

Электронная цифровая подпись



Утверждено 31 мая 2018 г.  
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ  
по дисциплине «ФТИЗИАТРИЯ»**

**Специальность 31.05.03 Стоматология  
(уровень специалитета)  
Направленность Стоматология  
Форма обучения: очная  
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог  
Срок обучения: 5 лет**

**1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы**

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.	Общее понятие о туберкулезной инфекции.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
2.	Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза полости рта	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания

**2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины –п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);

- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;

-решение ситуационных задач;

-курация больного;

-разбор тематического больного;

-разбор истории болезни;

- написание рефератов, (презентаций), эссе;

- иные формы контроля, определяемые преподавателем

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

**2.1. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

**2.1.1.Тестовые задания текущего контроля успеваемости (по темам или разделам)**

**Тема 1. Общее понятие о туберкулезной инфекции.**

**1. Туберкулезный горб обнаружен у человека, который жил во времена:**

- 1) первобытно-общинного строя;
- 2) каменного века;
- 3) бронзового века;
- 4) медного века;
- 5) средневековья.

**2. Термин «туберкулез» был введен в медицину:**

- 1) Я. Сильвиусом;
- 2) Р. Мортонном;
- 3) Р. Лаэннеком и Шенлейном;
- 4) Гиппократом;
- 5) Ю. Конгеймом и Б. Вильменом.

**3. Одним из первых инфекционную природу туберкулеза предположил:**

- 1) Гален;

- 2) Авиценна;
- 3) Гиппократ;
- 4) Р. Кох;
- 5) Б. Вильмен.

**4. Инфекционная природа туберкулеза была научно доказана:**

- 1) Б. Вильменом;
- 2) Р. Мортонном;
- 3) Ю. Конгеймом;
- 4) Р. Кохом;
- 5) Я. Сильвиусом.

**5. Среди факторов, способствующих развитию туберкулеза, Кох особенно подчеркивал роль:**

- 1) венерических заболеваний;
- 2) ВИЧ-инфекции;
- 3) применения гормональных препаратов;
- 4) социального неблагополучия;
- 5) табакокурения.

**6. В процессе работы с культурой микобактерий туберкулеза (МБТ) Кохом был создан:**

- 1) стрептомицин;
- 2) туберкулин;
- 3) кахектин;
- 4) корд-фактор МБТ;
- 5) фрагмент 16S рРНК.

**7. Принципиальная возможность использования туберкулина для обнаружения присутствия МБТ в организме человека была доказана:**

- 1) Ш. Манту;
- 2) К. Пирке;
- 3) С. Эрлихом;
- 4) А. Гоном;
- 5) Р. Кохом.

**8. Принципиальные изменения в представлениях о патогенезе туберкулеза были внесены:**

- 1) Н. Аничковым;
- 2) Ф. Цилем и Ф. Нельсеном;
- 3) А. Абрикосовым;
- 4) Ф. Менделем;
- 5) И. Давыдовским.

**9. Внутривенная туберкулиновая проба разработана:**

- 1) К. Пирке;
- 2) Ш. Манту и Ф. Менделем;
- 3) Р. Кохом;
- 4) Ф. Цилем и Ф. Нельсеном;
- 5) А. Кальметом и К. Гереном.

**10. Противотуберкулезная вакцина была создана и апробирована:**

- 1) А. Кальметом и К. Гереном в 1921 г. во Франции;
- 2) Ш. Манту и Ф. Менделем в 1910 г. в Швейцарии;
- 3) Р. Кохом в 1989 г. в Германии;
- 4) Ф. Цилем и Ф. Нельсеном в 1982-1984 г. в Швеции;
- 5) В. Рентгеном в 1895 г. в Германии.

**11. Первый патогенетически обоснованный и эффективный метод лечения туберкулеза легких предложил:**

- 1) Р. Кох;
- 2) К. Форланини;
- 3) А. Рубель;
- 4) С. Ваксман;
- 5) Ф. Мендель.

**12. Первый эффективно действующий на МБТ лекарственный препарат был получен:**

- 1) Р. Кохом;
- 2) К. Форланини;

- 3) А. Рубелем;
- 4) С. Ваксманом;
- 5) Ф. Менделем.

**13. Первой страной, в которой был организован противотуберкулезный диспансер, стала:**

- 1) Франция;
- 2) Англия;
- 3) Италия;
- 4) Германия;
- 5) Швейцария.

**14. Год создания Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом:**

- 1) 1900;
- 2) 1905;
- 3) 1910;
- 4) 1915;
- 5) 1920.

**15. Год создания первого НИИ туберкулеза в России:**

- 1) 1918;
- 2) 1928;
- 3) 1938;
- 4) 1948;
- 5) 1958.

**16. Регулярным печатным органом Всероссийского общества фтизиатров является журнал:**

- 1) «Пульмонология»;
- 2) «Проблемы туберкулеза»;
- 3) «Туберкулез и болезни легких»;
- 4) «Терапевтический архив»;
- 5) «Вопросы туберкулеза».

**17. Туберкулез у человека чаще вызывают:**

- 1) M. bovis;
- 2) M. tuberculosis;
- 3) M. kansasii;
- 4) M. fortunatum;
- 5) M. avium-intracellulare.

**18. Нетуберкулезные микобактерии могут вызвать у человека:**

- 1) псевдотуберкулез;
- 2) первичный туберкулез;
- 3) микобактериоз;
- 4) вторичный туберкулез;
- 5) диссеминированный туберкулез.

**19. M. bovis чаще выявляют у заболевших туберкулезом жителей:**

- 1) крупных промышленных центров;
- 2) сельской местности;
- 3) высокогорной местности;
- 4) городов, расположенных на морском побережье;
- 5) населенных пунктов, расположенных в сейсмоопасных районах.

**20. Внегочный туберкулез чаще отмечают у людей, инфицированных:**

- 1) M. tuberculosis;
- 2) M. kansasii;
- 3) M. bovis;
- 4) M. fortunatum;
- 5) M. avium-intracellulare.

Ответы:

вопрос	ответ	вопрос	ответ
<b>1</b>	2	<b>11</b>	2
<b>2</b>	3	<b>12</b>	4
<b>3</b>	5	<b>13</b>	2

4	4	14	3
5	4	15	1
6	2	16	3
7	5	17	2
8	3	18	3
9	2	19	2
10	1	20	3

## Тема 2. Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза полости рта

### 1. Микобактериозы чаще диагностируют у больных:

- 1) сахарным диабетом;
- 2) ВИЧ-инфекцией;
- 3) хроническим бронхитом;
- 4) язвенной болезнью желудка;
- 5) алкоголизмом.

### 2. Полная расшифровка генома МБТ - крупное научное достижение:

- 1) начала IX века;
- 2) конца IX века;
- 3) начала XX века;
- 4) конца XX века;
- 5) начала XXI века.

### 3. МБТ нельзя считать бациллами, потому что:

- 1) они имеют примитивное ядро без оболочки;
- 2) форма МБТ палочковидная;
- 3) в их цитоплазме отсутствует аппарат Гольджи;
- 4) в их цитоплазме отсутствуют лизосомы;
- 5) они не образуют спор.

### 4. Микрокапсула МБТ имеет:

- 1) 1-2 слоя;
- 2) 2-3 слоя;
- 3) 3-4 слоя;
- 4) 4-5 слоев;
- 5) 5-6 слоев.

### 5. Микрокапсула МБТ обладает:

- 1) ярко выраженными антигенными свойствами;
- 2) липидным составом;
- 3) высокой токсичностью для человека;
- 4) высокой серологической активностью;
- 5) слабой связью со стенкой МБТ.

### 6. В состав клеточной стенки МБТ входят:

- 1) ДНК;
- 2) фосфолипиды;
- 3) РНК;
- 4) соли кальция;
- 5) соли аморфных фосфатов.

### 7. Формирование лекарственной устойчивости у МБТ сопровождается:

- 1) утолщением клеточной стенки;
- 2) появлением пор в клеточной стенке;
- 3) истончением клеточной стенки;
- 4) принципиальным изменением состава клеточной стенки;
- 5) нестабильностью структуры клеточной стенки.

### 8. Корд-фактор МБТ - это:

- 1) оболочка ядерной субстанции;
- 2) компонент микрокапсулы;
- 3) ядрышко ядерной субстанции;
- 4) компонент клеточной стенки;
- 5) фрагмент мезосомы.

**9. Цитоплазма МБТ содержит:**

- 1) митохондрии;
- 2) лизосомы;
- 3) аппарат Гольджи;
- 4) гистоны;
- 5) микрогранулы.

**10. Степень родства МБТ позволяет оценить детальное исследование:**

- 1) микрокапсулы;
- 2) химического состава стенки МБТ;
- 3) корд-фактора;
- 4) рРНК микрогранул;
- 5) митохондрий цитоплазмы.

**11. Ядерная субстанция МБТ обеспечивает:**

- 1) стабильность размеров и формы возбудителя туберкулеза;
- 2) осмотическую защиту;
- 3) химическую защиту;
- 4) передачу наследственных признаков;
- 5) индукцию воспалительной реакции.

**12. Внутриплазматическая мембранная система МБТ называется:**

- 1) фагосомой;
- 2) лизосомой;
- 3) мезосомой;
- 4) микрокапсулой;
- 5) эндосомой.

**13. Носителями антигенных свойств МБТ являются:**

- 1) липиды оболочки ядра;
- 2) туберкулопротеиды;
- 3) полисахариды микрокапсулы;
- 4) полисахариды клеточной стенки;
- 5) липиды микрокапсулы.

**14. Размножение МБТ происходит преимущественно:**

- 1) почкованием;
- 2) путем простого деления;
- 3) ветвлением;
- 4) почкованием и ветвлением;
- 5) путем простого деления и ветвлением.

**15. МБТ погибают при воздействии прямого солнечного света в течение:**

- 1) 1,5 ч;
- 2) 3,5 ч;
- 3) 5,5 ч;
- 4) 7,5 ч;
- 5) 10 ч.

**16. При культивировании первые признаки роста МБТ макроскопически обычно обнаруживают по истечении:**

- 1) 1-2 сут;
- 2) 3-5 сут;
- 3) 5-10 сут;
- 4) 5-20 сут;
- 5) 5-30 сут.

**17. Появление нитевидных, актиномицетных, зернистых и кокковидных форм МБТ обусловлено:**

- 1) преобладанием в бактериальной популяции штаммов, устойчивых к лекарствам;
- 2) ускоренным ростом бактериальной популяции;
- 3) длительной внутриклеточной локализацией возбудителей;
- 4) преобладанием размножения путем простого деления;
- 5) воздействием на возбудителя неблагоприятных факторов.

**18. Устойчивость МБТ к противотуберкулезным препаратам отличается высоким уровнем полиморфизма и доминантно наследуется при мутациях ДНК:**

- 1) мезосомы;
- 2) микросомы;
- 3) хромосом;
- 4) плазмид;
- 5) митохондрий.

**19. «Молекулярными часами» эволюции часто называют:**

- 1) ДНК плазмид;
- 2) рРНК;
- 3) корд-фактор;
- 4) ДНК хромосом;
- 5) РНК плазмид.

**20. Осмотическую защиту МБТ в основном обеспечивает:**

- 1) микросома;
- 2) корд-фактор;
- 3) плазмиды;
- 4) цитоплазматическая мембрана цитоплазмы;
- 5) клеточная стенка.

Ответы:

вопрос	ответ	вопрос	ответ
1	2	11	4
2	4	12	3
3	5	13	2
4	3	14	2
5	4	15	1
6	2	16	4
7	3	17	5
8	4	18	4
9	5	19	2
10	4	20	5

**2.2. Перечень тематик рефератов и презентаций для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)**

**Тема 1. Общее понятие о туберкулезной инфекции**

1. Дифференциальная диагностика ТБ полости рта и сифилиса.
2. Дифференциальная диагностика ТБ полости рта и рака.
3. ТБ полости рта у больных сахарным диабетом.
4. ТБ полости рта у беременных.
5. ТБ полости рта у пожилых.

**Тема 2. Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза полости рта**

6. ТБ полости рта у ВИЧ-инфицированных.
7. ТБ полости рта у наркоманов.
8. ТБ полости рта при хроническом алкоголизме.
9. ТБ полости рта у больных психическими заболеваниями.
10. Дифференциальная диагностика ТБ кожи.
11. Дифференциальная диагностика ТБ костей и суставов.

Темы рефератов могут быть предложены преподавателем из вышеперчисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем.

**2.3. Перечень тематик для написания эссе.**

**Тема 1. Общее понятие о туберкулезной инфекции**

1. Этиология и эпидемиология туберкулеза. Патогенез и патологическая анатомия. Методы клинической диагностики туберкулеза
2. Аллергия и иммунитет при туберкулезе. Туберкулинодиагностика. Специфическая

профилактика туберкулеза.

3. Классификация туберкулеза. Туберкулезная интоксикация. Первичный туберкулезный комплекс. Дифференциальная диагностика.

4. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Осложнения первичного туберкулеза. Принципы дифференциальной диагностики синдрома изменения корня легкого.

5. Диссеминированный туберкулез легких, милиарный туберкулез легких.

6. Очаговый туберкулез легких.

7. Инфильтративный туберкулез легких. Туберкуломы.

8. Казеозная пневмония.

9. Кавернозный, фиброзно-кавернозный, цирротический туберкулез легких.

**Тема 2. Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза полости рта**

10. Внелегочный туберкулез.

11. Туберкулезный плеврит.

12. Туберкулез верхних дыхательных путей, полости рта, трахеи, бронхов

13. Туберкулезный менингит.

14. Организация борьбы с туберкулезом

15. Работа врача общей лечебной сети по выявлению и профилактике туберкулеза. Туберкулез легких, комбинированный с другими заболеваниями.

16. Лечение туберкулеза.

17. Проверка подобных заданий с развернутыми ответами проводится в соответствии со стандартизированными инструкциями, содержащими эталон оптимального ответа с описывающими его характеристиками и признаками качества:

#### **2.4. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости**

##### **Тема 1. Общее понятие о туберкулезной инфекции.**

###### **Ситуационная задача 1.**

Больной К 48 лет, обратился с жалобами на слабость и одышку, боли в грудине, приступообразный кашель. В полости рта на слизистой оболочки мягкого неба отмечается язва с изъеденными краями неправильной формы. На дне язвы отмечаются папилломатозные разрастания напоминающие сочную малину.

Поставьте заключительный диагноз.

Врачебная тактика.

Эталон ответа. Туберкулезная волчанка (люпома). Больного необходимо направить в противотуберкулезный диспансер для обследования и подтверждения диагноза.

###### **Ситуационная задача 2.**

Мужчина 45-ти лет страдает фиброзно-кавернозным туберкулезом верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ (+). Длительность заболевания более 2,5 лет. Лечится не регулярно. Злоупотребляет алкоголем. В течение последних 6-8 месяцев беспокоят постоянные ноющие боли в 12 зубе, усиливающиеся при надкусывании, головная боль. Направлен к стоматологу для санации полости рта.

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать в данном случае?

2. Какие вероятные локальные проявления заболевания будут выявлены при осмотре?

**Эталон ответа.**

1. Периодонтит туберкулезной этиологии.

2. Выявляется отечность слизистой оболочки по переходной складке, увеличение регионарных лимфоузлов. При осмотре слизистой оболочки в области проекции верхушки корня зуба, поражение которого явилось причиной возникновения абсцесса, определяется выпячивание, слизистая оболочка над которым имеет синюшный оттенок. В области абсцесса обнаруживают свищ или рубец. При пальпации мягких тканей, окружающих пораженный зуб, на десне остается ямка от надавливания, которая является косвенным доказательством разрушения подлежащей костной ткани альвеолы. Зубы не выдерживают функциональных нагрузок из-за поражения тканей, фиксирующих зуб, и снижения его механической плотности и разрушаются. Рентгенологические проявления в виде крупных (более 0,5 см) и средних (0,2-0,4 см) околозубных очагов у верхушки корня с нечеткими контурами, свидетельствуют о прогрессирующем течении.

**Тема 2. Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза полости рта.**



### **Ситуационная задача 1.**

Больной Н. страдает открытой формой туберкулеза.

В полости рта отмечается язва до 2,5 см диам. Язва неправильной формы, с изъеденными подрытыми краями, мягкой консистенции. На дне язвы определяется небольшое количество желто-серых бугорков в виде пятнышек.

вопросы.

1. Какую форму туберкулеза можно заподозрить.

2. Врачебная тактика.

Эталон ответа.

1 милиарно-язвенный туберкулез (*tuberculosis miliaris ulcerosa*).

2. Обследовать больного по схеме и направить в туб. диспансер:

Субъективные (сбор анамнеза *vitae* и *morbi*)

Объективные методы

а) основные

Зондирование

Осмотр

Пальпация

б) Дополнительные исследования

диаскопия

исследования региональных лимфатических узлов

исследование при помощи лучей лампы Вуда

4. Направление для специальных исследований:

а) микроскопия

б) проба Манту.

в) анализ крови

5. Лечение:

а) направление в тубдиспансер.

### **Ситуационная задача №2.**

Больной 47 лет, обратился с жалобами на язву в полости рта.

Из анамнеза выяснено, что больной находится на учёте в туберкулёзном диспансере.

Объективно: Язва поверхностная, малоблезненная, дно покрыто желтоватым или желтовато-красным налетом, при наличии разрастающихся грануляций — напоминающее малину. При надавливании пуговчатым зондом, зонд проваливается.

1. Какой первичный элемент предшествует язве:

а. пятно

б. бугорок

в. узелок

г. киста

д. пузырёк

2. Какой симптом был выявлен при исследовании пуговчатым зондом

а. симптом Никольского

б. симптом «яблочного желе»

в. симптом Пospelова

г. симптом вазопареза

д. симптом дрожания гранулёмы

3. Какое исследование можно провести дополнительно

а. ЭОД

б. термометрия

в. симптом Никольского

г. симптом «яблочного желе»

д. перкуссия

**эталон ответа.**

Бугорок.

Симптом «яблочного желе»

### **3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет**

#### **3.1. Вопросы к зачету (ОПК-9)**

1. Задачи в области борьбы с туберкулезом на современном этапе.
2. Работа врача общелечебной сети по раннему выявлению туберкулеза.
3. Методы раннего выявления туберкулеза.
4. Состояния, подозрительные на туберкулез органов дыхания.
5. Заболевания, повышающие риск развития туберкулеза.
6. Физиологические состояния, снижающие сопротивляемость организма к туберкулезу.
7. Признаки своевременного и несвоевременного выявления туберкулеза.
8. Причины несвоевременного выявления туберкулеза.
9. Морфологические признаки специфического туберкулезного воспаления.
10. Строение туберкулезного бугорка.
11. Параспецифические реакции и их значение в клинике туберкулеза.
12. Внелегочные формы туберкулеза.
13. Группы риска по внелегочному туберкулезу.
14. Туберкулез полости рта.
15. Дифференциальная диагностика ТБ полости рта.
16. Волчанка. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
17. Скрофулодерма.
18. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
19. Милиарно-язвенный ТБ полости рта.
20. Первичный ТБ полости рта.
21. Туберкулез нижней челюсти.
22. ТБ лицевых костей.
23. Дифференциальная диагностика ТБ и остеомиелита.
24. Дифференциальная диагностика ТБ и сифилиса.
25. Дифференциальная диагностика ТБ и рака ротовой полости.
26. Принципы комплексного лечения больных туберкулезом.
27. Побочные явления при противотуберкулезной терапии и пути их устранения.
28. Организация борьбы с туберкулезом.
29. Группировка диспансерных контингентов.
30. Критерии клинического излечения больных туберкулезом легких.
31. Классификация очагов туберкулезной инфекции.
32. Санитарно-профилактические мероприятия в туберкулезном очаге.
33. Химиопрофилактика туберкулеза.

**4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.**

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой разделов (*тем*) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

#### 4. 1 Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-9	<p>способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач</p>	<p><b>Знать:</b> строение, топографию и развитие клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма</p>
		<p><b>Уметь:</b> использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированные умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>
		<p><b>Владеть:</b> представлением о многоуровневом принципе</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения представлением о</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения представлением о многоуровневом</p>

		<p>строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связей внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связей внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связей внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>
--	--	---	---	--

## 4.2. Шкала, и процедура оценивания

### 4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.

### 4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

#### Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

#### Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

#### Для оценки рефератов:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

#### Для оценки презентаций:

Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации

(графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

#### **Для оценки эссе.**

❖ Оценка «отлично» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, высказывает собственное мнение по поводу проблемы, грамотно формирует и аргументирует выводы.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, но не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, при этом высказывает собственное мнение по поводу проблемы и грамотно, но не достаточно четко аргументирует выводы.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если студент не выделил основной проблемный вопрос темы, плохо структурирует материал, слабо владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, не высказывает собственное мнение по поводу проблемы и не достаточно четко аргументирует выводы.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Студент не ориентирован в проблеме, затрудняется проанализировать и систематизировать материал, не может сделать выводы.

#### **Для оценки решения ситуационной задачи:**

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы.

#### **Для разбора тематического большого**

**Отлично** – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

**Хорошо** – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Удовлетворительно** – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Неудовлетворительно** – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

#### **Для курации больного**

**Отлично**- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

**Хорошо** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

**Удовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

**Неудовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения.

#### **Для разбора истории болезни**

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

### **4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.**

#### **Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)**

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.