

Фонд оценочных средств
по дисциплине «Хирургия полости рта»

Уровень высшего образования
СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки
31.05.03 – РФ, 560004 – КР Стоматология
(код и наименование направления подготовки)

Квалификация
Врач-стоматолог

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ОПК-5: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать: Морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека.	Блок А - задания репродуктивного уровня
	Уметь: Применять методы диагностики, в том числе с применением инструментальных медицинских изделий при диагностических исследованиях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.	Блок В - задания репродуктивного уровня
	Владеть: Способностью верификации диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей- специалистов.	Блок В, С - задания репродуктивного уровня

Технологическая карта дисциплины

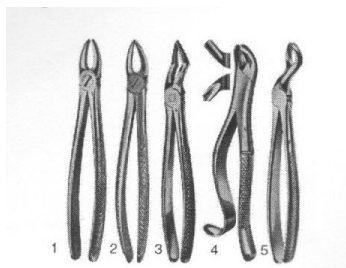
«Хирургия полости рта»

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
Модуль 1					
1. Операция удаление зуба	Текущий контроль	активность, посещаемость	10	15	8
	Рубежный контроль	тестирование	10	20	
Модуль 2					
2. Зубосохраняющие операции	Текущий контроль	активность, посещаемость	10	15	16
	Рубежный контроль	тесты, ситуационные задачи	10	20	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет)		тестирование	20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

3. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)

Блок А

1. Показания к плановому удалению зуба:
 - а) глубокий кариес
 - б) флюороз
 - в) хронический периодонтит
 - г) хронический пульпит
 - д) катаральный гингивит
2. При удалении нижних фронтальных зубов врач находится:
 - а) справа и сзади от больного
 - б) слева и сзади от больного
 - в) справа и несколько впереди от больного
 - г) произвольное (любое) положение врача
 - д) слева и спереди от больного
3. Если на щечках клювовидных щипцов имеются шипы, то они предназначены для удаления:
 - а) верхних резцов
 - б) верхних премоляров
 - в) нижних резцов
 - г) нижних премоляров
 - д) нижних моляров
4. Для удаления каких зубов применяют S-образные:
 - а) верхних резцов
 - б) верхних клыков
 - в) верхних моляров
 - г) нижних резцов
 - д) нижних премоляров
5. Выберите щипцы Байонета



- а) 1
 - б) 4
 - в) 2 и 4
 - г) 1 и 2
 - д) 3
6. В какие сроки беременности могут возникнуть временные противопоказания к удалению зуба?
 - а) в 1-2 и 8-9 месяцы

б) во 2-3 и 6-7 месяцы

в) в 3-4 месяц

г) в 5-6 месяцев

д) нет правильных ответов

7. Через какой срок после инфаркта миокарда уже можно проводить плановое удаление зубов?

а) через 1 неделю

б) через 3-4 недели

в) через 1-2 месяца

г) через 3-6 месяцев

д) через 1-2 года

8. Психические заболевания могут ли быть временным противопоказанием к удалению зуба?

а) нет, не могут

б) могут, если они длятся более 2-х лет

в) могут только в период обострения

9. Правильная последовательность приемов удаления зубов щипцами:

а) продвижение, наложение, фиксация щечек, люксация, ротация и тракция зуба

б) наложение, продвижение, фиксация щечек, люксация, ротация и тракция зуба

в) наложение, фиксация, продвижение щечек, люксация, ротация и тракция зуба

г) смыкание, наложение, продвижение щечек, люксация, ротация и тракция зуба

д) фиксация, люксация, ротация и удаление зуба

10. Что подразумевает слово «тракция» зуба:

а) продвижение щечек

б) наложение щечек

в) вывихивание зуба

г) извлечение зуба

д) фиксация щечек

11. Первое раскачивающее движение при удалении зубов верхней челюсти делают:

а) вовнутрь, кроме удаления шестого зуба

б) вовнутрь, кроме удаления моляров

в) вовнутрь кроме удаления премоляров и моляров

г) кнаружи, кроме удаления шестого зуба

д) кнаружи, кроме удаления моляров

12. Первое раскачивающее движение при удалении зубов на нижней челюсти делают:

а) кнаружи, кроме удаления второго и третьего моляра

б) кнаружи, кроме удаления моляров

в) кнаружи, кроме удаления премоляров и моляров

г) вовнутрь, кроме удаления второго и третьего моляра

д) вовнутрь, кроме удаления моляров

13. Тактика при перфорации дна интактной гайморовой пазухи во время удаления зуба:

а) тугая тампонада лунки

б) тугая тампонада лунки

в) введение в лунку остеопрепаратов и ушивание лунки наглухо

г) гайморотомия

д) создание антронозального соустья

14. Удаление какого зуба считается сложным, кроме:
- а) удаление из поврежденной кости
 - б) удаление ретинированных зубов
 - в) удаление зуба из поврежденной кости
 - г) удаление корня зуба при полностью разрушенной коронке
 - д) удаление резцов при сохранении коронковой части
15. Можно ли тампонировать лунку тампоном, если во время удаления зуба возникло осложнение-вскрытие дна верхнечелюстной пазухи:
- а) нельзя
 - б) можно лишь в том случае когда возникает постэкстракционное кровотечение
 - в) можно лишь в случае гнойного воспаления верхнечелюстной пазухи
 - г) можно во всех случаях
16. Каким методом нужно проводить удаление корня зуба, протолкнутого в верхнечелюстную пазуху:
- а) Методом Пихлера
 - б) методом гайморотомии с местной пластикой соустья
 - в) методом гайморотомии без местной пластики соустья
 - г) оставить корень в верхнечелюстной пазухе до появления клинической симптоматики гайморита
17. Как называется кровотечение, которое возникает по вине врача после проведения хирургических вмешательств:
- а) идиопатическое
 - б) ятрогенное
 - в) симптоматическое
 - г) риногенное
18. Первичная эпителизация однокорневых зубов происходит на какой день после удаления:
- а) 7-10 день
 - б) 12-16 день
 - в) 16-18 день
 - г) 20-22 день
 - д) 24-30 день
19. К какому дню, после удаления зуба, лунка в норме полностью заполняется грануляционной тканью?
- а) 3-4 дню
 - б) 7-8 дню
 - в) через 2 недели
 - г) через 3 недели
 - д) через 4 недели
20. Если альвеолит протекает в виде «сухой лунки», то показано:
- а) выскабливание лунки зуба
 - б) коагуляция стенок и дна лунки
 - в) плотная тампонада лунки йодоформным тампоном
 - г) турунда с мазью Вишневского
 - д) механотерапия
21. Для лечения альвеолита можно использовать турунду, обработанную:
- а) йодоформом
 - б) гидрофильными мазями

- в) левомеколем
- г) мазью Вишневского

22. Гемисекция зуба – это:

- а) удаление 1 корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью 2-х корневого зуба
- б) удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба
- в) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу
- г) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой

23. Реплантация зуба – это:

- а) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
- б) удаление всего корня при коронковой части зуба
- в) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу
- г) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретежи и покрытием коронкой

24. Ампутация зуба – это:

- а) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
- б) удаление 1 корня при сохранении коронковой части зуба умнонного корневых зубов
- в) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу
- г) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретежи и покрытием коронкой

25. Ретенция зуба - это:

- а) задержка сроков прорезывания нормально сформировавшегося постоянного зуба
- б) неполная прорезывание зуба через костную ткань челюсти и слизистую оболочку
- в) неправильное положение в зубном ряду прорезавшегося зуба или аномалийное его расположение челюсти

26. Дистопия – это:

- а) задержка сроков прорезывания нормально сформировавшегося постоянного зуба
- б) неполная прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку
- в) неправильное положение в зубном ряду прорезавшегося зуба или аномалийное его расположение челюсти

27. Перикоронит-это:

- а) воспаление кости нижней челюсти
- б) Воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба при его неполном затрудненном прорезывании
- в) Вяло протекающее воспаление в подкожной клетчатке
- г) Надкостничное воспаление

28. В связи с патологическим процессом может ли изменять перидонт свою ширину?

- а) нет

- б) может, но очень редко
 - в) да
29. Размеры кистогранулемы?:
- а) до 0,5 см
 - б) от 0,5 до 1,0 см
 - в) от 1,0 до 2,0 см
30. Хирургическое лечение острого периостита:
- а) Удаление причинного зуба, операция- периостеотомия
 - б) Удаление причинного зуба, иссечение пролиферативно изменной части надкостницы, удаление вновь образованной кости
 - в) Ревизия патологического очага, удаление организовавшейся гематомы

Блок Б

Задача 1

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент К., 17 лет, с жалобами на эстетический недостаток — вестибулярное положение зуба 1.3 — и с просьбой удалить данный зуб. При проведении осмотра врач констатировал следующее: у пациента дистальный прикус, все зубы интактны, отмечается скученность резцов на верхней и нижней челюстях.

Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

Задача 2

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 37 лет, с жалобами на приступообразные боли в зубах слева, усиливающиеся в вечернее и ночное время. Из анамнеза известно, что боли беспокоят пациентку 3 дня. Указать локализацию боли она затрудняется. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: в пришеечной области зуба 2.8 обнаружена глубокая кариозная полость, распространяющаяся под десну и выполненная размягченным дентином. Перкуссия зуба 2.8 отрицательна. Зондирование кариозной полости резко болезненно в одной точке. Термопроба положительна. Патологическая подвижность зуба 2.8 не определяется. Доступ к нему для проведения терапевтического лечения затруднен.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации.

Задача 3

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Н., 61 год, с жалобами на боли при накусывании на зуб 2.4, которые беспокоят ее в течение трех дней. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: зубы 2.3, 2.5 отсутствуют, зуб 2.4 под пломбой. Имеется трещина коронки и корня зуба 2.4 в медиодистальном направлении. Перкуссия зуба 2.4 положительна. Констатируется подвижность небного бугра по отношению к зубу. Маргинальный край десны с небной стороны в области зуба 2.4 гиперемированный, отечный. Антагонистом указанного зуба является частичный съемный протез на нижнюю челюсть. По данным лучевых

методов исследования (ортопантомограммы) корневые каналы зуба 2.4 запломбированы на $\frac{1}{2}$ длины, апикальные отверстия не obturированы. Определяется расширение периодонтальной щели.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации.

Задача 4

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка В., 56 лет, с жалобами на то, что коронка зуба 3.8, имеющего наклон в язычную сторону, постоянно травмирует язык. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, пальпируется поднижнечелюстной лимфатический узел слева ($0,5 \times 1$ см), слегка болезненный, мягкий, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. При осмотре полости рта: коронка зуба 3.8 наклонена в язычную сторону (лингвоверсия). Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.8 физиологической окраски. Перкуссия зуба 3.8 отрицательна. На боковой поверхности языка по линии смыкания зубных рядов на уровне коронки зуба 3.8 определяется эрозия слизистой оболочки ($0,7 \times 1,0$ см).

Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

Задача 5

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Д., 51 год, с жалобами на подвижность зубов 4.1, 4.2. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярных отростков гиперемирована, отечна, в том числе и в области зубов 4.1 и 4.2. Определяются обильные над- и поддесневые зубные отложения. Рецессия десны в области указанных зубов составляет $\frac{1}{2}$ длины корня. Перкуссия зубов 4.1, 4.2 отрицательна. Зубы 4.1, 4.2 патологически подвижны (III степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) деструкция межкорневых перегородок альвеолярной кости составляет $\frac{2}{3}$ зубов 4.1 и 4.2.

Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

Задача 6

Пациентка А., 42 года, обратилась к стоматологу-хирургу для удаления зуба 3.5 по ортопедическим показаниям. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.5 физиологической окраски. Зуб 3.5 под фотополимерной пломбой, которая восстанавливает $\frac{2}{3}$ коронки. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневой канал зуба 3.5 запломбирован, апикальное отверстие obturировано. Определяется расширение периодонтальной щели. Врач после выполнения двусторонней инфильтрационной анестезии приступил к удалению зуба 3.5 при помощи клювовидных щипцов с несходящимися щеками. Однако

в процессе удаления произошел отлом коронки зуба 3.5.

1. С помощью каких инструментов может быть продолжена операция удаления зуба 3.5?
2. Какие этапы операции удаления корня зуба 3.5 при помощи избранных врачом инструментов можно выделить в указанной клинической ситуации?
3. Каковы условия продвижения щипцов при удалении корня зуба 3.5?

Задача 7

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Г., 27 лет, по поводу удаления зуба 4.6. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.6 физиологической окраски. Коронка зуба 4.6 разрушена до уровня десны. Зондирование и перкуссия зуба 4.6 отрицательные. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневые каналы зуба 4.6 запломбированы, апикальные отверстия obturated. В периапикальных тканях в области дистального и медиального корней определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,3 \times 0,4$ см) с четкими ровными контурами.

1. По поводу какого диагноза будет производиться операция удаления зуба 4.6?
2. Каково правильное положение стоматолога-хирурга относительно пациента при выполнении операции удаления зуба 4.6 в соответствии с данными эргономики?
3. Какими инструментами может быть выполнена операция удаления зуба 4.6 в указанной клинической ситуации?

Задача 8

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ч., 48 лет, с жалобами на частично разрушившийся зуб 1.8. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 1.8 физиологической окраски. Коронка зуба 1.8 разрушена на $\frac{1}{3}$. Перкуссия зуба 1.8 отрицательная. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях зуба 1.8 определяется расширение периодонтальной щели. Врач выполнил анестезию и приступил к удалению зуба 1.8. В процессе выполнения операции верхняя челюсть пациента находилась на уровне локтевого сустава хирурга при свободно опущенной руке последнего.

1. Соответствует ли принципам эргономики указанное в условии задачи положение врача и пациента в процессе выполнения операции удаления зуба 1.8?
2. Какое положение врача и пациента в процессе выполнения операции удаления зуба 1.8 следует считать правильным с точки зрения эргономики?

Задача 9

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент З., 58 лет, с жалобами на постоянные ноющие боли в области зуба 1.3. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические

узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярных отростков физиологической окраски, в области зуба 1.3 гиперемирована, отечна. В проекции вершины корня зуба 1.3 на слизистой оболочке визуализируется функционирующий свищ, из которого выделяется небольшое количество гнойного отделяемого. С небной стороны зуба 1.3 определяется кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Из кариозной полости истекает скудное гнойное отделяемое с неприятным запахом. Зондирование кариозной полости безболезненно. Перкуссия зуба 1.3 резко положительна. Зуб 1.3 патологически подвижен (I степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) корень 1.3 конической формы, в периапикальных тканях определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени. Врач, выполнив анестезию, приступил к операции удаления зуба 1.3. После синдесмотомии, наложения прямых щипцов с узкими сходящимися щечками, продвижения их под десну и фиксации вывихивание зуба начал в небную сторону, а затем в вестибулярную, в результате чего произошел отлом коронки 1.3.

1. Правильно ли были выбраны щипцы для удаления зуба 1.3?
2. Правильно ли осуществлялось вывихивание зуба 1.3? Какие правила необходимо соблюдать при выполнении вывихивания клыков верхней челюсти?

Задача 10

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Э., 49 лет, с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 1.7 физиологической окраски. Коронка зуба 1.7 разрушена ниже уровня десны. Зондирование безболезненно, определяется значительное размягчение тканей зуба 1.7. Его перкуссия отрицательна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области апекса 1.7 определяется расширение периодонтальной щели. Врач после выполнения анестезии приступил к операции удаления зуба 1.7, выбрав для этого S-образные щипцы с закругленными несходящимися щечками. После синдесмотомии, наложения щипцов с узкими сходящимися щечками, продвижения их под десну и фиксации вывихивание зуба начал в небную сторону, в результате чего произошла фрактура дистального щечного корня зуба 1.7.

1. Правильно ли были выбраны щипцы для удаления зуба 1.7?
2. Правильно ли осуществлялось вывихивание зуба 1.7? Какие правила необходимо соблюдать при выполнении вывихивания моляров верхней челюсти?
3. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в сложившейся клинической ситуации?

Блок С

Перечень вопросов для промежуточной аттестации:

1. Удаление зуба. Показания и противопоказания к удалению зуба.
2. Особенности подготовки больного и проведения операции у беременных, больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями.

3. Методика удаления зуба с учётом анатомических условий. Инструментарий. Виды щипцов и их назначение.
4. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней. Техника применения элеваторов различного типа
5. Обработка раны после удаления зуба. Последующий уход за ней и особенности заживления лунки.
6. Осложнения во время операции удаления зуба и корней.
7. Осложнения после операции удаления зуба. Кровотечение. Способы остановки кровотечений из ран мягких тканей и кости.
8. Альвеолит. Этиопатогенез, клиника, лечение.
9. Лечение послеоперационных осложнений.
10. Этиология, патогенез, патологическая анатомия периодонтитов, пути распространения инфекционного процесса.
11. Острый гнойный периодонтит и обострение хронического периодонтита.
12. Хронический периодонтит. Классификация, клиническая и рентгенологическая диагностика.
13. Хирургические методы лечения хронического периодонтита: резекция верхушки корня зуба, гемисекция и ампутация, корня реплантация зуба.
14. Острый гнойный периостит челюстей. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Патогенетическая связь с периодонтитом и распространение воспалительного процесса в зависимости от расположения корней различных групп зубов.
15. Острый гнойный периостит челюстей. Клиника. Диагностика, методы хирургического лечения.
16. Хронический периостит челюстей
17. Дистопия и ретенция зубов. Методы оперативного вмешательства при дистопии и ретенции зубов.
18. Затрудненное прорезывание зубов. Причины. Клиника. Показания к хирургическому лечению.
19. Перикоронорит. Клиника, диагностика, лечение, осложнения.
20. Выбор доступа при атипичных операциях удаления зуба в переднем и боковом отделах верхней и нижней челюстей.
21. Методика операции удаления третьего моляра челюсти при неполном его прорезывании и неправильном расположении.
22. Теории развития остеомиелита, роль микрофлоры, иммунологического статуса и анатомических особенностей челюстей. Современные представления о патогенезе остеомиелита челюстей. Патологическая анатомия и классификация.
23. Острая стадия остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика. Комплексное патогенетическое лечение. Исход и возможные осложнения.
24. Подострая и хроническая стадии остеомиелита челюстей. Клиническая и рентгенологическая картина различных форм (секвестрирующая, rareфицирующая, гиперпластическая, первично-хроническая), дифференциальная диагностика. Лечение.
25. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, острого одонтогенного периостита и острого одонтогенного остеомиелита челюстей.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ, ОПИСАНИЕ ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

1. Тест (оценка уровня обученности «знать»)

В рамках дисциплины «Хирургия полости рта» оценка уровня обученности «знать» (теоретические аспекты) осуществляется с помощью тестов, как средства для закрепления знаний. В результате в активную работу вовлекаются все студенты группы, оценка ставится всем участвующим. В рамках опроса с помощью тестов охватываются все темы дисциплины.

Шкала оценивания выполненных тестов

В одном тестовом задании 50 закрытых вопросов.

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

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания ситуационной задачи (текущий контроль) в %

1. Анализ клинических данных (жалобы, анамнез, осмотр) – 0 - 25 %
2. Постановка предварительного диагноза – 0 - 25 %
3. План дополнительного обследования – 0 - 20 %
4. План лечения – 0 - 20 %
5. Обоснование клинического решения – 0 - 10 %

3. Контрольная работа

Шкала оценивания контрольной работы (рубежный контроль) в %:

1. Теоретические вопросы – 0 - 40 %
2. Клинические (ситуационные) задания - 0 – 40%
3. Тестовые задания – 0 – 20%

4. Промежуточный контроль

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА

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 отлично (85-100 баллов) студент демонстрирует глубокие и системные знания по теме; ответ полный, логически последовательный и аргументированный; правильно использует профессиональную медицинскую терминологию; уверенно отвечает на дополнительные вопросы преподавателя; умеет применять знания для решения клинических ситуаций.

Отметкой хорошо (70-84 баллов) студент показывает хорошие знания материала; ответ в целом правильный и последовательный, но могут присутствовать отдельные неточности или неполные формулировки; в основном правильно использует терминологию; отвечает на дополнительные вопросы с небольшими затруднениями.

Отметкой удовлетворительно (60-69 баллов) студент владеет основными положениями темы, однако знания носят поверхностный характер; ответ неполный, допускаются ошибки в терминологии или последовательности изложения; затрудняется при ответе на дополнительные вопросы.

Отметкой неудовлетворительно (0-59 баллов) студент не владеет основными положениями темы; ответ фрагментарный или неправильный; допускает существенные ошибки; не может использовать профессиональную терминологию и не отвечает на дополнительные вопросы преподавателя.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

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

1. Правильность анализа клинической ситуации – умение выделять основные жалобы пациента, данные анамнеза, результаты объективного обследования и диагностических исследований.
2. Обоснованность клинического мышления – способность формулировать предварительный диагноз, проводить дифференциальную диагностику и аргументировать принятые решения.
3. Выбор методов обследования – умение определять необходимые лабораторные, инструментальные и лучевые методы диагностики, применяемые в челюстно-лицевой хирургии.
4. Разработка плана лечения – способность составлять рациональный план хирургического и консервативного лечения с учетом клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи.
5. Практические навыки и алгоритм действий – умение последовательно выполнять клинические манипуляции, владение основными методами диагностики и лечения

в челюстно-лицевой хирургии.

6. Использование профессиональной терминологии – правильное применение медицинской терминологии и корректное оформление ответа.
7. Самостоятельность и логичность выполнения задания – способность последовательно и обоснованно излагать ход решения задачи и делать клинические выводы.

Отметкой отлично (85-100 баллов) оценивается задание выполнено полностью и правильно. Обучающийся демонстрирует уверенное владение практическими навыками и клиническим мышлением. Правильно анализирует клиническую ситуацию, обоснованно формулирует диагноз, грамотно определяет план дополнительного обследования и лечения. Последовательно выполняет алгоритм решения задания, использует профессиональную медицинскую терминологию. Ответ логичный, аргументированный, без существенных ошибок.

Отметкой хорошо (70-84 баллов) оценивается задание выполнено в целом правильно. Обучающийся умеет анализировать клиническую ситуацию и применять полученные знания на практике, однако допускает отдельные неточности в обосновании диагноза, выборе методов обследования или лечения. Алгоритм выполнения задания соблюден, практические навыки продемонстрированы, но имеются незначительные ошибки или неполнота ответа.

Отметкой удовлетворительно (60-69 баллов) оценивается задание выполнено частично. Обучающийся демонстрирует базовые практические навыки, однако анализ клинической ситуации неполный. Допускаются ошибки в постановке диагноза, выборе методов обследования или тактике лечения. Ответ недостаточно аргументирован, имеются пробелы в использовании профессиональной терминологии и последовательности выполнения задания.

Отметкой неудовлетворительно (0-59 баллов) оценивается задание выполнено неправильно или не выполнено. Обучающийся не способен правильно проанализировать клиническую ситуацию, допускает грубые ошибки при постановке диагноза и выборе тактики обследования и лечения. Практические навыки и алгоритм решения задания не продемонстрированы, ответ фрагментарный или отсутствует.

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ И ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

Преподавателю предоставляется право поставить оценку без опроса по билету тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли.

На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета и решить ситуационное задание.

Студенты могут использовать технические средства, справочно- нормативную литературу, наглядные пособия, учебные программы.

Оценка промежуточного контроля:

- min 10 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует

основные понятия)

- 10-30 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению и полного выполнения контрольного задания).

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

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

1. После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня.

2. При подготовке к следующей лекции, нужно просмотреть текст предыдущего материала, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции.

3. В течение недели выбрать время для работы с рекомендуемой литературой.

4. Для подготовки к практическим занятиям и выполнению самостоятельной работы необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. Рекомендуется использовать методические указания по курсу, конспекты лекций.

5. При выполнении задания нужно сначала понять, что требуется в нем, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план выполнения, а затем приступить к заданию и сделать качественный вывод.

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

7. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах.

Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

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

Отработка практических занятий.

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

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные без уважительной причины практические занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные

занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

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

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

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К ТЕСТУ

При подготовке к тестам необходимо проработать лекционный материал и соответствующие страницы основного учебника (желательно также чтение дополнительной литературы); решить все необходимые ситуационные задачи; просмотреть видео-уроки.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕШЕНИЮ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Решение ситуационных задач направлено на формирование клинического мышления, умения анализировать клиническую информацию и принимать обоснованные решения при оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями и травмами челюстно-лицевой области.

При решении ситуационной задачи обучающемуся рекомендуется придерживаться следующего алгоритма:

1. **Внимательно** **изучить** **условие** **задачи**

Необходимо определить основные данные: жалобы пациента, анамнез заболевания, анамнез жизни, результаты объективного осмотра и дополнительные методы исследования.

2. **Выделить** **ключевые** **клинические** **признаки**

Следует обратить внимание на симптомы, характерные для заболеваний челюстно-лицевой области (боль, отек, нарушение функции, изменения слизистой оболочки, костных структур и др.).

3. **Сформулировать** **предварительный** **диагноз**

На основании анализа жалоб, анамнеза и клинических данных необходимо определить наиболее вероятный диагноз.

4. **Провести** **дифференциальную** **диагностику**

Следует рассмотреть заболевания со сходной клинической картиной и обосновать, почему они исключаются.

5. **Определить** **план** **дополнительного** **обследования**

Необходимо указать необходимые лабораторные, инструментальные и лучевые методы диагностики (рентгенография, КТ, ортопантомография, лабораторные исследования и др.).

6. **Составить** **план** **лечения**

Следует определить тактику лечения пациента с учетом клинических рекомендаций:

1. хирургическое лечение;
2. медикаментозная терапия;
3. физиотерапевтические методы;
4. послеоперационное ведение пациента.

7. **Описать** **возможные** **осложнения** **и** **их** **профилактику**

Необходимо указать наиболее вероятные осложнения заболевания или хирургического вмешательства и меры их предупреждения.

8. **Сделать** **обоснованное** **заключение**

Ответ должен быть логичным, последовательным и содержать клиническое

обоснование принятых решений с использованием профессиональной медицинской терминологии.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЕ

При подготовке к решению контрольной работы необходимо:

- проработать соответствующие страницы учебников;
- воспользоваться конспектом лекций или краткими записями из практического материала;
- просмотреть видео-уроки по соответствующим темам;
- прорешать дома задачи на соответствующие темы (смотри пункт СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ, данного раздела)