

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина



Имплантология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии	
Учебный план	о310869_19_1ЧЛХИР.plx Специальность 31.08.69 - РФ, 147 - КР Челюстно-лицевая хирургия	
Квалификация	врач-челюстно-лицевой хирург	
Форма обучения	очная	
Общая трудоемкость	2 ЗЕТ	
Часов по учебному плану	72	Виды контроля в семестрах: зачеты с оценкой 3
в том числе:		
аудиторные занятия	48	
самостоятельная работа	23,7	

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	3 (2.1)		Итого	
	Неделя		Итого	
Вид занятий	уп	рп	уп	рп
Лекции	6	6	6	6
Практические	42	42	42	42
Контактная работа в период теоретического обучения	0,3	0,3	0,3	0,3
Итого ауд.	48	48	48	48
Контактная работа	48,3	48,3	48,3	48,3
Сам. работа	23,7	23,7	23,7	23,7
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

к.м.н., Заведующий кафедрой, Нуритдинов Р. М.; Преподаватель, Джумалиев Н. Б. _____



Рабочая программа дисциплины

Имплантология

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.69 ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 26.08.2014 г. № 1112)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.69 - РФ, 147 - КР Челюстно-лицевая хирургия
утвержденного учёным советом вуза от 25.06.2019 протокол № 11.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 15.05.2019 г. № 1

Срок действия программы: 2019-2023 уч.г.

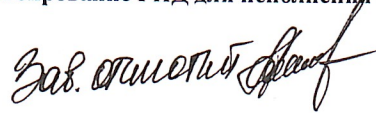
Зав. кафедрой к.м.н. Нуритдинов Р. М.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

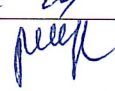
12 сентября 2020 г.

Зав. кафедрой 

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

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 12 09 2020 г. № 2

Зав. кафедрой 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

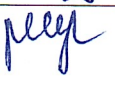
20 сентября 2021 г.

Зав. кафедрой 

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

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 23 08 2021 г. № 1

Зав. кафедрой 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

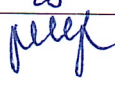
21 сентября 2022 г.

Зав. кафедрой 

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

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 25 08 2022 г. № 1

Зав. кафедрой 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

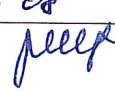
20 сентября 2023 г.



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

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 26 08 2023 г. № 1

Зав. кафедрой 

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Цель освоения учебной дисциплины «Стоматология» модуля «Имплантология и
1.2	реконструктивная хирургия полости рта» состоит в овладении знаниями принципов
1.3	планирования и установки дентальных имплантатов, а также методами обследования
1.4	пациентов перед имплантологическим лечением.
1.5	При этом задачами дисциплины являются:
1.6	- приобретение студентами знаний принципов остеоинтеграции, классификации
1.7	дентальных имплантатов, а так же протокола планирования и установки дентальных
1.8	имплантатов;
1.9	- обучение студентов методам обследования пациентов перед имплантологическим
1.10	лечением, определения показаний и противопоказаний к имплантации,
1.11	- обучение студентов умению анализировать результаты компьютерной томографии
1.12	при обследовании, планировать хирургический этап имплантации,
1.13	- обучение студентов основным методикам дентальной имплантации;
1.14	- ознакомление студентов с различными осложнениями дентальной имплантации.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.02
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Основы гнатологии
2.1.2	Специальные методы диагностики в стоматологии
2.1.3	Хирургическая стоматология
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Имплантология
2.2.2	Челюстно-лицевая хирургия

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	
Знать:	
Уровень 1	У пациентов основные патологические состояния, симптомы, синдромы стоматологических заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) З(ОПК-6) I
Уровень 2	Сравнительную характеристику основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ З(ПК-5) II
Уровень 3	Оценку основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ З(ПК-5) III
Уметь:	
Уровень 1	Выявить основные симптомы, синдромы стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) У(ОПК-6) I
Уровень 2	Провести сравнение основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ У(ПК-5) II
Уровень 3	Провести оценку основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ У(ПК-5) –III
Владеть:	
Уровень 1	Навыками работы с основными клиническими проявлениями стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) у пациентов В(ОПК-6)-I
Уровень 2	Навыками сравнения основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ В(ПК-5) II
Уровень 3	Навыками описания основных симптомов заболевания В(ПК-5) -II

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	теоретические основы,
3.1.2	принципы и методы установки
3.1.3	имплантатов в полости рта
3.2	Уметь:
3.2.1	на основании теоретических
3.2.2	знаний предложить адекватный
3.2.3	врачебной ситуации подход и
3.2.4	технологии установки имплантантов
3.3	Владеть:
3.3.1	навыком ведения
3.3.2	стационарных и амбулаторных
3.3.3	пациентов нуждающихся в установки
3.3.4	имплантантов

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. История становления, современное состояние и перспективы развития стоматологической (дентальной) имплантологии.						
1.1	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта /Лек/	3	6			0	
1.2	Показания и противопоказания для проведения дентальной имплантации. Инструментарий и оборудование для дентальной имплантации. Планирование дентальной имплантации и общая техника установки дентальных имплантатов, протокол проведения операции. /Пр/	3	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.3	Введение в дентальную имплантологию. История развития дентальной имплантологии. Виды зубных имплантатов. Материалы для изготовления зубных имплантатов. Виды ортопедических конструкций и способы зубного протезирования на дентальных имплантатах (... несъемное протезирование, условно-съемное протезирование, полное съемное протезирование). /Пр/	3	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.4	Осseoинтеграция между костью и дентальным имплантатом. Сроки приживления дентальных имплантатов. Условия для благоприятного приживления дентальных имплантатов и их стабилизации. Условия для благоприятного функционирования дентальных имплантатов. /Пр/	3	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	

1.5	Виды дентальных имплантатов. Конструктивные особенности различных типов дентальных имплантатов. Оборудование и инструментальное обеспечение дентальной имплантации. Лучевая диагностика перед проведением дентальной имплантации, интерпретация ортопантограмм и компьютерных томограмм. /Пр/	3	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.6	. Хирургический этап дентальной имплантации. Основные принципы и техника установки винтовых (цилиндрических) имплантатов. Открытый и закрытый способы дентальной имплантации. Пространственная ориентация имплантата. Установка дентального имплантата в лунку удаленного зуба. Уход за имплантатами в послеоперационном периоде. /Пр/	3	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.7	Осложнения после установки дентальных имплантатов. Непосредственные осложнения (боль, отек мягких тканей, гематома, парестезия нижнего альвеолярного нерва, несостоятельность швов, внедрение имплантата в верхнечелюстную пазуху) и в период приживления имплантата (перимплантит, отторжение имплантата). Лечение и профилактика осложнений. /Пр/	3	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.8	Ортопедический этап дентальной имплантации. Последовательность клинико-лабораторных этапов несъемного протезирования. Этапы изготовления съемного протеза (кнопочная и балочная фиксация протеза к дентальному имплантату) /Пр/	3	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.9	Диагностика и планирование имплантации, инструментарий, медикаментозное периоперационное сопровождение. /Пр/	3	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.10	Хирургические методики дентальной имплантации. /Пр/	3	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.11	Профилактика и лечение осложнений стоматологической имплантации /Пр/	3	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.12	Профилактика и лечение осложнений стоматологической имплантации. Профессиональная гигиена полости рта при использовании дентальных имплантатов. /Пр/	3	2		Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.13	Особенности различных имплантационных систем. /Ср/	3	6	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	

1.14	Одноэтапный и двухэтапный подходы в использовании дентальных имплантатов. /Ср/	3	6	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.15	Имплантация в сложных клинических случаях /Ср/	3	6	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.16	Современные представления об остеопластических материалах. Применение материалов в дентальной имплантологии, при реконструктивных вмешательствах в полости рта, зубосохраняющих операциях /Ср/	3	6	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

1. Расположение плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке следующее
 - плечи расположены на уровне кортикальной пластинки
 - выше кортикальной пластинки
 - ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм
 - выше кортикальной пластинки на 2-3 мм
 - в зависимости о состояниязкости
2. Проходить регулярный контроль больному, получившему лечение с помощью имплантации

20

 - не требуется
 - в зависимости от желания пациента
 - требуется в течение первого года
 - требуется проводить регулярный контроль
 - требуется в течение первых шести месяцев
3. Субпериостальная имплантация показана
 - если включенный дефект небольшой протяженностис резко выраженной атрофией альвеолярного отростка
 - если концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным альвеолярным отростком
 - при полном отсутствии зубов на челюстисо значительной атрофией альвеолярного гребня
 - при утрате одного зуба с резкой атрофией альвеолярного гребня
 - при утрате всех фронтальных зубов
 - с хорошо сохранившимся альвеолярным отростком
 - При использовании субпериостальной имплантации необходимоизготовление индивидуальной ложки в следующих случаях
 - применение индивидуальной ложки необязательно
 - необходимо применять в каждом случае
 - только при использовании полного субпериостального имплантата
 - в зависимости от анатомических условий
 - нет указаний
4. Получать оттиск при субпериостальной имплантации рекомендуется
 - гипсом
 - альгинатными материалами
 - силиконовыми материалами
 - любыми
 - в зависимости от клинической условий
5. Изгибать головку титанового имплантата можно
 - на 30°
 - до 10°
 - не более 45°
 - до 15°
 - изгибать нельзя
6. Аналог имплантата отличается от собственно имплантата по толщине
 - толще на 0.3 мм

21

 - тоньше на 0.2 мм
 - толщина одинакова
 - толще на 0.2 мм
 - тоньше на 0.5 мм

7. Инструмент "стружкоудалитель" предназначен
- для удаления костных опилок
 - для удаления костных опилок и сглаживания неровностей
 - для удаления костных опилок, сглаживания неровностей и измерения глубины
 - для удаления костных опилок, сглаживания неровностей,
 - измерения глубины и углубления костного ложа
 - для всего вышеперечисленного
8. На какую часть эндодонто-эндоссального имплантата наносят цемент перед фиксацией?
- на всю длину
 - на внутрикостную часть
 - на внутрикорневую часть
 - на внутрикорневую часть и 2 мм за верхушку
 - в зависимости от длины имплантата
9. При субпериостальной имплантации наиболее часто используется
- проводниковая анестезия
 - инфльтрационная анестезия
 - нейропентаналгезия
 - инфльтрационная и проводниковая анестезия
 - эндотрахеальный наркоз
10. После имплантации швы снимаются
- через 3 недели
 - через 7-8 дней
 - через 2-3 дня
 - через 10-12 дней
 - через 4-5 дней
11. Завышение высоты нижнего отдела лица протезировании с опорой на имплантаты
- допустимо во всех случаях
 - недопустимо во всех случаях
 - недопустимо только при полном отсутствии зубов
- 22
- допустимо при опоре на имплантат и естественные зубы
 - допустимо при использовании имплантата
 - в качестве промежуточной опоры
12. Целью применения внутрислизистых имплантатов является
- улучшение фиксации съемных протезов
 - улучшение фиксации мостовидных протезов
 - улучшение устойчивости зубов
 - улучшение эстетики протезирования
 - все вышеперечисленное
13. Применение эндо-субпериостальных имплантатов показано
- во фронтальном отделе нижней челюсти
 - в дистальных участках нижней челюсти
 - во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти
 - во фронтальном отделе верхней челюсти
 - в дистальных участках верхней челюсти
14. Если величина костного ложа незначительно шире имплантата
- имплантация откладывается
 - возможно достижение плотной посадки путем изгибания имплантата
 - если имеется место, то подготавливают новое ложе
 - имплантат помещают в подготовленное ложе несмотря на подвижность
 - решение зависит от величины дефекта
15. Стерилизуют имплантаты
- в автоклаве
 - в суховоздушном стерилизаторе
 - в автоклаве или в сухожаровом шкафу
 - химическим способом
 - всеми вышеперечисленными способами
16. Цель пассивации - это
- упрочнение имплантата
 - удаление инородных включений
 - создание окисной пленки
 - устранение внутренних напряжений в металле
 - улучшение кристаллической структуры
17. Назовите элементы субпериостального имплантата
- 23
- вестибулярная ветвь

- небная дуга
 - подъязычная дуга
 - оральное ответвление
 - накладка
18. Элементы конструкции внутрислизистого имплантата -
- головка
 - шейка
 - базисная часть
 - все перечисленное выше
19. Наиболее часто рекомендуется для зашивания разреза слизистой-надкостничного лоскута
- кетгут
 - шелк
 - полиамидная нить
 - волос
20. Оссеоинтеграция имплантата - это
- плотное укрепление имплантата
 - помещение имплантата в костную ткань
 - плотный контакт между новообразованной костной тканью и поверхностью имплантата
 - наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью
 - эпителиальная выстилка между имплантатом и костью
21. Фиброзная интеграция имплантата - это
- укрепление имплантата в соединительной ткани
 - наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью
 - эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата
 - помещение имплантата под надкостницу
22. Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится
- в целях достижения оссеоинтеграции
 - для снижения послеоперационной травмы
 - для предупреждения фиброзной интеграции
 - при плохих способностях к регенерации костной ткани
 - в целях улучшения функционального эффекта
- 24
23. Комбинация внутрикостных и субпериостальных имплантатов допустима
- при расположении имплантатов на разных челюстях
 - при наличии больших дефектов зубных рядов
 - при использовании для имплантатов однородных металлов
 - недопустима
24. Имплантация в арсенале известных методов стоматологического лечения имеет следующее значение
- единственный метод, позволяющий получить положительный результат
 - имплантация является методом выбора
 - имплантация применяется только в исключительных случаях
 - имплантация применяется по желанию больного
 - имплантация применяется с большой осторожностью, так как еще не доказана состоятельность данного вида лечения
25. Прикус — это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии:
- центральной
 - передней
 - боковой левой
 - боковой правой
 - дистальной
26. Бюгельный протез передает жевательное давление на:
- слизистую оболочку полости рта, мышцы, естественные зубы
 - естественные зубы
 - слизистую оболочку полости рта и естественные зубы
 - жевательные мышцы
 - височно-нижнечелюстной сустав
27. Эффект «широкой» литой коронки возникает при:
- нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака
 - усадке слепочного материала
 - снятии слепка без проведения ретракции десны
 - препарировании зуба без создания уступа
 - уточнении пришеечной области воском при моделировке каркаса
28. При изготовлении литой цельнометаллической коронки моделировка воском анатомической формы производится в объеме (по сравнению с

естественным зубом):

– большем на толщину металла

25

– меньшем на толщину компенсационного лака

– большем на толщину компенсационного лака

– равном

– меньшем на толщину металла

29. Прикус — это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии:

– боковой левой.

– боковой правой.

– центральной

– дистальной

– передней

30. При внешнем осмотре больных с декомпенсированной формой

повышенной стертости зубов выявляется:

– углубление носогубных складок, старческое выражение лица

– гиперемия кожных покровов

– асимметрия лица

– «птичье» лицо

31. При отломекоронковой части зуба на уровне десны зуб

восстанавливают

– полукоронкой

– вкладкой

– съемным протезом

– штифтовой конструкцией

– экваторной коронкой

32. Нарушение температурного режима полимеризации при

изготовлении пластмассовой коронки вызывает:

– . уменьшение размера коронки

– нарушение целостности

– образование газовой пористости

– образование гранулярной пористости

– увеличение размера коронки

33. Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного

мостовидного протеза проводится при окклюзиях:

– Центральной

– сагиттальных и боковых

– сагиттальных.

– боковых, сагиттальных и центральной.

26

– центральной и сагиттальных

34. Причинами расцементирования металлокерамических коронок могут

быть:

– . чрезмерная толщина литого каркаса

– некачественное литье

– деформация двухслойного слепка

– чрезмерная конусность культы зуба

– усадка металла при литье

35. Инструмент _____ предназначен для удаления костных

опилок, сглаживания неровностей и измерения глубины

– Диагностический пинцет

– Стружкоудалитель

– Диагностический зонд

– Турбинный наконечник

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

1. Перспективы и тенденции развития имплантологии как науки.
2. Причины убыли костной ткани в области отсутствующих зубов и их последствия.
3. Проблема выбора – имплантат или мостовидный протез, аргументы за и против.
4. Современное состояние отечественной имплантологии.
5. Возможности реабилитации пациентов при помощи дентальных имплантатов.
6. Феномен остеоинтеграции, факторы влияющие на оптимизацию этого процесса.
7. Виды дефектов и деформаций альвеолярной части челюстей.
8. Показания и противопоказания к применению дентальных имплантатов.
9. Медикаментозное сопровождение имплантации и связанных с ней реконструктивных вмешательств.
10. Основные методики направленной тканевой регенерации.
11. Использование мембранной техники и титановых каркасов

12. Виды реконструктивных вмешательств на челюстных костях и техника их проведения
5.3. Фонд оценочных средств
Шкалы оценок: 80 – 100% – оценка «отлично»- 0,5 балла (10 баллов) 60 – 79% – оценка «хорошо»-0,4 балла (6 баллов) 40 – 59% – оценка «удовлетворительно»-0,3 балла (3 балла) 0- 39% – оценка «неудовлетворительно»-0,2 балла (2 балла)
5.4. Перечень видов оценочных средств
Критерии оценки по результатам описания рентгенограмм или написания протокола операции имплантации. Оценка «отлично» ставится при отсутствии ошибок, «хорошо» при наличии одной ошибки, «удовлетворительно» при наличии двух ошибок. При наличии более двух ошибок ставится оценка «неудовлетворительно».
Критерии оценки тестового задания При правильном ответе не менее 90% вопросов ставится оценка «отлично», 80-89% - «хорошо», 70-79% - «удовлетворительно», менее 69% - «неудовлетворительно».

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)			
6.1. Рекомендуемая литература			
6.1.1. Основная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	С.Ю. Иванов, А.Ф. Бизяев, М.В. Ломакин и др.	Стоматологическая имплантология: Учебное пособие	М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ 2000
Л1.2	Параскевич В.Л.	Дентальная имплантология: Основы теории и практики: Научно-практическое пособие (монография)	М.: ООО "Юнипресс" 2002
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	А.Б. Мамытова, А.Р. Цой	Дентальная имплантология: Учебное пособие для студентов 5 курса	2010
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	Журнал "Дентальная имплантология и хирургия"		https://stomport.ru/editions/zhurnal-dentalnaya-
Э2	Дентальная имплантология. Вводный курс		http://www.med24info.com/books/dentalnaya-
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	Программное и коммуникационное обеспечение (программное обеспечение и		
6.3.1.2	Интернет-ресурсы):		
6.3.1.3	-компьютерные презентации;		
6.3.1.4	-обучающие компьютерные программы;		
6.3.1.5	-контролирующие компьютерные программы;		
6.3.1.6	-электронная библиотека;		
6.3.1.7	-сайты учебных центров;		
6.3.1.8	-сайты Высших учебных медицинских учреждений.		
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения			

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Материально-техническое обеспечение:
7.2	аудиторные столы, аудиторные стулья, компьютеры, мультимедийный проектор,
7.3	телевизор, DVD-плеер, транслирующая камера, доска, маркеры, наглядные пособия,
7.4	таблицы.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
10.2 Методические указания по подготовке к практическим занятиям	
Для самостоятельной работы при подготовке к практическим занятиям студентам необходимо:	
- на первом занятии получить у преподавателя задания по курсу, планы подготовки к практическим занятиям. Обзавестись всем необходимым методическим обеспечением;	

- перед практическим занятием изучить теорию вопроса, а также ознакомиться с практическими наработками по тематике.

10.3. Методические указания по подготовке к собеседованию

В начале каждого практического занятия проводится собеседование с обучающимися, с целью выяснения их знаний по заранее определенным темам изучаемого курса.

При подготовке к опросу студентам рекомендуется самостоятельно проработать материалы конспекта лекций, основную и дополнительную литературу, рекомендованную для изучения в данном разделе дисциплины, ознакомиться со справочными материалами.

Рекомендуется при подготовке к опросу составлять план-схему ответа по каждому вопросу, выписывать основные термины и понятия в персональный глоссарий.

Для подготовки к итоговому собеседованию, необходимо повторить весь курс дисциплины и освежить в памяти теоретический материал и результаты работы на практических занятиях. Для расширения глубины учебного материала необходимо ознакомиться как с предложенной основной литературой по курсу, так и с дополнительной литературой. Необходимым условием качественного изучения дисциплины является изучение конспекта лекций. Вопросы для подготовки к итоговому собеседованию студентам выдаются за месяц до окончания курса дисциплины.

10.4. Методические указания по подготовке презентации

При подготовке доклада и оформления ее в презентацию студенту необходимо решить следующие задачи:

-обосновать актуальность освещаемой темы;

-ознакомиться с основной литературой по теме и сделать её критический анализ;

-собрать необходимый демонстрационный материал для подготовки презентации;

-провести тщательную систематизацию и анализ собранных данных;

-сделать собственные выводы, изложив свою точку зрения по дискуссионным вопросам темы проведенного исследования по результатам

полученных данных.

Презентация оформляется в программе PowerPoint, которая является приложением Windows

Обучение складывается из аудиторных занятий, включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы. В соответствии с требованиями ФГОС ВПО в учебном процессе широко используются активные и интерактивные формы проведения занятий. Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, составляет не менее 5 % от аудиторных занятий. Примеры интерактивных форм проведения занятий: трансляция операции непосредственно из операционной с возможностью общения с преподавателем - оперирующим хирургом.

Основными этапами практических занятий являются:

1. Вводная часть, где преподаватель определяет актуальность проблемы, цель занятия и мотивацию необходимости знаний и умений для будущего врача по данному разделу.

2. Определение исходного уровня знаний студентов (тестовый контроль, блиц-опрос). На основании полученных результатов преподаватель проводит коррекцию последующего изложения материала.

3. Работа у кресла с пациентом в отделении с последующим, совместно с преподавателем, клиническим анализом полученных данных. Оценка работы каждого ординатора. Посещение операционной. Работа с ситуационными задачами.

4. Текущий тестовый контроль, оценка, разбор ошибок.

5. Краткое подведение преподавателем итогов усвоения учебного материала.

Лекционный материал подается в форме проблемных лекций, лекции-визуализации. На семинарских занятиях используются следующие технологии: Casestudy, дидактических задач, технологии развития критического мышления (взаимообучение, дискуссия), приемы модерации, мозгового штурма. Использование средств наглядности и интерактивных технологий обеспечивают высокую активность обучаемых и высокое качество усвоения изучаемого материала.

Основное учебное время выделяется на практическую работу по освоению навыков обследования пациента, ведения медицинской документации, решению клинических задач.

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку к практическим занятиям, текущему контролю, промежуточной аттестации. Во время изучения учебной

2

дисциплины ординаторы также самостоятельно проводят курацию больных, оформляют амбулаторную карту стоматологического больного. Написание амбулаторной карты способствуют формированию у ординаторов навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с

пациентами способствует формированию профессионального поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение. Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам ГБОУ ВПО ОмГМА Минздравсоцразвития России и кафедры, электронным ресурсам.

По каждому разделу учебной дисциплины разработаны методические рекомендации для ординаторов и методические указания для преподавателей.

Написание реферата способствуют формированию навыков работы с литературой, электронными базами данных, критическому восприятию и переработке новой информации.

Исходный уровень знаний ординаторов определяется путем фронтального опроса, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе занятий, во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач и ответах на тестовые задания.

В конце изучения учебной дисциплины (модуля) проводится промежуточный контроль знаний с использованием тестового контроля, проверкой практических умений и решением ситуационных задач. Для обучающихся, систематически посещающих учебные занятия, зачет складывается по накопительной системе. На каждом занятии обучающимся предлагается выполнить индивидуальное или групповое задание продуктивного или творческого характера. Ординаторам, имеющим пропуски занятий, предлагается выполнить либо тест, либо другое контрольное задание (в зависимости от пропущенной темы).

Вопросы по учебной дисциплине (модулю) включены в Итоговую государственную аттестацию выпускников.

Приложение 1 Задачи

1 задача

Пациент Б., 60 лет, обратился к врачу – стоматологу - хирургу с жалобами на отсутствие зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи, для консультации по поводу возможности ортопедического лечения с применением имплантатов.

В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, ветряная оспа в детстве. Зубы на нижней челюсти были удалены около 5-7 лет назад по поводу хронических воспалительных процессов. Ранее пациент обращался к стоматологу – ортопеду, был изготовлен съёмный протез на нижнюю челюсть, но пациент не смог привыкнуть к нему, также дикция была нарушена. На верхнюю челюсть был изготовлен частичный съёмный протез.

Объективно: Лицо симметрично, кожный покров чистый, лимфоузлы не пальпируются, выявлено снижение высоты нижней трети лица, западение нижней губы, опущение углов рта.

При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие выраженной атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых отделах, незначительная резорбция альвеолярного отростка в переднем отделе. На верхней челюсти атрофия альвеолярного отростка незначительно выражена в области 1.5, 1.4, 2.1, 2.2. Коронка зуба 2.5 разрушена до уровня десны, размягчена.

Зубная формула.

0	П	П	0	0	К	П	П	0	0	К	П	Pt	П	П	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Прикус – прогеническое соотношение челюстей.

На ортопантограмме – дефицита костной ткани в области зубов 1.5, 1.4 не выявлено, в области зубов 2.1, 2.2 имеется дефект альвеолярного отростка в виде ножевидного гребня. В области зуба 2.5 периодонтальная щель равномерно расширена.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Укажите тип атрофии нижней челюсти по Lekholm и Zarb.
- 3) Составьте план подготовки к операции имплантации.
- 4) Укажите план лечения.
- 5) В чём могут возникнуть сложности при решении изготовить съёмный протез на нижнюю челюсть с опорой на имплантаты?

Ответы:

1. Полное отсутствие зубов нижней челюсти. Частичное отсутствие зубов верхней челюсти. Дефект и деформация альвеолярного гребня

3) Какие дополнительные методы исследования необходимо провести;

Ответы:

- 1) Частичное отсутствие зубов верхней челюсти в области 1.6 и 1.7 зубов;
- 2) Операция закрытый синус – лифтинг справа с установкой 2-х винтовых имплантатов длиной 13 мм диаметром 4,5 мм, двухэтапная методика.
- 3) Компьютерная томография верхней челюсти и верхнечелюстных пазух.

3 задача

Пациент 50 лет обратился в клинику с жалобами на боль и припухлость десны в области нижнего зуба слева, на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось полгода назад в другом городе. Пациенту в области отсутствующего зуба 3.6. был установлен имплантат, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за 1 месяц до обращения и постепенно нарастала.

Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни.

Объективно:

Состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена.

Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Слизистая оболочка полости рта без патологии.

Зубная формула:

0	К	К	П	П		П		К	К		П	П	П	П	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
0	П	К	И	И	К								И	П	П

Прикус прямой.

В области зуба 3.6 имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна вместе с имплантатом в вестибуло - оральном направлении.

Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом, окружающая десна гиперемирована отёчна. Атрофия альвеолярного отростка в области зуба 3.6 выражена сильно. При надавливании на имплантат боль усиливается.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с имплантатом?

4. Какие действия необходимо предпринять для лечения пациента?

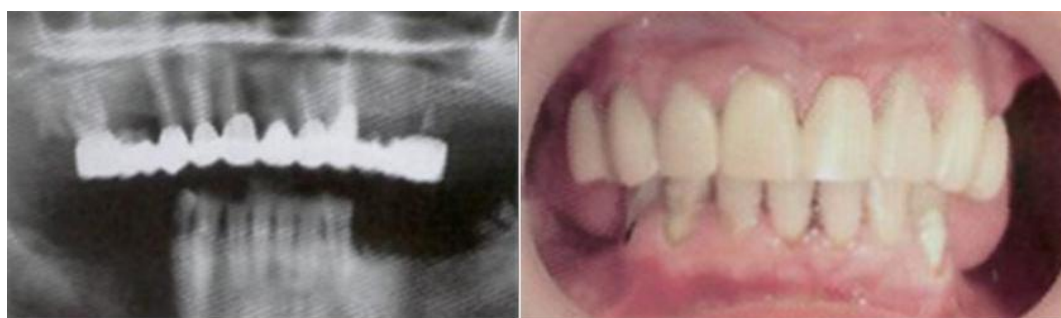
Ответы:

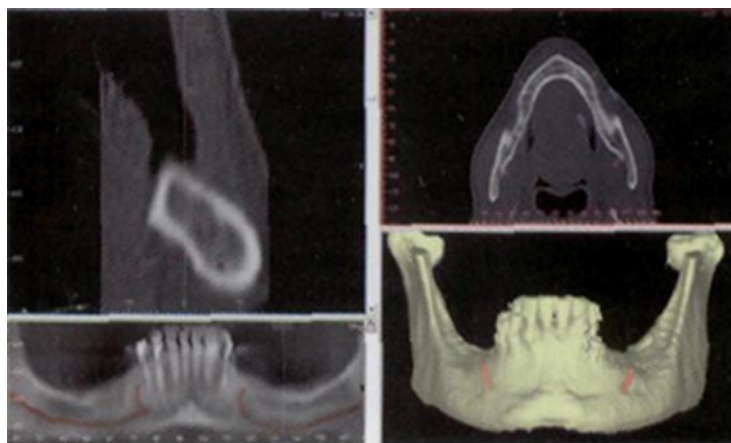
1. Периимплантит в области зуба 3.6.
2. Дополнительно необходимо провести рентгенологическое обследование (внутриротовую или ортопантомографию) для уточнения состояния костной ткани в области имплантата и возможного разрушения имплантата.
3. Причиной развития данного осложнения может являться несоблюдение принципов атравматичного препарирования костного ложа; неадекватное закрытие операционной рапы: рубцы и мелкое преддверие полости рта, травмирующие и вызывающие ишемию краев послеоперационной раны; неудовлетворительное состояние гигиены полости рта.
4. Для лечения пациента необходимо удалить имплантат. Дальнейшее протезирование возможно через 6 месяцев.

4 задача.

Составить по данному фото:

1. Вопросы для сбора анамнеза (4 вопроса).
2. Вопросы для уточнения жалоб пациента (3 вопроса).
3. Предлагаемые основные методы обследования (3 вида).
4. Предположительный диагноз.
5. Методы лечения





Ответы:

- 1) Страдает ли пациент хроническими заболеваниями? Принимает ли какие-либо лекарственные препараты? Курит ли пациент? Кем пациент работает?
- 2) Когда были удалены зубы, и по какому поводу? Как проходило заживление лунки после удаления? Проводилось ли какое-нибудь ортопедическое лечение?
- 3) Измерение размеров альвеолярного отростка, определение толщины слизистой оболочки, ортопантомография;
- 4) Частичное отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти, атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти А-тип, на нижней челюсти С-тип, 3 тип архитектоники кости. Хронический периодонтит в области зуба 2.6;
- 5) Снятие мостовидного протеза верхней челюсти, удаление 2.6 зуба, установка 3-х винтовых имплантатов в области 1.5, 2.5 и 2.6 зубов. Изготовление мостовидного протеза на верхней челюсти.
На нижней челюсти установка 6 имплантатов диаметром 3-4 мм на нижнюю челюсть, используя методику обхождения нижнечелюстного нерва или проведение костной пластики аутокостью с последующей установкой имплантатов стандартного размера.

5 задача

Пациентка 25 лет обратилась в клинику по поводу разрушенных зубов на верхней челюсти. Ранее пациентка не протезировалась.

Объективно: Лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфоузлы не пальпируются, открывание рта в полном объеме, безболезненное.

Зубная формула:

0	П	П	П	П	Pt	Pt			П	П	П	П	0
---	---	---	---	---	----	----	--	--	---	---	---	---	---

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

Прикус ортогнатический

Зубы 1.1 и 1.2 коронки разрушены на 2/3, ткани размягчены, перкуссия зубов и пальпация альвеолярного отростка безболезненные, слизистая десны без изменений.

На внутривисочной контактной рентгенограмме: в апикальной части корня 1.1 имеется дефект костной ткани округлой формы размером 15×15 мм.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз;
- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту;
- 3) Составьте план лечения;
- 4) Составьте план протезирования пациентки.

Ответы:

- 1) Радикалярная киста верхней челюсти в области 1.1, хронический периодонтит 1.2 зуба.
- 2) Ортопантомография и компьютерная томография верхней челюсти.
- 3) Операция удаления 1.2 и 1.1 зубов с цистэктомией, с закрытием дефекта костной ткани остеопластическим материалом.
- 4) Установка 2-х винтовых имплантатов в области 1.1 и 1.2 зубов после восстановления костной ткани.

б задача

Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи дентальных имплантатов. Обратился с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи.

В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течении жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а так же из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может.

Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре.

При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти.

Отсутствуют: 1.8-1.1, 2.1-2.8, 3.5, 4.4, 4.6.

Прикус – не фиксирован.

На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции верхушек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1.0 см, с четкими границами.

Вопросы и задания:

Поставьте диагноз.

Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?

Ответы:

1. Полное отсутствие зубов верхней челюсти. Частичное отсутствие зубов нижней челюсти. Дефект и деформация альвеолярного гребня верхней челюсти в боковых отделах. Радикулярная киста нижней челюсти в области 3.1,4.1.
2. Съёмный протез на балке с опорой на дентальные имплантаты установленные в передний отдел верхней челюсти. Это позволит обеспечить полноценную фиксацию протеза и уменьшить его базис т.к. у пациента выраженный рвотный рефлекс.

7 задача

Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съёмный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике.

Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции.

При обследовании пациентки выявлено:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледно-розового цвета.

Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съёмный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы.

На представленной ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.

Вопросы и задания.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.
3. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования?

Ответы:

1. Диагноз: частичное вторичное отсутствие зубов верхней челюсти (отсутствие 12, 11, 21). Посттравматический дефект альвеолярного отростка верхней челюсти в области отсутствующих зубов.

2. Методы лечения:

а). Восстановление зубного ряда верхней челюсти путем изготовления несъемного мостовидного протеза с опорой на 13, 22, 23 зубы.

б). Устранение дефекта верхней челюсти методами костной пластики или направленной тканевой регенерации с последующей или одномоментной дентальной имплантацией 3 имплантатов и последующим несъемным протезированием на имплантатах.

3. Дополнительное обследование в виде рентгеновской компьютерной томографии потребуется при выборе второго варианта лечения.

8 задача

Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала.

Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни.

При обследовании отмечено:

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой.

Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезио-дистальном.

Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?
4. Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?

Ответы:

1. Диагноз: несостоятельность импланто-ортопедической конструкции в области отсутствующего 4.6
2. Дополнительно необходимо провести рентгенологическое обследование (внутриротовую или ортопантомографию) для уточнения состояния костной ткани в области имплантата и возможного разрушения имплантата.
3. Причиной развития данного осложнения может являться неправильное усилие при закручивании винта, фиксирующего супраструктуру, что привело к его выкручиванию и ослаблению фиксации супраструктуры и возможному разрушению узла сопряжения имплантата и супраструктуры, деформации винта. Также к разрушению конструкции может приводить перегрузка при жевании вследствие некорректной выверки окклюзионных взаимоотношений зубных рядов.
4. Для реабилитации пациента необходимо уточнить состояние конструкции, для чего необходимо снять коронку с супраструктуры с помощью ультразвука или путем распиливания, с последующим анализом состояния имплантата и супраструктуры. При их целостности проводится замена винта с правильным усилием затягивания и фиксацией коронки после коррекции окклюзии, если она была снята без разрушения. При разрушении коронки она изготавливается заново с учетом конкретной ситуации. При разрушении имплантата он удаляется с последующим повторным имплантологическим лечением. Хирургическое и ортопедическое лечение должно проводиться после пародонтологической санации полости рта и области имплантации.

Укажите один правильный ответ

1. В каких случаях целесообразно использовать инъекционные способы введения лекарственных средств?

- а) если необходимо получить быстрый лечебный эффект; +
- б) если препарат действует очень кратковременно;
- в) если препарат обладает высокой токсичностью;

2. Укажите особенности действия лекарственных средств у пожилых больных по сравнению с лицами молодого возраста:

- а) более быстрое всасывание в пищеварительном тракте;
- б) более быстрое выведение лекарств из организма;
- в) более медленное выведение лекарств из организма; +
- г) более редкое развитие побочных и токсических эффектов.

3. Какие цели преследует современная антисептика?

- а) удаление, уничтожение микроорганизмов, создание неблагоприятных условий для их развития; +
- б) повышение количества эритроцитов;
- в) профилактику тромбозов;
- г) профилактику тромбозов.

4. Дайте определение асептики:

- а) комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания инфекции в рану, ткани и организм больного; +
- б) комплекс мероприятий, направленных на борьбу с инфекцией в организме человека.

5. Укажите источники хирургической инфекции:

- а) экзогенный +
- б) имплантационный
- в) контактный
- г) воздушно - капельный.

6. Какой шовный материал относится к натуральному:

- а) шелк +
- б) капрон
- в) лавсан
- г) нейлон

7. Какой шовный материал является синтетическим:

- а) кетгут
- б) шелк
- в) викрил. +

8. Какой шовный материал является не рассасывающимся:

- а) кетгут

- б) викрил
- в) шелк +

9. Какой шовный материал является рассасывающимся:

- а) шелк
- б) кетгут +
- в) капрон
- г) лавсан
- д) пролен
- е) нуrolон.

10. Гипертонический раствор натрия хлорида применяется при:

- а) первичной хирургической обработке раны
- б) наложении рассасывающего компресса +
- в) стерилизации режущих инструментов
- г) дренировании гнойных полостей и ран

11. Что из перечисленного не относится к профилактике воздушной инфекции?

- а) ультрафиолетовое облучение воздуха
- б) обработка операционного поля +
- в) проветривание
- г) приточно-вытяжная вентиляция операционного зала

12. Выберите местно обезболивающие вещества:

- а) Пропофол
- б) Хлорэтил
- в) Фторотан
- г) Лидокаин +

13. Перечислите способы местной инъекционной анестезии:

- а) анестезия смазыванием
- б) пероральное введение анестезирующих и наркотических веществ
- в) анестезия орошением
- г) инфильтрационная анестезия +

14. Анестезия методом “ползучего инфильтрата” наступает в результате блокады

- а) рецепторных окончаний нерва + б) рецепторных окончаний и нервных стволов
- в) нервных стволов
- г) симпатических ганглиев

15. Мышечные релаксанты вводятся:

- а) подкожно
- б) внутривенно +
- в) внутриартериально
- г) внутримышечно
- д) перорально

16. При проведении наружного массажа сердца ладони нужно располагать на

- а) верхняя треть грудины
- б) пятое межреберье слева
- в) на 2- 2,5 см выше мечевидного отростка +
- г) граница верхней и средней трети грудины по средней линии

17. С какого момента начинается предоперационный период?

- а) с начала заболевания
- б) с момента поступления больного в стационар
- в) с момента установления диагноза
- г) с момента установления показаний к операции
- д) с начала подготовки больного к операции +

18. Для профилактики эндогенной инфекции в предоперационном периоде применяют:

- а) лечение хронического бронхита
- б) санацию полости рта
- в) лечение хронического тонзиллита
- г) все перечисленное +

19. Каков главный этап операции?

- а) обезболивание
- б) оперативный прием +
- в) ушивание операционной раны
- г) оперативный доступ
- д) укладка больного на операционный стол

20. Когда заканчивается послеоперационный период?

- а) после восстановления трудоспособности больного +
- б) после устранения осложнений
- в) после заживления операционной раны
- г) после выписки больного из стационара
- д) после снятия швов с послеоперационной раны

21. Грануляционная ткань видимая глазом, появляется в период:

- а) подготовительный
- б) биологической очистки
- в) предварительной репарации +

г) окончательной репарации

22. Под онкологической настороженностью врача понимают:

- а) подозрение на наличие рака;
- б) тщательный сбор анамнеза;
- в) использование общих и специальных методов исследования;
- г) анализ и синтез полученных данных;
- д) все вышеперечисленное. +

23. Основными жалобами больного со злокачественным новообразованием является все, кроме:

- а) быстрой утомляемости
- б) потери аппетита, похудания
- в) тошноты по утрам
- г) апатии
- д) прогрессирующей перемежающейся хромоты +

24. Эмболия не может быть вызвана:

- а) сгустком крови +
- б) воздухом
- в) жиром
- г) костным отломком

25. История болезни не является документом:

- а) юридическим
- б) медицинским
- в) справочным +
- г) статистическим

26. Что включает status localis?

- а) данные лабораторных и инструментальных методов исследования
- б) описание заболевшего участка +
- в) историю заболевания
- г) жалобы

27. Что не включает в себя anamnesis morbi?

- а) начало заболевания
- б) обследование по поводу основного заболевания, проведенное до момента курации
- в) лечение по поводу основного заболевания, проведенное до момента курации
- г) детские заболевания +

28. Что не включается в себя anamnesis vitae?

- а) лечение по поводу основного заболевания проводимое до момента

- курации +
- б) алергоанамнез
 - в) наследственные анамнез
 - г) перенесенные заболевания, травмы и операции.

29. Аутогенная трансплантация — это когда при заборе и пересадке тканей донор и реципиент:

- а) одно и то же лицо +
- б) однояйцевые близнецы
- в) родственники первой степени
- г) принадлежат к разным биологическим видам.

30. Аллогенная трансплантация — это когда при заборе и пересадке тканей донор и реципиент:

- а) одно и то же лицо
- б) однояйцевые близнецы
- в) родственники первой степени
- г) представители одного биологического вида +
- д) принадлежат к разным биологическим видам.

31. Ксеногенная трансплантация — это когда при заборе и пересадке тканей донор и реципиент:

- а) одно и то же лицо
- б) однояйцевые близнецы
- в) родственники первой степени
- г) представители одного биологического вида
- д) принадлежат к разным биологическим видам +

Анатомия зубочелюстной системы

1. Верхняя челюсть имеет отросток

- а) ярёмный
- б) венечный
- в) мышцелковый
- г) лобный +

2. Небная кость имеет

- а) скуловой отросток
- б) глазничный отросток +
- в) ярёмный отросток
- г) лучевой отросток

3. На теле нижней челюсти расположено

- а) крыловидная ямка
- б) слезный отросток
- в) горизонтальная пластинка
- г) зубные альвеолы +

4. На ветви нижней челюсти располагается

- а) подбородочный выступ
- б) венечный отросток +
- в) глазничная поверхность
- г) ямка слезного мешка

5. В средний носовой ход открывается

- а) овальное отверстие
- б) передние ячейки решетчатой кости +
- в) носослезный канал
- г) круглое отверстие

6. В образовании латеральной стенки полости носа участвует

- а) верхняя челюсть +
- б) нижняя челюсть
- в) лобная кость
- г) затылочная кость

7. Нижнюю стенку полости носа образуют

- а) горизонтальные пластинки нёбных костей +
- б) крыловидные отростки клиновидной кости
- в) малые рога подъязычной кости
- г) нижняя носовая раковина

8. Воздухоносные кости лицевого отдела черепа

- а) затылочная
- б) теменная
- в) подъязычная
- г) решётчатая +

9. Контрфорсами называются

- а) костные выступы в области свода черепа
- б) тонкие костные участки в области лицевого черепа
- в) костные утолщения, по которым передаётся сила жевательного движения на свод черепа +
- г) бугристости нижней челюсти

10. На нижней челюсти имеются контрфорсы

- а) альвеолярно-скуловой
- б) восходящий +
- в) крыловидно-нёбный
- г) нёбный

11. На верхней челюсти имеется контрфорсов

- а) 4 +

- б) 6
- в) 2
- г) 3

12. Контрфорс, уравнивающий силу давления, развиваемую клыками снизу вверх

- а) лобно-носовой +
- б) альвеолярно-скуловой
- в) нёбный
- г) альвеолярный

13. От альвеолярного возвышения первого и второго моляров идёт контрфорс

- а) лобно-носовой
- б) альвеолярно-скуловой +
- в) крыловидно-нёбный
- г) нёбный

14. От альвеолярных возвышений последних моляров и бугра верхней челюсти начинается контрфорс

- а) крыловидно-нёбный +
- б) нёбный
- в) альвеолярный
- г) восходящий

15. Анатомическое образование, ограничивающее преддверие рта

- а) небо
- б) губы +
- в) диафрагма рта
- г) ротовая щель

16. Проток околоушной слюнной железы открывается в области

- а) подъязычного сосочка
- б) слизистой оболочки вдоль подъязычной складки
- в) мягкого неба
- г) преддверия рта +

17. Проток поднижнечелюстной слюнной железы открывается в области

- а) преддверия рта
- б) уздечки нижней губы
- в) подъязычного сосочка +
- г) надминдальной ямки

18. Образования, входящие в зубочелюстной сегмент

- а) слюнные железы полости рта
- б) сосочки языка

- в) верхняя губа
- г) связочный аппарат, фиксирующий зуб к альвеоле +

19. Периодонт - это

- а) участок альвеолярного отростка
- б) соединительнотканная оболочка зуба +
- в) участок десны
- г) часть цемента корня

20. В поддерживающий аппарат зуба входит

- 1) дентин
- 2) парадонт
- 3) периодонт +
- 4) десна

21. Зубы, образующие режущий край на концах

- а) резцы и клыки +
- б) клыки и премоляры
- в) клыки и моляры
- г) премоляры и моляры

22. Резцы имеют

- а) 1 корень +
- б) 1-2 корня
- в) 2-3 корня
- г) 3 корня

23. Краудинг - это

- а) дополнительный средний зуб
- б) увеличенные промежутки между соседними зубами
- в) отсутствие какого-либо зуба
- г) скученность зубов +

24. Кровоснабжение зубов верхней челюсти осуществляется ветвями

- а) верхнечелюстной артерии +
- б) нижнечелюстной артерии
- в) артерии полости рта
- г) артерии полости носа

25. Зубы нижней челюсти кровоснабжаются ветвями

- а) нижнечелюстной артерии +
- б) верхнечелюстной артерии
- в) артерии дна полости рта
- г) щитовидной артерии

26. Нижняя альвеолярная артерия кровоснабжает
а) зубы, десны и стенки зубных альвеол верхней челюсти
б) зубы, десны и стенки зубных альвеол нижней челюсти +
в) нижнечелюстной канал
г) гайморову (верхнечелюстную) пазуха

27. Венозный отток крови из зубов осуществляется
а) в подбородочное венозное сплетение
б) в околоушное венозное сплетение
в) в глоточное венозное сплетение
г) в крыловидное венозное сплетение +

28. Отводящие лимфатические сосуды от зубов нижней челюсти следуют
а) в поднижнечелюстные лимфатические узлы +
б) в околоушные лимфатические узлы
в) в затылочные лимфатические узлы
г) в сосцевидные лимфатические узлы

29. Ветви нервов, образующих верхнее зубное сплетение
а) лицевого нерва
б) языкоглоточного нерва
в) тройничного нерва +
г) блуждающего нерва

30. Нижний альвеолярный нерв является ветвью
а) тройничного нерва +
б) лицевого нерва
в) подбородочного нерва
г) щечного нерва

31. Прикус - это
а) положение альвеолярных дуг при смыкании
б) положение базальных дуг при размыкании зубов
в) положение зубных дуг в центральной окклюзии +
г) положение зубных дуг при размыкании зубов

32. Физиологическим является прикус
а) бигения
б) открытый прикус
в) бипрогнатия +
г) закрытый прикус

33. Контакт режущих краев верхних и нижних резцов один с другим обеспечивает
а) ортогнатия

- б) прогения
- в) бипрогнатия
- г) прямой прикус +

34. Прикус, образующий щель между верхними и нижними резцами

- а) закрытый
- б) открытый +
- в) перекрестный
- г) прямой

35. Полость рта состоит

- а) из глотки
- б) из преддверия рта +
- в) из полости носа
- г) из зева

36. Формирование полости рта происходит к концу

- а) шестого месяца внутриутробного развития
- б) четвертого месяца внутриутробного развития
- в) второго месяца внутриутробного развития +
- г) восьмого месяца внутриутробного развития

37. Слизистая оболочка рта состоит

- а) из пяти слоев
- б) из двух слоев
- в) из трех слоев +
- г) из четырех слоев

38. Пародонт – это комплекс органов, включающий

- а) зуб, десну, периодонт
- б) зуб, десну, периодонт, кость альвеолы
- в) зуб, десну, периодонт, кость альвеолы, цемент корня +
- г) десну, периодонт, кость альвеолы, цемент корня

39. Статистически наибольшую длину зуба имеет

- а) центральный резец верхней челюсти
- б) боковой резец нижней челюсти
- в) клык верхней челюсти +
- г) второй премоляр нижней челюсти

40. С нижним носовым ходом сообщается

- а) средние ячейки решетчатой кости
- б) носослезный канал +
- в) верхнечелюстная пазуха
- г) задние ячейки решетчатой кости

41. Кость лицевого черепа, участвующая в образовании грушевидной апертуры

- а) верхняя челюсть +
- б) скуловая кость
- в) лобная кость
- г) слезная кость

42. Кожу лица иннервирует

- а) лицевой нерв
- б) тройничный нерв +
- в) языкоглоточный нерв
- г) блоковый нерв

43. От нижнечелюстного нерва отходит

- а) барабанная струна
- б) большой каменистый нерв
- в) язычный нерв +
- г) верхний альвеолярный нерв

44. Щечный нерв иннервирует

- а) щечную мышцу
- б) слизистую оболочку щеки +
- в) зубы
- г) околоушную слюнную железу

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ (текущий контроль)

№	Наименования показателя	Отметка %
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки	0-30
3	Обоснованное привлечение медицинской терминологии (уместность и достоверность сведений)	0-30
4	Ключевые слова (стоматология): их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-15
5	Логичность и последовательность устного высказывания	0-10
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ

(рубежный, промежуточный контроль)

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

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно

рекомендованной литературы;

- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;

•д

- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое вложение учебного материала.

«60-74%»

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

« менее 60%»

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 25 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильный ответ – 4 балла
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка в (%).

«Отлично» - 85-100 % правильных ответов

«Хорошо» - 70-84 % правильных ответов

«Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов

«Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (текущий контроль)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

(рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, выполнена задача заинтересовать читателя	85 - 100
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис	
4	Заключение содержит выводы, логично вытекающие из содержания основной части	
5	Правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи	
6	Все требования, предъявляемые к заданию выполнены	

7	При защите реферата демонстрирует полное понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

(итоговый контроль по дисциплине)

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

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

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

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

1. История становления имплантации.
2. Нормативно-правовые аспекты имплантации.
3. Возможности применения имплантатов для реабилитации пациентов.
4. Анатомические предпосылки имплантации.
5. Остеоинтеграция: появление и развитие понятия. Механизм остеоинтеграции.
6. Классификация атрофий челюстей и фенотипов костной ткани.

7. Планирование операции имплантации.
8. Показания и противопоказания к проведению имплантации.

9. Применение дополнительных методов обследования пациентов.
 10. Инструментальное и медикаментозное сопровождение имплантации
 11. Виды имплантационных систем и особенности их применения.
 12. Различные подходы в использовании имплантатов.
 13. Планирование одноэтапной имплантации.
 14. Планирование двухэтапной имплантации.
 15. Планирование немедленной имплантации.
 16. Методики обхождения анатомических препятствий на нижней челюсти.
 17. Планирование имплантации в сложных клинических случаях.
 18. Применение костнопластических материалов при дентальной имплантации.
 19. Планирование реконструктивных операций на челюстных костях.
 20. Методика проведения остеотомии верхней и нижней челюсти.
 21. Планирование операции «синус – лифтинг» и методика её проведения.
 22. Планирование операции винирной пластики.
 23. Планирование операции межкортикальной остеотомии
 24. Понятие направленной тканевой регенерации, анатомические предпосылки.
 25. Виды мембран для направленной тканевой регенерации и методы их использования.
 26. Профилактика и лечение осложнений, возникающих на этапе установки имплантатов и методы их устранения.
 27. Профилактика и лечение осложнений, возникающих в послеоперационном периоде и в отдаленных сроках дентальной имплантации и методы их лечения.
 28. Профессиональная и индивидуальная гигиена полости рта при имплантации и реконструктивных вмешательствах на челюстных костях.
- Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.*

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

1. История становления имплантации.
 2. Нормативно-правовые аспекты имплантации.
 3. Возможности применения имплантатов для реабилитации пациентов.
 4. Анатомические предпосылки имплантации.
 5. Остеоинтеграция: появление и развитие понятия. Механизм остеоинтеграции.
 6. Классификация атрофий челюстей и фенотипов костной ткани.
 7. Планирование операции имплантации.
 8. Показания и противопоказания к проведению имплантации.
 9. Применение дополнительных методов обследования пациентов.
 10. Инструментальное и медикаментозное сопровождение имплантации
 11. Виды имплантационных систем и особенности их применения.
 12. Различные подходы в использовании имплантатов.
 13. Планирование одноэтапной имплантации.
 14. Планирование двухэтапной имплантации.
 15. Планирование немедленной имплантации.
 16. Методики обхождения анатомических препятствий на нижней челюсти.
 17. Планирование имплантации в сложных клинических случаях.
 18. Применение костнопластических материалов при дентальной имплантации.
 19. Планирование реконструктивных операций на челюстных костях.
 20. Методика проведения остеотомии верхней и нижней челюсти.
 21. Планирование операции «синус – лифтинг» и методика её проведения.
 22. Планирование операции винирной пластики.
 23. Планирование операции межкортикальной остеотомии
 24. Понятие направленной тканевой регенерации, анатомические предпосылки.
 25. Виды мембран для направленной тканевой регенерации и методы их использования.
 26. Профилактика и лечение осложнений, возникающих на этапе установки имплантатов и методов их устранения.
 27. Профилактика и лечение осложнений, возникающих в послеоперационном периоде и в отдаленных сроках дентальной имплантации и методы их лечения.
 28. Профессиональная и индивидуальная гигиена полости рта при имплантации и реконструктивных вмешательствах на челюстных костях.
- Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускаются одна две неточности в ответе.*

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

1. История становления имплантации.

2. Нормативно-правовые аспекты имплантации.
 3. Возможности применения имплантатов для реабилитации пациентов.
 4. Анатомические предпосылки имплантации.
 5. Остеоинтеграция: появление и развитие понятия. Механизм остеоинтеграции.
 6. Классификация атрофий челюстей и фенотипов костной ткани.
 7. Планирование операции имплантации.
 8. Показания и противопоказания к проведению имплантации.
 9. Применение дополнительных методов обследования пациентов.
 10. Инструментальное и медикаментозное сопровождение имплантации
 11. Виды имплантационных систем и особенности их применения.
 12. Различные подходы в использовании имплантатов.
 13. Планирование одноэтапной имплантации.
 14. Планирование двухэтапной имплантации.
 15. Планирование немедленной имплантации.
 16. Методики обхождения анатомических препятствий на нижней челюсти.
 17. Планирование имплантации в сложных клинических случаях.
 18. Применение костнопластических материалов при дентальной имплантации.
 19. Планирование реконструктивных операций на челюстных костях.
 20. Методика проведения остеотомии верхней и нижней челюсти.
 21. Планирование операции «синус – лифтинг» и методика её проведения.
 22. Планирование операции винирной пластики.
 23. Планирование операции межкортикальной остеотомии
 24. Понятие направленной тканевой регенерации, анатомические предпосылки.
 25. Виды мембран для направленной тканевой регенерации и методы их использования.
 26. Профилактика и лечение осложнений, возникающих на этапе установки имплантатов и методы их устранения.
 27. Профилактика и лечение осложнений, возникающих в послеоперационном периоде и в отдаленных сроках дентальной имплантации и методы их лечения.
 28. Профессиональная и индивидуальная гигиена полости рта при имплантации и реконструктивных вмешательствах на челюстных костях.
- Допускается несколько ошибок в содержании ответа.*

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

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ (манипуляции) выполняются студентам самостоятельно.

Оценка (пятибалльная)	Требования к знаниям
Отлично	«Отлично» выставляется обучающемуся, проявившему способности к проведению клинических и специальных методов диагностики, интерпретации полученных данных, постановке предварительного и окончательного диагноза, планированию лечебных и профилактических мероприятий у пациентов с частичной и полной адентией
Хорошо	«Хорошо» выставляется обучающемуся, показавшему хорошие способности в диагностике частичной адентии, способному к постановке диагноза и выбору конструкции имплантата, но не достигшему способности планирования имплантологического лечения в сложных клинических ситуациях
Удовлетворительно	«Удовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему слабые способности, но владеющему основными методами диагностики и лечения дентальными имплантатами в клинических ситуациях легкой степени выраженности
Неудовлетворительно	«Неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему поверхностные способности в диагностике и лечении дентальными имплантатами, не позволяющих применять их в клинической ситуации

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ КАРТЫ ДИСЦИПИНЫ «Имплантология»

Изменение модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
Модуль 1					
Анатомические предпосылки имплантации	Текущий	Фронтальный опрос; выполнение практического задания (чтение рентгеновских снимков – ОПТГ, изучение диагностических моделей челюстей, осмотр полости рта) <i>Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное задание снимается 1 балл</i>	10	15	9 неделя
	Рубежный	Тест; Защита реферата; Ситуационная задача	10	20	
Модуль 2					
Остеоинтеграция: появление и развитие понятия. Механизм остеинтеграции.	Текущий	Фронтальный опрос; конспекты лекций, выполнение практического задания (чтение рентгеновских снимков – ОПТГ, изучение диагностических моделей челюстей, осмотр полости рта) <i>Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное задание снимается 1 балл</i>	10	15	17 неделя
	Рубежный	Тест; Защита реферата; Ситуационная задача	10	20	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет с оценкой)	Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по практическим заданиям		20	60	18 неделя

Курс 5, семестр 10, 3Е -3, Отчетность-зачет

Изменение модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
Модуль 1					
Планирование операции имплантации	Текущий	Фронтальный опрос; выполнение практического задания (чтение рентгеновских снимков – ОПТГ, изучение диагностических моделей челюстей, осмотр полости рта) Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное задание снимается 1 балл</i>	5	10	29 неделя
	Рубежный	Тест; Защита реферата; Ситуационная задача	7	15	
Модуль 2					
Виды имплантационных систем и особенности их применения	Текущий	Фронтальный опрос; конспекты лекций, выполнение практического задания (чтение рентгеновских снимков – ОПТГ, изучение диагностических моделей челюстей, осмотр полости рта) Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное задание снимается 1 балл</i>	3	5	35 неделя
	Рубежный	Тест; Защита реферата; Ситуационная задача	10	15	
Модуль 3					
Различные подходы в использовании имплантатов	Текущий	Фронтальный опрос; конспекты лекций, выполнение практического задания (чтение рентгеновских снимков – ОПТГ, изучение диагностических моделей челюстей, осмотр полости рта) Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное задание снимается 1 балл</i>	5	10	40 неделя
	Рубежный	Тест; Защита реферата; Ситуационная задача	10	15	

Всего за семестр		40	70	41 неделя
Промежуточный контроль (Экзамен)	Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по практическим заданию	20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине		60	100	