

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

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет  
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина



## Специальные методы диагностики в стоматологии

### рабочая программа дисциплины (модуля)

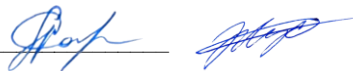
Закреплена за	<b>Хирургической стоматологии</b>	
Учебный план	о310869_24_12 члх.plx Специальность 31.08.69 - РФ, 147 - КР Челюстно-лицевая хирургия	
Квалификация	<b>ВРАЧ - ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГ</b>	
Форма обучения	<b>очная</b>	
Общая трудоемкость	<b>2 ЗЕТ</b>	
Часов по учебному плану	72	Виды контроля в семестрах:
в том числе:		зачет с оценкой 4
аудиторные занятия	32	
самостоятельная работа	39,7	

#### Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	4 (2.2)		Итого	
	Неделя			
Неделя	18			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	8	8	8	8
Практические	24	24	24	24
Контактная работа в период теоретического	0,3	0,3	0,3	0,3
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная работа	32,3	32,3	32,3	32,
Сам. работа	39,7	39,7	39,7	39,7
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

к.м.н., зав.каф, Сабирова А.И.; преподаватель, Эркин у. Жусуп



Рецензент(ы):

д.м.н., профессор, Чолокова Г.С.



Рабочая программа дисциплины

разработана в соответствии с ФГОС 3++:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия (приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 г. № 18)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.69 - РФ, 147 - КР Челюстно-лицевая хирургия

утвержденного учёным советом вуза от \_\_\_\_\_ протокол № \_\_\_\_\_

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Протокол от \_\_\_\_\_ 2025 г. № \_\_\_\_

Срок действия программы: \_\_\_\_ уч.г.

Зав. Кафедрой Сабирова А.И.

---

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

\_\_\_ 2026 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2026-2027 учебном году на заседании кафедры

Протокол от \_\_\_ 2026 г. № \_\_\_  
Зав. кафедрой

---

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

\_\_\_ 2027 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2027-2028 учебном году на заседании кафедры

Протокол от \_\_\_ 2027 г. № \_\_\_  
Зав. кафедрой

---

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

\_\_\_ 2028 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2028-2029 учебном году на заседании кафедры

Протокол от \_\_\_ 2028 г. № \_\_\_  
Зав. кафедрой

---

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

\_\_\_ 2029 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2029-2030 учебном году на заседании кафедры

Протокол от \_\_\_ 2029 г. № \_\_\_  
Зав. кафедрой

**1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

1.1	Целью освоения дисциплины является формирование у выпускников универсальных и профессиональных компетенций для оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.
-----	--

**2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП**

Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.01
<b>2.1</b>	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>
2.1.1	Хирургическая стоматология
<b>2.2</b>	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>
2.2.1	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

**3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

**ПК-6: готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы**

**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
Уровень 2	Сравнительную характеристику основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ
Уровень 3	Оценку основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ

**Уметь:**

Уровень 1	Выявить основные симптомы, синдромы стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Уровень 2	Провести сравнение основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ
Уровень 3	Провести оценку основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ

**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
Уровень 2	Навыками сравнения основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ
Уровень 3	Навыками описания основных симптомов заболевания

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

<b>3.1</b>	<b>Знать:</b>
3.1.1	Специальные методы диагностики в стоматологии
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	Применять на практике полученные теоретические знания по специальным методам диагностики в стоматологии
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	Интерпретация полученных данных в результате применения специальных методов исследования

**4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	<b>Раздел 1. Рентгенодиагностика в стоматологии. Электроодонтодиагностика.</b>						
1.1	Лучевая диагностика в стоматологии /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	

1.2	Внутриротовая контактная рентгенография. Внутриротовая рентгенография вприкус /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.3	Внеротовые (экстраоральные) рентгенограммы. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.4	Панорамная томография /Ср/	3	6	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.5	Ортопантомография /Ср/	3	5,7	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.6	Компьютерная томография (КТ). /Ср/	3	6	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.7	Контрастные методы. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.8	ЭОД, термометрия /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
1.9	ЭОД, термометрия, реография /Ср/	3	6	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
<b>Раздел 2. Лабораторное исследование</b>							
2.1	Лабораторные методы исследования в стоматологии /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.2	Цитологический метод исследования /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.3	Бактериологический метод исследования /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.4	Гистологический метод исследования /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.5	/КрТО/	3	0,3	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки знаний:

1. Особенности общего обследования больных: опрос, осмотр, пальпация, анализы крови, мочи.
2. Перечислите частные методы обследования.
3. Как выполняется зондирование протока слюнной железы?
4. Что позволяет выявить рентгенологический метод обследования при заболеваниях слюнной железы?

5. Методы исследования секреторной функции слюнной железы.
6. Как выполняют количественный анализ функции слюнной железы?
7. Критерии количественного анализа функции слюнной железы в норме и патологии.
8. Что определяют при цитологическом исследовании слюны, взятой из протока слюнной железы?
9. Как выполняют и что дает сиалография при диагностике заболевания слюнных желез?
10. Что такое пантомоссиалография?
11. Назовите специальные методы обследования слюнной железы.
12. Каковы показания и как проводится гистологическое исследование малых слюнных желез?  
Выбор метода обезболивания у стоматологического больного с сердечно-сосудистой патологией.

Вопросы для проверки уметь, владеть:

Анафилактический шок – клиника, диагностика.

Анестезия в области подбородочного отверстия. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Анестезия у круглого отверстия. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Анестезия у овального отверстия (глазничный путь). Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Анестезия у овального отверстия (надскуловой путь). Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Анестезия у овального отверстия (нижнечелюстной (мандибулярный) путь). Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Анестезия у овального отверстия (подскуловой путь). Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Аподактильный метод мандибулярной анестезии. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Выбор метода обезболивания при лечении беременных.

Выбор метода обезболивания при операции удаления зуба, при наличии воспалительного очага, при сопутствующей патологии.

Клинические аспекты метода инфильтрационной анестезии.

Клинические особенности обезболивания при лечении и удалении моляров верхней челюсти.

Клинические особенности обезболивания при лечении и удалении моляров нижней челюсти.

Клинические особенности обезболивания при лечении и удалении премоляров верхней челюсти.

Клинические особенности обезболивания при лечении и удалении премоляров нижней челюсти.

Клинические особенности обезболивания при лечении и удалении фронтальной группы зубов верхней челюсти.

Клинические особенности обезболивания при лечении и удалении фронтальной группы зубов нижней челюсти.

Коллапс – клиника, диагностика.

Крапивница – клиника, диагностика.

Медицинская документация врача и учет работы хирурга-стоматолога.

Местные осложнения местной анестезии. Ишемия кожи – клиника, диагностика, врачебная тактика.

Местные осложнения местной анестезии. Некроз обезболиваемых тканей – клиника, диагностика, врачебная тактика.

Местные осложнения местной анестезии. Повреждение нервов – клиника, диагностика, врачебная тактика.

Местные осложнения местной анестезии. Повреждение сосудов – клиника, диагностика, врачебная тактика.

Местные осложнения местной анестезии. Поломка инъекционной иглы – клиника, диагностика, врачебная тактика.

Метод анестезии по Берше. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Метод анестезии по Дубову. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Метод анестезии по Уварову. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Небная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Неинъекционные виды местного обезболивания.

Обморок – клиника, диагностика.

Общее обезболивание. Показания, противопоказания при амбулаторных стоматологических операциях.

Общие осложнения при проведении местной анестезии. Гипертонический криз – клиника, диагностика, врачебная тактика.

Общие осложнения при проведении местной анестезии. Инфаркт миокарда – клиника, диагностика, врачебная тактика.

Отек Квинке – клиника, диагностика.

Подактильный метод мандибулярной анестезии. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Подглазничная анестезия (внеротовой метод). Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Подглазничная анестезия (внутриротовой метод). Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Показания и противопоказания к местному обезболиванию.

Потенцированная местная анестезия.

Резцовая анестезия. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Тактика врача стоматолога хирурга при анафилактическом шоке.

Тактика врача стоматолога хирурга при коллапсе.

Тактика врача стоматолога хирурга при крапивнице.

Тактика врача стоматолога хирурга при обмороке.

Тактика врача стоматолога хирурга при отеке Квинке.

Торусальная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Туберальная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения. Зона обезболивания.

Болезни зубов некариозного происхождения. Классификация. Гиперплазия эмали. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.

Взаимосвязь стоматологических заболеваний с патологией различных органов и систем человека. Принципы профилактики.

Гигиена полости рта. Значение и роль в комплексе профилактических мероприятий. Профилактические и лечебные зубные пасты. Состав, механизм действия.

Гистологическое строение дентина. Химический состав. Физиологические свойства.

Глубокий кариес. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика лечение.

Дифференциальная диагностика глубокого кариеса.

Дифференциальная диагностика кариеса в стадии пятна.

Дифференциальная диагностика поверхностного кариеса.

Дифференциальная диагностика среднего кариеса.

Дополнительные методы обследования стоматологического больного. Электродиагностика и её диагностическое значение. Принцип работы. Методика.

Дополнительные методы обследования стоматологического больного. Рентгенодиагностика и её значение. Методика чтения рентгенограмм.

Дополнительные методы обследования стоматологического больного. Термодиагностика, транслюминация, витальное окрашивание.

Задачи терапевтической стоматологии, её место среди стоматологических дисциплин, связь с другими отраслями медицины.

Зубные отложения: методы их выявления и удаления.

Исторические этапы развития зубо врачевания и стоматологии в России.

Кариес в стадии пятна. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.

Кариес зубов. Понятие о распространённости и интенсивности. Современные представления о роли неблагоприятных факторов полости рта в развитии кариеса зубов. Роль зубной бляшки.

Кариес. Понятие. Классификация.

Лабораторные методы исследования. Методика проведения.

Методы распломбирования корневых каналов.

Микрофлора полости рта. Физиологическая роль. Изменение состава микрофлоры под влиянием различных факторов. Участие в патологических процессах полости рта. Зубная бляшка и её роль в развитии кариеса и заболевании пародонта.

Некариозные поражения зубов. Наследственные поражения эмали и дентина. Клиника, лечение, профилактика.

Некариозные поражения зубов. Гипоплазия эмали. Этиология, патогенез, клинические формы, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

Некариозные поражения зубов. Истирание твёрдых тканей зуба, клиновидный дефект. Этиология, клиника, лечение.

Некариозные поражения зубов. Клиновидный дефект. Этиология, клиника, лечение, профилактика.

Некариозные поражения зубов. Флюороз. Этиология, патогенез, клинические формы, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

Некариозные поражения зубов. Эрозия твёрдых тканей зуба. Гиперестезия. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Некариозные поражения. Дисколорит. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Обезболивание в клинике терапевтической стоматологии. Показания. Виды обезболивания. Препараты и инструменты.

Общее лечение в комплексной терапии кариеса зубов. Показания.

Организация и оснащение стоматологического кабинета.

Основные методы исследования в клинике терапевтической стоматологии: опрос, осмотр, пальпация, зондирование, перкуссия, определение подвижности зубов. Их значение.

Основные принципы и особенности препарирования кариозных полостей. Подготовка полостей к пломбированию.

Ошибки и осложнения при диагностике и лечении кариеса зубов. Их профилактика и устранение.

Поверхностный кариес. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика лечение.

Профилактика кариеса зубов. Методы местной профилактики.

Профилактика кариеса зубов. Методы общей профилактики.

Рабочая концепция патогенеза кариеса зубов по А. И. Рыбакову.

Роль зарубежных ученых в изучении кариеса зубов. Теории кариеса, их преимущества и недостатки.

Роль отечественных ученых в изучении кариеса зубов. Теории кариеса, их преимущества и недостатки.

Роль отечественных ученых в развитии терапевтической стоматологии.

Современная концепция возникновения кариеса (Е. В. Боровский, Н. П. Леус, В. К. Леонтьев).

Современные методы лечения глубокого кариеса. Особенности лечения глубокого кариеса.

Средний кариес. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика лечение.

Стоматологический инструментарий для осмотра полости рта и лечения зубов. Виды, назначение. Дезинфекция и стерилизация в соответствии с современными требованиями.

Стоматологический инструментарий для препарирования кариозных полостей. Виды, назначение. Дезинфекция и стерилизация в соответствии с современными требованиями.

Травма зуба. (Ушиб, вывих, перелом зуба). Этиология, клиника, лечение.

Учёт и оценка выполненной работы врачом - стоматологом в клинике терапевтической стоматологии. Медицинская документация, правила ее заполнения.

Цемент. Гистологическое строение, химический состав, свойства.

Биологический метод лечения пульпита. Показания. Сущность метода. Методика проведения. Оценка эффективности лечения.

Витально - ампутирующий метод лечения пульпита. Показания. Методика проведения. Защита врача и больного от ВИЧ - инфекции.

Витально - экстирпационный метод лечения пульпита. Показания. Методика проведения. Защита врача и больного от ВИЧ - инфекции.

Возрастные изменения в пульпе. Дентикли и петрификаты: механизм образования, клинические проявления.

Временные пломбировочные материалы: состав, свойства, показания и методика применения.

Гистологическое строение пульпы. Основные функции. Изменения при заболеваниях зубов и некоторых общих заболеваниях. Роль отечественных ученых в изучении анатомо - физиологических особенностей пульпы.

Девитально - ампутирующий и комбинированный методы лечения пульпита. Показания. Методика проведения.

Девитально - экстирпационный метод лечения пульпита. Показания. Методика проведения.

Дифференциальная диагностика острых форм пульпита.

Дифференциальная диагностика хронических форм пульпита.

Инструментальная обработка корневого канала. Задачи, правила проведения.

Использование физических методов при лечении пульпита. Показания и противопоказания. Принципы действия.

Методы изоляции рабочей зоны от ротовой жидкости.

Методы инструментальной обработки корневых каналов

Методы лечения пульпита. Показания и противопоказания к их применению. Сравнительная характеристика.

Методы медикаментозной обработки корневых каналов. Характеристика препаратов.

Методы определения длины корневого канала.

Методы пломбирования корневых каналов.

Методы расширения плохо проходимых корневых каналов.

Некариозные поражения зубов. Некроз эмали. Этиология, клиника, лечение, профилактика.

Неотложные состояния в клинике терапевтической стоматологии. Обморок. Клиника. Помощь.

Непроходимые корневые каналы. Импрегнационный метод обработки корневых каналов

Обострение хронического пульпита. Клиника, диагностика, лечение.

Односеансный метод лечения пульпита. Показания, методика проведения, оценка эффективности.

Острый диффузный пульпит. Клиника, патанатомия, диагностика.

Острый очаговый пульпит. Клиника, патанатомия, диагностика.

Ошибки и осложнения при диагностике и лечении пульпита. Их профилактика и устранение.

Ошибки и осложнения при эндодонтической обработке корневых каналов.

Пломбировочные материалы для корневых каналов. Требования, предъявляемые к ним. Виды, состав, свойства.

Пломбировочные материалы для лечебных и изолирующих прокладок. Требования, предъявляемые к ним. Виды. Методика применения.

Пломбировочные материалы для постоянных пломб. Композиционные материалы светового отверждения. Классификация, состав, свойства, показания к применению. Правила работы.

Пломбировочные материалы для постоянных пломб. Минеральные цементы. Группы, характеристика, свойства, правила работы.

Пульпит. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики.

Ретроградный пульпит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Санитарно-просветительная работа врача-стоматолога.

СИЦ. Классификация. Свойства, особенности работы.

Средства для некротизации пульпы. Виды. Правила и сроки наложения.

Средства для химического расширения корневых каналов и методика их применения.

Стандартная техника апикально-коронарного метода инструментальной обработки корневых каналов.

Техника « Step-Down» инструментальной обработки корневых каналов.

Техника «Step-Back» инструментальной обработки корневых каналов.

Топографо-анатомические особенности строения полостей зубов верхней челюсти.

Топографо-анатомические особенности строения полостей зубов нижней челюсти.

Хронический гангренозный пульпит. Клиника, патанатомия, диагностика.

Хронический гипертрофический пульпит. Клиника, патанатомия, диагностика.

Хронический фиброзный пульпит. Клиника, патанатомия, диагностика.

Эндодонтические инструменты. Классификация.

Эндодонтический инструментарий. Виды, характеристика. Правила работы.

Виды местного обезболивания при стоматологических вмешательствах.

Периодонтит. Этапы лечения периодонтита.

Пломбировочные материалы для постоянных пломб. Композиционные материалы химического отверждения. Характеристика, свойства, правила работы.

Эмаль зуба. Гистологическое строение, химический состав, физиологические свойства.

Тесты:

1. ПОКАЗАНИЯ к проведению МРТ челюстно-лицевой области:

- 1) диагностика внутренних нарушений ВНЧС;
- 2) диагностика распространенности кист челюстей;
- 3) диагностика патологии придаточных пазух носа;
- 4) диагностика патологии полости носа;
- 5) диагностика воспалительных процессов зубочелюстной системы;
- 6) диф. диагностика воспалительных и опухолевых поражений костей;
- 7) все ответы неверны.

2. ПОКАЗАНИЯ к проведению МРТ челюстно-лицевой области:

- 1) диагностика переломов в области ВНЧС;
- 2) диагностика воспалительных процессов слюнных желез;
- 3) диагностика размеров и топографии кист шеи;
- 4) диагностика новообразований слюнных желез;
- 5) все ответы неверны;
- 6) диагностика воспалительных процессов мягких тканей лица и шеи.

3. АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ к проведению МРТ челюстно-лицевой области:

- 1) искусственные водители ритма;
- 2) ферромагнитные клипсы на сосудах головного мозга;
- 3) ферромагнитные имплантаты среднего уха;
- 4) QRS-имплантаты внутреннего уха;
- 5) ферромагнитные имплантаты глаза;
- 6) электронные имплантаты среднего уха;
- 7) все ответы неверны.

4. ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ к проведению МРТ челюстно-лицевой области:

- 1) инсулиновые насосы;
- 2) беременность;
- 3) клаустрофобия;
- 4) гипертиреоз;
- 5) детский возраст;
- 6) радионуклидные исследования в анамнезе;
- 7) все ответы неверны.

5. ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ к проведению МРТ челюстно-лицевой области:

- 1) радиофобия;
- 2) период лактации;
- 3) ферромагнитные клипсы на сосудах грудной клетки;
- 8
- 4) брекет-системы;
- 5) татуировки;
- 6) некоторые виды зубных протезов;
- 7) все ответы неверны.

6. КОНТРАСТНЫЕ ВЕЩЕСТВА, применяющиеся при МРТ:

- 1) омнипак;
- 2) йодлипол;
- 3) бария сульфат;
- 4) оптимарк;
- 5) билигност;
- 6) все ответы неверны.

7. ПОКАЗАНИЯ к проведению РНД стоматологическим пациентам:

- 1) диф. диагностика зло- и доброкачественных новообразований;
- 2) диф. диагностика воспалительных и опухолевых поражений костей;
- 3) выявление множественных поражений скелета;

- 4) диф. диагностика воспалительных и опухолевых болезней слюнных желез;
- 5) диф. диагностика воспалительных процессов зубочелюстной системы;
- 6) диагностика топографии и размеров опухолей челюстей.
8. РАДИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ для диагностики патологии челюстно-лицевой области:
  - 1)  $^{99m}\text{Tc}$   
Tc-пертехнетат;
  - 2)  $^{99m}\text{Tc}$   
Tc-дифосфонат;
  - 3)  $^{99m}\text{Tc}$   
Tc-пирофосфат;
  - 4)  $^{111}\text{In}$ -цитрат;
  - 5)  $^{198}\text{Au}$ -пертехнетат;
  - 6)  $^{131}\text{I}$ -пирофосфат.
9. ОСНОВНЫЕ методы РЕНТГЕНОдиагностики в стоматологии:
  - 1) рентгенография аналоговая;
  - 2) рентгенография прицельная;
  - 3) рентгенография внеротовая;
  - 4) рентгеноскопия внутриротовая;
  - 5) рентгенография внутриротовая;
  - 6) рентгенография панорамная;
  - 7) рентгенография цифровая.
10. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ методы РЕНТГЕНОдиагностики в стоматологии:
  - 1) томография линейная;
  - 2) томография компьютерная;
  - 9
  - 3) томография панорамная;
  - 4) томография магнитная;
  - 5) телерентгенография;
  - 6) электрорентгенография;
  - 7) методы искусственного контрастирования.
11. СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ рентгенодиагностики в стоматологии:
  - 1) ортопантомография (ОПТГ);
  - 2) панорамная рентгенография;
  - 3) панорамная зонография;
  - 4) рентгеновская компьютерная томография (РКТ);
  - 5) конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ);
  - 6) телерентгенография;
  - 7) внутриротовая рентгенография.
12. Виды ВНУТРИРОВОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ:
  - 1) аналоговая;
  - 2) конусно-лучевая;
  - 3) компьютерная;
  - 4) радиовизиография;
  - 5) интраоральная;
  - 6) цифровая.
13. При ЦИФРОВОЙ рентгенографии в отличие от аналоговой:
  - 1) приемником R-лучей является пленка;
  - 2) приемником R-лучей является сенсор;
  - 3) источником R-лучей является электроннолучевая трубка;
  - 4) источником R-лучей является электронный ускоритель;
  - 5) энергия R-луча преобразуется в электронный сигнал, оцифровывается, преобразуется в видимое изображение;
  - 6) энергия R-луча инициирует химическую реакцию восстановления серебра, оцифровывается, преобразуется в видимое изображение;
  - 7) конечное изображение формируется на мониторе компьютера;
  - 8) конечное изображение формируется на CD или flash-накопителе.
14. МЕТОДИКА выполнения метода ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИИ:
  - 1) фиксация головы пациента в краниостате;
  - 2) фокусное расстояние R-трубка – объект — 1,5–2 м;
  - 3) положение челюстей — привычная окклюзия;
  - 4) положение челюстей — центральная окклюзия;
  - 5) фокусное расстояние R-трубка – объект — 1 м;
  - 6) прямая и носоподбородочная проекции;
  - 7) прямая и боковая проекции.

15. Методом изучения ПОЛНОГО зубного статуса ПЕРВИЧНОГО пациента в амбулаторной практике должна быть:

- 1) ОПТГ;
- 2) КЛКТ;
- 3) внутриротовая окклюзионная рентгенография;
- 4) внеротовая обзорная рентгенография;
- 5) панорамная рентгенография;
- 6) внутриротовая контактная рентгенография.

16. ЭЭД при аналоговой ОПТГ (для взрослого, 1 снимок):

- 1) 0,02 мЗв;
- 2) 0,05 мЗв;
- 3) 0,04 мЗв;
- 4) 0,03 мЗв;
- 5) 0,07 мЗв;
- 6) 0,06 мЗв.

17. ЭЭД при внутриротовой аналоговой рентгенографии (для взрослого, 1 снимок):

- 1) зубы верхней челюсти, от 0,26 до 0,33 мЗв;
- 2) зубы верхней челюсти, от 0,36 до 0,43 мЗв;
- 3) зубы нижней челюсти, от 0,15 до 0,26 мЗв;
- 4) зубы верхней челюсти, от 0,36 до 0,53 мЗв;
- 5) зубы нижней челюсти, от 0,16 до 0,36 мЗв;
- 6) зубы верхней челюсти, от 0,16 до 0,33 мЗв.

18. Методом изучения ПОЛНОГО зубного статуса ПЕРВИЧНОГО пациента в амбулаторной практике в отсутствие ОПТГ должна быть:

- 1) панорамная рентгенография;
- 2) РКТ;
- 3) внутриротовая окклюзионная рентгенография;
- 4) внеротовая обзорная рентгенография;
- 5) Внутриротовая интерпроксимальная рентгенография;
- 6) внутриротовая контактная рентгенография.

19. ВНУТРИРOTOVAYА КОНТАКТНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ — относительные ПРОТИВопоказания к проведению:

- 1) беременность;
- 2) неадекватное, тяжелое состояние пациента;
- 3) детский возраст;
- 4) старческий возраст;
- 5) период лактации;
- 6) опухолевые заболевания челюстей;
- 7) наличие свищей в полости рта.

11

20. ЭЭД при РКТ головы (для взрослого):

- 1) 0,5 мЗв;
- 2) 0,05 мЗв;
- 3) 0,04 мЗв;
- 4) 0,03 мЗв;
- 5) 0,4 мЗв;
- 6) 0,6 мЗв.

21. ЭЭД при КЛКТ (для взрослого):

- 1) 0,5 мЗв;
- 2) 0,05 мЗв;
- 3) 0,83 мЗв;
- 4) 0,7 мЗв;
- 5) 0,083 мЗв;
- 6) 0,07 мЗв.

22. ЭЭД при ВНЕРОТОВОЙ АНАЛОГОВОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ костей лицевого черепа (для взрослого, 1 снимок):

- 1) 0,5 мЗв;
- 2) 0,05 мЗв;
- 3) 0,04 мЗв;
- 4) 0,083 мЗв;
- 5) 0,4 мЗв;
- 6) 0,6 мЗв.

23. КОНТРАСТНЫЕ ВЕЩЕСТВА, применяющиеся при МРТ:

- 1) омнипак;
- 2) иодлипол;
- 3) бария сульфат;
- 4) оптимарк;

5) билингвост;

6) все ответы неверны.

24. МЕТОДЫ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ, позволяющие изучить оральные и вестибулярные КОРТИКАЛЬНЫЕ ПЛАСТИНКИ челюстей:

1) ОПТГ;

2) контактная внутриротовая рентгенография;

3) окклюзионная внутриротовая рентгенография;

4) рентгенография черепа в аксиальной проекции;

5) рентгенография черепа в передней полуаксиальной проекции;

6) РКТ;

7) КЛКТ.

12

25. Укажите ПУТИ снижения ЛУЧЕВОЙ нагрузки при исследовании пациентов СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО профиля.

1) экранирование жизненно важных и высокочувствительных органов пациента;

2) знание врачом-стоматологом оптимальных алгоритмов обследования пациентов с различными видами патологии;

3) знание врачом-стоматологом величин радиационной нагрузки при различных методах исследования в рентгенологии;

4) диафрагмирование поля облучения пациента;

5) предоставление льгот персоналу рентгенкабинета;

6) выполнение каждому пациенту только 1 рентгенограммы в полгода.

26. Определите ПОКАЗАНИЯ к исследованию ВСЕГО ПРИКУСА

у взрослых:

1) первичное обращение больного к врачу;

2) множественный кариес;

3) заболевания тканей периодонта;

4) определение протяженности опухолевого поражения;

5) подозрение на системное поражение слюнных желез;

6) подозрение на одонтогенную опухоль;

7) определение протяженности воспалительного процесса.

27. Назовите методики ВНУТРИРОВОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ.

1) контактная;

2) интерпроксимальная;

3) окклюзионная;

4) длиннофокусная;

5) рентгенография в аксиальной проекции;

6) телерентгенография.

28. Определите ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ к исследованию ВСЕГО ПРИКУСА методом ВНУТРИРОВОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ:

1) детский возраст;

2) беременность;

3) пожилой и старческий возраст;

4) больные инфарктом миокарда;

5) врачи-стоматологи;

6) врачи-рентгенологи;

7) период лактации.

13

29. Рентгенологические МЕТОДИКИ для исследования ВЕРХНЕЙ челюсти:

1) линейная и панорамная томография, телерентгенография, гайморграфия и др.;

2) передняя аксиальная рентгенография черепа, фистулография;

3) рентгенография черепа в носоподбородочной проекции, ортопантомография;

4) рентгенография черепа в лобно-носовой проекции, флюорография;

5) КЛКТ.

30. СПЕЦИАЛЬНЫЕ рентгенологические МЕТОДЫ исследования ВНЧС:

1) ОПТГ ВНЧС;

2) рентгенография черепа в двух взаимно перпендикулярных проекциях;

3) телерентгенография в боковой проекции;

4) КЛКТ;

5) рентгенография нижней челюсти в боковой проекции.

31. Чем отличается ЗОНОГРАФИЯ от ТОМОГРАФИИ?

1) отображение более толстого среза анатомического объекта;

- 2) отображение анатомического объекта в прямой проекции;
  - 3) отображение центральной зоны анатомического объекта;
  - 4) отображение более тонкого среза анатомического объекта;
  - 5) исследование 1 зоны анатомического объекта;
  - 6) все ответы не верны.
32. Перечислите методики КОНТРАСТИРОВАНИЯ, применяемые в челюстно-лицевой рентгенологии:
- 1) гайморография, сиалогграфия, фистулография и др.;
  - 2) фистулография, кистография, вентрикулография и др.;
  - 3) гайморография, пневмомедиастинум, ангиография и др.;
  - 4) сиалогграфия, ангиография, пневмотиреоидеография и др.;
  - 5) экскреторная панкреатография, фистулография и др.;
  - 6) кистография, артрография.
33. Методы, позволяющие визуализировать СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ВЧС:
- 1) гайморография
  - 2) сцинтиграфия
  - 3) КЛКТ
  - 4) РКТ
  - 5) магнитно-резонансная томография
  - 6) пневмогайморография.
- 14
34. В каких ПРОЕКЦИЯХ выполняются снимки при ГАЙМОРОГРАФИИ?
- 1) в боковой проекции;
  - 2) в аксиальной проекции;
  - 3) в носоподбородочной проекции;
  - 4) в носолобной проекции;
  - 5) в проекции по Шюллеру.
35. Назовите ПУТЬ введения контрастного вещества при ГАЙМОРОГРАФИИ:
- 1) путем прокола стенки пазухи;
  - 2) через лунку удаленного зуба;
  - 3) в кровеносное русло;
  - 4) в среднее ухо;
  - 5) через лимфатический сосуд;
  - 6) через дуоденальный зонд.
36. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ к проведению методов ИСКУССТВЕННОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ:
- 1) клаустрофобия;
  - 2) детский возраст;
  - 3) идиосинкразия к йоду;
  - 4) тиреотоксикоз;
  - 5) тиреоидный зоб;
  - 6) пожилой возраст;
  - 7) остеопороз.
37. АНГИОГРАФИЯ сосудистых опухолей — ПУТИ введения и ОСОБЕННОСТИ контрастных веществ:
- 1) водорастворимые йодсодержащие контрастные вещества;
  - 2) жирорастворимые йодсодержащие контрастные вещества;
  - 3) пункция гемангиомы с введением контраста;
  - 4) пункция приводящих сосудов, выделенных операционным путем;
  - 5) селективная катетеризация бассейна соответствующей артерии;
  - 6) пункционная флебография;
  - 7) водорастворимые легкие контрастные вещества.
38. При АНГИОГРАФИИ применяют КОНТРАСТНЫЕ вещества:
- 1) водорастворимые йодистые препараты;
  - 2) жирорастворимые йодистые препараты;
  - 3) водная взвесь сульфата бария;
  - 4) иодированный физраствор;
  - 5)  $^{99m}\text{Tc}$ -пертехнетат;
  - 6)  $^{131}\text{I}$ .
- 15
39. Возможности метода УЗД при исследовании челюстно-лицевой области?

- 1) позволяет исследовать паренхиму и протоки слюнных желез;
  - 2) позволяет исследовать состояние мягких тканей;
  - 3) позволяет исследовать костную структуру челюстей;
  - 4) позволяет исследовать состояние ВНЧС;
  - 5) позволяет оценить степень резорбции альвеолярных отростков.
40. ПОКАЗАНИЯ к проведению УЗД челюстно-лицевой области:
- 1) диагностика воспалительных процессов в ВНЧС;
  - 2) диагностика воспалительных процессов мягких тканей лица;
  - 3) диагностика мягкотканых опухолей костей;
  - 4) диагностика кист шеи;
  - 5) диагностика патологии лимфоузлов;
  - 6) диагностика травматических повреждений мягких тканей;
  - 7) оценка состояния надкостницы.
41. Для каких ЦЕЛЕЙ при ВНУТРИРОТОВОЙ рентгенографии зубочелюстной системы соблюдается правило ОРТОРАДИАЛЬНОСТИ?
- 1) для получения минимально искаженного изображения зубов;
  - 2) для получения неискаженного изображения челюсти;
  - 3) для получения раздельного изображения зубов на пленке;
  - 4) для получения увеличенного изображения зубов;
  - 5) для получения изображения оральной кортикальной пластинки.
42. В чем заключается суть правила ОРТОРАДИАЛЬНОСТИ?
- 1) R-луч направлен на корень зуба перпендикулярно биссектрисе угла, образованного осью зуба и плоскостью пленки;
  - 2) R-луч направлен перпендикулярно касательной, проведенной к зубной дуге в области исследуемого зуба;
  - 3) R-луч направлен на корень зуба перпендикулярно плоскости пленки;
  - 4) R-луч направлен на угол нижней челюсти.
43. С какой ЦЕЛЬЮ при ВНУТРИРОТОВОЙ КОНТАКТНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ соблюдается правило ИЗОМЕТРИИ?
- 1) для получения минимально искаженного изображения зубов;
  - 2) для получения неискаженного изображения челюсти;
  - 3) для получения раздельного изображения зубов на пленке;
  - 4) для получения увеличенного изображения зуба.
44. В чем заключается СУТЬ правила ИЗОМЕТРИИ?
- 1) R-луч направлен на корень зуба перпендикулярно биссектрисе угла, образованной осью зуба и плоскостью пленки;
- 16
- 2) R-луч направлен перпендикулярно касательной, проведенной к зубной дуге в области исследуемого зуба;
  - 3) R-луч направлен на корень зуба перпендикулярно плоскости пленки;
  - 4) R-луч направлен на угол нижней челюсти.
45. ИНТЕРПРОКСИМАЛЬНАЯ ВНУТРИРОТОВАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ — методика проведения:
- 1) пленка фиксирована пленкодержателем, рот закрыт;
  - 2) пленка располагается параллельно коронкам зубов на некотором расстоянии от них;
  - 3) на пленке отображаются гребни альвеолярных отростков обеих челюстей;
  - 4) R-луч направлен перпендикулярно пленке;
  - 5) Размеры пленки —  $2 \times 3$ ,  $3 \times 4$ ,  $2,5 \times 5,5$  см;
  - 6) R-луч направлен в соответствии с правилом изометрии;
  - 7) пленка фиксирована пальцем, рот закрыт.
46. ИНТЕРПРОКСИМАЛЬНАЯ ВНУТРИРОТОВАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ — ЗАДАЧИ метода:
- 1) получение неискаженного изображения гребней альвеолярных отростков;
  - 2) ранняя диагностика дефектов коронок, шеек группы зубов;
  - 3) получение четкого и неискаженного изображения периапикальных тканей;
  - 4) диагностика заболеваний тканей периодонта;
  - 5) диагностика раннего аппроксимального кариеса;
  - 6) диагностика заболеваний тканей периодонта (маргинального).
47. ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИЯ — ЗАДАЧИ метода:
- 1) изучение соотношения мозгового и лицевого черепа и соотношения зубных рядов;
  - 2) изучение врожденных и приобретенных деформаций лицевого черепа;
  - 3) планирование хирургических и ортодонтических мероприятий;
  - 4) изучение состояния ВНЧС;

5) изучение состояния твёрдого нёба и дна полости рта;

6) изучение состояния альвеолярных отростков.

48. ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИЯ — ОСОБЕННОСТИ метода:

1) изображение на пленке соответствует истинным размерам объекта;

2) используется параллельный пучок излучения;

3) расстояние трубка-объект равно 1,5 и более метров;

4) изображение на пленке увеличено из-за большого расстояния трубка-объект;

5) используется расходящийся пучок лучей;

17

6) расстояние трубка-объект равно 0,5 и более метров;

7) расстояние объект-пленка равно 5 и более метров.

49. ПАНОРАМНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ – методика выполнения:

1) пациент находится в горизонтальном положении;

2) аппликатор рентгеновской трубки вводится в рот пациента;

3) больной плотно прижимает руками гибкую кассету снаружи к изучаемому участку челюсти;

4) R-луч центрирован на верхушку корня зуба в соответствии с правилом изометрии;

5) пленка фиксирована пленкодержателем параллельно длинной оси зуба;

6) больной плотно прижимает пленку пальцем к десне.

50. ОСНОВНЫЕ рентгенологические МЕТОДИКИ для исследования ВЕРХНЕЙ челюсти:

1) рентгенография черепа в передней полуаксиальной проекции;

2) рентгенография костей черепа в двух взаимно-перпендикулярных проекциях;

3) рентгенография черепа в лобно-носовой проекции;

4) рентгенография внутриротовая;

5) флюорография, гайморграфия, линейная томография;

6) панорамная томография, телерентгенография;

7) рентгенография черепа в носоподбородочной проекции.

51. ОСНОВНЫЕ рентгенологические методики для исследования НИЖНЕЙ челюсти:

1) рентгенография черепа в лобно-носовой проекции;

2) рентгенография черепа в носо-подбородочной проекции;

3) рентгенография внутриротовая;

4) рентгенография костей свода черепа в двух проекциях;

5) рентгенография по Шюллеру;

6) рентгенография нижней челюсти в боковой проекции.

52. ПАНОРАМНАЯ ТОМОГРАФИЯ — ОСОБЕННОСТИ метода:

1) рентгеновская трубка вращается вокруг головы пациента;

2) кассета с пленкой вращается вокруг головы пациента и вокруг собственной оси;

3) тубус рентгеновской трубки введен в полость рта больного;

4) гибкая кассета прижата больным к всей поверхности нижней челюсти;

5) гибкая кассета располагается вокруг всего зубного ряда;

6) пленка фиксирована пленкодержателем;

7) сравнительно низкая лучевая нагрузка.

18

53. ПАНОРАМНАЯ ТОМОГРАФИЯ — особенности получаемого ИЗОБРАЖЕНИЯ:

1) плоское развернутое изображение среза, соответствующего форме челюстей;

2) объекты вне среза «размазываются» вследствие динамической нерезкости;

3) плоское суммационное изображение лицевого черепа

4) объемное изображение среза изогнутых костных структур;

5) коэффициент проекционного увеличения — 1,5–2;

6) отсутствует деформация анатомических структур.

54. ВНУТРИРотовая КОНТАКТНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ — ЗАДАЧИ метода:

1) получение неискаженного изображения зубов и периапикальных тканей;

2) диагностика патологии твердых тканей зубов;

3) диагностика болезней тканей периодонта;

4) диагностика одонтогенных опухолей;

5) планирование и контроль эффективности лечения;

6) выявление дистопированных зубных зачатков.  
55. КОНТАКТНАЯ ВНУТРИРотовая РЕНТГЕНОГРАФИЯ — методика проведения:

- 1) плоскость окклюзии пациента располагается горизонтально;
- 2) используется пленка размерами  $3 \times 4$  и  $2 \times 3$  см;
- 3) пленка фиксируется к десне пальцем или пленкодержателем;
- 4) R-луч направлен по правилам изометрии и орторадиальности;
- 5) тубус рентгеновской трубки введен в полость рта;
- 6) пленка фиксирована зубами;
- 7) R-луч центрирован на верхушку зуба.

56. ОККЛЮЗИОННАЯ ВНУТРИРотовая РЕНТГЕНОГРАФИЯ — ЗАДАЧИ метода:

- 1) уточнение пространственных особенностей патологического очага;
- 2) поиск конкрементов поднижнечелюстной и подъязычной слюнных желез;
- 3) оценка наружной и внутренней кортикальных пластинок нижней челюсти;
- 4) оценка состояния надкостницы;
- 5) поиск конкрементов околоушной слюнной железы;
- 6) оценка тканей периодонта;
- 7) определение пространственного положения объектов, локализующихся в зоне корней.

19  
57. ВНУТРИРотовая РЕНТГЕНОГРАФИЯ ВПРИКУС — ОСОБЕННОСТИ метода:

- 1) пленка фиксируется в полости рта зубами;
- 2) используется пленка размерами  $7 \times 6$  см;
- 3) R-луч направлен перпендикулярно плоскости пленки;
- 4) пленка фиксируется к десне пальцем;
- 5) тубус рентгеновской трубки введен в полость рта;
- 6) R-луч направлен перпендикулярно длинной оси зуба.

58. ОККЛЮЗИОННАЯ ВНУТРИРотовая РЕНТГЕНОГРАФИЯ — показания:

- 1) старческий возраст;
- 2) неадекватность пациента;
- 3) тугоподвижность ВНЧС;
- 4) повышенная чувствительность слизистой оболочки полости рта;
- 5) травма челюстей;
- 6) вывих в ВНЧС;
- 7) детский возраст.

59. ОККЛЮЗИОННАЯ ВНУТРИРотовая РЕНТГЕНОГРАФИЯ — показания:

- 1) получение изображения крупных участков альвеолярных отростков;
- 2) поиск ретенированных и дистопированных зубов;
- 3) изучение твердого неба;
- 4) выявление патологии мягких тканей дна полости рта;
- 5) изучение кортикальных пластинок челюстей;
- 6) изучение кортикальных пластинок лунок зубов;
- 7) изучение плоскости окклюзии.

60. Лучевые методы исследования ФУНКЦИИ ВНЧС:

- 1) ОПТГ в положении центральной окклюзии;
- 2) рентгеноскопия в течение всего цикла движения нижней челюсти;
- 3) рентгенография нижней челюсти в положении с открытым ртом;
- 4) ОПТГ ВНЧС в положении с максимально открытым ртом;
- 5) рентгенография ВНЧС в положении привычной окклюзии;
- 6) ОПТГ ВНЧС в положении привычной окклюзии;
- 7) КЛКТ ВНЧС в крайних положениях нижней челюсти.

61. РАДИОНУКЛИДНАЯ ДИАГНОСТИКА основана на регистрации:

- 1) энергии рентгеновских лучей, прошедших через тело человека;
- 2) отраженных механических колебаний тканей тела;
- 3) энергии  $\gamma$ -излучения, испускаемого ядрами нестабильных элементов из органов;
- 4) энергии возбужденных протонов в органах;

20  
5) инфракрасного излучения, испускаемого органами;

6)  $\beta$ -излучения, испускаемого ядрами нестабильных элементов из органов.

62. ПОКАЗАНИЯ к проведению ПЭТ в стоматологии:

- 1) диф. диагностика зло- и доброкачественных новообразований ЧЛО;
- 2) выявление регионарных и отдаленных метастазов опухолей ЧЛО;
- 3) выявление множественных поражений скелета;
- 4) диф. диагностика воспалительных и опухолевых болезней ЧЛО;
- 5) диф. диагностика воспалительных процессов зубочелюстной системы;
- 6) диагностика топографии и размеров опухолей челюстей.

63. АБСОЛЮТНЫЕ противопоказания к ПЭТ:

- 1) тиреотоксикоз;
- 2) период лактации;
- 3) беременность;
- 4) сахарный диабет, стадия декомпенсации;
- 5) тучность пациента;
- 6) зубные протезы;
- 7) все ответы неверны.

64. ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ противопоказания к ПЭТ:

- 1) радиофобия;
- 2) период лактации;
- 3) тяжелое состояние пациента;
- 4) клаустрофобия;
- 5) почечная недостаточность;
- 6) сахарный диабет, ст. компенсации;
- 7) металлические клипсы на сосудах головного мозга.

Ситуационные задачи

Задача 1

Пациент К., 50 лет, жалуется на обильное слюноотделение, появившееся более года назад. Находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу аденомы гипофиза.

Объективно: при пальпации слюнные железы не увеличены, мягкие, безболезненные. Открывание рта свободное. Из устьев выводных протоков ОУСЖ, ПЧСЖ выделяется чистая слюна. В полости рта много свободной слюны. Слизистая оболочка полости рта обильно увлажнена.

Вопросы:

1. Какой метод исследования слюнных желез надо провести для уточнения диагноза?
2. Как выполняют это исследование?
3. Какие еще существуют методики сиалометрии?
4. Какой метод является альтернативой сиалометрии?
5. Какова тактика лечения этого пациента?

Задача 2

Пациент Ж., 25 лет, предъявляет жалобы на кратковременные периодические припухания под нижней челюстью слева, усиливающиеся во время приема пищи.

Анамнез: припухания беспокоят в течение 2-х недель, проходят самостоятельно через 15 минут, подъема температуры не отмечал.

Объективно: на момент осмотра конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное. Большие слюнные железы не увеличены. При бимануальной пальпации по ходу выводного протока левой поднижнечелюстной слюнной железы в средней его части выявляется слабоболлезненный очаг уплотнения. Из устья выводного протока выделяется прозрачный секрет. Предварительный диагноз: слюнно-каменная болезнь.

Вопросы:

1. С какого метода дополнительного обследования необходимо начать?
2. В каких проекциях проводится рентгенологическое обследование?
3. Как может выглядеть слюнный камень на сиало-г рамме?

4. Какой метод необходимо провести для исключения мелких камней в паренхиме железы и множественных конкрементов?

5. Нужно ли проводить в данном случае сиалометрию?

Задача 3

Пациентка К., 60 лет, жалуется на сухость полости рта и безболезненное увеличение околоушной слюнной железы (ОУСЖ). Данные симптомы беспокоят в течение трех лет.

Из анамнеза выяснено, что страдает ревматоидным полиартритом. Находится на диспансерном учете у ревматолога.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно предположить?
2. Какие методы обследования необходимо провести для установления диагноза?
3. Как проводится сиалометрия?
4. Как выполнить пациентке сиалографию?
5. Методика биопсии малых слюнных желез.

Ответы к ситуационным задачам

Задача 1

1. Сиалометрию.
2. Метод Т.Б. Андреевой: перед исследованием пациенту дают внутрь 8 капель 1% раствора пилокарпина, через 20 мин в проток железы вводят металлическую канюлю или полиэтиленовый катетер. В течение 20 мин проводят забор слюны в мерную пробирку.
3. Сбор смешанной и протоковой слюны, стимулированной и нестимулированной. Другой метод сбора слюны: на устье протока накладывают капсулу Лешли-Ющенко-Красногорского. В течение 5 мин собирают слюну в мерную пробирку.
4. Радиосиалография.
5. Лечение аденомы гипофиза. После ее удаления, если гиперсаливация будет носить истинный характер, назначить рентгенотерапию.

Задача 2

1. Рентгенологического.
2. Обязательно в двух проекциях: боковой и аксиальной (дна полости рта, в прикус).
3. В виде дефекта наполнения, либо повышенной контрастности, участок с четкими контурами, выходящий за пределы протока.
4. УЗИ.
5. С диагностической целью - нет. Задача 3

1. Синдром Шегрена.
2. Сиалометрию, сиалографию ОУСЖ, биопсию малых слюнных желез.
3. С помощью капсулы Лешли-Ющенко-Красногорского.
4. С помощью зондов различного диаметра бужируют проток ОУСЖ. В проток через металлическую канюлю вводят водорастворимое рентгеноконтрастное вещество -омнипак-350 до легкого распираия железы. Проводят рентгенографию ОУСЖ в прямой и боковой проекциях.
5. Забор малых слюнных желез проводится из подслизистого слоя нижней губы. Сначала проводят продольный разрез слизистой оболочки длиной 1,5-2 см, затем выделяют и удаляют несколько малых слюнных желез. Помещают их в раствор формалина. Рану ушивают узловыми швами.

## 5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Не предусмотрено

### 5.3. Фонд оценочных средств

#### ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ:

Перечень теоретических вопросов из п. 5.1. согласно тематики.

#### КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО:

1. Каждый студент получает для курации одного больного.
2. На примере курируемого больного студент должен проделать следующее:
  - 1) Ознакомиться с тематикой;
  - 2) Установить доверительный контакт;
  - 3) Произвести сбор жалоб. Описываются жалобы, относящиеся к заболеванию;
  - 4) Собрать анамнез заболевания пациента (начало заболевания, течение процесса, лечение в прошлом);
  - 5) Собрать анамнез жизни (заболевания, перенесенные в прошлом, семейный анамнез);
  - 6) Произвести осмотр и обследование пациента;
  - 7) Описать клинический статус;
  - 8) Проанализировать лабораторно-инструментальные данные исследования;
  - 9) Поставить предварительный диагноз;
  - 10) Провести дифференциальный диагноз;
  - 11) Поставить клинический диагноз;
  - 12) Определить тактику предполагаемого лечения;
  - 13) Кратко резюмировать этиологию, патогенез, клинику и лечение.

#### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ:

Студент заполняет историю болезни согласно нижеприведенной схеме:

1. Общие сведения о больной;
2. Жалобы.
3. Анамнез болезни (anamnesis morbi).
4. Анамнез жизни (anamnesis vitae).
5. Объективное исследование.
6. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования.
7. Клинический диагноз.
8. Обоснование клинического диагноза.
9. Дифференциальный диагноз.
10. Этиология, патогенез.
11. Лечение.

Использованная литература.

Методические рекомендации по заполнению истории болезни в ПРИЛОЖЕНИИ № 1.

#### ДОКЛАД В ФОРМАТЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ ИЛИ РЕФЕРАТА.

Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела:

1. Особенности общего обследования больных: опрос, осмотр, пальпация, анализы крови, мочи.
2. Перечислите частные методы обследования.
3. Как выполняется зондирование протока слюнной железы?
4. Что позволяет выявить рентгенологический метод обследования при заболеваниях слюнной железы?
5. Методы исследования секреторной функции слюнной железы.
6. Как выполняют количественный анализ функции слюнной железы?
7. Критерии количественного анализа функции слюнной железы в норме и патологии.
8. Что определяют при цитологическом исследовании слюны, взятой из протока слюнной железы?
9. Как выполняют и что дает сиалография при диагностике заболевания слюнных желез?
10. Что такое пантомосиалография?
11. Назовите специальные методы обследования слюнной железы.

#### ТЕСТЫ:

Перечень тестовых из пункта 5.1.

#### СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Перечень ситуационных задач из пункта 5.1.  Промежуточная аттестация (ЗАЧЕТ С ОЦЕНКОЙ): Перечень вопросов из п.5.1.
<b>5.4. Перечень видов оценочных средств</b>
1. Теоретическое задание. 2. Курация больного. 3. История болезни. 4. Доклад в формате презентации или реферата. 5. Тесты. 6. Ситуационные задачи. Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №2.

## 6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

### 6.1. Рекомендуемая литература

#### 6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Васильев А.Ю.	Лучевая диагностика в стоматологии: национальное руководство	ГЭОТАР-Медиа 2010
Л1.2	В.И.Маколкин, С.И.Овчаренко, В.А.Сулимов	Внутренние болезни	Москва .: ГЭОТАР-Медиа 2011

#### 6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Труфанов Г.Е.	Лучевая диагностика : Учебное пособие	ГЭОТАР-Медиа 2016

### 6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	<a href="https://www.ozon.ru/context/detail/id/5538879/">https://www.ozon.ru/context/detail/id/5538879/</a>	
Э2	<a href="http://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Terapevticheskaya_stomatologiya/book_3021/Terapevticheskaya_stomatologiya-Maksimovskiy_YuM_Maksimovskaya_LN_Orehova_LYu-2002-djvu">http://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Terapevticheskaya_stomatologiya/book_3021/Terapevticheskaya_stomatologiya-Maksimovskiy_YuM_Maksimovskaya_LN_Orehova_LYu-2002-djvu</a>	
Э3	<a href="https://www.webmedinfo.ru/borovskij-e-v-terapevticheskaya-stomatologiya-uchebnik-dlya-studentov-medicinskix-vuzov.html">https://www.webmedinfo.ru/borovskij-e-v-terapevticheskaya-stomatologiya-uchebnik-dlya-studentov-medicinskix-vuzov.html</a>	
Э4	znanium.com	
Э5	lib.krsu.edu.kg	
Э6	biblioclub.ru	

### 6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

#### 6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	При реализации различных видов учебной работы используются традиционные и современные образовательные технологии и методы формирования компетенций: Лекции: лекции- визуализации, обзорные лекции. Клинико-практические занятия: работа обучающихся на фантомах и гипсовых моделях челюстей, просмотр учебных видеофильмов и мультимедийных презентаций; демонстрация пациентов и разбор клинических ситуаций, курация пациентов под руководством преподавателя, написание и защита академических историй болезни, написание и защита рефератов. При изучении дисциплины применяются индивидуальные и групповые формы обучения. Методическое обеспечение учебного процесса осуществляется за счет разработанных на кафедре методических пособий, указаний и рекомендаций для ординаторов. Во внеаудиторное время: участие в заседаниях СНО, в научно-практических конференциях, в межпредметной внутривузовской олимпиаде; учебно- исследовательская работа ординаторов. Самостоятельная работа студентов включает в себя следующие элементы: - подготовку к клинико-практическим занятиям; - чтение и реферирование специальной литературы; - написание историй болезни, рефератов; - самостоятельное освоение определенных разделов дисциплины; - подготовка к контрольным (итоговым) занятиям.
6.3.1.2	
6.3.1.3	Программное и коммуникационное обеспечение (программное обеспечение и Интернет-ресурсы):
6.3.1.4	-компьютерные презентации;
6.3.1.5	-обучающие компьютерные программы;
6.3.1.6	-контролирующие компьютерные программы;

6.3.1.7	-электронная библиотека;
6.3.1.8	-сайты учебных центров;
6.3.1.9	-сайты Высших учебных медицинских учреждений.
<b>6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения</b>	

### 7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	- учебные аудитории, оборудованные мультимедийными (экран, проектор, ноутбук) и иными средствами обучения компьютер; сканер, принтер, комплекты слайдов для отдельных практических занятий и лекций; таблицы для практических занятий и лекций; фантом-муляж «Голова», позволяющими обучающимся осваивать теоретический материал; помещения, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью Г. Бишкек, Загорская 86/1, кафедра СДВЧЛиПХ.
7.2	
7.3	Материально-техническое обеспечение: аудиторские столы, аудиторские стулья, компьютеры, мультимедийный проектор, телевизор, DVD-плеер, транслирующая камера, доска, маркеры, наглядные пособия, таблицы.

### 8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Самостоятельная работа обучающихся выполняется по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия. Самостоятельная работа подразделяется на самостоятельную работу на аудиторных занятиях и на внеаудиторную самостоятельную работу. Самостоятельная работа обучающихся включает как полностью самостоятельное освоение отдельных тем (разделов) дисциплины, так и проработку тем (разделов), осваиваемых во время аудиторной работы. Во время самостоятельной работы обучающиеся читают и конспектируют учебную, научную и справочную литературу, выполняют задания, направленные на закрепление знаний и отработку умений и навыков, готовятся к текущему и промежуточному контролю по дисциплине. Организация самостоятельной работы обучающихся регламентируется нормативными документами, учебно-методической литературой и электронными образовательными ресурсами.

#### МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (9 семестр - зачет, 10 семестр экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

#### ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть). Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по практическому заданию студентами в течении семестра.

#### Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 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)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

#### ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

- 1) Организационный этап занятия (время – до 2%): а) переключкика;
  - б) задание на дом следующей темы;
  - в) мотивация темы данного практического занятия;
  - г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
  - 2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%): а) варианты тестового контроля I и III уровня;
  - б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
  - 3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время – до 15%);
  - 4) Этап самостоятельной работы студентов на практическом задании (время – до 45%);
  - 5) Заключительный этап занятия (время – до 18%):
- а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами

б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;

в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

## II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут.

Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю.

Подготовка к практическому занятию – 2 час.

Всего в неделю – 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента

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

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф? какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролям.

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?. При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

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

8. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением студентами 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 или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции 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 студентом 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 студентом без уважительной причины семинарские 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.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- 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 студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере. Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласована с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент – докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

Тема реферата выбирается по согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе

источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы: "Детская хирургия", "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др, а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике.

План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.

Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.

Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.

Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).

Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:

Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.

Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том \_\_. № \_\_. Страницы от \_\_ до \_\_.

Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от \_\_ до \_\_.

#### РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАДАНИЯМ

Необходимо удобно разместить пациента в стоматологическом кресле: голову расположить на уровне локтя врача; одеть латексные перчатки и маску; Студент располагается впереди пациента, большой палец его правой руки фиксируют на верхней губе пациента при исследовании зубов верхней челюсти или на подбородке - при исследовании области зубов нижней челюсти в этой же руке врач держит зонд, в левой руке - стоматологическое зеркало.

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА

Условие:

Родители пациента К. 8 лет обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждемости в лечении. При осмотре полости рта определяется скученное положение резцов нижней челюсти, центральные резцы повернуты по оси, боковые – находятся в язычном положении. Между центральными резцами верхней челюсти имеется промежуток 3мм и они при смыкании с резцами нижней челюсти полностью их перекрывают с вестибулярной стороны.

Вопросы:

1. Назовите аномалию окклюзии во фронтальном отделе.
2. Назовите аномалию верхнего зубного ряда в области передних зубов.
3. Каковы этиологические факторы нарушения положения резцов нижней челюсти?
4. С чем необходимо дифференцировать данные аномалии?
5. Какие методы дополнительной диагностики необходимо провести?

Ответы:

1. Глубокая резцовая окклюзия.
2. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1
3. Короткая уздечка языка, вредные привычки.
4. Латеральное положение зубов 1.1 и 2.1 может встречаться как самостоятельная аномалия и как следствие наличия сверхкомплектного зуба.
5. Антропометрические методы диагностики и методы лучевой диагностики.

**Технологическая карта дисциплины**  
**Специальность «Стоматология»**  
**Дисциплина «Специальные методы диагностики в стоматологии»**  
**III-семестр, количество ЗЕ – 2, отчетность – зачет с оценкой.**

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
<b>IX семестр</b>					
<b>Раздел 1</b>					
Рентгенодиагностика в стоматологии. Электродонтодиагностика.	Текущий контроль	Ситуационная задача, фронтальный опрос.	10	15	7
	Рубежный контроль	Реферат. Защита презентации.	10	15	
<b>Раздел 2</b>					
Лабораторное исследование	Текущий контроль	Практические навыки, фронтальный опрос.	10	20	15
	Рубежный контроль	Курация больного. Практические навыки. Ситуационная задача	10	20	
<b>Всего за семестр</b>			<b>40</b>	<b>70</b>	
Промежуточный контроль зачет:			20	30	19
Ситуационная задача.					
<b>Семестровый рейтинг по дисциплине:</b>			<b>60</b>	<b>100</b>	

**Примечание:** За каждое пропущенное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.

## Введение

Учебная программа на кафедре стоматологии детского возраста предусматривает написание истории болезни. Студенту предстоит всесторонне обследовать пациента-ребенка, провести диагностический поиск и поставить развернутый клинический диагноз. Кроме этого, необходимо спланировать, обосновать и назначить соответствующее лечение, а также определить прогноз заболевания. Полученные данные должны быть полно изложены в истории болезни.

Прежде, чем начать работать с пациентом и приступить к написанию истории болезни, необходимо помнить, что история болезни должна соответствовать определенным требованиям: отражать картину проведенного обследования, планирования профилактических и лечебных мероприятий, изменения как стоматологического, так и общего состояния пациента-ребенка в ходе проводимого лечения. Кроме того, поскольку в истории болезни представлены данные о практической деятельности врача, она является юридическим документом. Ниже изложены общие положения, которые делают работу более осмысленной и целенаправленной.

## Структура истории болезни

### 1. Паспортная часть:

Ф.И.О.

Возраст.

Пол.

Место жительства.

Детский сад, школа.

Дата поступления.

Диагноз при поступлении. Клинический диагноз (на день курации):

а) основной;

б) сопутствующий.

### 2. Жалобы больного.

В этом разделе необходимо описать жалобы больного (или сопровождающего его лица) при поступлении (в день курации). Выяснить основные жалобы (которые беспокоят пациента в первую очередь), характерные для данного заболевания, задать наводящие вопросы, которые помогут пациенту (родителям) ответить на них и самостоятельно сообщить другие данные, которые дополнят клиническую картину заболевания.

Боль является наиболее частым симптомом стоматологических заболеваний, поэтому ей необходимо дать характеристику:

- а) локализация;
- б) самопроизвольная или причинная;
- в) какие факторы провоцируют, усиливают или уменьшают боль;
- г) интенсивность и характер (сильная, умеренная или слабая; ноющая, рвущая, пульсирующая, острая, тупая, иррадиирующая);
- д) продолжительность (постоянная, приступообразная);
- е) длительность болевых приступов и светлых промежутков;
- ж) наличие или отсутствие боли при накусывании на зуб.

При заболеваниях, которые сопровождаются поражением слизистой оболочки полости рта, дети или их родители могут предъявлять жалобы на высыпания в полости рта, а также на коже. При таких заболеваниях необходимо задать дополнительные уточняющие вопросы:

- ощущения во рту (боль при приеме кислой или сладкой пищи, сухость в полости рта, повышенное слюноотделение);
- жевание, глотание (свободное, болезненное, затрудненное);
- кровотечение из десен (спонтанное, при чистке зубов, при приеме пищи).

Выявить жалобы, характеризующие общее состояние и нервно-психический статус ребенка:

- общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость;
- повышение температуры тела;
- апатия, повышенная возбудимость, раздражительность;
- нарушение сна;
- миалгии, артралгии.

### **3. Анамнез настоящего заболевания.**

Подробно описать в хронологическом порядке начальные симптомы заболевания, их дальнейшее развитие до момента обращения в клинику и начала обследования.

Провести опрос:

- когда, где и при каких обстоятельствах возникло заболевание;
- с чем связывает больной или его родственники данное заболевание;
- выяснить первые симптомы заболевания (общие проявления: температура тела, озноб, сонливость, вялость, раздражительность, нарушение сна, аппетита; и местные проявления — отек тканей, высыпания на коже и СОПР и т. д.);
- начало заболевания — острое или постепенное.

При хроническом течении заболевания необходимо выяснить частоту обострений, провоцирующие их факторы, сезонность. Выяснить куда и когда пациент обращался за медицинской помощью, какой диагноз был поставлен, проводились ли ранее дополнительные методы исследования

и их результаты, какое лечение было назначено и его эффективность. Находится ли ребенок на диспансерном учете, какое получал профилактическое лечение и когда. Выяснить когда было последнее обострение, его симптомы и лечение рецидива.

#### **4. Анамнез жизни.**

При сборе анамнеза жизни ребенка у родителей выясняют материально-бытовые условия (в каких условиях рос и развивался, где родился). Выясняют течение беременности и родов у матери (антенатальный и постнатальный периоды), особенности раннего развития ребенка, характер вскармливания, перенесенные заболевания, наличие хронических или системных заболеваний; наличие вредных привычек (сосание пальцев, щек, сосок и др.); аллергологический анамнез, наследственность, выявить факторы риска развития кариеса и некариозных поражений, режим и характер питания, активность кариеса временных зубов у ребенка, у матери, травма зубов и т. д., герпетическая инфекция у родственников.

#### **5. Данные объективного обследования больного.**

Оценка общего состояния: хорошее, удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Психоземциональное состояние: спокоен, возбужден, общителен.

Физическое развитие: соответствует возрасту, отставание, опережение.

Осанка: правильная, патологическая.

Походка: свободная, затрудненная.

Телосложение: гармоничное, гипостеничное, гиперстеничное.

#### ***Внешний осмотр ЧЛЮ.***

Выявляют симметричность лица и шеи, форму ушной раковины.

Состояние кожных покровов (цвет, пигментация, сухость, элементы поражения).

Красная кайма губ (цвет, отечность, влажная, сухая, наличие элементов поражения).

Переносица (узкая, широкая, входы в преддверие носа овальные, округлые или щелевидные).

Оценка состояния лимфатических узлов. Локализация и порядок исследования: затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные (передние, задние), трахеальные;

- болезненные, безболезненные;
- форма (овальные, округлые);
- поверхность (гладкая, бугристая);
- консистенция (твердая, мягкая, эластичная, однородная, неоднородная);
- спаянные с кожей, клетчаткой и между собой;
- подвижность;
- размер (мм);

– состояние кожи над ними (цвет, температура).

Оценка функции речеобразования (нарушение произношения звуков «ш», «с», «з», «р»).

Состояние ВНЧС — движения плавные, безболезненные, в полном объеме, без щелчков и хруста, скачкообразные, болезненные.

Оценка функции дыхания (свободное, затрудненное, носовое, ротовое, смешанное).

Оценка функции глотания (соматический, инфантильный или смешанный тип), подробно описать диагностированный тип глотания.

Оценка функции жевания: активное, вялое, одностороннее или двустороннее, охотно ли ребенок употребляет твердую пищу, не запивает ли ее жидкостью или предпочитает мягкую пищу, обратить внимание на стертость бугров временных зубов, наличие трем и зубных отложений.

**Осмотр полости рта** проводят в следующей последовательности:

***Осмотр слизистой оболочки полости рта:***

губ, щек, нёба, спинкиязыка и дна полости рта; цвет и влажность, наличие элементов поражения (пятна, везикулы, эрозии, афты), их количество, размер, локализация, болезненность; характер налета (фибринозный, некротический), цвет налета (серый, желтый).

Выводные протоки слюнных желез. Характер слюны (жидкая, прозрачная, вязкая, скудная, мутная). Язык: окраска, выраженность сосочков, степень ороговения, наличие налета, его качество (легко снимается, с трудом снимается).

***Исследование архитектоники преддверия полости рта:***

уздечки

губ, боковые тяжи, уздечка языка; определение глубины преддверия, осмотр уздечек (место прикрепления, длина, толщина, подвижность ее); боковые тяжи — сильные, средние, слабые. Уздечка языка: длина, толщина, мощная, место прикрепления (средняя треть языка, передняя треть языка); кончик языка при высунутом положении: раздвоен, подгибается книзу, округленный, острый. Движения языка ограничены или нет.

***Оценка состояния периодонта.*** Состояние десны: выраженность десневых сосочков, окраска, консистенция, форма, плотно прилегает к зубам или нет, кровоточивость, наличие элементов поражения, налета, десквамации, свищей. Определение индексов и их интерпретация: гингивальные (РМА, GI); периодонтальные (КПИ);

***Определение прикуса.*** Прикус характеризуют по трем позициям:

соотношение челюстей в сагиттальной, вертикальной и горизонтальной плоскостях; форма зубных дуг: положение отдельных зубов.

***Оценка состояния зубов.*** Зубная формула для временного и постоянного прикуса заполняется по принятой в Республике Беларусь форме.

Оценка кариозных и некариозных поражений зубов: локализация кариозной полости, глубина поражения, состояние стенок и дна кариозной полости (плотность, окраска твердых тканей, результаты зондирования кариозной полости).

#### **6. Предварительный диагноз.**

Необходимо сгруппировать главные симптомы заболевания в симптомокомплексы и предположить наиболее вероятное заболевание. Предварительный диагноз ставится на основании жалоб (указать каких), данных анамнеза (указать каких), клинических признаков (указать каких), результатов основных методов обследования (все перечислить).

#### **7. Дополнительные методы исследования.**

В этом разделе необходимо перечислить методы, применяемые для диагностики, описываемого в истории болезни заболевания. Кратко изложить суть метода, его диагностическую и прогностическую ценность.

Например: цитологический метод используется для диагностики герпетического стоматита у детей. Суть метода заключается в исследовании мазков, взятых с элементов поражения на СОПР. Обнаружение в материале мазка многоядерных гигантских клеток указывает на вирусную этиологию заболевания, но не позволяет идентифицировать вирус, вызвавший патологию.

При заболеваниях слизистой оболочки полости рта у детей используют методы диагностики:

- вирусологический;
- цитологический;
- микробиологический;
- иммунофлюоресцентный;
- серологический;
- полимеразная цепная реакция;
- реакция иммунопреципитации;
- иммуноэлектрофорез.

Для диагностики кариеса зубов и его осложнений применяют методы:

- визуальный (осмотр);
- тактильный (зондирование);
- термодиагностика;
- электроодонтодиагностика;
- рентгенография (классическая, bite wing цифровая, компьютерная томография);
- электрометрия;
- диагностическая биопсия (визуально-тактильный метод после биопсии, диагностическое препарирование);
- расклинивание с помощью сепарационных ортодонтических колец;

– витальное окрашивание (при начальном кариесе гладких поверхностей).

Для диагностики кариеса фиссур применяют методы:

- трансиллюминация (просвечивание);
- оптическая когерентная томография (Optical coherence tomography — OCT);
- волоконно-оптическая трансиллюминация (Fiber-Optic Transillumination — FOTI);
- количественная лазер-индуцированная флюоресценция (Quantitative Light-induced Fluorescence — QLF);
- лазерная флюоресценция (Diagnodent, KaVo);
- инфракрасная термография;
- ультразвуковое исследование (эходонтография).

Указать, какие методы исследования проводились у курируемого пациента.

### **8. Дифференциальная диагностика.**

Цель диагностики — исключение диагностических ошибок. Дифференциальная диагностика проводится путем сравнения (сопоставления), исключения и анализа наиболее важных симптомов, выявленных у курируемого пациента-ребенка с заболеваниями, имеющими похожие клинические проявления.

Отмечают симптомы (или симптомокомплекс) имеющиеся у курируемого пациента, но отсутствующие при заболевании, с которым проводится дифференциальная диагностика, а также симптомы (или симптомокомплекс) отсутствующие у курируемого пациента, но свойственные заболеванию, с которым проводится дифференциальная диагностика. При этом рассматриваемые признаки анализируются в строгой последовательности: жалобы, анамнез, данные объективного обследования и дополнительных методов исследования. Дифференциальная диагностика заканчивается уточнением нозологической формы заболевания, характера течения и степени тяжести, локализации процесса и т. д.

*Пример* проведения дифференциальной диагностики ОГС среднетяжелой формы в период разгара и энтеровирусного стоматита.

Симптомы общие для обоих заболеваний: острое начало, повышение температуры тела, общее недомогание, нарушение аппетита, наличие элементов поражения в полости рта, регионарный лимфаденит.

Различия: различные этиологические факторы. ОГС вызывает вирус простого герпеса, энтеровирусный стоматит (герпангина) — вирус Коксаки А. ОГС чаще болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, герпангиной — дети школьного и младшего школьного возраста, нередко герпангина возникает в виде эпидемической вспышки в организованных детских

коллективах. Для герпангины характерен симптом миалгии (боли при движении глазных яблок, боли в животе).

Внешний осмотр : при ОГС — на коже, чаще лица, нередко появляются мелкоточечные, сгруппированные пузырьки; при герпангине — гиперемия верхней половины туловища.

В полости рта: элементы поражения при ОГС могут локализоваться в области различных топографических зон, характерный симптом — гингивит. При герпангине поражаются только задние отделы ротоглотки, высыпания располагаются на мягком нёбе, передних нёбных дужках, миндалинах.

Если проводились дополнительные методы исследования, необходимо сравнить полученные данные и указать, для какого заболевания они характерны.

Дифференциальную диагностику **начального кариеса** на гладких поверхностях необходимо проводить с гипоплазией (неэндемической) эндемической крапчатостью; с незаконченной минерализацией фиссур при начальном кариесе фиссур и ямок.

**Поверхностный кариес** дифференцируют с кариесом дентина, гипоплазией, дентальным флюорозом.

**Кариес дентина** дифференцируют с гиперемией пульпы, хроническим пульпитом, некрозом пульпы, хроническим периодонтитом, кариесом эмали (поверхностным).

Дифференциальную диагностику **острого пульпита** проводят с гиперемией пульпы, гнойным пульпитом, другим уточненным пульпитом (обострением хронического), острым апикальным периодонтитом, пери-апикальным абсцессом без свища (острый гнойный периодонтит, обострение хронического периодонтита).

**Хронический пульпит** дифференцируют с кариесом дентина, хроническим периодонтитом, некрозом пульпы.

**Хронический гиперпластический пульпит** дифференцируют с разрастанием десневого сосочка, хроническим гранулирующим периодонтитом, перфорацией дна полости зуба.

**Острый герпетический стоматит** дифференцируют с ХРГС, ОРВИ, корью, ветряной оспой, herpes Zoster, герпангиной, краснухой, инфекционным мононуклеозом, скарлатиной, дифтерией, вторичным сифилисом, формы ОГС между собой.

**Хронический рецидивирующий герпетический стоматит** дифференцируют с ОГС, туберкулезом, сифилисом, травматической эрозией.

**Энтеровирусный стоматит** дифференцируют с ОГС, ОРВИ, ветряной оспой, скарлатиной, дифтерией, инфекционным мононуклеозом, корью, herpes Zoster, краснухой.

## **9. Клинический диагноз и его обоснование.**

На основании данных клинических и дополнительных методов исследования, проведения дифференциальной диагностики, ставится клинический диагноз. При постановке окончательного диагноза необходимо использовать международную классификацию стоматологических заболеваний и другие классификации, принятые в Республике Беларусь. Диагноз «Кариес зубов» ставится, используя классификацию МКБ-10 и классификацию, в основу которой положены патоморфологические изменения (В. В. Паникоровский, 1966); диагноз «Пульпит» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации Е. М. Гофунга, 1927; диагноз «Апикальный периодонтит» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации И. Г. Лукомского, 1936; диагноз «Травма зуба» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации ММСИ им. Семашко; диагноз «Острый герпетический стоматит», «Хронический рецидивирующий герпетический стоматит» и другие вирусные и бактериальные поражения СОПР ставится с использованием клинической классификации (Т. Ф. Виноградова, 1974).

Обоснование диагноза проводится с учетом следующих данных:

- жалоб ребенка или родителей (перечислить жалобы на день курации ребенка);
- анамнеза заболевания (когда и какие симптомы появились, как развивалось заболевание);
- анамнеза жизни (указать выявленные факторы риска заболевания);
- клинического осмотра (указать симптомы основного заболевания, выявленные в день курации ребенка, и показатели здоровья полости рта, которые сопутствуют основному заболеванию или могут отягощать его течение (показатели гигиены полости, показатели гингивальных индексов, активности кариозного процесса) и результатов дополнительных методов исследования (ЭОД, рентгенологических данных и т. д.);
- дифференциальной диагностики.

## **10. Этиология и патогенез заболевания.**

Этиологию и патогенез заболевания следует описать подробно.

## **11. Лечение.**

После установления диагноза куратор должен составить и обосновать план лечения. При планировании лечения необходимо:

- определить наиболее важную (приоритетную) стоматологическую проблему: кариес, осложнение кариеса или заболевание СОПР, которая доминирует у данного пациента над другими имеющимися стоматологическими проблемами, и без устранения которой затруднительно оказать качественно другие виды помощи;
- составить общий план лечения;

- составить детальный план лечения нозологической формы заболевания;
- обсудить и согласовать план лечения с родителями ребенка;
- оценить эффективность лечения.

Общий план лечения пациента составляется по результатам первичного визуального и инструментального исследования при первичном обращении после постановки предварительного диагноза.

**Общий план лечения по результатам обследования пациента  
при первичном обследовании**  
(утвержден приказом МЗ РБ 22.08.2006 №658)

**Оказание неотложной помощи** \_\_\_\_\_

**Профилактические мероприятия:**

мотивация по факторам риска стоматологических заболеваний \_\_\_\_\_

обучение гигиене \_\_\_\_\_

профессиональная гигиена \_\_\_\_\_

другие \_\_\_\_\_

**Терапевтическое лечение:**

замена пломб \_\_\_\_\_

лечение кариеса и некариозных поражений \_\_\_\_\_

эндодонтическое лечение \_\_\_\_\_

периодонтологическое лечение \_\_\_\_\_

лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта \_\_\_\_\_

другое \_\_\_\_\_

**Хирургическое лечение:**

удаление зубов, корней \_\_\_\_\_

амбулаторно-хирургические операции:

на мягких тканях \_\_\_\_\_

на костях лицевого скелета \_\_\_\_\_

другое \_\_\_\_\_

**Ортодонтическое лечение** \_\_\_\_\_

**Дополнительные диагностические мероприятия** \_\_\_\_\_

**Консультация других специалистов** \_\_\_\_\_

Куратор должен провести детальное планирование индивидуальных профилактических мероприятий с учетом всех имеющихся у пациента факторов риска стоматологических заболеваний, при этом учитывают их интенсивность (например, по данным УИК или другим диагностическим критериям), возраст пациента, уровень образования родителей и социальный статус семьи, отношение родителей к здоровью ребенка и желание сотрудничать с врачом. Немаловажную роль как в планировании профилактических мероприятий, так и в планировании лечения любой нозологической формы заболевания играет материально-техническое оснащение лечебно-профилактического учреждения.

На основании окончательного диагноза выявленной нозологической формы заболевания куратором составляется детальный план лечения основного заболевания.

### **Показания к выбору метода лечения**

В этом разделе необходимо перечислить методы лечения, которые могут применяться для лечения нозологической формы заболевания курируемого пациента. Следует выбрать оптимальный метод лечения для конкретного пациента-ребенка (на основании показаний и противопоказаний) и обосновать его (учитывая общее состояние ребенка, активность кариеса, стадию развития заболевания, возраст ребенка и т. д.), описать технику выполнения метода лечения.

#### ***Кариозная болезнь.***

##### **1. Методы лечения:**

- реминерализующая терапия;
- малоинвазивное лечение: инвазивная герметизация фиссур, профилактическая реставрация (композит-силантная, стеклоиономерная), АРТ-метод, туннельное препарирование;
- инвазивное лечение (классическое препарирование, адгезивное препарирование).

##### **2. Методы пломбирования кариозной полости:**

- «сэндвич»-техника;
- с использованием тотального протравливания;
- отсроченное пломбирование.

##### **3. Обосновать выбор пломбировочного материала.**

4. Динамическое наблюдение (диспансеризация) (с учетом риска возникновения кариеса, класса выбранного пломбировочного материала).

##### **5. Оценка эффективности лечения проводится:**

- по динамике индексов, отражающих интенсивность кариозного процесса;
- минимизации факторов риска.

Оценка качества реставраций осуществляется по критериям Ruge (USPHS, 1971) или Каральника (1979).

*На все лекарственные препараты, назначенные для лечения конкретного пациента, необходимо выписать рецепты.*

### ***Пульпит***

Перечислить методы лечения пульпита (непрямая пульпотерапия, прямое покрытие пульпы, витальная или девитальная пульпотомия, пульпэктомия и др.). Указать, какие из них могут быть использованы у курируемого пациента, обосновать целесообразность выбранного метода (перечислить показания и противопоказания). Описать технику выполнения выбранного метода лечения, при этом указать:

- метод обезболивания;
- метод защиты от слюны (система коффердам, другой);
- девитализирующую пасту;
- пасту для покрытия дна кариозной полости или пульпы;
- методику препарирования корневого канала;
- антисептики для ирригации корневого канала;
- пасту для obturации корневых каналов временных зубов;
- силер для пломбирования корневых каналов постоянных зубов;
- способ obturации корневого канала;
- пломбировочный материал для восстановления анатомической формы коронки зуба;
- динамическое наблюдение (диспансеризация): оценить эффективность лечения (клинические и рентгенологические критерии оценки): непосредственно после его проведения; в ближайшие (1–3–6 месяцев) и в отдаленные сроки (1 год и более) или в сроки, предусмотренные конкретным методом лечения;
- прогноз заболевания.

*На все лекарственные препараты, используемые (назначенные) для лечения пациента, необходимо выписать рецепты.*

### ***Апикальный периодонтит***

Выбрать и обосновать метод лечения: консервативный, хирургический. Описать этапы выбранного метода лечения:

- метод обезболивания;
- способ оттока воспалительного экссудата;
- метод препарирования корневого канала (Crown Down, Step Back);
- растворы для ирригации корневого канала (вид антисептика, объем, концентрация);
- метод пломбирования корневого канала (временное, постоянное);
- паста для временного пломбирования корневого канала и силера для obturации канала;
- общая медикаментозная терапия (при остром или обострении хронического апикального периодонтита);

- динамическое наблюдение (диспансеризация): оценка эффективности лечения (клинические и рентгенологические критерии оценки);
- прогноз заболевания.

*На все лекарственные препараты, используемые (назначенные) для лечения пациента, необходимо выписать рецепты.*

### ***Заболевания слизистой оболочки полости рта***

Лечение заболеваний СОПР зависит от того, к какой группе заболеваний относится данное поражение: самостоятельное заболевание или это проявление общего заболевания. Если поражение СОПР является симптомом общего заболевания, то необходима консультация соответствующего врача-интерниста и согласование с ним плана лечения.

Общее лечение проводится, согласно протоколу лечения, и согласовывается с врачом-интернистом.

Местное лечение:

- устранение местных факторов риска;
- нормализация гигиены полости рта;
- местное лечение слизистой оболочки полости рта согласно протоколу лечения;
- после купирования острой формы заболевания оказание всех необходимых видов стоматологической помощи;
- динамическое наблюдение (диспансеризация): оценка эффективности лечения (длительность пребывания родителей на больничном листе по уходу за ребенком, наличие рецидива после перенесенного ОГС, частота рецидивов ХРГС).

Описать лечение конкретной нозологической формы заболевания курируемого пациента: комплексное, общее или местное; этиологическое, патогенетическое, симптоматическое, физиотерапевтическое лечение. Перечислить, какие методы лечения и препараты применяются в зависимости от формы течения и периода развития заболевания. На препараты, назначенные курируемому ребенку, необходимо выписать рецепты, указать параметры используемых методов физиотерапевтического лечения (мощность излучения, экспозиция и т. д.).

Составить прогноз заболевания, назначить противорецидивное лечение, план диспансерного наблюдения и консультацию специалистов при необходимости.

Последовательность мероприятий может быть изменена в зависимости от нозологической формы заболевания, степени тяжести и общего состояния пациента.

### **12. Дневник.**

Заполняется с первого дня курации и до ее окончания. В дневнике проводится запись о выполненных диагностических и лечебно-профилактических мероприятиях.

тических манипуляциях на этапах лечения пациента, отражается динамика заболевания и лечебных мероприятий.

Дата	Дневник (анамнез, статус, диагностические манипуляции, диагноз, лечебно-профилактические мероприятия)	Фамилия куратора

**13. Эпикриз** — краткое изложение истории болезни. В эпикризе после паспортной части в сжатом виде излагаются основные данные анамнеза: причины и факторы риска заболевания, его течение; результаты проведенного обследования и клинический диагноз (выставленный на основании данных анамнеза, клинических данных и дополнительных методов исследования), проведенное лечение и его результат, состояние пациента на момент окончания лечения, прогноз заболевания и рекомендации на будущее.

Эпикриз, как и история болезни в целом, имеет юридическое значение, поэтому должен быть оформлен четко и сопровождается датой и подписью куратора. Оформление эпикриза проводится по единой форме, которая приводится ниже.

## Эпикриз

Пациент \_\_\_\_\_

Ф. И. О., возраст

находился в \_\_\_\_\_

название лечебного учреждения

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Поступил с жалобами \_\_\_\_\_

Анамнестические данные \_\_\_\_\_

При объективном исследовании пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Данные дополнительных методов исследования \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Проведены консультации специалистов \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Пациенту проводилось следующее лечение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

В результате проведенного лечения отмечалась следующая динамика \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Рекомендации после проведенного лечения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись куратора \_\_\_\_\_

**Литература**, использованная при написании истории болезни.

Указываются фамилия и инициалы автора (авторов), название публикации, литературный источник, год издания, номер журнала, страницы.

*Пример:*

*Казеко, Л. А.* Современные методы дезинфекции корневых каналов зубов / Л. А. Казеко, И. Н. Федорова, О. А. Борисеева // Современная стоматология. 2009. № 1. С. 15–23.

*Атлас по реставрации молочных зубов.* Иллюстрированное руководство по реставрации молочных зубов с обширным кариозным поражением / М. С. Даггел [и др.]. М. : Лори, 2001. 134 с.

## Приложение 2.

### ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
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
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

### ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - ЧТЕНИЕ СНИМКОВ (текущий, рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность интерпретации обзорных рентгенологических снимков	0-20
2	Правильность интерпретации компьютерной томограммы (МРТ и КТ)	0-40
3	Правильность интерпретации рентгенологических снимков с контрастированием	0-20
4	Правильность интерпретации стоматологических индексов	0-20
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

### ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Предварительная оценка состояния больного по внешним признакам слюны	0-30
2	Правильность прочтения результатов общего анализа крови, мочи и биохимических показателей крови.	0-70
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

### ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - УЧАСТИЕ В ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ ПРОЦЕДУРАХ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-15
2	Оценка состояния полости рта	0-20
3	Обработка полости рта	0-25
4	Наложение материалов на зубы и десны	0-25
5	Умение пользоваться стоматологическим инструментарием	0-15
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА  
(текущий контроль)**

<b>№</b>	<b>Наименование показателя</b>	<b>Отметка (в %)</b>
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 (анатомия): их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-15
5	Логичность и последовательность устного высказывания	0-10
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ  
(рубежный, промежуточный контроль)**

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

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;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение 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%»

- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 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 правильно ответ – 5 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка (в %).

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
<b>ФОРМА</b>		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
<b>СОДЕРЖАНИЕ</b>		50
1	Соответствие теме	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, подкреплённых фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
<b>ПРЕЗЕНТАЦИЯ</b>		25
1	Титульный лист с заголовком	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	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
<b>ДОКЛАД</b>		15
	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
	Выполнение регламента	0-5
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

## 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 вытекающее 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	Заключенные 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».	
	Работа написана не по теме менее	40
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ  
(промежуточный контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	<b>ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ</b>	0-2
2	<b>ЖАЛОБЫ</b> (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в наст. время)	0-7
3	<b>АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ</b>	0-7
4	<b>АНАМНЕЗ ЖИЗНИ</b>	0-7
5	<b>ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:</b>	0-8
6	<b>ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	0-7
7	<b>КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ и ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА</b>	0-10
8	<b>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ</b>	0-7
9	<b>ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ</b>	0-8
10	<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	0-9
11	<b>ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ</b>	0-7
12	<b>ПРОТОЛ ОПЕРАЦИИ по схеме</b>	0-7
13	<b>ДНЕВНИК</b>	0-7
14	<b>ЭПИКРИЗ и ПРОГНОЗ</b>	0-7
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

**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:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в стоматологии

*Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.*

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

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

*Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна -две неточности в ответе.*

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

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

*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 ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)**

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

Отметкой **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с стоматологической патологией;
- проводит самостоятельно обследование пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных);
- грамотно формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов со стоматологической патологией, травмами внутренних органов, ожогами;
- ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует полное понимание проблемы. Профессионально владеет различными методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения стоматологических заболеваний у детей.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Отметкой **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- умеет ставить постановку проблемы собственными словами;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с стоматологической патологией;
- не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов;
- при этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

7

Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общем владеет различными методами лечения стоматологических заболеваний у детей, методами консервативного лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент

- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные

решения проблемы; не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;

- медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с стоматологической патологией;

- не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;

- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;

- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов;

- ранее не достаточно полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Отметкой **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу. Ранее плохо заполнял историю болезни.