолях наблюдается вздутие челюсти:**

А) Остеома;

Б) Остеохондрома;

В) Саркома;+

Г) Амелобластома;

14. **Какая методика исследования является оптимальной для дифференциальной диагностики одонтогенной и внутрипазушной кисты:**

А) Томография в боковой проекции черепа;

Б) Рентгенография в боковой проекции черепа;

В) Ангиография;

Г) Гайморография;+

15. **Какой рентгенологический симптом является ведущим при деформирующем артрозе височно-челюстного сустава:**

А) Снижение высоты рентгеновской суставной щели;+

Б) Субхондральный склероз;

В) Краевые костные разрастания;

Г) Краевые узоры (неровность контура);

16. **При неосложненном течении заживление переломов нижней челюсти – образование костной мозоли, - завершается:**

А) К концу 3-го месяца;+

Б) В последующие 5 – 6 месяцев;

В) Более года;

Г) Более 2-х лет

17. **При каких патологических образованиях на рентгенограмме обнаруживается ретинированный зуб:**

А) Радикулярная киста;

Б) Фолликулярная киста;+

В) Аномалия развития;

Г) Кистозная амелобластома;+

18. **Кистозная форма амелобластомы на рентгенограмме имеет типичную локализацию:**

А) В области угла нижней челюсти;+

Б) Задние отделы тела нижней челюсти;

В) Передний отдел тела нижней челюсти;

Г) Верхняя челюсть;

19. **При пульпитах патологические изменения в зубе рентгенологически:**

А) Не определяется;

Б) Определяется в виде глубокой кариозной полости ;+

В) Определяется в виде участков мелких обызвествлений пульпы;+

Г) Определяется в виде "внутренней гранулемы";

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

А) Обзорная рентгенография черепа;

Б) Внеротовые снимки челюстей;

В) Внутриротовые рентгенограммы контактные и вприкус;+

Г) Ортопантомография;+

Д) Послойная рентгенография;

Тема 2. Рентгенографические методы исследования челюстей, височно-нижнечелюстных суставов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Рентгенологическое исследование при поражениях пульпы

2. Рентгенологическое исследование при верхушечном периодонтите

3. Рентгенологическое исследование при аномалиях и пороках развития зубов

4. Рентгенодиагностика заболеваний пародонта

5. Рентгенологическое исследование при травмах челюстно-лицевой области

6. Рентгенологическое исследование при воспалительных изменениях челюстных костей

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Наибольшую лучевую нагрузку дает:

А) Рентгенография;

Б) Флюорография;

В) Рентгеноскопия;+

Г) Рентгенотелевидение;

2. Ростковая зона корня зуба на рентгенограмме определяется как очаг разряжения кости:

А) С четкими контурами у верхушки корня с узким каналом;

Б) Ограниченного по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом;+

В) С нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широкими контурами;

3. Фолликул зуба до начала минерализации рентгенологически:

А) Определяется;+

Б) Не определяется;

4. Наиболее информативной методикой исследования при травме лицевого черепа является:

А) Краниография;

Б) Томография;

В) Ангиография;

Г) Ортопантомография;+

5. Как выглядит периодонтальная щель при хроническом фиброзном периодонтите:

А) Сужена;+

Б) Расширена;

В) Не изменена;

Г) Отсутствует;

6. Как рентгенологически отображаются изменения кортикальной пластинки лунки при хроническом фиброзном периодонтите:

А) Не изменена;

Б) Не дифференцируется вследствие разрушения;

В) Склерозирована;+

7. Отличительные особенности фолликулярной кисты от радикулярной:

А) Очаг деструкции округлой формы с локализацией в области моляров нижней челюсти или непрорезавшихся зубов верхней челюсти;

Б) Бесструктурный очаг деструкции чаще на верхней челюсти у верхушки кариозного зуба;

В) Округлый очаг деструкции, содержащий ретинированный зуб;+

Г) Плотная тень неправильной округлой или овальной формы с волнистыми контурами;

8. Какой рентгенологический симптом характеризует острую фазу гематогенного остеомиелита:

А) Инфильтрация мягких тканей;

Б) Остеопороз;

В) Деструкция с секвестром;

Г) Линейный отслоенный периостит;+

9. Какой рентгенологический симптом характеризует подострую фазу гематогенного остеомиелита:

А) Остеопороз местный;

Б) Деструкция с секвестром, ободок склероза;+

В) Остеосклероз диффузный;

Г) Гиперостоз однородный;

10. Какой рентгенологический симптом характеризует хроническую фазу гематогенного остеомиелита:

А) Остеопороз местный;

Б) Остеосклероз диффузный;

В) Деструкция с секвестром;

Г) Остеосклероз, гиперостоз;+

11. Какие из перечисленных признаков наиболее характерны для злокачественной опухоли челюсти:

А) Гиперостоз;

Б) Вздутие;

В) Деструкция;

Г) Игольчатый периостит;+

12. Рентгеноскопия дает возможность изучить: (Органов грудной клетки):

А) Легочный рисунок;

Б) Подвижность диафрагмы;+

В) Состояние междолевой плевры;

Г) Мелкие очаговые тени;

13. Какие из перечисленных заболеваний являются причиной остеосклероза челюсти:

А) Одонтогенные кисты;

Б) Хронический периодонтит;

В) Хронический остеомиелит;+

Г) Остеолитическая саркома;

14. Бронхография позволяет судить о состоянии:

А) Легочной паренхимы;

Б) Плевры;

В) Средостения;

Г) Бронхов;+

15. Наиболее ранним симптомом травматического остеомиелита челюсти является:

А) Увеличение ширины рентгеновской плоскости перелома;+

Б) Секвестры;

В) Периостальные изменения;

Г) Склеротические изменения;

16. Наиболее часто одонтома рентгенологически определяется:

А) В области нижней челюсти;

Б) На верхней челюсти;+

В) Вблизи полости носа или верхнечелюстной пазухи;+

17. Какие рентгенологические симптомы сопровождаются уменьшением костной ткани в единице объема:

А) Деструкция; +

Б) Секвестрация;

В) Остеопороз; +

Г) Остеосклероз;

18. Какие рентгенологические симптомы сопровождаются увеличением костной ткани в единице объема:

А) Периостит;+

Б) Атрофия;

В) Остеосклероз;+

Г) Вздутие;

19. Основным методом обследования больных с острой травмой лицевого черепа являются:

А) Обзорная рентгенограмма черепа в прямой и боковой проекциях;

Б) Томограмма черепа;

В) Ортопантомография;+

Г) Внутривисцеральные рентгенограммы;

20. Для выявления перелома лицевого скелета применяются:

А) Задняя обзорная рентгенограмма;

Б) Боковая обзорная рентгенограмма;

В) Ортопантомография; +

Г) Рентгенограмма в носо-подбородочной проекции;+

Тема 3. Рентгенодиагностика травматических повреждений зубов и челюстей. Методика и техника рентгенографии костей лицевого скелета при их повреждениях, переломы и вывихи зубов, переломы челюстей и других костей лицевого скелета.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Рентгенологическое исследование при радионекрозе челюстных костей

2. Рентгенологические проявления опухолей челюстных костей у взрослых

3. Кисты челюстных костей в рентгенологическом изображении

4. Рентгенологическое исследование при некоторых врожденных и приобретенных деформациях лицевого черепа

5. Одонтогенные заболевания верхнечелюстных пазух

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Причинами гиперостоза являются:

А) Острый одонтогенный остеомиелит;

Б) Хронический одонтогенный остеомиелит; +

В) Амелобластома челюсти;

Г) Заболевания пародонта;

2. Какой перелом называется открытым:

А) Линия перелома проходит через всю кость;

Б) При наличии нескольких линий перелома;

В) При нарушении целостности мягких тканей;+

Г) При прохождении линии перелома через луночку зуба;+

3. Корень в стадии несформированной верхушки на рентгенограмме проецируется:

А) Нормальной, длинны с заостренной верхушкой апикальное отверстие узкое;

- Б) Нормальной, длинны с заостренной верхушкой апикальное отверстие широкое;
В) Короче нормальной длины, корневой канал узкий;
Г) Короче нормальной длины, корневой канал широкий, расширяется у верхушки;+

4. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста:

- А) Острый периодонтит;
Б) Хронический гранулирующий периодонтит; +
В) Хронический гранулематозный периодонтит;
Г) Хронический фиброзный периодонтит;

5. При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме:

- А) Очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ; +
Б) Очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5 мм;
В) Расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба;
Г) Очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером свыше 1 см в диаметре;

6. При хроническом гранулематозном периодонтите очаг разреженности кости на рентгенограмме:

- А) Определяется;+
Б) Не определяется;

7. Какой наиболее характерный симптом позволяет дифференцировать различные фазы одонтогенного остеомиелита:

- А) Остеопороз;
Б) Остеосклероз;
В) Деструкция с секвестром;
Г) Периостальные наслоения;+

8. При каких опухолях наблюдается вздутие челюсти:

- А) Остеома;
Б) Остеохондрома;
В) Одонтогенные кисты;+
Г) Амелобластома;+
Д) Саркома;

9. Какие из перечисленных признаков наиболее характерны для злокачественной опухоли челюсти:

- А) Гиперостоз;
Б) Вздутие;
В) Деструкция;
Г) Игольчатый периостит;+

10. Какой рентгенологический симптом является ведущим при деформирующем артрозе височно-челюстного сустава:

- А) Снижение высоты рентгеновской суставной щели;+
Б) Субхондральный склероз;
В) Краевые костные разрастания;
Г) Краевые узоры (неровность контура);

11. Какой из признаков наиболее характерен для дренирующегося острого абсцесса легких:

- А) Нет признаков;
Б) Горизонтальный уровень жидкости;+
В) Наличие "секвестра";
Г) Наличие "дорожки" корня;

12. Какой метод исследования наиболее достоверен в диагностике бронхоэктазов:

- А) Томография;
Б) Бронхография;+
В) Ангиопульмонография;
Г) Рентгенография;

13. Какая из перечисленных методик имеет наибольшее значение в диагностике плевритов:

- А) Томография;
Б) Латерография; +
В) Кимография;
Г) Ангиография;

14. Наиболее оптимальной методикой для характеристики ретинированного зуба является:

- А) Обзорная рентгенография черепа;
Б) Рентгенография челюсти в аксиальной проекции;+
В) Ортопантомография;
Г) Рентгенография в косых проекциях;

15. При пульпитах патологические изменения в зубе рентгенологически:

- А) Не определяется;
Б) Определяется в виде глубокой кариозной полости ;+
В) Определяется в виде участков мелких обызвествлений пульпы;+
Г) Определяется в виде "внутренней гранулемы";

16. При каких патологических образованиях на рентгенограмме обнаруживается ретинированный зуб:

- А) Радикулярная киста;
Б) Фолликулярная киста;+
В) Аномалия развития;
Г) Кистозная амелобластома;+

17. При неосложненном течении заживление переломов нижней челюсти – образование костной мозоли, - завершается:

- А) К концу 3-го месяца;+
Б) В последующие 5 – 6 месяцев;
В) Более года;

Правильный ответ А.

18. Какие органы и ткани нуждаются в первоочередной защите от ионизирующего облучения:

- А) Щитовидная железа;+
Б) Молочная железа;
В) Костный мозг, гонады;+
Г) Кожа;

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

- А) Рентгеноскопия;
Б) Метод искусственного контрастирования;
В) Томография;
Г) Ортопантомография;+

20. Ростковая зона корня зуба на рентгенограмме определяется как очаг разрежения кости:

- А) С четкими контурами у верхушки корня с узким каналом;
Б) Ограниченного по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом;+
В) С нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широкими контурами;

Тема 4. Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава и их рентгенологическое распознавание: методика и техника рентгенографии височно-нижнечелюстного сустава, методика анализа рентгенограммы височно-нижнечелюстного сустава, диагностика травм, воспалительных инфекционных заболеваний (артриты), дегенеративных поражений височно-нижнечелюстного сустава (артрозы и анкилозы).

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава в рентгенологическом изображении
2. Заболевания слюнных желез в рентгенологическом изображении
3. Опухолеподобные метаболические поражения лицевого черепа
4. Генерализованные метаболические поражения лицевого черепа

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Как выглядит периодонтальная щель при хроническом фиброзном периодонтите:

- А) Сужена;
- Б) Расширена;+
- В) Не изменена;
- Г) Отсутствует;

2. Какие симптомы наиболее характерны для хронического гранулематозного периодонтита:

- А) Расширение периодонтальной щели;+
- Б) Разрежение костной ткани округлой формы;+
- В) Разрежение костной ткани бесформенное;
- Г) Разрушение компактной пластинки лунки;

3. Наиболее ранним и частым проявлением пародонтита на рентгенограмме является:

- А) Деструкция Ркортикальных замыкающих пластинок межальвеолярных гребней;
- Б) Расширение периодонтальной щели;
- В) Очаги остеопороза;+
- Г) Краевая изъеденность шеечных отделов коронок и корней;

4. Какой рентгенологический симптом характеризует острую фазу гематогенного остеомиелита:

- А) Инфильтрация мягких тканей;
- Б) Остеопороз;
- В) Деструкция с секвестром;
- Г) Линейный отслоенный периостит;+

5. Какой рентгенологический симптом характеризует подострую фазу гематогенного остеомиелита:

- А) Остеопороз местный;
- Б) Деструкция с секвестром, ободок склероза;+
- В) Остеосклероз диффузный;
- Г) Гиперостоз однородный;

6. Какой рентгенологический симптом характеризует хроническую фазу гематогенного остеомиелита:

- А) Остеопороз местный;
- Б) Остеосклероз диффузный;
- В) Деструкция с секвестром;
- Г) Остеосклероз, гиперостоз;+

7. Какой рентгенологический симптом является ведущим в дифференциальной диагностике опухоли и воспалительного заболевания челюсти:

- А) Остеопороз;
- Б) Деструкция;
- В) Секвестрация;
- Г) Периостальные наслоения;+

8. Какая методика исследования является оптимальной для дифференциальной диагностики одонтогенной и внутрипазушной кисты:

- А) Томография в боковой проекции черепа;
- Б) Рентгенография в боковой проекции черепа;
- В) Ангиография;
- Г) Гайморотография;+

9. При каких опухолях наблюдается вздутие челюсти:

- А) Остеома;
- Б) Остеохондрома;
- В) Одонтогенные кисты;+
- Г) Амелобластома;+

10. Какие из перечисленных заболеваний являются причиной остеосклероза челюсти:

- А) Одонтогенные кисты;
- Б) Хронический периодонтит;
- В) Хронический остеомиелит;+
- Г) Остеолигическая саркома;

11. Свойства рентгеновских лучей, лежащие в основе рентгенографии:

- А) Проникающая способность;+
- Б) Флюоресцирующая способность;+
- В) Фотохимическое действие;
- Г) Ионизирующая способность;

12. Укажите главные рентгенологические симптомы анкилоза височно-нижне-челюстного сустава:

- А) Нарушение суставных взаимоотношений;+
- Б) Сужение рентгеновской суставной щели;
- В) Отсутствие суставной щели;
- Г) Склероз замыкательных пластинок;

13. Кистозная форма амелобластомы на рентгенограмме имеет типичную локализацию:

- А) В области угла нижней челюсти;+
- Б) Задние отделы тела нижней челюсти;
- В) Передний отдел тела нижней челюсти;
- Г) Верхняя челюсть;

14. Наиболее оптимальной методикой для характеристики ретинированного зуба является:

- А) Обзорная рентгенография черепа;
- Б) Рентгенография челюсти в аксиальной проекции;+
- В) Ортопантомография;
- Г) Рентгенография в косых проекциях;

15. Перечислите осложнения при переломах нижней челюсти:

- А) Ложный сустав; +
- Б) Травматический остеомиелит; +
- В) Синусит;
- Г) Нагноение костной раны;

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

- А) 4-5 недель;
- Б) 5-6 недель;+
- В) 6-7 недель;
- Г) 7-8 недель;

17. Укажите направление смещения отломков при нанесении удара по переднему отделу верхней челюсти:

- А) Кзади по отношению к верхнему отделу челюсти;+
 Б) Кзади по отношению к скуловой кости;
 В) Кпереди по отношению к основанию черепа;
 Г) Кзади по отношению к основанию черепа;

18. Для уточнения характера и локализации переломов верхней челюсти делают рентгеновские снимки в следующих проекциях:

- А) Прямой;+
 Б) Внутриротовой;
 В) Боковой;
 Г) Аксиальной (полуаксиальной)

19. Какая проекция рентгеновского снимка дает наиболее полную информацию о переломе верхней челюсти?

- А) Фронтальная; +
 Б) Полуаксиальная;
 В) Боковая;
 Г) Аксиальная (полуаксиальная);

20. Перечислите наиболее информативные способы рентгенодиагностики переломов скуловой кости и ее дуги:

- А) Исследование черепа в аксиальной проекции;
 Б) Ортопантомография;
 В) Рентгенограмма лицевых костей в саггитальной проекции (носо-подбородочная укладка)+
 Г) Обзорная рентгенограмма;

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

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

3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета в устной форме.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:

если форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет: $R_d = R_t + R_b + R_z$,

если форма промежуточной аттестации по дисциплине – экзамен: $R_d = R_t + R_b + R_z$, где

R_b - бонусный рейтинг;

R_d - дисциплинарный рейтинг;

R_z - зачетный рейтинг;

R_t - текущий рейтинг;

R_z - экзаменационный рейтинг)

Образец критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного/экзаменационного рейтинга.

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

6-10 баллов. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение

анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов > 70 %).

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

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

Оценка	Критерии
Отлично	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.
Хорошо	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимися самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному.
Удовлетворительно	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Практические работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки.
Неудовлетворительно	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Практические работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий.

13. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Нейростоматология»

1. Паспорт фонда оценочных средств

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

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

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК -1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

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

ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи;

ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

2. Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

Тема 1. Заболевания тройничного нерва. Невралгия тройничного нерва, постгерпетическая невралгия тройничного нерва.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Клиника заболеваний тройничного нерва
2. Невралгия тройничного нерва. Клиника, диагностика, этиология, патогенез.
3. Постгерпетическая невралгия тройничного нерва. Клиника, диагностика, этиология, патогенез.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. У больного утром развилась асимметрия лица, правосторонний симптом Белла, лагофтальм справа, симптом «паруса», затруднение при поднятии брови и нахмуривании справа, отсутствие надбровного и корнеального рефлекса. Где расположен патологический очаг?

- A. Синдром мосто-мозжечкового угла.
- B. Надъядерное поражение нервных волокон лицевого нерва.
- C. Поражение тройничного нерва корешка.
- D. Альтернирующий синдром ствола мозга.

Е. Поражение лицевого нерва после отхождения всех ветвей.

2. У больной с ишемическим инсультом в неврологическом статусе: затруднение проглатывания пищи, поперхивание, нарушение звучности голоса, нарушение артикуляции речи, гнусавость, фасцикуляции мышц языка, отсутствие глоточного и небного рефлекса. Назовите синдром.

A. Бульбарный синдром.

- B. Псевдобульбарный синдром.
- C. Синдром Джексона.
- D. Синдром Шмидта.
- E. Синдром Авелиса.

3. У пациентки развились гемиатрофия языка, глоссопарез, фибриллярные подергивания языка. Где расположен патологический очаг?

- A. Ядро подъязычногонерва.
- B. Корково-ядерный путь

B. Подъязычный нерв

4. У больного с боковым амиотрофическим склерозом – дизартрия, дисфония, дисфагия, сохранен глоточный и небный рефлекс, положительные феномены орального автоматизма. Во время осмотра развивается приступ насильственного плача. Назовите этот синдром.

A. Псевдобульбарный синдром.

- B. Бульбарный синдром.
- C. Синдром Дежерина-Русси.
- D. Синдром внутренней капсулы.

5. У больной жалобы на нарушение слуха, шум в ухе, головокружение, ассиметрию лица справа. Объективно: нистагм, периферический парез мышц лица, нарушение всех видов чувствительности на лице, сходящееся косоглазие, в пробе Ромберга – атаксия, Назовите синдром:

A. Синдром мосто-мозжечкового угла.

- B. Синдром поражения лицевого нерва.
- C. Синдром поражения тройничного нерва.
- D. Синдром Валенберга-Захарченко.
- E. Синдром Фовиля.

6. У пациентки возникла слабость мимической мускулатуры слева. Объективно: отсутствие складок при наморщивании лба, симптом «ресниц» слева, феномен Белла, синдром «паруса», сглажена левая носогубная складка, нарушение вкуса на передние 2/3 языка, сухость во рту. Назовите уровень поражения лицевого нерва.

A. В костном канале выше отхождения барабанной струны.

- B. Выше отхождения стременного нерва.
- C. В области внутреннего слухового канала.
- D. В области мосто-мозжечкового угла.
- E. Выше отхождения большого каменистого нерва.

7. У больного асимметрия лица, правосторонний лагофтальм, феномен Белла, нарушение вкуса (передние 2/3 языка) и слюноотделение. Укажите уровень поражения.

A. Поражение VII п. в костном канале выше отхождения барабанной струны. B. Поражение VII п. в области мостомозжечкового угла.

C. Поражение VII п. внутри ствола головного мозга.

D. Надъядерное поражение нервных волокон.

E. Поражение всех ветвей лицевого нерва после отхождения всех ветвей.

8. Больной предъявляет жалобы на головокружение, шаткость при ходьбе, периодические боли в области лица справа. Объективно: снижение слуха, периферический парез мимических мышц, снижение чувствительности на правой половине лица. Назовите данный синдром.

A. Синдром поражения мосто-мозжечкового угла.

- B. Периферический парез лицевого нерва.
- C. Синдром поражения внутренней капсулы.
- D. Синдром Валенберга-Захарченко
- E. Синдром Дежерина-Руси.

9. У пациента на фоне повышения АД остро развился парез нижнемимической мускулатуры и гомолатеральный гемипарез. Где расположен патологический очаг?

- A. Синдром мосто-мозжечкового угла.
- B. Надъядерное поражение нервных волокон лицевого нерва.
- C. Поражение тройничного нерва корешка.
- D. Альтернирующий синдром ствола мозга.
- E. Поражение лицевого нерва после отхождения всех ветвей.

10. У пациента кратковременные приступы интенсивных болей, напоминающих «прострел электрического тока», в области зубов верхней челюсти, самой челюсти, скуловой области. Прикосновение к области корня носа и верхней губе провоцирует приступ описанной боли. Ваш диагноз?

A. Невралгия второй ветви тройничного нерва.

- B. Невралгия языкоглоточного нерва.
- C. Невралгия верхнегортанного нерва.
- D. Невропатия лицевого нерва.
- E. Ганглионит носоресничного узла

Тема 2. Заболевания системы тройничного нерва. Нейропатия тройничного нерва. Дентальная плексалгия.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Классификация нейростоматологических синдромов.
2. Характеристика заболеваний тройничного нерва.
3. Характеристика заболеваний языкоглоточного и блуждающего нервов.
4. Характеристика нейропатии подъязычного нерва.
5. Характеристика вегетативных прозопагий.
6. Характеристика мionoфасциального дисфункционального болевого синдрома лица.
7. Характеристика других нейрогенных заболеваний лица.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Мужчина жалуется на приступы кратковременной интенсивной боли в левой половине лица, возникающие в первой половине дня. В момент приступа отмечалось слезотечение, покраснение лица, повышение АД; боль провоцировалась рзговором, чисткой зубов. Предположительный диагноз?

A. Невралгия тройничного нерва.

- B. Неуточненная прозопагия.
 - C. Синдром крылонебного узла.
 - D. Пучковая цефалгия.
 - E. Гипертонический криз.
2. У пациентки, появились приступы интенсивной боли в области глазного яблока, которые носят пароксизмальный и односторонний характер, продолжительностью около 1,5 часа. Во время приступа отмечается светобоязнь, слезотечение. Какой наиболее вероятный диагноз? **A. Невралгия носоресничного нерва.**
- B. Мигрень, глазничная форма.
 - C. Синдром Таласа-Ханта.
 - D. Синдром крылонебного узла.
3. У пациента постепенноросло головокружение, шум в ухе, присоединилась слабость мимической мускулатуры и боли в лице слева. Объективно: снижение слуха, периферический, снижение чувствительности на правой половине лица. Назовите данный синдром?

A. Синдром поражения мосто-мозжечкового угла.

- B. Периферический парез лицевого нерва.
 - C. Синдром поражения внутренней капсулы.
 - D. Синдром Валенберга-Захарченко
 - E. Синдром Дежерина-Руси.
4. У женщины после стресса возникла асимметрия лица с признаками периферического мимического пареза мышц справа, сочетавшаяся с нарушением вкуса на передних 2/3 языка справа. Какой диагноз наиболее вероятен?
- A. Компрессионно-ишемическая нейропатия лицевого нерва.**
- B. Вегетативно-сосудистая дистония с конверсионным синдромом.
 - C. Опухоль мосто-мозжечкового угла, острое развитие.
 - D. Васкулит с поражением сосудов вертебрально-базиллярного бассейна.
 - E. Острый церебральный арахноидит средне-черепномочной локализации.
5. У больного после сна остро развились дисфагия, дисфония, дизартрия, выпал глоточный рефлекс. Какой тип паралича развился у пациента?

A. Бульбарный.

- B. Периферический.
 - C. Спастический.
 - D. Псевдобульбарный.
 - E. Центральный.
6. У больного с ОНМК в неврологическом статусе: периферический парез лицевого нерва слева, контрлатерально – центральный гемипарез. Назовите синдром.

A. Синдром Мийяра-Гюблера.

- B. Синдром Фовилля.
 - C. Синдром Бриссо-Сикара.
 - D. Синдром поражения мосто-мозжечкового угла.
 - E. Синдром Ляница.
7. У пациента появилась боль, локализующаяся в глотке, распространяющаяся на дужки, корень языка, затруднение и боль при глотании. Ваш диагноз.
- A. Мигрень ассоциированная.
 - B. Синдром Слудера.

C. Невралгия языкоглоточного нерва.

- D. Невралгия тройничного нерва.
 - E. Заглоточный абсцесс.
8. У больного с инсультом в неврологическом статусе: периферический парез лицевого нерва слева, контрлатерально – центральный гемипарез. Назовите синдром.

A. Синдром Мийяра-Гюблера.

- B. Синдром Фовилля.
 - C. Синдром Бриссо-Сикара.
 - D. Синдром поражения мосто-мозжечкового угла.
 - E. Синдром Ляница.
9. У мужчины после переохлаждения появились неподвижность мышц правой половины лица, слезотечение из правого глаза. Объективно: глазные щели D>S, сглаженность лобных морщин и носогубных складок справа, хуже отводит правый угол рта, лагофтальм справа, синдром Белла справа, «парусит» правая щека. При попытке оскалить зубы, угол рта справа неподвижен. Утрачен вкус на 2/3 языка. Поставьте предварительный диагноз.

A. Невропатия правого лицевого нерва.

- B. Невралгия тройничного нерва.
 - C. Ганглионит языко-глоточного нерва.
 - D. Понтинная форма полиомиелита.
 - E. Опухоль мосто-мозжечкового угла.
10. У больной с ишемическим инсультом отмечаются нарушение звучности голоса, затруднение проглатывания пищи, поперхивание, нарушение артикуляции речи, гнусавость, фасцикуляция мышц языка, отсутствие глоточного и небного рефлекса. Назовите синдром.

A. Бульбарный синдром.

- B. Псевдобульбарный синдром.
- C. Синдром Джексона.
- D. Синдром Шмидта.
- E. Синдром Авелиса.

Тема 3. Заболевания системы языкоглоточного и блуждающего нервов, невралгия языкоглоточного и блуждающего нервов, нейропатия блуждающего нерва, невралгия верхнего гортанного нерва.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Заболевания, вызванные поражениями системы тройничного нерва.
2. Заболевания, вызванные поражениями системы лицевого нерва.
3. Заболевания, вызванные поражениями системы промежуточного нерва.
4. Заболевания, вызванные поражениями системы языкоглоточного нерва.
5. Заболевания, вызванные поражениями системы блуждающего нерва.
6. Заболевания, вызванные поражениями системы подъязычного нерва.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. У больного с ОНМК имеет место синдром Фовилля. Какие черепно-мозговые нервы вовлекаются в процесс?

A. V, VI, VII, VIII

B. VI, VII C. VII, VIII

D. VII, XII E. V, VI

2. Пациентка, после переохлаждения, утром заметила несмыкание левой глазной щели, слезотечение, нарушение вкуса на передней части языка слева. Объективно: лагофтальм слева, симптомом «паруса» слева, неподвижность левого угла рта. Поставьте предварительный диагноз.

A. Невропатия левого лицевого нерва.

B. Понтийная форма полиомиелита.

C. Опухоль левого мосто-мозжечкового угла.

D. Невропатия тройничного нерва слева.

E. Лицевой гемиспазм.

3. У больного, страдающего хроническим синуситом, появились приступы сильной боли в области крыла носа верхней челюсти, сопровождающиеся ринореей, слезотечением, гиперемией соответствующей половины лица, длящегося в течение 30 мин. Какой диагноз наиболее вероятен?

A. Синдром Слюдера.

B. Невралгия тройничного нерва.

C. Синдром Шарлена.

D. Синдром мигрени.

E. Прозопалгия неуточненного генеза.

4. У пациентки, страдающей вертеброгенной цервикалгией, появились экзофтальм и мидриаз. Предположительный диагноз.

A. Синдром Клода-Бернара-Горнера.

B. Синдром Пти дю Фур.

C. Синдром Россолимо-Мелькерсона-Розенталя

5. Пациентка предъявляет жалобы на рецидивирующую слабость мимической мускулатуры, отек губ, складчатость языка. Предположительный диагноз.

A. Синдром Клода-Бернара-Горнера.

B. Синдром Пти дю Фур.

C. Синдром Россолимо-Мелькерсона-Розенталя.

Тема 4. Парастетический синдром (глоссодиния)

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Клиника и диагностика болезни Рейно.

2. Клиника и диагностика болезни Меньера.

3. Клиника и диагностика эритромелалгии.

4. Клиника и диагностика симпаталгии.

5. Клиника и диагностика ганглионита.

6. Клиника и диагностика ганглиотрунцита.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. У пациента болевые пароксизмы в области глазного яблока и корня носа, сопровождающиеся слезотечением, гиперемией конъюнктивы глаза, светобоязнью, герпетическая сыпь на коже носа и лба. Наблюдается иррадиация боли в затылок, шею, плечо. Предположительный диагноз.

A. Невралгия тройничного нерва.

B. Синдром Слюдера.

C. Синдром Оппенгейма.

D. Синдром Россолимо-Мелькерсона-Розенталя.

2. У больного синдром Клода-Бернара-Горнера. Что характерно для данного синдрома?

A. Энофтальм, птоз, миоз.

B. Птоз, диплопия, расходящееся косоглазие.

C. Сходящееся косоглазие, диплопия при взгляде вниз.

D. Мидриаз, экзофтальм.

E. Сходящееся косоглазие, диплопия в сторону пораженного нерва.

3. Мужчина жалуется на приступы интенсивной боли в области глазного яблока и корня носа. Во время приступа отмечается светобоязнь, слезотечение, кожа носа герпетическая сыпь. Какой наиболее вероятный диагноз?

A. Синдром ресничного узла.

B. Мигрень, глазничная форма.

C. Синдром Таласа-Ханта.

D. Синдром крылонебного узла.

E. Невралгия правого тройничного нерва.

4. К функциям тройничного нерва не относится:

A. Иннервация задней трети языка

B. Иннервация кожи лица ниже подъязычной кости

C. Иннервация зубов

D. Иннервация передних 2/3 языка

E. Иннервация глазных яблок

5. Определить наиболее вероятный диагноз: больной жалуется на кратковременную простреливающую боль в верхней челюсти справа, иррадирующую в висок. Боль возникает только в первой половине дня. При осмотре: больной сидит неподвижно, говорит осторожно, тихо. Очаговой симптоматики нет.

A. Невралгия тройничного нерва

B. Невралгия языкоглоточного нерва

C. Неврит лицевого нерва

D. Лицевой гемиспазм

E. Синдром Слюдера

Тема 5. Миофасциальный болевой дисфункциональный синдром лица.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Классификация заболеваний нервной системы лица.

2. Классификация заболеваний нервной системы по МКБ -10С.

3. Анатомо-физиологические предпосылки прозопалгий.

4. Классификация прозопалгий.

5. Механизм формирования боли.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Боль в языке, проходящая во время еды, характерна для:

невралгии тройничного нерва

+ глоссалгии

десквамативного глоссита

ромбовидного глоссита

2. Глоссалгия - это заболевание:

инфекционное

аллергическое

+ психогенное

наследственное

3. Жалобы больного глоссалгией:

боль при приеме раздражающей пищи

жжение в языке, исчезающее при приеме пищи

чувство «ошпаренности» языка

+ верно 2 и 3

4. При объективном обследовании больного глоссалгией выявляют:

регионарный лимфаденит

отсутствие изменений в языке

сухость слизистой оболочки полости рта

+ верно 2 и 3

5. Правильное название заболевания при одновременном жжении в языке, твердом небе, губах, зеве:

глоссалгия

невралгия тройничного нерва

+ стомалгия

неврит

6. Во время приема пищи жжение при глоссалгии исчезает из-за:

приема теплой пищи

воздействия положительных эмоций

подавления в ЦНС болевой доминанты более сильной пищевой доминантой

+ верно 2 и 3

7. Стомалгия встречается чаще:

у подростков

у мужчин 50-60 лет

+ у женщин 50-60 лет

во всех возрастных группах

8. Развитию стомалгии способствует:

курение

психогенная травма

местная травма

+ верно 3 и 4

9. Местные факторы, способствующие развитию глоссалгии:

неудовлетворительная гигиена полости рта

снижение высоты нижнего отдела лица

хроническая травма языка острыми краями зубов

+ верно 3 и 4

10. Пальпация языка болезненна при:

десквамативном глоссите

+ абсцессе языка

глоссалгии

складчатом языке

Тема 6. Заболевания, вызванные заболеваниями зубочелюстной системы.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Соматические синдромы.

2. Вегетативные синдромы

Форма(ы) текущего контроля успеваемости тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

1. Глоссалгию дифференцируют с:

невралгией язычного нерва

невритом язычного нерва

десквамативным глосситом

+ все верно

2. Блокаду язычного нерва при глоссалгии проводят:

хлоридом кальция с лидокаином

+ витамином В с лидокаином

витамином С с лидокаином

реланиумом с лидокаином

3. Лечебные мероприятия при лечении глоссалгии:

ротовые ванночки с анестетиком

седативная терапия

массаж воротниковой зоны

+ верно все

4. Десквамативный глоссит - это результат нарушений:

гематопозитических

+ нервно-трофических

психогенных

сердечно-сосудистых

5. Лекарственные препараты для лечения десквамативного глоссита:

антибиотики

анальгин по 0,5-3 раза в день

пантотенат кальция по 0,1-0,2 г внутрь

блокада язычного нерва 1% раствором лидокаина

+ верно 3 и 4

6. Определить наиболее вероятный диагноз: больной жалуется на кратковременную простреливающую боль в верхней челюсти справа, иррадиирующую в висок. Боль возникает только в первой половине дня. При осмотре: больной сидит неподвижно, говорит осторожно, тихо. Очаговой симптоматики нет.

+ Невралгия тройничного нерва

Невралгия языкоглоточного нерва

Неврит лицевого нерва

Лицевой гемиспазм

7. У больного утром развилась асимметрия лица, правосторонний симптом Белла, лагофтальм справа, симптом «паруса», затруднение при поднятии брови и нахмуривании справа, отсутствие надбровного и корнеального рефлекса. Где расположен патологический очаг?

Синдром мосто-мозжечкового угла

Надъядерное поражение нервных волокон лицевого нерва.

Поражение тройничного нерва корешка.

+ Поражение лицевого нерва после отхождения всех ветвей.

8. У больной с ишемическим инсультом в неврологическом статусе: затруднение проглатывания пищи, поперхивание, нарушение звучности голоса, нарушение артикуляции речи, гнусавость, фасцикуляция мышц языка, отсутствие глоточного и небного рефлекса. Назовите синдром.

+ Бульбарный синдром

Псевдобульбарный синдром

Синдром Джексона

Синдром Шмигды

9. У пациентки развились гемиатрофия языка, глоссопарез, фибриллярные подергивания языка. Где расположен патологический очаг?

Ядро подъязычного нерва.

Корково-ядерный путь

+ Подъязычный нерв

Лицевой нерв

10. У больного с боковым амиотрофическим склерозом – дизартрия, дисфония, дисфагия, сохранен глоточный и небный рефлекс, положительные феномены орального автоматизма. Во время осмотра развивается приступ насильственного плача. Назовите этот синдром.

+ Псевдобульбарный синдром.

Бульбарный синдром.

Синдром Дежерина-Русси.

Синдром внутренней капсулы

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

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

3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится по зачётным билетам, в устной форме.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Оценка	Критерии
Отлично	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках

	учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.
Хорошо	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимися самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному
Удовлетворительно	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Практические работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки
Неудовлетворительно	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Практические работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Функция тройничного нерва
2. Этиология невралгии тройничного нерва
3. Патогенез невралгии тройничного нерва
4. Классификация невралгии тройничного нерва
5. Клинические особенности невралгии тройничного нерва
6. Дифференциальные признаки поражения отдельных ветвей тройничного нерва
7. Лечение невралгии тройничного нерва
8. Ведущие клинические проявления одонтогенной невралгии тройничного нерва
9. Клинические особенности послегерпетического поражения тройничного нерва
10. Принципы лечения послегерпетического поражения тройничного нерва
11. Клинические особенности невралгии ушно-височного нерва
12. Диагностика и лечение ушно-височного нерва
13. Клинические признаки невралгии верхнего и нижнего альвеолярных нервов
14. Особенности клиники ятрогенных невралгий тройничного нерва
15. Механизм возникновения нейропатии лицевого нерва
16. Дифференциальная диагностика центрального и периферического пареза мимических мышц
17. Клиника прозоплегии
18. Патогенетическое лечение невралгии лицевого нерва
19. Физиотерапевтическое лечение невралгии лицевого нерва
20. Этиология и клинические особенности синдрома Ханта
21. Этиологическое лечение синдрома поражения узла колена.
22. Функции языкоглоточного нерва
23. Этиология и патогенез невралгии языкоглоточного нерва
24. Принципы лечения невралгии языкоглоточного нерва
25. Диагностика и принципы лечения верхнего гортанного нерва
26. Клинические особенности и принципы лечения невралгии подъязычного нерва.
27. Диагностика ганглионита реснитчатого узла
28. Методы лечения и группы препаратов, которые назначаются у больных с синдромом Оппенгайма
29. Клинические особенности ганглионита подчелюстного и подъязычного узлов
30. Диагностика и методы лечения ганглионита подчелюстного и подъязычного узлов

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

ЗАДАЧА 1

К стоматологу обратился больной К. 43 лет с жалобами на боли в области неба с отдачей в левое ухо, головные боли, на высыпания в области языка и «перекося лица». При объективном исследовании выявлено: периферический парез лицевой мускулатуры слева, гиперестезия в области левой ушной раковины, герпетические высыпания на левой 1/2 языка, гиперестезия и снижение вкуса на передних 2/3 языка слева, сухость глаза слева и гиперактузия.

Определить клинический и топический диагнозы.

ЗАДАЧА 2

У больного 62 лет после протезирования появились приступообразные боли в передних 2/3 языка справа, которые провоцируются приемом пищи, разговором.

При обследовании выявляется легкая гиперестезия на передних 2/3 языка справа. Прием анальгетиков снимает боль.

Поставить клинический и топический диагнозы.

ЗАДАЧА 3

Больная 56 лет в течение 8 лет страдает гипертонической болезнью. Во время экстракции зуба почувствовала головную боль, тошноту, слабость в правых конечностях, затруднение речи, речь окружающих понимала.

Вневрологическом статусе выявлено: снижение мышечной силы, повышение мышечного тонуса в правых конечностях, асимметрия сухожильных рефлексов D>S, симптом Бабинского. ЛД – 220/105 мм рт.ст.

Определить клинический диагноз.

ЗАДАЧА 4

Больная 36 лет страдает хроническим гайморитом. В клинику поступила с жалобами на приступообразные боли в области правого глазного яблока, надбровья и правой половины носа, возникающих на фоне охлаждения. Боли сопровождаются обильным слезотечением, набуханием слизистой оболочки правой половины носа и выделением жидкого секрета. Приступ боли может держаться в течение нескольких часов.

Объективно: болезненность при пальпации внутреннего угла правого глаза, гиперестезия в правой орбитальной области.

Поставить клинический и топический диагнозы.

ЗАДАЧА 5

Больной 60 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на приступообразный характер болей в верхней челюсти справа, преимущественно в области верхних коренных зубов, в области щеки. Приступ длится в течение 1–2 мин, провоцируется приемом пищи, разговором.

При объективном обследовании выявляется резкая болезненность точки выхода 2-й ветви тройничного нерва слева, при смещении кожи в области верхней губы

возникает приступ резчайших болей. После экстракции 2-го коренного зуба болевой синдром не купирован. Больной направлен к неврологу.

Поставить клинический и топический диагнозы.

ЗАДАЧА 6

Больной 48 лет обратился к врачу с жалобами на резкие боли пульсирующего характера в течение 3-х дней в области щеки и челюсти.

Справа заметил отек в области щеки. После лечения кариозного зуба и депульпирования боль значительно уменьшилась, на 2-е сутки полностью прекратилась. При пальпации точек выхода тройничного нерва болей нет, чувствительных расстройств на лице нет.

Определить клинический и топический диагнозы.

ЗАДАЧА 7

У больной 34 лет после экстракции зуба (2-го нижнего премоляра) возникло осложнение (остеомиелит нижней челюсти). На 5-е сутки заболевания у больной резко поднялась температура (до 38,5°), появились головные боли, рвота.

При объективном исследовании выявлены положительные симптомы Кернига 130, Брудзинского, ригидность мышц затылка 4 см.

Поставить клинический и топический диагнозы.

ЗАДАЧА 8

Больной 66 лет в течение 12 лет болен гипертонической болезнью. В анамнезе дважды перенес гипертонический криз. Во время протезирования зубов в кабинете врача почувствовал резкую головную боль, на 10 мин потерял сознание. Когда пришел в себя, жаловался на сильнейшую головную боль, тошноту, дважды была рвота.

При обследовании больного врач скорой помощи выявил положительные менингеальные симптомы: ригидность мышц затылка 2 см, симптом Кернига, Брудзинского.

Поставить клинический и топический диагнозы.

ЗАДАЧА 9

Больной 24 лет после автоаварии доставлен в приемное отделение областной больницы. О случившемся больной не помнит. Жалуется на сильную головную боль, тошноту, однократно была рвота.

При объективном исследовании выявляется легкий левосторонний гемипарез, положительные менингеальные симптомы, из правого уха выделяется светлая жидкость. В правой височной области имеется припухлость мягких тканей, асимметрия лицевой мускулатуры, больной с трудом открывает рот. На 2-е сутки состояние ухудшилось, усилились головные боли, появился мидриаз справа, пульс 52 уд. в мин, АД 140/80 мм рт.ст. Определить топический и клинический диагнозы, дополнительные методы обследования и тактику ведения.

ЗАДАЧА 10

Больная 56 лет обратилась к врачу с жалобами на ощущение жжения, покалывания, пощипывания в области языка и слизистой полости рта. (2 недели назад – протезирование зубов).

При осмотре стоматолог обнаружил неправильный прикус. Изменений со стороны языка и слизистой полости рта не выявлено.

Определить топический и клинический диагнозы.

ЗАДАЧА 11

У женщины 40 лет на третий день после удаления 4-го зуба возникли постоянные боли в области верхней челюсти и щеки слева. В этой зоне периодически появлялись пульсирующие острые боли, которые продолжались несколько часов. При осмотре определялась гиперестезия в области крыла носа и верхней губы слева, болезненность точки выхода 2-й ветви тройничного нерва при пальпации. Триггерных зон нет.

Поставить клинический диагноз и назначить лечение.

ЗАДАЧА 12

У женщины 50 лет при подготовке к протезированию удалено несколько зубов верхней челюсти слева, после чего стали возникать продолжительные приступы жгучей боли в области правой половины верхней челюсти. Приступ длится от 40 до 50 минут. Между приступами сохраняется ноющая боль в верхней челюсти. На высоте боли отечность десны, болезненность при глубокой и поверхностной пальпации кожной проекции верхнего зубного сплетения.

Поставить клинический диагноз и назначить лечение.

ЗАДАЧА 13

Больной 43 лет жалуется на головную боль, недомогание, повышение температуры. Через 2 дня появились жгучие боли в области лба, глаза, височной области слева. Спустя три дня в области лба, роговицы глаза появились герпетические высыпания. Боль в этой области усилилась, иррадирует в нижнюю половину лица.

При осмотре – обильные герпетические высыпания на коже в височной области и роговице слева, гиперестезия на половине лица.

Поставить клинический диагноз, назначить лечение.

ЗАДАЧА 14

У мальчика 14 лет после травмы левого глаза возникли приступообразные боли в области левого глазного яблока, надбровья, спинки носа. Продолжительность приступа – несколько часов. При осмотре – отечность века, инъецированность склер, слезотечение, светобоязнь. Улучшение наступило после смазывания анестетиками слизистой оболочки носа.

Поставить диагноз, назначить лечение.

ЗАДАЧА 15

На следующий день после длительного переохлаждения мужчина 40 лет заметил «перекашивание» лица слева, сухость левого глаза, обостренное восприятие звуков этим ухом, нарушение вкуса на левой половине языка. Жидкая пища плохо удерживалась в полости рта. При осмотре глаз не закрывается, носогубная складка опущена, не удается попытка надуть левую щеку, вытянуть губу трубочкой.

Поставить клинический диагноз, назначить лечение.

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

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
 «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра _____
 направление подготовки (специальность) _____
 дисциплина _____

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № ____

I. ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ № ____ /
 ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА

II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

1.
 2.

III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

.....

Заведующий кафедрой _____ (_____)

Декан _____ факультета _____ (_____)

« ____ » _____ 20 ____

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

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	Знать современную концепцию общественного здравоохранения. Факторы риска, являющиеся причиной возникновения заболеваний, сведения о загрязненности окружающей среды	Вопросы № 1,2,3,4,6,7.
		Уметь проводить мероприятия по устранению факторов риска и снижения их уровня с целью предупреждения развития заболеваний.	Практические задания № 7,10,11
		Владеть методами государственных профилактических мероприятий, направленных на формирование, развитие и поддержания высокого уровня здоровья у населения.	Практические задания №8,9,12,15.
2	ПК-5 Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результата осмотра, лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания	Знать: - особенности сбора анамнеза жизни и заболевания у пациентов разного возраста - методику клинического и параклинического обследования пациентов разного возраста; - диагностическую значимость современных методов исследования у пациентов разного возраста	вопросы №11,12,13,14.
		Уметь: -проводить и интерпретировать опрос, клиническое обследование пациента; - обосновать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования пациента на основании полученных данных -интерпретировать результаты параклинического	практические задания №12,13,14,15.

		обследования;	
		Владеть всеми методами клинического обследования пациентов разного возраста	практические задания № 7,8, 9,10.
3	ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи	Знать этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику заболеваний челюстно-лицевой области и полости рта.	вопросы № 16,17,18,19,20.
		Уметь провести обследование пациента стоматологического профиля с хирургической патологией, поставить диагноз, заполнить соответствующую документацию	практические задания №3,4,6,9,10.
		Владеть методами лечения стоматологических заболеваний	практические задания №7,11,12,14,15.
4	ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знать методы немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	вопросы №3,4,9,11,14,15,20,21.
		Уметь применять методы немедикаментозной терапии у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	практические задания №5,7,8,9,11,12.
		Владеть методами лечения немедикаментозной терапии у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	практические задания №9,10,12.

14. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике по стоматологии общей практики

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по практике содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе прохождения практики результатов обучения на итоговой аттестации в форме зачета.

Контрольно – оценочные материалы для итоговой аттестации соответствуют форме итоговой аттестации по данному виду практики, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности умений, навыков и практического опыта по каждой компетенции, установленной в программе практики.

В результате прохождения практики у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

- ПК-1 – готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
- ПК-2 – готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией
- ПК-5 – готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
- ПК-6 – готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы
- ПК-7 – готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи
- ПК-9 – готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
- ПК-10 – готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний.
- ПК-11 – готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях
- ПК-12 – готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей
- ПК-8 – готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации
- ПК-3 – готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
- ПК-4 – готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости

Критерии оценивания на зачете по практике

«ОТЛИЧНО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, вся документация оформлена в соответствие с требованиями, положительная характеристика с места практики. Проявил высокую активность в ходе практики. На зачете демонстрирует хорошее владение практическими навыками. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи.

«ХОРОШО». При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, в отчетной документации присутствуют негрубые ошибки и недочеты, свидетельствующие о некотором снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Положительная характеристика с места практики. Демонстрация практического навыка с небольшими ошибками, но без грубых нарушений алгоритма. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Небольшие нарушения сроков сдачи отчетной документации без уважительной причины, в отчетной документации присутствуют ошибки и недочеты, свидетельствующие о снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Демонстрация практического навыка с одной/двумя грубыми ошибками. В ответе нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Документация оформлена с серьезными замечаниями. Отсутствует положительная характеристика с места работы. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

Практические задания для проверки сформированных умений, навыков, приобретенного практического опыта

- Оформления истории болезни и другой учетно-отчетной медицинской документации (направления в другие подразделения, заключения и др.).
- Организации рабочего места к приему пациентов с учетом эргономики, правил асептики и антисептики, профилактики социально опасных инфекций (гепатит, сифилис, СПИД).
- Диагностики твердых тканей, воспалительных заболеваний пульпы, периодонта и пародонта.
- Проведения местной аппликационной, инфильтрационной и проводниковой анестезии.
- Наложения коффердама.
- Формирования полостей различной локализации (по Блеку) под различные виды пломбировочных материалов и методы реставрации твердых тканей зуба.
- Формирования полостей различной локализации (по Блеку) под различные виды пломбировочных материалов и методы реставрации твердых тканей зуба.
- Реставрации твердых тканей зуба различными пломбировочными материалами.
- Создания эндодонтического доступа для лечения осложненного кариеса.
- Медикаментозной обработки корневого канала (пассивная ультразвуковая ирригация, эндодонтический шприц.)
- Инструментальной обработки корневого канала.
- Измерения рабочей длины корневого канала (апекслокатор).
- Создания эндодонтического доступа для лечения осложненного кариеса.
- Обследования большого с зубообразованием пародонта, определять степень тяжести заболевания, измерять пародонтальные карманы.
- Эндодонтического препарирования корневых каналов зубов ручными и машинными инструментами.
- Работы с любыми видами пломбировочных материалов: стеклоиономерами, композитами, амальгамами и т.д.
- Формирования полости для последующей реставрации.
- Проведения местной обработки слизистой оболочки: удаление налетов, некротизированных тканей, промывание, орошение, аппликация.
- Проведения лечебных мероприятий по ликвидации осложнений, связанных с терапией кариеса, пульпита и периодонтита (закрытие перфораций, временное пломбирование корневого канала, назначение медикаментозных средств).
- Шинирования зубов при болезнях пародонта (лигатурное связывание, шины из композитов, стекловолокна).
- Местной противовоспалительной терапии (наложение повязок).
- Пломбирования корневого канала (методом одного штифта, латеральной и вертикальной конденсации).
- Проведения этапов профессиональной гигиены.
- Восстановления культиевой части зуба с помощью стекловолоконного штифта.

I. Наложения коффердама.

II. Измерения рабочей длины корневого канала (апекслокатор).

Заведующий кафедрой (_____)

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации (_____)

«_____» _____ 20__

Таблица соответствия результатов обучения по практике и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Уметь проводить мероприятия по устранению факторов риска и снижения их уровня с целью предупреждения развития заболеваний.	Практические задания № 1-24
		Владеть методами государственных профилактических мероприятий, направленных на формирование, развитие и поддержания высокого уровня здоровья у населения	Практические задания № 1-24
		Иметь практический опыт к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Анализ дневника практики
2	ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	Уметь проводить профилактические осмотры по предупреждению возникновения стоматологических заболеваний. Формирование клинического мышления предполагает анализ и обобщение конкретных данных. Уметь формировать группы здоровья, проводить профилактические мероприятия стоматологических и соматических заболеваний. Оценивать эффективность результатов проведенных мероприятий.	Практические задания № 1-24
		Владеть принципами и методами профилактики и лечения наиболее распространенных стоматологических заболеваний, а также реабилитации больных, научиться проводить профилактические, диагностические и лечебные мероприятия в объеме квалифицированной терапевтической помощи при лечении распространенных у взрослых воспалительных, дистрофических, диспластических, неопластических, дисэмбриогенетических заболеваний челюстно-лицевой области.	Практические задания № 1-24
		Иметь практический опыт к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	Анализ дневника практики
3	ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Уметь Проводить обследования пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области	Практические задания № 1-24
		Владеть современными методами обследования и диагностики пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области.	Практические задания № 1-24
		Иметь практический опыт к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Анализ дневника практики
4	ПК- 6 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	Уметь определять признаки временной утраты нетрудоспособности на основе оценки состояния здоровья характера и условий труда и других социальных факторов;	Практические задания № 1-24
		Владеть определять сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения	Практические задания № 1-24

		заболевания и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях; выдать документ, удостоверяющий нетрудоспособность	
		Иметь практический опыт к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	Анализ дневника практики
5	ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи	Уметь провести обследование пациента стоматологического профиля с хирургической патологией, поставить диагноз, заполнить соответствующую документацию	Практические задания № 1-24
		Владеть методами лечения стоматологических заболеваний	Практические задания № 1-24
		Иметь практический опыт к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в стоматологической терапевтической помощи	Анализ дневника практики
6	ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Уметь применять методы немедикаментозной терапии у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Практические задания № 1-24
		Владеть методами лечения немедикаментозной терапии у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Практические задания № 1-24
		Иметь практический опыт к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Анализ дневника практики
7	ПК-10 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	Уметь проводить профессиональную гигиену полости рта с целью профилактики стоматологических заболеваний, санитарно-просветительскую работу среди населения с целью формирования здорового образа жизни	Практические задания № 1-24
		Владеть методами первичной, вторичной и третичной профилактики стоматологических заболеваний	Практические задания № 1-24
		Иметь практический опыт к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	Анализ дневника практики
8	ПК-11 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Уметь анализировать деятельность организаций здравоохранения	Практические задания № 1-24
		Владеть методами анализа и оценки деятельности медицинских учреждений	Практические задания № 1-24
		Иметь практический опыт Применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Анализ дневника практики
9	ПК-12 готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Уметь организовать экспертизу качества медицинской помощи	Практические задания № 1-24
		Владеть методами оценки качества оказания медицинской помощи	Практические задания № 1-24
		Иметь практический опыт Проводить оценку качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Анализ дневника практики
10	ПК-8 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Уметь организовать медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Практические задания № 1-24
		Владеть методами медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Практические задания № 1-24
		Иметь практический опыт Организовывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях и медицинской эвакуации	Анализ дневника практики
11	ПК-3	Уметь	Практические задания № 1-24

	<p>готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p>	<p>организовать проводить противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней организовать ликвидацию чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями</p> <p>Владеть навыками организации и проведения комплекса мероприятий для ликвидации чрезвычайной ситуации</p> <p>Иметь практический опыт Проведения противоэпидемических мероприятий и организацией защиты населения в очагах особо опасных инфекций и радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.</p>	<p>Практические задания № 1-24</p> <p>Анализ дневника практики</p>
12	<p>ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости</p>	<p>Уметь Планировать эпидемиологическое обследование, оценить результаты</p> <p>Владеть Методикой сбора и анализа информации стоматологической заболеваемости</p> <p>Иметь практический опыт Применять социально- гигиенические методики сбора и медико- статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости</p>	<p>Практические задания № 1-24</p> <p>Практические задания № 1-24</p> <p>Анализ дневника практики</p>

15. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике: неотложная помощь в стоматологии

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по практике содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе прохождения практики результатов обучения на итоговой аттестации в форме зачета.

Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме итоговой аттестации по данному виду практики, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности умений, навыков и практического опыта по каждой компетенции, установленной в программе практики.

В результате прохождения практики у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

- ПК-1 – готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
- ПК-5 – готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
- ПК-6 – готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы
- ПК-7 – готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи
- ПК-10 – готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний.
- ПК-13 – готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

2. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по практике в форме зачета проводится по зачетным билетам (в устной форме, в письменной форме, по вариантам, в форме демонстрации практических навыков и т.п.)

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

(Расчет дисциплинарного рейтинга по практике осуществляется следующим образом:

$$P_d = P_m + P_b + P_z,$$

P_b - бонусный фактический рейтинг;

P_d - дисциплинарные рейтинг;

P_z - зачетный рейтинг;

P_m - текущий фактический рейтинг)

Образец критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга.

Критерии оценивания на зачете по практике

11-15 баллов. При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, вся документация оформлена в соответствие с требованиями, положительная характеристика с места практики. Продемонстрировал высокую активность в ходе практики. На зачете демонстрирует хорошее владение практическими навыками. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи.

6-10 баллов. При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, в отчетной документации присутствуют негрубые ошибки и недочеты, свидетельствующие о некотором снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Положительная характеристика с места практики. Демонстрация практического навыка с небольшими ошибками, но без грубых нарушений алгоритма. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

3-5 баллов. Небольшие нарушения сроков сдачи отчетной документации без уважительной причины, в отчетной документации присутствуют ошибки и недочеты, свидетельствующие о снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Демонстрация практического навыка с одной/двумя грубыми ошибками. В ответе нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

0-2 балла. Документация оформлена с серьезными замечаниями. Отсутствует положительная характеристика с места работы. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

Практические задания для проверки сформированных умений, навыков, приобретенного практического опыта

1	Оформления истории болезни и другой учетно-отчетной медицинской документации (направления в другие подразделения, заключения и др.)
2	Организации рабочего места к приему пациентов с учетом эргономики, правил асептики и антисептики, профилактики социально опасных инфекций (гепатит, сифилис, СПИД)
3	Диагностики твердых тканей, воспалительных заболеваний пульпы, периодонта и пародонта
4	Проведения местной аппликационной, инфильтрационной и проводниковой анестезии
5	Наложения коффердама
6	Формирования полостей различной локализации (по Блеку) под различные виды пломбировочных материалов и методы реставрации твердых тканей зуба
7	Формирования полостей различной локализации (по Блеку) под различные виды пломбировочных материалов и методы реставрации твердых тканей зуба
8	Реставрации твердых тканей зуба различными пломбировочными материалами
9	Создания эндодонтического доступа для лечения осложненного кариеса
10	Медикаментозной обработки корневого канала (пассивная ультразвуковая ирригация, эндодонтический шприц)
11	Инструментальной обработки корневого канала
12	Измерения рабочей длины корневого канала (апекслокатор)
13	Создания эндодонтического доступа для лечения осложненного кариеса
14	Обследования больного с заболеванием пародонта, определять степень тяжести заболевания, измерять пародонтальные карманы
15	Эндодонтического препарирования корневых каналов зубов ручными и машинными инструментами
16	Работы с любыми видами пломбировочных материалов: стеклоиономерами, композитами, амальгамами и т.д.
17	Формирования полости для последующей реставрации
18	Проведения местной обработки слизистой оболочки: удаление налетов, некротизированных тканей, промывание, орошение, аппликации
19	Проведения лечебных мероприятий по ликвидации осложнений, связанных с терапией кариеса, пульпита и периодонтита (закрытие перфораций, временное пломбирование корневого канала, назначение медикаментозных средств)
20	Шинирования зубов при болезнях пародонта (лигатурное связывание, шины из композитов, стекловолокна)
21	Местной противовоспалительной терапии (наложение повязок)
22	Пломбирования корневого канала (методом одного штифта, латеральной и вертикальной конденсации)
23	Проведения этапов профессиональной гигиены
24	Восстановления культевой части зуба с помощью стекловолоконного штифта
25	алгоритм проведения реанимационных мероприятий
26	алгоритм оказания первой неотложной помощи при угрожающих жизни пациента состояниях

кафедра терапевтической стоматологии
направление подготовки _____

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1.

I. Проведения местной аппликационной, инфильтрационной и проводниковой анестезии.

II. Организации рабочего места к приему пациентов с учетом эргономики, правил асептики и антисептики, профилактики социально опасных инфекций(гепатит, сифилис, СПИД) .

Заведующий кафедрой (_____)

Декан стоматологического факультета (_____)

« ____ » _____ 20 ____

Перечень дидактических материалов для обучающихся на итоговой аттестации.*(Раздел приводится при условии, когда на промежуточной аттестации обучающиеся используют дидактические материалы. Перечисляются нормативные-правовые документы, справочная литература, наглядные средства обучения, таблицы, схемы и т.д., которыми может пользоваться обучающийся на промежуточной аттестации)***Перечень оборудования, используемого для проведения итоговой аттестации.***(Раздел приводится при условии, когда на промежуточной аттестации обучающиеся используют дополнительное оборудование. Приводится список оборудования, используемого при проведении промежуточной аттестации)*

Таблица соответствия результатов обучения по практике и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Уметь проводить мероприятия по устранению факторов риска и снижения их уровня с целью предупреждения развития заболеваний.	Практические задания № 1-26
		Владеть методами государственных профилактических мероприятий, направленных на формирование, развитие и поддержания высокого уровня здоровья у населения	Практические задания № 1-26
		Иметь практический опыт к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Анализ дневника практики
2	ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Уметь Проводить обследования пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области	Практические задания № 1-26
		Владеть современными методами обследования и диагностики пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области.	Практические задания № 1-26
		Иметь практический опыт к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Анализ дневника практики
3	ПК-6 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	Уметь определять признаки временной утраты нетрудоспособности на основе оценки состояния здоровья характера и условий труда и других социальных факторов;	Практические задания № 1-26
		Владеть определять сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях; выдать документ, удостоверяющий нетрудоспособность	Практические задания № 1-26
		Иметь практический опыт к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	Анализ дневника практики
4	ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи	Уметь провести обследование пациента стоматологического профиля с хирургической патологией, поставить диагноз, заполнить соответствующую документацию	Практические задания № 1-26

		Владеть методами лечения стоматологических заболеваний	Практические задания № 1-26
		Иметь практический опыт к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в стоматологической терапевтической помощи	Анализ дневника практики
5	ПК-10 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	Уметь проводить профессиональную гигиену полости рта с целью профилактики стоматологических заболеваний, санитарно-просветительскую работу среди населения с целью формирования здорового образа жизни	Практические задания № 1-26
		Владеть методами первичной, вторичной и третичной профилактики стоматологических заболеваний	Практические задания № 1-26
		Иметь практический опыт к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	Анализ дневника практики
6	ПК-13 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Уметь организовать медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Практические задания № 1-26
		Владеть методами медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Практические задания № 1-26
		Иметь практический опыт Организовывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях и медицинской эвакуации	Анализ дневника практики

3. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы на практике.

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по практике определены правила формирования:

- текущего фактического рейтинга обучающегося;
- бонусного фактического рейтинга обучающегося.

Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося по практике

Текущий фактический рейтинг по практике обучающегося формируется в результате текущего контроля в ходе практики посредством проведения анализа выполнения обязательных практических навыков.

Бонусный фактический рейтинг по практике обучающегося является результатом оценки выполнения факультативных навыков в ходе практики.

Подходы к формированию текущего фактического рейтинга по практике и бонусного фактического рейтинга по практике обучающегося единые для всех видов практик и осуществляются по шкале от 1 до 70 и по шкале от 1 до 15 соответственно.

Расчет текущего фактического рейтинга по практике и бонусного фактического рейтинга по практике обучающегося осуществляется автоматически по завершении обучающимся работы над отчетом в Информационной системе Университета и доступен для преподавателя при проведении промежуточной аттестации.

Текущий фактический рейтинг по практике формируется на основании суммарного коэффициента овладения обязательными навыками (далее – суммарный коэффициент), который рассчитывается по формуле 1.

фактическое значение / плановое значение = суммарный коэффициент (1), где фактическое значение - общее количество проделанных обучающимся обязательных манипуляций или практических действий за время практики, предусмотренных отчетом по практике;

плановое значение - общее количество запланированных обязательных для выполнения во время практики манипуляций или практических действий, предусмотренных отчетом по практике;

суммарный коэффициент - отношение фактически выполненных обучающимся и запланированных для выполненных манипуляций или практических действий в рамках программы практики.

Текущий фактический рейтинг по практике приравнивается к

- 70 баллов, если суммарный коэффициент больше 0,9 и меньше или равен 1;
- 65 баллов, если суммарный коэффициент больше 0,8 и меньше или равен 0,9;
- 60 баллов, если суммарный коэффициент больше 0,7 и меньше или равен 0,8;
- 0 баллов, если суммарный коэффициент меньше или равен 0,7.

Бонусный фактический рейтинг по практике формируется на основании бонусного коэффициента, который рассчитывается по формуле 2.

(суммарный коэффициент + количество факультативных навыков) / плановое значение (2), где количество факультативных навыков – количество выполненных за время практики необязательных манипуляций или практических действий в рамках программы практики;

Бонусный фактический рейтинг по практике приравнивается к

- 15 баллов, если полученный бонусный коэффициент больше 2;
- 10 баллов, если полученный бонусный коэффициент больше или равен 1,5 и меньше или равен 1,9;
- 5 баллов, если полученный бонусный коэффициент больше или равен 1,1 и меньше или равен 1,4;
- 0 баллов, если полученный бонусный коэффициент меньше 1,1.

При расчете дисциплинарного рейтинга по практике в качестве текущего стандартизированного рейтинга применяется значение текущего фактического рейтинга, а в качестве бонусного стандартизированного применяется значение бонусного фактического рейтинга.

Правила перевода дисциплинарного рейтинга по практике в пятибалльную систему

дисциплинарный рейтинг по БРС	оценка по практике	
	дифференцированный зачет	зачет
91– 100 баллов	5 (отлично)	зачтено
71 – 89 баллов	4 (хорошо)	зачтено
65–70 баллов	3 (удовлетворительно)	зачтено
64 и менее баллов	2 (неудовлетворительно)	не зачтено

16. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации ординаторов по производственной (клинической) практике: Реставрационные технологии в стоматологии

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по практике содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе прохождения практики результатов обучения на итоговой аттестации в форме зачета.

Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме итоговой аттестации по данному виду практики, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности умений, навыков и практического опыта по каждой компетенции, установленной в программе практики.

В результате прохождения практики у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

- ПК-5 – готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
- ПК-7-готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи
- ПК-9-готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
- ПК-10-готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний.

2. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по практике в форме зачета проводится по зачетным билетам (в устной форме, в письменной форме, по вариантам, в форме демонстрации практических навыков и т.п.)

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

(Расчет дисциплинарного рейтинга по практике осуществляется следующим образом:

$$P_d = P_m + P_b + P_z,$$

P_b - бонусный фактический рейтинг ;

P_d - дисциплинарные рейтинг;

P_z - зачетный рейтинг;

P_m - текущий фактический рейтинг)

Образец критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга.

Критерии оценивания на зачете по практике

11-15 баллов. При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, вся документация оформлена в соответствие с требованиями, положительная характеристика с места практики. Продемонстрировал высокую активность в ходе практики. На зачете демонстрирует хорошее владение практическими навыками. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи.

6-10 баллов. При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, в отчетной документации присутствуют негрубые ошибки и недочеты, свидетельствующие о некотором снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Положительная характеристика с места практики. Демонстрация практического навыка с небольшими ошибками, но без грубых нарушений алгоритма. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

3-5 баллов. Небольшие нарушения сроков сдачи отчетной документации без уважительной причины, в отчетной документации присутствуют ошибки и недочеты, свидетельствующие о снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Демонстрация практического навыка с одной/двумя грубыми ошибками. В ответе нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

0-2 балла. Документация оформлена с серьезными замечаниями. Отсутствует положительная характеристика с места работы. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

Практические задания для проверки сформированных умений, навыков, приобретенного практического опыта

1.	Оформления истории болезни и другой учетно-отчетной медицинской документации (направления в другие подразделения, заключения и др.)
2.	Организации рабочего места к приему пациентов с учетом эргономики, правил асептики и антисептики, профилактики социально опасных инфекций(гепатит, сифилис, СПИД)
3.	Диагностики твердых тканей, воспалительных заболеваний пульпы, периодонта и пародонта
4.	Проведения местной аппликационной, инфильтрационной и проводниковой анестезии
5.	Реставрации твердых тканей зуба различными пломбировочными материалами
6.	Обследования больного с заболеванием твердых тканей зуба, определять степень тяжести заболевания
7.	Обработка пародонтальных карманов ручными, физическими и химическими методиками
8.	Работы с любыми видами пломбировочных материалов: стеклоиономерами, композитами, амальгамами и т.д.
9.	Проведения местной обработки слизистой оболочки: удаление налетов, некротизированных тканей, промывание, орошение, аппликации
10.	Реставрация кариозных полостей 1 класса композиционным материалом.
11.	Реставрация кариозных полостей 2 класса композиционным материалом.
12.	Реставрация кариозных полостей 3 класса композиционным материалом.
16.	Реставрация кариозных полостей 4 класса композиционным материалом.
17.	Реставрация кариозных полостей 5 класса композиционным материалом.
18.	Реставрация кариозных полостей СИЦ.
19.	Подготовка фронтальной группы зубов к протезированию
20.	Подготовка жевательной группы зубов к протезированию
21.	Проведение фторирования зубов.
22.	Местной противовоспалительной терапии
23.	Проведения этапов профессиональной гигиены

кафедра терапевтической стоматологии
направление подготовки _____

ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1.

I. Местной противовоспалительной терапии (наложение повязок)

II. Шинирования зубов при болезнях пародонта (лигатурное связывание, шины из композитов, стекловолокна)

Заведующий кафедрой (_____)

Декан стоматологического факультета (_____)

« ____ » _____ 20__

Перечень дидактических материалов для обучающихся на итоговой аттестации.

(Раздел приводится при условии, когда на промежуточной аттестации обучающиеся используют дидактические материалы. Перечисляются нормативные-правовые документы, справочная литература, наглядные средства обучения, таблицы, схемы и т.д., которыми может пользоваться обучающийся на промежуточной аттестации)

Перечень оборудования, используемого для проведения итоговой аттестации.

(Раздел приводится при условии, когда на промежуточной аттестации обучающиеся используют дополнительное оборудование. Приводится список оборудования, используемого при проведении промежуточной аттестации)

Таблица соответствия результатов обучения по практике и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Уметь Проводить обследования пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области	Практические задания № 1-23
		Владеть современными методами обследования и диагностики пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области.	Практические задания № 1-23
		Иметь практический опыт к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Анализ дневника практики
2	ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи	Уметь провести обследование пациента стоматологического профиля с хирургической патологией, поставить диагноз, заполнить соответствующую документацию	Практические задания № 1-23
		Владеть методами лечения стоматологических заболеваний	Практические задания № 1-23
		Иметь практический опыт к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в стоматологической терапевтической помощи	Анализ дневника практики
3	ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Уметь применять методы немедикаментозной терапии у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Практические задания № 1-23
		Владеть методами лечения немедикаментозной терапии у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Практические задания № 1-23
		Иметь практический опыт к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Анализ дневника практики
4	ПК-10 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	Уметь проводить профессиональную гигиену полости рта с целью профилактики стоматологических заболеваний, санитарно-просветительскую работу среди населения с целью формирования здорового образа жизни	Практические задания № 1-23
		Владеть методами первичной, вторичной и третичной профилактики стоматологических заболеваний	Практические задания № 1-23

	<p>Иметь практический опыт к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний</p>	Анализ дневника практики
--	--	--------------------------

3.Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы на практике.

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по практике определены правила формирования:

- текущего фактического рейтинга обучающегося;
- бонусного фактического рейтинга обучающегося.

Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося по практике

Текущий фактический рейтинг по практике обучающегося формируется в результате текущего контроля в ходе практики посредством проведения анализа выполнения обязательных практических навыков.

Бонусный фактический рейтинг по практике обучающегося является результатом оценки выполнения факультативных навыков в ходе практики.

Подходы к формированию текущего фактического рейтинга по практике и бонусного фактического рейтинга по практике обучающегося единые для всех видов практик и осуществляются по шкале от 1 до 70 и по шкале от 1 до 15 соответственно.

Расчет текущего фактического рейтинга по практике и бонусного фактического рейтинга по практике обучающегося осуществляется автоматически по завершении обучающимся работы над отчетом в Информационной системе Университета и доступен для преподавателя при проведении промежуточной аттестации.

Текущий фактический рейтинг по практике формируется на основании суммарного коэффициента овладения обязательными навыками (далее – суммарный коэффициент), который рассчитывается по формуле 1.

фактическое значение / плановое значение = суммарный коэффициент (1), где фактическое значение - общее количество проделанных обучающимся обязательных манипуляций или практических действий за время практики, предусмотренных отчетом по практике;

плановое значение - общее количество запланированных обязательных для выполнения во время практики манипуляций или практических действий, предусмотренных отчетом по практике;

суммарный коэффициент- отношение фактически выполненных обучающимся и запланированных для выполненных манипуляций или практических действий в рамках программы практики.

Текущий фактический рейтинг по практике приравнивается к

- 70 баллам, если суммарный коэффициент больше 0,9 и меньше или равен 1;
- 65 баллам, если суммарный коэффициент больше 0,8 и меньше или равен 0,9;
- 60 баллам, если суммарный коэффициент больше 0,7 и меньше или равен 0,8;
- 0 баллов, если суммарный коэффициент меньше или равен 0,7.

Бонусный фактический рейтинг по практике формируется на основании бонусного коэффициента, который рассчитывается по формуле 2.

(суммарный коэффициент + количество факультативных навыков) / плановое значение (2), где количество факультативных навыков – количество выполненных за время практики необязательных манипуляций или практических действий в рамках программы практики;

Бонусный фактический рейтинг по практике приравнивается к

- 15 баллам, если полученный бонусный коэффициент больше 2;
- 10 баллам, если полученный бонусный коэффициент больше или равен 1,5 и меньше или равен 1,9;
- 5 баллам, если полученный бонусный коэффициент больше или равен 1,1 и меньше или равен 1,4;
- 0 баллам, если полученный бонусный коэффициент меньше 1,1.

При расчете дисциплинарного рейтинга по практике в качестве текущего стандартизированного рейтинга применяется значение текущего фактического рейтинга, а в качестве бонусного стандартизированного применяется значение бонусного фактического рейтинга.

Правила перевода дисциплинарного рейтинга по практике в пятибалльную систему

дисциплинарный рейтинг по БРС	оценка по практике	
	дифференцированный зачет	зачет
91– 100 баллов	5 (отлично)	зачтено
71 – 89 баллов	4 (хорошо)	зачтено
65–70 баллов	3 (удовлетворительно)	зачтено
64 и менее баллов	2 (неудовлетворительно)	не зачтено

17. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств ГИА предназначен для оценивания результатов освоения обучающимися ОПОП ВО с целью определения соответствия этих результатов требованиям ФГОС ВО. ФОС ГИА представляет собой комплекс оценочных материалов и критериев оценивания для каждого государственного аттестационного испытания (этапа государственного аттестационного испытания).

При проведении ГИА в форме государственного экзамена ФОС ГИА содержит: перечень проверяемых на ГИА результатов освоения ОПОП ВО –компетенций; показатели оценки проверяемых компетенций; перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен; критерии оценивания результатов сдачи государственных экзаменов; образец экзаменационного билета; методические материалы, определяющие процедуру оценивания результатов освоения ОПОП ВО на государственном экзамене.

Все контрольно – оценочные материалы для ГИА направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в ОПОП ВО.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

УК-2 готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

УК-3 готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК- 2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией

ПК- 3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

ПК- 4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости

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

ПК- 6 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы

ПК- 7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи

ПК- 8 готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

ПК- 9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

ПК- 10 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний

ПК-11 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях

ПК-12 готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ПК-13 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

2. Оценочные материалы ГИА обучающихся.

Государственная итоговая аттестация по специальности **31.08.72 Стоматология общей практики** в форме государственного экзамена проводится по двум этапам:

- 1 этап в форме демонстрации практических навыков при клиническом обследовании стоматологического пациента;
- 2 этап собеседования по экзаменационным билетам в устной форме.

Оценочные материалы

I этап государственной аттестации – проверка выполнения практических навыков

Практические задания для демонстрации практических навыков

1. Установите контакт с пациентом.
2. Выясните жалобы стоматологического пациента.
3. Соберите анамнез заболевания и жизни у пациента.
4. Подготовьте рабочее место, соблюдая санитарно-гигиенические и эргономические требования при работе с пациентом.
5. Проведите клиническое обследование челюстно-лицевой и полости рта стоматологического пациента.
6. Поведите трактовку данных объективного обследования стоматологического пациента.
7. Спланируйте объем дополнительного обследования пациента.
8. Сформулируйте диагноз у пациента.
9. Определение тактики и стратегии ведения стоматологического больного.
10. Планирование дополнительного лечения сопутствующей стоматологической патологии у обследованного стоматологического пациента.
11. Планирование дополнительных методов лечения (физиотерапевтических, ЛФК, санаторно-курортных и др.) обследованного стоматологического пациента.
12. Назначьте рекомендации пациенту для дальнейшего долечивания стоматологического заболевания.
13. Планирование мероприятий по первичной, вторичной и третичной (при необходимости) профилактике стоматологических заболеваний у пациента. Назначение рекомендаций.
14. Планирование дополнительных методов лечения (физиотерапевтических, ЛФК, санаторно-курортных и др.) и диспансеризация пациента.
15. Закодируйте диагнозы в соответствии с МКБ X пересмотра: Альвеолит лунки 46. Рак верхней челюсти слева.
16. Большой Б., возраст 42 года. Жалобы на наличие припухлости в области области справа, несильную боль в области припухлости. Анамнез: около 4-х месяцев назад появилась боль при накусывании в 16 зубе. 16 зуб ранее лечен, подобные обострения после лечения 16 зубе возникали неоднократно. Составьте план маршрутизации пациента. Что необходимо сделать для соблюдения персональных данных пациента и врачебной тайны?
17. У Андрищенко Антонины Николаевны (дата рождения – 25.07.1981 г.), разнорабочей СМУ № 1 г. Оренбурга, 15.08.18 г. заболел сын – Петров Николай Иванович, 6 лет. Врач-стоматологом детского отделения стоматологической поликлиники № 2 г. Оренбурга (ГБУЗ «ГСП №2», г. Оренбург, Больничный проезд, 12а) Ивановой В.И., к которому обратилась Андрищенко А.Н., в тот же день был установлен диагноз: Острый герпетический стоматит. Подчелюстной лимфаденит. Ребенок нуждался в уходе. Был выдан листок нетрудоспособности с 15.08.18 г. по 17.08.18 г., который далее продлялся по 20.08.18 г. и с 20.08.18 г. по 23.08.18 г.; 23.08.18 г. – ребенок выздоровел. Амбулаторная карта стоматологического больного №00004125. Оформите листок нетрудоспособности Андрищенко А.Н.
18. Перечислите дополнительные материалы, которые могут использовать врачи в общении с разными категориями слушателей (пациентами, их родственниками, коллегами, учениками) для передачи специального медицинского содержания. В каких случаях врачу может понадобиться самостоятельное «изобретение» подобных учебно-методических материалов?
19. Как врач может воздействовать на отношение своих пациентов к собственному здоровью? Сформулируйте задачи просветительской работы врача. Какой стратегией поведения должен воспользоваться врач?
20. После проведения успешной наступательной военной операции во время возвращения батальона в лагерь у командира появилось подозрение о том, что противник применил оружие массового поражения на территории места дислокации батальона. Какие меры по определению доброкачественности продуктов питания примет санитарная экспертиза? Кем она организуется? И какие приборы для оценки имеет?

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

Первый этап государственного экзамена - сдача практических навыков. Осуществляется при *КЛИНИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ*. Предусматривает

проверку практических навыков - профессиональных умений для выявления сформированности компетенций выпускника, регламентированных основной профессиональной образовательной программой (ОПОП ВО) ординатуры.

Перечень профессиональных умений (компетенций) врача-стоматолога-терапевта (для сдачи первого этапа ГИА)

№	Профессиональные компетенции
I.	Вид профессиональной деятельности: Профилактический (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-9)
Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.	
1.	Выявлять и проводить мониторинг факторов риска заболеваний челюстно-лицевой области. Проводить организацию раннего выявления стоматологических заболеваний при проведении профилактических медицинских осмотров населения.
2.	Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактику заболеваний челюстно-лицевой области.
3.	Консультировать пациентов по вопросам навыков здорового образа жизни, профилактики заболеваний и (или) состояний челюстно-лицевой области.
4.	Разрабатывать и рекомендовать профилактические и оздоровительные мероприятия.
5.	Проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области. Проводить анализ эффективности диспансеризации
6.	Организовывать мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению (школы здоровья, школы и др.)
7.	Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни.
II.	Вид профессиональной деятельности: Диагностический (ПК-5, УК-1)
Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы с целью постановки диагноза	
8.	Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области, интерпретировать и анализировать полученную информацию; Оценивать анатомо-функциональное состояние челюстно-лицевой области в норме и при заболеваниях;
9.	Использовать методики осмотра и обследования пациентов с учетом анатомо-функциональных особенностей и в частности проведение: - сбор анамнеза и жалоб при патологии челюстно-лицевой области; - визуальный осмотр; - стоматологический осмотр полости рта.
10.	Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов;
11.	Обосновывать и планировать объем инструментального и лабораторного обследования пациентов, интерпретировать и анализировать результаты обследования;
III.	Вид профессиональной деятельности: Лечебный (ПК-6, ПК-7, УК-1)
Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях челюстно-лицевой области.	
12.	Разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
13.	Обосновывать применение лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
IV.	Вид профессиональной деятельности: Реабилитационный (ПК-8)
Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях челюстно-лицевой области	
14.	Определять медицинские показания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях челюстно-лицевой области
15.	Оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях челюстно-лицевой области
16.	Разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области
17.	Организовывать мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях челюстно-лицевой области
V.	Вид профессиональной деятельности: психолого-педагогический (ПК-9, УК-2, УК-3)
18.	Организовывать мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению (школы для больных с социально значимыми заболеваниями и лиц с высоким риском их возникновения; Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ
VI.	Вид профессиональной деятельности: Организационно-управленческий (УК-1, УК-2, ПК-10, ПК-11, ПК-12)
Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях челюстно-лицевой области Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	
19.	Определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области для прохождения медико-социальной экспертизы
20.	Проводить экспертизу временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области, работать в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности
21.	Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций, обусловленных заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области
22.	Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения
23.	Заполнять и оформлять медицинскую документацию установленного образца, в том числе в форме электронного документа.

Перечень вопросов к Государственной Итоговой Аттестации для проверки теоретической подготовки обучающихся по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики

1. Клиническая картина начинающегося, поверхностного, среднего и глубокого кариеса. Классификация, патогенез основных клинических симптомов, лечение и диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента или его родителей (представителей).
2. Значение личной гигиены для профилактики кариеса
3. Местное лечение начинающегося кариеса. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента или его родителей (представителей).
4. Местное лечение поверхностного кариеса. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента или его родителей (представителей).
5. Местное лечение среднего кариеса. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента или его родителей (представителей).
6. Местное лечение глубокого кариеса. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента или его родителей (представителей).
7. Общеукрепляющее мероприятие, направленное на реминерализацию эмали. Укажите препараты для повышения реактивности организма при кариесе.
8. Общее лечение – цели и задачи. Препараты, применяемые при лечении кариеса зубов.
9. Особенности пломбирования кариозных полостей I класса.
10. Особенности пломбирования зубов с полостями II класса.

11. Особенности пломбирования зубов с полостями III класса.
12. Особенности пломбирования зубов с полостями IV класса.
13. Особенности пломбирования зубов с полостями V класса.
14. Пломбирование зубов с другими видами поражений (травма зуба, «пигментированные зубы», промежутки между зубами).
15. Виды осложнений при лечении кариеса и способы их предупреждения.
16. Основные виды пломбировочных материалов, цели пломбирования.
17. Виды временных пломб. Материалы для лечебных прокладок.
18. Материалы группы цемента для постоянных пломб.
19. Амальгамы для пломбирования зубов.
20. Композитные пломбировочные материалы.
21. Основные этапы реставрации зуба композитами.
22. Гипоплазия молочных и постоянных зубов. Клиника, классификация, патогенез основных клинических симптомов, лечение и диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента или его родителей (представителей).
23. Системная гипоплазия. Зубы Гетчинсона, Фурнье, Пфлюгера, тетрациклиновые зубы. Клиника, классификация, патогенез основных клинических симптомов, лечение и диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента.
24. Местная гипоплазия. Гиперплазия. Клиника, классификация, патогенез основных клинических симптомов, лечение и диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента.
25. Флюороз. Причины и клиническая картина. Флюороз. Патологическая анатомия. Дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента.
26. Наследственные нарушения развития зубов. Нарушения амелогенеза. Нарушения дентиногенеза. Клиника, классификация, патогенез основных клинических симптомов, лечение и диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента.
27. Пигментация зубов и виды налётов. Клиника, классификация, патогенез основных клинических симптомов, лечение и диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента.
28. Физиологическое и патологическое стирание твёрдых тканей зубов. Клиника, классификация, патогенез основных клинических симптомов, лечение и диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента.
29. Клиновидные дефекты. Клиника, классификация, патогенез основных клинических симптомов, лечение и диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента.
30. Эрозия зубов. Некроз твёрдых тканей зубов. Клиника, классификация, патогенез основных клинических симптомов, лечение и диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента.
31. Классификация травматических повреждений зубов. Ушиб зуба. Клиника, лечение. Вывих зуба. Клиника, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента.
32. Перелом зуба. Клиника, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента.
33. Хроническая травма зуба. Клиника, лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента.
34. Гиперестезия зубов. Клиника, классификация, патогенез основных клинических симптомов, лечение и диспансерное наблюдение. Реабилитация. Информация для пациента.
35. Фторсодержащие композиты, гели, лаки, применяемые при травмах зубов.
36. Определение понятия пульпит. Этиология пульпита. Патогенез, морфогенез, микроциркуляторные изменения. Классификация пульпита.
37. Клинические проявления и диагностика острого очагового пульпита. Топография корневых каналов, резцов, клыков и премоляров и моляров на верхней челюсти.
38. Патогенез, морфогенез, микроциркуляторные изменения при остром диффузном пульпите. Клинические проявления и диагностика острого диффузного пульпита. Дифференциальная диагностика и лечение острого очагового и острого диффузного пульпитов.
39. Наборы инструментов для раскрытия и расширения устьев корневых каналов; инструменты для прохождения корневых каналов; инструменты для расширения корневых каналов; инструменты для определения размера канала; инструменты для пломбирования каналов.
40. Методика обработки корневых каналов с помощью эндодонтических наконечников.
41. Методика определения устьев каналов, измерение длины корневого канала, ручной обработки корневых каналов. Оценка качества obturation корневых каналов.
42. Топография корневых каналов, резцов, клыков и премоляров и моляров на нижней челюсти.
43. Патогенез, морфогенез, микроциркуляторные изменения при хроническом фиброзном пульпите. Клинические проявления и диагностика хронического фиброзного пульпита. Дифференциальная диагностика и лечение хронического фиброзного пульпита. Методы лечения пульпита с сохранением жизнеспособности пульпы.
44. Патогенез, морфогенез, микроциркуляторные изменения при хроническом гангренозном пульпите. Клинические проявления и диагностика хронического гангренозного пульпита. Дифференциальная диагностика и лечение хронического гангренозного пульпита. Хирургические методы лечения пульпитов. Показания к лечению пульпита методом девитальной экстирпации.
45. Требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов. Материалы для пломбирования корневых каналов.
46. Патогенез, морфогенез, микроциркуляторные изменения при хроническом гипертрофическом пульпите. Клинические проявления и диагностика хронического гипертрофического пульпита. Дифференциальная диагностика и лечение хронического гипертрофического пульпита. Этапы лечения пульпита методом витальной экстирпации.
47. Материалы для пломбирования корневых каналов: штифты металлические (серебряные, титановые), гуттаперчевые. Методы obturation корневых каналов гуттаперчей.
48. Патогенез, морфогенез, микроциркуляторные изменения при обострении хронического фиброзного пульпита. Клинические проявления и диагностика обострения хронического фиброзного пульпита. Дифференциальная диагностика и лечение обострения хронического фиброзного пульпита. Хирургические методы лечения пульпитов.
49. Материалы для пломбирования корневых каналов: цинк-фосфатные цементы; материалы на цинк-оксидэвгеноловой основе (цементы, пасты); пасты (герметики) на основе эпоксидных смол.
50. Клинические проявления и диагностика обострения хронического пульпита. Дифференциальная диагностика и лечение обострения хронического пульпита. Хирургические методы лечения пульпитов. Материалы для пломбирования корневых каналов: материалы с добавками медикаментов (на основе гидроксида кальция, на основе резорцин-формалина), стеклоиономерные цементы, материалы на базе дентинных адгезивов.
51. Осложнения при лечении методами полного или частичного сохранения пульпы. Осложнения при лечении пульпита методом девитальной ампутации и возможные осложнения при витальной экстирпации. Профилактика и методы лечения осложнений.
52. Анатомо-физиологические особенности пародонта. Функции пародонта. Определение понятия периодонтит. Этиология периодонтита. Классификация периодонтита.
53. Клиническая картина острого верхушечного периодонтита. Дифференциальная диагностика острого верхушечного периодонтита. Лечебные мероприятия при остром верхушечном периодонтите.
54. Клиническая картина хронического фиброзного периодонтита. Клиническая картина хронического гранулирующего периодонтита. Клиническая картина хронического гранулематозного периодонтита. Дифференциальная диагностика верхушечных периодонтитов.
55. Абсолютные противопоказания к консервативным методам лечения. Местные противопоказания к консервативным методам лечения. Лечебные мероприятия при остром верхушечном периодонтите.
56. Лечебные мероприятия при обострениях хронического верхушечного периодонтита однокорневых зубов.
57. Лечебные мероприятия при хроническом верхушечном периодонтите многокорневых зубов.
58. Методика обследования больных с заболеваниями пародонта.
59. Отличительные признаки изменений тканей пародонта при заболеваниях системы крови.
60. Этиология острого и хронического катарального папиллита, гингивита.
61. Основные массовые социально-профилактические мероприятия по профилактике заболеваний пародонта.
62. Основные этиологические факторы острого язвенного гингивита.
63. Методы определения зубных отложений. Определение заболевания "локализованный периодонтит".
64. Объем и этапы лечения при язвенном гингивите.
65. Клинические признаки острого и хронического течения катарального папиллита, гингивита.
66. Значение общей терапии заболеваний пародонта в комплексе лечебных мероприятий. Показания к ее применению.
67. Основные принципы лечения больного генерализованным пародонтитом.
68. Основные клинические признаки пародонтоза. Местные раздражители и их роль в возникновении болезней пародонта.
69. Хирургические методы лечения при пародонтите
70. Основные методы ортопедического лечения; их место в комплексном лечении генерализованного пародонтита.
71. Принципы рационального питания в различных возрастных особенностях проведения санации полости рта беременных.

72. Местное медикаментозное лечение генерализованного пародонтита. Общеукрепляющие средства, назначаемые при заболевании пародонта. Показания к их применению.
73. Хирургические методы лечения пародонтальных карманов.
74. Показания и противопоказания к назначению основных хирургических методов лечения при пародонтите.
75. Причины развития локализованного пародонтита. Дифференциальная диагностика с гингивитом, диффузным пародонтитом, пародонтозом.
76. Показания и противопоказания к назначению физических методов воздействия при катаральном гингивит
77. Основные врачебно-профилактические мероприятия при заболеваниях пародонта. Способы выявления и удаления зубных отложений.
78. Болезнь Хенда - Шюллера - Кричена. Диагностика, дифференциальная диагностика.
79. План комплексного лечения больного генерализованным пародонтитом. Принципы рационального питания в профилактике заболеваний пародонта.]
80. Клинические признаки и дифференциальная диагностика поражения пародонта при врожденных нарушениях обмена веществ, патологии костной системы.
81. Восстановление контактного пункта при пломбировании кариозных полостей, расположенных на контактных поверхностях. Избирательная шлифовка зубов.
82. Нормативно-правовое регулирование обязанностей медицинской организации по соблюдению порядков и стандартов медицинской помощи.
83. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях. Обязанности лечащего врача, заведующего отделением
84. Основные направления развития профессионального медицинского и фармацевтического образования. Структура ДПО. Законодательная основа.
85. Толерантное взаимодействие как условие успешной профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.
86. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия при возникновении ЧС. Основные мероприятия инженерной защиты. Классификация защитных сооружений:
87. Определение понятия чрезвычайных ситуаций (ЧС), санитарно-эпидемиологическая характеристика, классификация. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия при возникновении ЧС.
88. Организация эвакуационных мероприятий в период ЧС.

Критерии оценивания собеседования, применяемые при ГИА обучающихся:

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на Государственной итоговой аттестации 1 этап.

45-49 баллов. Соответствует оценке «отлично». Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи.

40-44 баллов. Соответствует оценке «хорошо». Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

35-39 баллов. Соответствует оценке «удовлетворительно». Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

35 и менее балла. Соответствует оценке «неудовлетворительно». Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

ЧЕК ЛИСТ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Этап государственного экзамена: сдача практических навыков

Уровень образования: высшее образование - подготовка кадров высшей квалификации

Специальность: 31.08.72 *Стоматология общей практики*

КАРТА

комплексной оценки практических навыков при работе с пациентом

№ п/п	Перечень оцениваемых практических навыков	Оценка в баллах			Коэффициент	Сумма баллов
		2	1	0		
1.	Установление контакта с пациентом	2	1	0	1	
2.	Распрос жалоб	2	1	0	1	
3.	Анамнез заболевания и жизни	2	1	0	2	
4.	Подготовка рабочего места, соблюдение санитарно-гигиенических и эргономических требований при работе с пациентом	2	1	0	1	
5.	Методика осмотра больного. Клиническое обследование челюстно-лицевой и полости рта.	2	1	0	1	
6.	Трактовка данных объективного обследования	2	1	0	2	
7.	Планирование дополнительного обследования пациента	2	1	0	1	
8.	Формулировка и структурирование диагноза	2	1	0	3	
9.	Определение тактики и стратегии ведения больного	2	1	0	2	
10.	Выбор метода и плана лечения основного	2	1	0	3	
11.	Планирование дополнительных методов лечения (физиотерапевтических, ЛФК, санаторно-курортных и др.)	2	1	0	1	
12.	Назначение рекомендаций пациенту для долечивания заболевания в домашних условиях	2	1	0	2	
13.	Планирование мероприятий по первичной, вторичной и третичной (при необходимости) профилактике стоматологических заболеваний у пациента. Назначение рекомендаций.	2	1	0	1	
14.	Планирование дополнительных методов лечения (физиотерапевтических, ЛФК, санаторно-курортных и др.)	2	1	0	1	
Время затраченное на прием					30 мин. – 5 б. 45 мин. – 4 б. 60 мин. – 3 б.	
ИТОГО (баллов)						
ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА						

Максимальное количество баллов – 49	
«Отлично»-----	45-49 баллов
«Хорошо»-----	40-44 баллов
«Удовлетворительно»-----	35-39 баллов

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на Государственной итоговой аттестации 2 этап.

Оценка	Критерии
Отлично	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно- следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.
Хорошо	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя. Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному
Удовлетворительно	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно- следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Практические работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки
Неудовлетворительно	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Практические работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий

Образец экзаменационного билета

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«Утверждаю»
проректор по учебной работе
д.м.н., профессор Чернышева Т.В.
« ____ » _____ 2019 года

Этап государственного экзамена:
Экзамен в устной форме по экзаменационным билетам
Уровень образования: высшее образование - подготовка кадров высшей квалификации
Специальность: 31.08.72 *Стоматология общей практики*

БИЛЕТ № 1

1. Клиническая картина начинающегося, поверхностного, среднего и глубокого кариеса.
2. Этиология, патогенез заболеваний пульпы. Диагностика. Дифференциальная диагностика заболеваний пульпы
3. Строение ткани пародонта (слизистой альвеолярного отростка). Функции пародонта. Классификация заболеваний пародонта.

Заведующий кафедрой
терапевтической стоматологии
к.м.н., доцент

Н.Н. Кочкина

Председатель учебно-методической комиссии
по подготовке кадров высшей квалификации
д.м.н., профессор

Г.Ю. Евстифеева

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации
к.м.н., доцент

И.В. Ткаченко

Таблица соответствия результатов обучения по специальности 31.08.72 *Стоматология общей практики* и -оценочных материалов, используемых на Государственной Итоговой Аттестации

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)
1	УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать основные методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских задач	вопросы № 1-88
		Уметь анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные результаты	практические задания №1-20
		Владеть навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических	практические задания №1-20
2	УК-2 готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Знать о закономерностях процесса межличностного восприятия, общения, стратегиях предотвращения и решения конфликтных ситуаций; методы общения в коллективе основанного на толерантном взаимодействии методы общения в коллективе основанного на толерантном взаимодействии.	вопросы № 84-85
		Уметь учитывать особенности социального, этнического, конфессионального и культурного многообразия в управлении и воспитании коллектива	практические задания № 18
		Владеть правилами толерантного взаимодействия в процессе профессионального общения	практические задания № 19
3	УК-3 готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	Знать: основы педагогической деятельности в равноуровневом медицинском и фармацевтическом образовании в соответствии с нормативной базой. Основные современные педагогические принципы и методы обучения и воспитания.	вопросы № 84-85
		Уметь применять знания педагогических методов и технологий в профессиональной деятельности, планировать и проводить занятия с учащимися разных возрастных категорий; формулировать цели занятия, подбирать формы контроля.	практические задания № 18
		Владеть: методами педагогического общения с пациентами и коллегами	практические задания № 19
4	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Знать современную концепцию общественного здравоохранения. Факторы риска, являющиеся причиной возникновения заболеваний, сведения о загрязненности окружающей среды	вопросы № 1-2, 7, 23-34, 62,68,71
		Уметь проводить мероприятия по устранению факторов риска и снижения их уровня с целью предупреждения развития заболеваний.	практические задания № 9-14
		Владеть: методами государственных профилактических мероприятий, направленных на формирование, развитие и поддержания высокого уровня здоровья у населения.	практические задания №9-14
5	ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	Знать основы действующего законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения, директивные, нормативные, методические документы по своей специальности.	вопросы № 3-6, 22-34, 61-64, 66, 71
		Уметь проводить профилактические осмотры по предупреждению возникновения стоматологических заболеваний. Формирование клинического мышления предполагает анализ и обобщение конкретных данных. Уметь формировать группы здоровья, проводить профилактические мероприятия стоматологических и соматических заболеваний. Оценивать эффективность результатов проведенных мероприятий.	практические задания № 14
		Владеть принципами и методами профилактики и лечения наиболее распространенных стоматологических заболеваний, а также реабилитации больных, научиться проводить профилактические, диагностические и лечебные мероприятия в объеме квалифицированной терапевтической помощи при лечении распространенных у взрослых воспалительных, дистрофических, диспластических, неопластических, дисэмбриогенетических заболеваний челюстно-лицевой области.	практические задания № 14
6	ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Знать вопросы организации противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях и иных чрезвычайных ситуациях	вопросы № 86
		Уметь организовывать проводить противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней/организовать ликвидацию чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями	практические задания № 20
		Владеть навыками организации и проведения комплекса мероприятий для ликвидации чрезвычайной ситуации	практические задания № 20
7	ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	Знать принципы, виды, цели эпидемиологии, основные компоненты.	вопросы № 15
		Уметь планировать эпидемиологическое обследование, оценить результаты	практические задания № 15
		Владеть методикой сбора и анализа информации стоматологической заболеваемости	практические задания № 15
8	ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со	Знать международную классификацию заболеваний и неотложных состояний МКБ-10, методы обследования.	вопросы № 1, 22-34, 36, 52

	здоровьем	Уметь проводить обследования пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области	практические задания № 8
		Владеть: современными методами обследования и диагностики пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области.	практические задания № 8
9	ПК- 6 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	Знать цели экспертизы, уровни проведения экспертизы временной нетрудоспособности, порядок выдачи и оформление документацию. Причины временной нетрудоспособности - заболевание, травма или другие причины, предусмотренные действующим законодательством.	вопросы № 83
		Уметь определять признаки временной утраты нетрудоспособности на основе оценки состояния здоровья характера и условий труда и других социальных факторов;	практические задания № 9
		Владеть определять сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях; выдать документ, удостоверяющий нетрудоспособность.	практические задания № 9
10	ПК- 7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи	Знать Этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику заболеваний челюстно-лицевой области и полости рта.	вопросы № 3-35, 39-51, 53-57, 63-64, 66-67, 72, 76, 79-81
		Уметь провести обследование пациента стоматологического профиля с хирургической патологией, поставить диагноз, заполнить соответствующую документацию.	практические задания № 7-14
		Владеть методами лечения стоматологических заболеваний.	практические задания №7-14
11	ПК- 8 готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Знать принципы организации санитарной охраны территории от заноса карантинных и других особо опасных инфекциях.	вопросы № 87
		Уметь организовать ликвидацию чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными заболеваниями.	практические задания № 20
		Владеть навыками организации и проведения комплекса лечебных и профилактических мероприятий в очагах чрезвычайных ситуаций.	практические задания №20
12	ПК- 9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знать методы немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	вопросы № 86,87, 61-81
		Уметь применять методы немедикаментозной терапии у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	практические задания № 11-14
		Владеть методами лечения немедикаментозной терапии у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	практические задания № 11-14
13	ПК- 10 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	Знать виды профилактики, методы первичной профилактики.	вопросы № 1-7, 22-34, 61, 71, 74, 82, 84, 85, 87
		Уметь проводить профессиональную гигиену полости рта с целью профилактики стоматологических заболеваний, санитарно-просветительскую работу среди населения с целью формирования здорового образа жизни.	практические задания №13
		Владеть методами первичной, вторичной и третичной профилактики стоматологических заболеваний.	практические задания № 13
14	ПК- 11 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знать основы менеджмента, основы страховой медицины структурных подразделениях.	вопросы № 82
		Уметь анализировать деятельность организаций здравоохранения.	практические задания № 16
		Владеть методами анализа и оценки деятельности медицинских учреждений.	практические задания № 16
15	ПК- 12 готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знать организацию экспертизы качества медицинской помощи.	вопросы №83
		Уметь организовать экспертизу качества медицинской помощи.	практические задания № 17
		Владеть методами оценки качества оказания медицинской помощи.	практические задания № 17
16	ПК-13 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Знать организацию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	вопросы № 88
		Уметь организовать медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	практические задания № 20
		Владеть методами медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	практические задания № 20