

Фонд оценочных средств
по дисциплине «Имплантология и реконструктивная хирургия»

Уровень высшего образования
СПЕЦИАЛИТЕТ

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

Квалификация
Врач-стоматолог

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

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ОПК-5: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать: Морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека.	Блок А - задания репродуктивного уровня
	Уметь: Применять методы диагностики, в том числе с применением инструментальных медицинских изделий при диагностических исследованиях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.	Блок В - задания репродуктивного уровня
	Владеть: Способностью верификации диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей- специалистов.	Блок В, С - задания репродуктивного уровня
ПК-7: Готов к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и	Знать: Этиологию, патогенез, клинику основных стоматологических заболеваний с различными	Блок С - задания репродуктивного уровня

условиях дневного стационара.	Нозологическими формами; Основные виды и методы лечения больных с различными нозологическими формами Методы ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	
	Уметь: Правильно определить стоматологическое заболевание; Провести сравнение различных видов и методов лечения больных с различными нозологическими формами, разработать план лечения заболеваний челюстно-лицевой области Вести и лечить пациентов в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Блок В - задания репродуктивного уровня
	Владеть: Навыками анализа различных видов лечения и реабилитации больных с различными нозологическими формами Приемами поиска и сравнения разных методов лечения больных с различными нозологическими формами; Навыками ведения, лечения и реабилитации пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	Блок В, С - задания репродуктивного уровня

Технологическая карта дисциплины
«Имплантология и реконструктивная хирургия»

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
Модуль 1					
1. Биосовместимость дентальных имплантатов в полости рта	Текущий контроль	Посещаемость, успеваемость	5	10	26
	Рубежный контроль	тестирование	5	15	
Модуль 2					
2. Операция - имплантация дентальных имплантатов. Показания. Противопоказания. Ход операции.	Текущий контроль	Посещаемость, успеваемость	5	10	28
	Рубежный контроль	ситуационные задачи, деловые игры	10	10	
Модуль 3					
3. Ошибки и осложнения дентальной имплантации	Текущий контроль	Посещаемость, успеваемость	5	10	45
	Рубежный контроль	тестирование	10	15	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет)			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

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

Блок А

1. Основоположителем винтовой конструкции имплантатов является:
 - 1) Ch. Weiss
 - 2) J. Majillo
 - 3) П.И. Бранемарк
 - 4) Э. Варес
 - 5) Л. Линков
2. Пластинчатую конструкцию имплантатов (blade-went) разработал:
 - 1) Ch. Weiss
 - 2) J. Majillo
 - 3) П.И. Бранемарк
 - 4) Э. Варес
 - 5) Л. Линков
3. История развития стоматологической имплантологии в России связано с именем:
 - 1) Н.Н. Знаменского
 - 2) Н.И. Пирогова
 - 3) В.П. Филатова
 - 4) А.А. Лимберга
 - 5) Ю.И. Бернадского
4. В каком году была принята резолюция МЗ СССР о запрете имплантации зубов:
 - 1) 1949
 - 2) 1953
 - 3) 1957
 - 4) 1961
 - 5) 1964
5. В каком году в МЗ СССР сняло запрет о применении имплантации зубов.
 - 1) 1977
 - 2) 1984
 - 3) 1986
 - 4) 1989
 - 5) 1991
6. Имплантационный материал не должен:
 - 1) вызывать коррозию
 - 2) вызывать воспалительные процессы
 - 3) являться канцерогеном
 - 4) вызывать аллергические реакции
 - 5) быть биосовместимым
7. Для изготовления имплантатов используют:
 - 1) жидкость
 - 2) металл
 - 3) пластмассы
 - 4) каучук

- 5)газообразные вещества
- 8.На современном этапе наиболее отвечающим всем требованиям для изготовления имплантатов материалом является:
- 1)КХ сплав
 - 2)титан и его сплавы
 - 3)сплавы благородных металлов
 - 4)керамика
 - 5)ситаллы
- 9.Имплантационный титан, он же:
- 1)BT -10
 - 2)BT-7
 - 3)BT-64
 - 4)BT-87
 - 5)BT-32
- 10.Температурный интервал восстановления формы для имплантационного никелид титана:
- 1)-20- +15
 - 2)-15- +25
 - 3)-70- +10
 - 4)+25- +35
 - 5)+1- +7
- 11.Наиболее распространенный тип имплантации:
- 1)эндодонто-эндооссальный
 - 2)эндооссальный(внутрикостный)
 - 3)Внутрислизистый (инсерт-имплантация)
 - 4)подслизистый(субмукозный)
 - 5)Субпериостальный
- 12.Неразборные конструкции внутрикостных имплантатов применяются при
- 1)двухэтапной методике имплантации
 - 2)Внутрислизистой имплантации
 - 3)одноэтапной методике имплантации
 - 4)Субпериостальной имплантации
 - 5)Подслизистой имплантации
- 13.Методика непосредственной (иммедиат) имплантации заключается в:
- 1)установке имплантата в свежую лунку удаленного зуба
 - 2)установке исключительно одного вида имплантатов
 - 3)установке имплантата спустя 3 недели после удаления зуба
 - 4)установке имплантата после окончательного заживления костной раны в результате удаления зубов
 - 5)установке имплантата в области имеющегося дефекта
- 14.Разработчиком винтовой конструкции имплантатов является:
- 1)Ch.Weiss
 - 2)J.Majillo
 - 3)П.И.Бранемарк
 - 4)Э.Варес
 - 5)Л.Линков
- 15.Увеличение площади соприкосновения имплантата с костью достигается за счет:

- 1)обработки кислотой
 - 2)Лиофилизации
 - 3)Обезжиривания
 - 4)нанесения резьбы
 - 5)легирования
- 16.Феномен остеоинтеграции был открыт:
- 1)J.Majillo
 - 2)Ch.Weiss
 - 3)Л.Линков
 - 4)Э.Варес
 - 5)П.И.Бранемарк
- 17.Первичная стабильность установленного имплантата достигается за счет:
- 1)плотной посадки имплантата в кость
 - 2)физико-химических свойств имплантационного материала
 - 3)соблюдения правил асептики и антисептики во время операции
 - 4)правильного выбора методики имплантации
 - 5)индивидуальных особенностей организма
- 18.Непосредственный контакт между структурами элементами костной ткани (остеоны и трабекулы) и имплантатом, установившийся после заживления и структурной перестройки кости при котором поверхность имплантата и собственной костной ткани разделяет тонкий, толщиной от 100 до 200 А, слой частично минерализованного матрикса кости это:
- 1)остеомаляция
 - 2)дистантный остеогенез
 - 3)остеоинтеграция
 - 4)остеопороз
 - 5)фиброosteоинтеграция
- 19.Опосредованный контакт между структурными элементами кости и поверхностью имплантата, когда имеется прослойка соединительной ткани, которая может быть представлена как слоем неминерализованного органического матрикса кости, толщиной более 200 А, так и фиброзной тканью это:
- 1)остеомаляция
 - 2)фиброosteоинтеграция
 - 3)контактный
 - 4)остеоинтеграция
 - 5)остеопороз
- 20.Адекватная жевательная нагрузка на имплантатах способствует:
- 1)деструкции костной ткани
 - 2)полноценной интеграции имплантатов с костью
 - 3)деинтеграции имплантатов
 - 4)Разрушению протезо-имплантатной системы
 - 5)возникновению периимплантатов
- 21.При осмотре полости рта пациента с целью дентальной имплантации наиболее значимую роль играет:
- 1)состояние уздечки верхней губы
 - 2)состояние челюстной кости

- 3)состояние оставшихся зубов
 - 4)состояние уздечки языка
 - 5)состояниедр.органов полости рта
- 22.Наиболее информативной R-снимок в дентальной имплантологии:
- 1)в переднее –лицевой проекции (фас)
 - 2)прицельныйR-снимок,
 - 3)вполуаксиальной проекции
 - 4)ортопантомограмма
 - 5)R-снимок черепа
- 23.Толщину альвеолярного гребня в полости рта исследует с помощью:
- 1)пинцета
 - 2)иглы с резиновым кружочком,
 - 3)иглодержателя
 - 4)специального циркуля
 - 5)зажима
- 24.Толщину слизистой оболочки в зоне имплантации исследуют с помощью:
- 1)пинцета
 - 2)иглы с резиновым кружочком
 - 3)иглодержателя
 - 4)специального циркуля
 - 5)зажима
- 25.Абсолютными противопоказаниями к проведению имплантации являются все нижеперечисленные, кроме:
- 1)злокачественные опухоли
 - 2)ВИЧ-инфекция
 - 3)компенсированный сахарный диабет второй формы
 - 4)эпилепсия
 - 5)заболевания ССС,ЖКТ,печени, почек в стадии декомпенсации
- 26.Диаметр цилиндрических имплантатов равен:
- 1) 2мм
 - 2) 3мм
 - 3) 4 мм
 - 4) 5мм
- 27.Температурный интервал восстановления формы в градусах?
- 1)+10С +25С
 - 2)-10С +25С
 - 3)+15С +35С
 - 4)0С +45С
 - 5)15С -0С
- 28.Пористые имплантаты изготавливаются из:
- 1)никелида титана,
 - 2)золота
 - 3)керамики
 - 4)серебра
 - 5)титана
- 29.Каких видов бывают имплантаты из никелида титана?
- 1)внутрикостные
 - 2)внутрислизистые

- 3) поднадкостничные,
4) поднадкостнично-внутрикостные
30. Кто из нижеперечисленных авторов работал с имплантатами, снабженными механически активными элементами?
- 1) Миргазизов,
2) Жевирадзе
3) Колопков
4) Шаргородский
5) Иванов

Блок Б

Задача 1

Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи дентальных имплантатов. Обратился с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи. В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течении жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а так же из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может. Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти. Отсутствуют: 1.8-1.1, 2.1-2.8, 3.5, 4.4, 4.6. Прикус – не фиксирован. На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции верхушек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1.0 см, с четкими границами.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?

Задача 2

Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 1.2, 1.1, 2.1. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике.

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

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

Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 1.2, 1.1, 2.1 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы.

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

Вопросы и задания:

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

Задача 3

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

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

При обследовании состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезио-дистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

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

Задача 4

Пациент К., 43 года, обратился для консультации по поводу установки дентального имплантата на верхней челюсти слева в области отсутствующих 25–27 зубов. Из анамнеза установлено, что на протяжении 3-х лет страдает хроническим левосторонним верхнечелюстным синуситом, в связи с чем неоднократно обращался к ЛОР-врачу в периоды обострений. 25, 26, 27 зубы удалены в связи с осложнением кариеса. На ортопантомограмме определяется пневматический тип верхнечелюстной пазухи, расстояние от гребня альвеолярного отростка в зоне 26–27 до дна пазухи составляет 5 мм.

1. Определите возможность дентальной имплантации.

Задача 5

После установки двухэтапного винтового имплантата в зоне 35 зуба три недели тому назад пациентка А. обратилась с жалобой на появление малоболезненного выбухания над имплантатом. При осмотре обнаружен небольшой воспалительный инфильтрат размером около 5 мм над имплантатом, установленном в области установленного имплантата 35. При его зондировании получено незначительное гнойное отделяемое. На рентгенограмме определяется краевая резорбция костной ткани у шейки имплантата около 1 мм.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите врачебную тактику.

Задача 6

Пациентка Е., 42 года, предъявляет жалобы на боли верхней челюсти слева, болезненное накусывание, гнойные выделения из левой половины носа. Со слов больной, 7 лет назад в области верхней челюсти слева был установлен дентальный имплантат и затем металлокерамический мостовидный протез. Около двух лет назад перенесла двусторонний верхнечелюстной синусит и фронтит, по поводу чего проходила курс лечения в стационаре, но обострения повторялись. Направлена ЛОР-врачом на консультацию. При осмотре полости рта: на верхней челюсти слева имеется металлокерамический мостовидный протез с опорой на имплантат зубы 23–24 зубы. Перкуссия его болезненна, подвижности не определяется. Слизистая оболочка ярко-розового цвета, пальпация альвеолярного отростка болезненна. На ортопантограмме в проекции 25–27 зубов определяется пластиночный имплантат, окруженный по периметру линией разрежения костной ткани шириной 1–1,5 мм; верхняя костная граница отсутствует.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причину заболевания.
3. Определите лечебную тактику и возможные последствия.

Задача 7

Пациент Н., 36 лет, через месяц после установки двухэтапного винтового имплантата в области отсутствующего 15 зуба предъявляет жалобы на заложенность носа и гнойное отделяемое, нарушение работоспособности. В полости рта визуальна заглушка в зоне 15, подвижная при зондировании; окружающая слизистая оболочка гипертрофирована и гиперемирована. На дентальной R-грамме определяется выведение внутрикостной части имплантата в верхнечелюстную пазуху на 3 мм; контуры кости, окружающей тело имплантата, размыты.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причину заболевания.
3. Определите лечебную тактику.

Задача 8

Пациентка М., 35 лет, обратилась с жалобой на онемение кожи подбородка слева после установки одноэтапного винтового имплантата в области отсутствующего 35 зуба 2 дня тому назад. На R-грамме нижней челюсти слева в боковой проекции определяется внутрикостная часть имплантата, концевым отделом перекрывающая нижнечелюстной канал в области 35 зуба.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причину заболевания.
3. Определите лечебную тактику.

Задача 9

Пациент Д., 32 года, направлен ортопедом-стоматологом на удаление 45 зуба в связи с хроническим периодонтитом. Жалоб на боли не предъявляет. Местный статус: коронка 45 зуба разрушена, перкуссия безболезненна, слизистая розового цвета. Ширина альвеолярного отростка в области 45 зуба составляет 5,5 мм. 44 зуб интактный, 46 зуб покрыт металлокерамической коронкой. На дентальной R-грамме периапикальных изменений не определяется.

1. Предложите пациенту варианты стоматологической реабилитации.
2. Выберите оптимальный способ лечения и обоснуйте его.

Блок С

Перечень вопросов для промежуточной аттестации:

1. Что означает термин «имплантат»?
2. Требования, предъявляемые к материалам для внутрикостных имплантатов.
3. Кто открыл феномен остеоинтеграции имплантатов и в чем его суть?
4. Влияет ли поверхность имплантата на процессы остеоинтеграции?
5. Какова макроструктура кости верхней и нижней челюсти?
6. Назовите виды регенерации костной ткани?
7. Как происходит репаративная регенерация?
8. Что такое физиологическая регенерация?
9. Расскажите, что такое остеопороз, его виды и этиопатогенез?
10. Какие факторы способствуют развитию регионарного остеопороза?
11. Какова роль витаминов и гормональной системы в регуляции биохимического обмена костной ткани?
12. От каких факторов зависит изменения архитектоники челюстных костей?
13. Назовите виды интеграции дентальных имплантатов?
14. Каковы условия для осуществления остеоинтеграции?
15. Как влияет функциональная нагрузка на костную ткань?
16. Назовите местные противопоказания к дентальной имплантации?
17. Назовите общие противопоказания к дентальной имплантации?
18. Какие условия необходимо соблюдать при проведении имплантации?
19. Расскажите строение цилиндрического винтового имплантата?
20. Какие имплантационные материалы разработаны в НИИ медицинских материалов

и имплантатов с памятью формы
(г. Томск)?

21. Какие виды дентальной имплантации Вы знаете?

145

22. Классификация дентальных имплантатов.

23. Что такое контактный, дистантный остеогенез и функциональный анкилоз?

24. Расскажите какие оперативные вмешательства проводятся при неблагоприятных анатомо-топографических условиях?

25. Перечислите ключевые факторы для планирования имплантации?

26. Назовите инструменты и оборудования необходимые для формирования имплантационного ложа?

27. Что необходимо учитывать при разработке плана лечения?

28. Какие дентальные имплантаты разработаны в г. Томске, их особенности?

29. Чем обусловлены послеоперационные осложнения?

30. Возможные осложнения во время установки имплантатов.

31. Назовите осложнения, возникающие в период функционирования имплантатов?

32. Каковы критерии оценки эффективности имплантации?

33. Назовите основные принципы протезирования на имплантатах?

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

1. Тест (оценка уровня обученности «знать»)

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

Шкала оценивания выполненных тестов

В одном тестовом задании 50 закрытых вопросов.

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

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания ситуационной задачи (текущий контроль) в %

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

3. Контрольная работа

Шкала оценивания контрольной работы (рубежный контроль) в %:

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

4. Промежуточный контроль

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА

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

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

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

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

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

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

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

1. Правильность анализа клинической ситуации – умение выделять основные жалобы пациента, данные анамнеза, результаты объективного обследования и диагностических исследований.
2. Обоснованность клинического мышления – способность формулировать предварительный диагноз, проводить дифференциальную диагностику и аргументировать принятые решения.
3. Выбор методов обследования – умение определять необходимые лабораторные, инструментальные и лучевые методы диагностики, применяемые в челюстно-лицевой хирургии.
4. Разработка плана лечения – способность составлять рациональный план хирургического и консервативного лечения с учетом клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи.
5. Практические навыки и алгоритм действий – умение последовательно выполнять клинические манипуляции, владение основными методами диагностики и лечения в челюстно-лицевой хирургии.
6. Использование профессиональной терминологии – правильное применение медицинской терминологии и корректное оформление ответа.
7. Самостоятельность и логичность выполнения задания – способность последовательно и обоснованно излагать ход решения задачи и делать клинические выводы.

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

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

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

Отметкой неудовлетворительно (0-59 баллов) оценивается задание выполнено неправильно или не выполнено. Обучающийся не способен правильно

проанализировать клиническую ситуацию, допускает грубые ошибки при постановке диагноза и выборе тактики обследования и лечения. Практические навыки и алгоритм решения задания не продемонстрированы, ответ фрагментарный или отсутствует.

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

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

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

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

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

Оценка промежуточного контроля:

- min 10 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 10-30 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению и полного выполнения контрольного задания).

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

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

1. После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня.
2. При подготовке к следующей лекции, нужно просмотреть текст предыдущего материала, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции.
3. В течение недели выбрать время для работы с рекомендуемой литературой.
4. Для подготовки к практическим занятиям и выполнению самостоятельной работы необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. Рекомендуется использовать методические указания по курсу, конспекты лекций.
5. При выполнении задания нужно сначала понять, что требуется в нем, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план выполнения, а затем приступить к заданию и сделать качественный вывод.
6. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

7. Отработки пропущенных занятий.

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

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

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

Отработка практических занятий.

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

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

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

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

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

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К ТЕСТУ

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

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕШЕНИЮ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

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

При решении ситуационной задачи обучающемуся рекомендуется придерживаться следующего алгоритма:

1. **Внимательно** **изучить** **условие** **задачи**
Необходимо определить основные данные: жалобы пациента, анамнез заболевания, анамнез жизни, результаты объективного осмотра и дополнительные методы исследования.

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

3. **Сформулировать** **предварительный** **диагноз**
На основании анализа жалоб, анамнеза и клинических данных необходимо определить наиболее вероятный диагноз.
4. **Провести** **дифференциальную** **диагностику**
Следует рассмотреть заболевания со сходной клинической картиной и обосновать, почему они исключаются.
5. **Определить** **план** **дополнительного** **обследования**
Необходимо указать необходимые лабораторные, инструментальные и лучевые методы диагностики (рентгенография, КТ, ортопантомография, лабораторные исследования и др.).
6. **Составить** **план** **лечения**
Следует определить тактику лечения пациента с учетом клинических рекомендаций:
1. хирургическое лечение;
 2. медикаментозная терапия;
 3. физиотерапевтические методы;
 4. послеоперационное ведение пациента.
7. **Описать** **возможные** **осложнения** **и** **их** **профилактику**
Необходимо указать наиболее вероятные осложнения заболевания или хирургического вмешательства и меры их предупреждения.
8. **Сделать** **обоснованное** **заключение**
Ответ должен быть логичным, последовательным и содержать клиническое обоснование принятых решений с использованием профессиональной медицинской терминологии.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЕ

При подготовке к решению контрольной работы необходимо:

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