

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 «РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ»**

**Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)**

Направленность Стоматология

для лиц на базе среднего профессионального образования

(31.00.00 Клиническая медицина, 34.00.00 Сестринское дело), высшего образования

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	Критерии оценивания
1	Медицинская реабилитация: цели, задачи, этапы, особенности реабилитационных лечебных учреждений и их структура	ОПК-6 ПК-1	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
2	Основные методы медицинской реабилитации: классификация, механизмы воздействия	ОПК-6 ПК-1	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
3	Медицинская реабилитация больных с заболеваниями пародонта	ОПК-6 ПК-1	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
4	Медицинская реабилитация больных при врожденных аномалиях челюстно-лицевой области	ОПК-6 ПК-1	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
5	Медицинская реабилитация больных при артрозах и артритах височного нижнечелюстного сустава	ОПК-6 ПК-1	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
6	Медицинская реабилитация больных с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области Медицинская реабилитация больных после травм и операций челюстно-лицевой области.	ОПК-6 ПК-1	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. 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;
- подготовка доклада/устного реферативного сообщения;
- решение ситуационных задач;
- 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. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема 1.

1. Общие правила проведения реабилитационных мероприятий:

1. Раннее начало
2. Непрерывность, этапность
3. Комплексный подход
4. Индивидуальный подход
5. все верно

2. К 3-му этапу медицинской реабилитации относится:

1. Стационарный
2. Санаторно-курортный
3. Амбулаторно-поликлинический
4. Превентивный

3. Цель стационарного этапа в реабилитологии:

1. Борьба с факторами риска
2. Спасение жизни человека
3. Завершение патологического процесса продолжения
4. лечебных мероприятий
5. профилактика рецидивов болезни

4. Цель амбулаторно-поликлинического этапа в реабилитации является:

1. Борьба с факторами риска
2. Спасение жизни человека
3. Завершение пат процесса, продолжение лечебных мероприятий
4. Профилактика рецидивов болезни.

5. Этап медицинской реабилитации главной целью, которого является завершение патологического процесса:

1. Превентивный
2. Стационарный
3. Амбулаторно-поликлинический
4. Санаторно-курортный
5. Метаболический

6. Основные виды реабилитации:

1. Медицинская
2. Физическая
3. Психологическая
4. Социальная
5. Профессиональная
6. Все верно

7. Борьба с факторами риска проводится на следующем этапе медицинской реабилитации:

1. Стационарный
2. Амбулаторно-поликлинический
3. Санаторно-курортный
4. Превентивный
5. Метаболический

8. Учреждения для проведения реабилитации:

1. Все ЛПУ
2. Специализированные отделения и центры реабилитации
3. Только поликлиники
4. Только стационары
5. Правильно 1 и 2

9. Цель санаторно-курортного этапа реабилитации:

1. Завершение патологического процесса
2. Предупреждение осложнений болезней
3. Профилактика рецидивов болезни

10. Физиотерапевтическими подразделениями являются:

1. Физиотерапевтический кабинет
2. Физиотерапевтическое отделение
3. Санаторий-профилакторий

Ответы

1-5	2-2	3-2	4-3	5-3	6-6	7-4	8-5	9-3	10-2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 2.

1. К основным задачам амбулаторно-поликлинического этапа реабилитации относятся:

- 1) прогнозирование и анализ возможных патологических состояний в соответствующих ситуациях, разработка комплекса мероприятий
- 2) дальнейшее повышение работоспособности пациентов путем осуществления программы физической реабилитации с использованием природных и переформированных физических факторов
- 3) диспансерное динамическое наблюдение, проведение вторичной профилактики, рациональное трудоустройство пациентов и поддержание или улучшение их трудоспособности
- 4) формирование у пациента и его родственников адекватного представления о болезни или травме
- 5) определение адекватного лечебно-двигательного режима

2. Реабилитация может быть:

- 1) медицинской
- 2) психологической
- 3) профессиональной
- 4) социальной
- 5) все вышеперечисленное верно

3. Физические методы реабилитации:

- 1) массаж
- 2) трудотерапия
- 3) электролечение, лазеротерапия
- 4) санаторно-курортное лечение
- 5) акупунктура

4. ЛФК используется на этапах реабилитации:

- 1) только на поликлиническом
- 2) на поликлиническом и санаторном
- 3) на госпитальном и санаторном
- 4) на всех этапах реабилитации
- 5) только на санаторном

5. Впервые была организована реабилитация:

- 1) инвалидов войны
- 2) больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы
- 3) больных с заболеваниями дыхательной системы
- 4) больных с заболеваниями нервной системы
- 5) детям

6. По рекомендации ВОЗ процесс реабилитации подразделяется на фазы (периоды):

- 1) больничный
- 2) выздоровление
- 3) поддерживающий

- 4) все вышеперечисленное верно
- 5) ничего из вышеперечисленного

7. Целью больничной реабилитации пациентов является все, кроме:

- 1) восстановление физического состояния
- 2) полное выздоровление
- 3) подготовка к пребыванию в стационаре
- 4) подготовка к пребыванию дома
- 5) восстановление психологического состояния

8. Медицинская реабилитация базируется на следующих принципах:

- 1) своевременность начала
- 2) этапность мероприятий
- 3) комплексность средств
- 4) индивидуальный подход
- 5) все вышеперечисленное верно

9. К медицинским мероприятиям реабилитации не относятся:

- 1) лечебная физкультура
- 2) массаж
- 3) санаторно-курортное лечение
- 4) физиотерапия
- 5) диагностические исследования

10. Первичная физиопрофилактика направлена на предупреждение:

- 1) заболеваний
- 2) рецидивов
- 3) обострения заболеваний
- 4) осложнений
- 5) суперинфекции

Ответы:

1-г	2-д	3-в	4-г	5-а	6-г	7-б	8-д	9-в	10-б
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 3.

1. Окклюзионное пришлифовывание зубов проводится

- 1) при пародонтозе
- 2) при пародонтите тяжелой степени
- 3) при гипертрофическом гингивите
- 4) при наличии окклюзионной травмы, независимо от нозологической формы
- 5) при обострениях различных форм заболевания пародонта

2. Возрастные показания для проведения окклюзионного пришлифовывания

- 1) молочный прикус
- 2) сменный прикус
- 3) после прорезывания всех постоянных зубов
- 3) от 20 до 30 лет
- 5) только у взрослых

3. Группа зубов, на которой может быть проведено постоянное (балочное) шинирование при выраженной подвижности

- 1) моляры
- 2) резцы
- 3) моляры и премоляры
- 4) любая группа зубов
- 5) все, кроме резцов

4. Показанием для проведения постоянного шинирования является

- 1) подвижность зубов I степени
- 2) подвижность зубов II-III степени
- 3) пародонтоз тяжелой степени
- 4) перед хирургическим лечением
- 5) после хирургического лечения

5. Показания для депульпации зубов при пародонтите

- 1) глубина десневых карманов 6 мм

- 2) подвижность зубов II-III степени
- 3) перед хирургическим лечением пародонтита тяжелой степени при глубине десневых карманов более 7 мм и подвижности зубов II степени
- 4) не имеет значения глубина карманов и подвижность зубов
- 5) никогда не депульпируют

6. Противопоказания для проведения физиотерапевтического лечения

- 1) гноетечение из десневых карманов
- 2) онкологические заболевания, туберкулез, инфекционные заболевания, сопровождающиеся высокой температурой, беременность
- 3) хирургическое лечение болезней пародонта
- 4) возраст до 15 лет
- 5) возраст старше 50 лет

7. При проведении методики электрофореза лекарственных препаратов в ткани пародонта используется

- 1) постоянный ток высокого напряжения, небольшой силы
- 2) постоянный ток низкого напряжения, небольшой силы
- 3) переменный ток высокого напряжения, небольшой силы
- 4) переменный ток низкого напряжения, небольшой силы
- 5) постоянный ток высокого напряжения, большой силы

8. Противопоказаниями к проведению электрофореза при болезнях пародонта являются

- 1) наличие гноя в зубодесневых карманах
- 2) непереносимость постоянного тока, нарушение целостности эпителиального покрова слизистой оболочки, язвенный гингивит
- 3) подвижность зубов II-III степени
- 4) глубина зубодесневых карманов более 6 мм
- 5) хирургическое лечение болезней пародонта

9. Каков действующий фактор методики д'арсонвализации, используемый при лечении пародонтитов?

- 1) импульсный высокочастотный переменный ток малой силы и высокого напряжения
- 2) постоянный ток низкого напряжения и большой силы
- 3) постоянный ток высокого напряжения и небольшой силы
- 4) переменный ток высокого напряжения и большой силы
- 5) переменный ток низкого напряжения и большой силы

10. Какие параметры ультрафиолетового излучения используются для получения выраженного бактерицидного эффекта, при гнойных процессах в пародонте?

- 1) коротковолновое ультрафиолетовое излучение
- 2) длинноволновое ультрафиолетовое излучение
- 3) ультрафиолетовое излучение интегрального спектра
- 4) инфракрасные лучи
- 5) не имеет значения длина волны

Ответы

1-4	2-3	3-4	4-2	5-3	6-2	7-2	8-2	9-1	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 4.

1. У ребенка 11 месяцев установлен диагноз - одностороннее изолированное неполное несращение верхней губы. Каким методом необходимо проводить первичную хейлопластику этому ребенку?

1. Орловского;
2. Лимберга-Обуховой;
3. Семенченко;
4. Милларда.

2. У ребенка 11 месяцев установлен диагноз - одностороннее изолированное частичное несращение верхней губы. Каким методом необходимо проводить первичную хейлопластику этому ребенку?

- 1.Обуховой;
- 2.Лимберга-Обуховой,
- 3.Семенченко;
- 4.Милларда.

3. Наиболее оптимальный возраст для проведения первичной ураностафилопластики:

возраст ребенка до одного года;

- 1.дошкольный возраст;
- 2.младший школьный;
- 3.старший школьный.

4. У ребенка при рождении установили диагноз - изолированное несквозное несращение неба. В каком возрасте Вы будете рекомендовать родителям оперировать этого ребенка?

в возрасте до года;

1. в дошкольном возрасте;
- 2.в младшем школьном возрасте;
- 3.в старшем школьном возрасте.

5. Как называется пластическая операция устранения дефекта твердого неба?

- 1.уранопластика;
- 2.стафилопластика;
- 3.стафилорафия;
- 4.ураностафилопластика.

6. Как называется пластическая операция устранения дефекта мягкого неба?

- 1.уранопластика;
- 2.стафилопластика;
- 3.стафилорафия;
- 4.ураностафилопластика.

7. Как называется пластическая операция устранения дефекта твердого и мягкого неба?

- 1.уранопластика;
- 2.стафилопластика;
- 3.стафилорафия;
4. ураностафилопластика.

8. Если больному проведена ураностафилопластика, то следует ли ему назначать постельный режим в раннем послеоперационном периоде?

- 1.не следует;
- 2.постельный режим назначается на 2-3 дня;
- 3.постельный режим назначается на 7 дней;
- 4.постельный режим назначается на 14 дней.

9. Больному 6 лет проведена уранопластика по Лимбергу. На какой день после операции необходимо провести первую перевязку больному, т.е. когда следует впервые снять защитную пластину?

- 1.на следующий день;
- 2.на 2-3 день,
- 3.на 5-7 день;
- 4.на 10-12 день.

10. Больному 6 лет проведена уранопластика по Лимбергу. На какой день после ее проведения окончательно снимается защитная пластинка и проводится полное удаление боковых йодоформных тампонов из окологлоточных ниш?

- 1.на следующий день;
- 2.на 2-3 день;
- 3.на 5-7 день;
4. на 10-12 день.

Ответы

1-1	2-1	3-1	4-1	5-1	6-2	7-4	8-2	9-3	10-3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 5

1. Костные структуры сустава при рентгенологическом исследовании не изменены при:

1. острым артритом;
2. хроническом артритом;

3. артрозе.
- 2. Отсутствуют рентгенологические изменения костных структур височно-нижнечелюстного сустава при:**
 1. болевой дисфункции;
 2. хроническом артрите;
 3. артрозе.
- 3. Склероз кортикальной пластинки суставной головки и бугорка наблюдается при:**
 1. болевой дисфункции;
 2. остром артрите;
 3. хроническом артрите;
 4. артрозе.
- 4. Наличие экзостов на суставных поверхностях встречается при:**
 1. болевой дисфункции;
 2. остром артрите;
 3. хроническом артрите;
 4. артрозе.
- 5. Деформация головки нижней челюсти наблюдается при:**
 1. болевой дисфункции;
 2. остром артрите;
 3. хроническом артрите;
 4. артрозе.
- 6. Уплотнение суставного бугорка происходит при:**
 1. болевой дисфункции;
 2. остром артрите;
 3. хроническом артрите;
 4. артрозе.
- 7. Укорочение шейки мышечного отростка наблюдается при:**
 1. болевой дисфункции;
 2. остром артрите;
 3. хроническом артрите;
 4. артрозе.
- 8. Синдром Эглы - это:**
 1. невралгия I ветви тройничного нерва;
 2. ганглионит крылоносового узла;
 3. ганглионит ушного узла;
 4. невралгия II ветви тройничного нерва;
 5. невралгия III ветви тройничного нерва;
 6. удлинение шиловидного отростка.
- 9. Что шлифовывается для нормализации окклюзии у больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов?:**
 1. вершины небных верхних и щечных нижних опорных бугров;
 2. верхние щечные и нижние язычные бугры моляров,
 3. скаты бугров, углубляются фиссуры, заглаживаются острые края
- 10. Длительность ношения лечебной шины у больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов:**
 1. 1-2 недели;
 2. до 1 месяца;
 3. 1-2 месяца;
 4. 2-3 месяца;
 5. 4-12 месяцев.
 6. Ответы

1-1	2-2	3-4	4-4	5-4	6-4	7-4	8-6	9-3	10-5
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 6

- 1. Рак верхнечелюстной пазухи следует дифференцировать**
 - 1) с ретенционной кистой
 - 2) с полиморфной аденомой

- 3) с хроническим гайморитом
- 4) с дистопией третьих моляров

2. Рак нижней челюсти дифференцируют

- 1) с ретенционной кистой
- 2) с полиморфной аденомой
- 3) с хроническим гайморитом
- 4) с дистопией третьих моляров
- 5) с хроническим остеомиелитом

3. Рак нижней челюсти дифференцируют

- 1) с ретенционной кистой
- 2) с полиморфной аденомой
- 3) с хроническим гайморитом
- 4) с одонтогенными опухолями
- 5) с дистопией третьих моляров

4. Основным клиническим симптомом первичного рака нижней челюсти является

- 1) гиперсаливация
- 2) обнажение кости
- 3) подвижность интактных зубов
- 4) парез мимической мускулатуры
- 5) эрозия, язва с инфильтрированными краями

5. Рентгенологическая картина первичного рака нижней челюсти характеризуется

- 1) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
- 2) деструкцией костной ткани с нечеткими контурами и сохранением кортикальной пластинки
- 3) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
- 4) деструкцией костной ткани без четких границ по типу "тающего сахара", разволокнением кортикального слоя
- 5) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"

6. Вторичный рак нижней челюсти развивается

- 1) из эпителия
- 2) из нервной ткани
- 3) из лимфатической ткани
- 4) из соединительной ткани
- 5) из эпителия островков Малассе

7. Первичный рак нижней челюсти развивается

- 1) из эпителия
- 2) из нервной ткани
- 3) из лимфатической ткани
- 4) из соединительной ткани
- 5) из эпителия островков Малассе

8. Рак нижней губы на ранних стадиях метастазирует

- 1) в шейные лимфатические узлы
- 2) в глубокие шейные лимфатические узлы
- 3) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- 4) в легкие и кости гематогенным путем
- 5) в подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы
- 6) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

9. Рак задней трети языка на ранних стадиях метастазирует

- 1) в шейные лимфатические узлы
- 2) в глубокие шейные лимфатические узлы
- 3) в подподбородочные лимфатические узлы
- 4) в заглоточные и шейные лимфатические узлы

- 5) в легкие и кости гематогенным путем
- 6) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы
- 10. Рак переднего отдела дна полости рта на ранних стадиях метастазирует**
- 1) в шейные лимфатические узлы
- 2) в глубокие шейные лимфатические узлы
- 3) в подподбородочные лимфатические узлы
- 4) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- 5) в легкие и кости гематогенным путем
- 6) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

Ответы

1-3	2-5	3-4	4-3	5-2	6-1	7-5	8-5	9-2	10-3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

1. Ушиб мягких тканей лица- это:

- 1) повреждение тканей без нарушения целостности кожных покровов и слизистой оболочки полости рта
- 2) кровоизлияние в толще кожи или слизистой оболочки полости рта
- 3) поверхностное механическое повреждение участка кожи
- 4) повреждение наружного слухового прохода

2. Рана мягких тканей лица- это:

- 1)поверхностное механическое повреждение кожи и слизистой оболочки
- 2)повреждение кожи глубжележащих тканей
- 3)нарушения целостности кожи и слизистой оболочки глубжележащих тканей, вызванное механическим воздействием
- 4)кровоизлияние в толще кожи или слизистой оболочки
- 5)повреждения наружного слухового прохода

3. Проникающие раны лица- это:

- 1)раны с повреждением крупных сосудов
- 2)одновременно повреждение лица и содержимого глазницы
- 3)раны, сообщающиеся с полостью рта, носа и верхнечелюстных пазух
- 4)раны с повреждением крупных нервов и сосудов
- 5)кровоизлияние в толще кожи или слизистой оболочки

4. Ранение тканей околоушно-жевательной области опасны из-за возможности:-

- 1)повреждения околоушной слюнной железы и образования слюнных свищей
- 2)повреждения ветвей тройничного нерва
- 3)повреждения поднижнечелюстной слюнной железы
- 4)обильного кровотечения
- 5)повреждения внутреннего слухового прохода

5. Зияние ран лица обусловлено:

- 1) обилием жировой клетчатки и выраженным травматическим отеком
- 2) прикреплением к коже лица мимических мышц
- 3) анатомическими особенностями жевательных мышц
- 4) анатомическими особенностями мимических мышц
- 5)повреждения поднижнечелюстной слюнной железы

6. Основным методом лечения ран челюстно-лицевой области является:

- 1) первичная хирургическая обработка раны
- 2) медикаментозное лечение
- 3) физиотерапия
- 4) криодеструкция
- 5)электрофорез

7.Основная цель ПХО ран заключается:

- 1)предупреждении развития воспалительных осложнений и восстановлении анатомической целостности тканей
- 2)остановке кровотечения
- 3)удалении инородных тел
- 4)эстетической составляющей
- 5)медикаментозное лечение

8.ПХО ран считается ранней, если она проводится в сроки;

- 1) до 24 часов после ранения
- 2) до 48 часов после ранения
- 3) до 12 часов после ранения
- 4) до 8 часов после ранения
- 5) до 72 часов

9. К повреждениям мягких тканей лица без нарушения целостности кожных покровов относятся:

- 1) ссадины
- 2) ушибы
- 3) раны

10. Более тяжело протекающие воспалительные осложнения возникают при ранениях мягких тканей:

- 1) дна полости рта
- 2) околоушно-жевательной области
- 3) губ
- 4) языка
- 5) неба

Ответы:

1-1	2-3	3-3	4-1	5-2	6-1	7-1	8-1	9-2	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

2.2 Перечень тематик докладов/устных реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

-Медицинская реабилитация: цели, задачи, этапы, особенности реабилитационных лечебных учреждений и их структура.

-Медицинская реабилитация больных после травм и операций ЧЛЮ.

-Медицинская реабилитация при врожденных аномалиях ЧЛЮ.

-Медицинская реабилитация больных с онкологическими заболеваниями ЧЛЮ.

-Применение постоянных импульсных токов в стоматологии.

-Индуктотермия и диатермия (диатермокоагуляция) в стоматологической практике

-Лечебное применение лазерного излучения в стоматологии.

-Пунктурная физиотерапия в стоматологии.

-Ультрафиолетовое излучение в стоматологии

-УВЧ-терапия и УВЧ-индуктотермия в стоматологической практике.

-Природные физические факторы, используемые в медицинской реабилитации.

-Климатические факторы, используемые для медицинской реабилитации

-Лечебная физкультуры в медицинской реабилитации больных с патологией ЧЛЮ.

-Физиопрофилактика в стоматологии

Темы докладов/устных реферативных сообщений могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

2.3 Перечень ситуационных задач для текущего контроля

Задача 1

Ребенок 13 лет жалуется на ноющие боли в области верхних премоляров слева. В 24 зубе небольшая кариозная полость на дистальной поверхности, 25 зуб интактный. Зубы не чистит, жует пищу преимущественно на праве стороне. Горизонтальная перкуссия 24, 25 зубов умеренно болезненна, десна гиперемирована.

Задания

1. Обследуйте ребенка, заполните историю болезни

2. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте предварительный диагноз заболевания.

3. Составьте план лечения.

4. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

Ответ

1. Внутриротовая рентгенография зубов 2.4, 2.5 и снимок в прикусе зубов 2.4, 2.5. ЭОД и термомпроба зуба 2.4.

2. Предварительный диагноз: K05.30 хронический локализованный пародонтит лёгкой степени тяжести в области зубов 2.4, 2.5.

Учитывая клинические и рентгенологические данные, дифференциальную диагностику следует проводить между гингивитом, пародонтитом средней степени тяжести, периодонтитом.

3. План лечения:

- лечение кариеса зуба 2.4, восстановление контактного пункта, местная противовоспалительная терапия

4.-коррекция и контроль гигиены рта; мотивация на постоянное соблюдение гигиенических мероприятий;

-диспансерное наблюдение 1 раз в 3 месяца.

Задача 2

Пациентка П. 17 лет обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность резцов верхней челюсти, появление щели между зубами, крови во время чистки зубов и припухлость десны, которая в течение последнего года возникала трижды. Стоматолога посещает регулярно 2 раза в год: проводится лечение зубов, удаление зубного камня. Внешний осмотр: кожные покровы без видимой патологии. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щек без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отечны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Пародонтальные карманы в области 3.2.1 | 1.2.3 равны 4-5 мм. Патологическая подвижность 2.1 | 1.2 соответствует I степени.

Задания:

1. Опишите рентгенограмму в области центральных резцов верхней челюсти, заполните медицинскую документацию

2. Составьте план лечения.

3. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

Ответ.

1. На контактных внутриротовых рентгенограммах в области 1 | 1 высота межальвеолярной перегородки снижена на длину корней зубов, отсутствует кортикальная пластинка на вершине межальвеолярной перегородки, резорбция альвеолярной кости II степени.

Заключение по рентгенограмме: резорбция межальвеолярной перегородки II степени, что соответствует пародонтиту средней степени тяжести.

2. План лечения:

- коррекция и контроль гигиены рта;
- местная противовоспалительная терапия;
- шинирование 3.2.1 | 1.2.3;
- избирательное пришлифовывание зубов верхней и нижней челюстей;
- операция открытый кюретаж в области 3.2.1 | 1.2.3.

3. диспансерное наблюдение 1 раз в 3 месяца.

Задача 3

Ребенок П., 7 лет. Жалобы на деформацию нижнего отдела лица и затрудненное открывание рта. Анамнез заболевания: 5 лет назад больной получил травму подбородка (удар качелями). К врачу не обращались. Через 2 года обратили внимание на затрудненное открывание рта, которое постепенно нарастало. В последующем появились асимметрия лица и западение подбородочного отдела. В настоящее время рот открывается до 1,3 см.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз, заполните необходимую документацию

3. Укажите все возможные причины заболевания.

3. Предложите метод лечения.

4. Составьте план реабилитации больного

Ответ

1. Вторичный деформирующий остеоартроз правого и левого височно-нижнечелюстных суставов.
2. Возможные причины данного заболевания:
травма бытовая (в данном случае - травма *качелями*); родовая травма; воспалительные процессы (гематогенный остеомиелит, гнойный отит, мастоидит редко одонтогенный остеомиелит дистальных отделов ветви нижней челюсти).
3. Метод лечения - хирургический. Операция - остеотомия правой и левой ветвей нижней челюсти с обязательной одномоментной пластикой алло-, аутооттрансплантатами или эндопротезами для создания дистальной опоры челюсти.
4. План реабилитации данного больного включает многоэтапное хирургическое лечение и длительное ортодонтическое пособие:
первый этап хирургического лечения в возрасте 7 лет;
в ближайшем послеоперационном периоде - физиолечение и миогимнастика в течение 2-3 месяцев с целью нормализации объема движения нижней челюсти;
первый этап ортодонтического лечения - начинается сразу после операции с помощью шин Вебера или Ванкевич для удержания нижней челюсти в правильном анатомическом положении на 6-8 мес. В дальнейшем активная ортодонтия (для нормализации размера и формы зубных дуг) не ранее 6-12 месяцев после операции;
второй этап хирургического лечения проводится в возрасте 13-14 лет (применение компрессионно-дистракционного метода или повторная пластика ветвей челюсти эндопротезами или биологическими трансплантатами большего размера, чем ранее применяемые);
окончательный этап ортодонтического лечения с целью нормализации взаимоотношения зубных рядов.

Задача 4

Больная К., 6 лет. Жалобы на ограничение открывания рта.

Анамнез: данный симптом был обнаружен в возрасте 2 лет. С ростом ребенка объем движения нижней челюсти уменьшался.

При обследовании ребенка выявлены мягкие атрофические рубцы на коже левой околоушно-жевательной области и в проекции левого тазобедренного сустава.

Задания:

1. Опишите местный статус, заполните необходимую документацию
5. Составьте план реабилитации данного больного

Ответ

1. При внешнем осмотре определяется нарушение конфигурации нижней трети лица за счет смещения средней линии подбородка влево. Правая половина нижней трети лица уплощена, левая выглядит припухшей. Левый угол рта несколько растянут. Открывание рта резко ограничено - в пределах 0,2-0,3 см. Со стороны полости рта - слизистая обычной окраски, умеренно увлажнена.

5. Основные этапы реабилитации больного:

хирургический этап - остеотомия левой ветви нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением;

после восстановления движения нижней челюсти - санация полости рта;

ортодонтический этап - удержание нижней челюсти в центральном положении и возрастная коррекция с помощью шин Вебера или Ванкевич. На этом этапе также проводят активное ортодонтическое лечение, направленное на нормализацию формы и размеров верхней и нижней зубной дуг. Длительность этапа 4-5 лет.

следующий хирургический этап - пластика левой ветви нижней челюсти биологическим трансплантатом или эндопротезом;

следующий ортодонтический этап направлен на возрастную нормализацию положения отдельных зубов, а также размера и формы зубных рядов;

завершающий хирургический этап проводится по косметическим показаниям - контурная пластика правой половины нижней челюсти и по показаниям - гениопластика

Задача 5

Больной Л. 15 лет, обратился с жалобами на резкую боль при открывании рта в области левого уха, припухлость, повышение температуры тела до 37,4°C. Из анамнеза: накануне на правой стороне долго жевал вяленую рыбу.

3. Укажите возможные причины данной патологии и время их воздействия.
4. Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребёнка.

Ответы

1. Имеет место щелевидный дефект мягкого и частично твёрдого нёба, хронические гипертрофические разрастания слизистой оболочки носоглотки грибовидной формы. Ширина расщелины по линии А 1,8 – 2 см, фрагменты мягкого нёба укорочены.
2. Врождённая неполная расщелина твёрдого и мягкого нёба.
3. Нарушены функции сосания, глотания, внешнего дыхания, речи.
4. Уранопластика в 4 - 6 лет, с 3х-летнего возраста занятия с логопедом и ортодонтическое лечение в до - и послеоперационном периоде.

Задача 7

Ребенок К., 1 год. Со слов мамы ребенок родился в срок. Вес при рождении 3300 г. На фотографии представлен верхний отдел собственно полости рта.



1. Опишите st. localis (см. рис.), заполните необходимую медицинскую документацию
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребенка.
4. Укажите пути профилактики данной патологии.

Ответ.

1. Имеет место щелевидный дефект верхней губы, альвеолярного отростка слева, дефект твердого и мягкого неба, врожденная деформация и уплощение крыла носа слева.
2. Врожденная полная левосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба.
3. план комплексного лечения и реабилитации ребенка.
- хейлопластика слева в 6-12 месяцев
- велоластика в 1,5-2 года, уранопластика в 3,5-4,5 года (или радикальная уранопластика в 4-6 лет)

- костная аутоластика расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти слева в 7-9 лет.
- реконструктивная ринохейлопластика в 12-14 лет.

Ортодонтическое лечение с 3-летнего возраста до 12-14 лет.

Логотерапия.

Консультация психолога, по показаниям - психокоррекция.

Медико-генетическое консультирование и исключение воздействия неблагоприятных (тератогенных) факторов внешней среды в I триместр беременности.

4.-Ортодонтическое лечение с 3-летнего возраста до 12-14 лет.

-Логотерапия.

-Консультация психолога, по показаниям - психокоррекция.

- Хейлопластика в один этап в 6-12 месяцев;

-велоластика в 1,5-2 года;

-уранопластика в 3,5-4,5 года;

-костная аутоластика расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти справа и слева в 7-9 лет;

реконструктивная ринохейлопластика в 12-14 лет

Задача 8

Ребенок В., 5,5 месяцев.

Со слов мамы родился в срок с весом 2600 г с дефектом, представленным на данной фотографии.

Лечение не проводилось.



Вопросы:

1. Опишите st. localis (см. рис.), заполните необходимую документацию

2. Поставьте диагноз.

3. Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребенка.

4. Перечислите специалистов, у которых должен наблюдаться и лечиться ребенок

Ответ.

1. Имеет место двухсторонний щелевидный дефект верхней губы, дефект альвеолярного отростка справа, дефект твердого и мягкого неба, врожденная деформация и уплощение крыла носа справа, укорочение мягкого неба, недостаточность небо-глоточного затвора.

2. Врожденная двухсторонняя расщелина верхней губы (полная справа, неполная слева с деформацией кожно-хрящевого отдела носа), альвеолярного отростка справа, твердого и мягкого неба.

3. Хирургическое лечение:

- хейлопластика;

- велопластика, уранопластика вторым этапом (или радикальная уранопластика в один этап);

- костная аутопластика расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти;

- реконструктивная ринохейлопластика.

4. Ортодонтическое лечение с 3-летнего возраста до 12-14 лет.

Логотерапия.

Консультация психолога, по показаниям – психокоррекция

Задача 9

У участкового стоматолога на диспансерном учете состоит ребенок с врожденной полной односторонней расщелиной верхней губы, твердого и мягкого неба. Из анамнеза матери: на восьмой недели беременности болела гриппом, последние 5 лет работала на заводе биомедпрепаратов, жилищные условия удовлетворительные, вредные привычки отсутствуют, хронические заболевания не выявлены.

1. Какие негативные факторы могли стать причиной уродства ребенка.

2. По какому типу может передаваться наследование данного заболевания.

3. Укажите объем и сроки хирургического вмешательства при данной патологии.

4. Послеоперационные осложнения, характерные для данной патологии.

5. Составьте план ортодонтического лечения, заполните необходимую документацию

Ответ

1. Эндогенные, экзогенные.

2. Доминантному, рецессивному.

3. Проведение пластики верхней губы в возрасте 4 - 6 месяцев с использованием методов линейных, треугольных, четырехугольных кожных лоскутов. Ранняя пластика неба (по показаниям в 3 - 4 года) при одновременном ортодонтическом лечении. Оптимальный возраст для хирургического лечения расщелин неба 6 - 7 лет, так как ранние операции на твердом небе способствуют задержке роста верхней челюсти. Полную коррекцию кожно-хрящевого отдела носа следует осуществлять в 14-16 лет.
4. Рубцы губы оказывают избыточное давление на альвеолярный отросток, вызывая уплощение переднего отдела альвеолярной части верхней челюсти. Частыми послеоперационными осложнениями при уранопластике, является расхождение краев раны на границе твердого и мягкого неба. Короткое малоподвижное небо, грубые послеоперационные рубцы следует рассматривать как осложнение.
5. Лечение комплексное в специализированном центре с участием врача стоматолога-хирурга, врача-ортодонта, логопеда. Диспансерное наблюдение.

Задача 10

Пациент А, 18 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на припухлость нижней челюсти слева.

Из анамнеза: припухлость замечена 3 месяца назад, медленно увеличивалась, не беспокоила.

Объективно: дефигурация лица за счет припухлости нижней трети левой щечной области. Над припухлостью кожа в цвете не изменена, собирается в складку, пальпация безболезненна. Открывание рта не ограничено. Слизистая оболочка полости рта без видимых изменений. Вестибулярная поверхность центральных резцов - одиночные участки пигментации эмали светло- и темно-коричневого цвета.

Во фронтальном отделе - вертикальная резцовая дизокклюзия: при сомкнутых зубах расстояние между режущими краями резцов 2 мм.,

Переходная складка сглажена, слизистая оболочка без видимых изменений, пальпируется плотное, овальной формы, гладкое, перкуссия безболезненна. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Составьте план лечения.
4. Составьте план ортодонтического лечения.

Ответ

1. Киста нижней челюсти. Вертикальная резцовая дизокклюзия. Флюороз, меловидно-крапчатая форма.
2. Ортопантомография. Дальнейшее обследование - в зависимости от выявленных изменений в челюсти.
3. Проведение цистэктомии, удаление зуба, противовоспалительная терапия, диспансеризация.
4. После устранения этиологического фактора необходимо проводить массаж, альвеолярных отростков, миогимнастику круговой мышцы рта. Аппаратурное лечение с использованием небной пластинки небная пластинка с окклюзионными накладками. Диспансерное наблюдение.

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

Форма промежуточной аттестации – зачет

Вопросы к зачёту (ОПК-6, ПК-1):

1. Организационно-методические основы службы медицинской реабилитации.
2. Определение понятий: медицинская реабилитация, функциональные резервы, уровень здоровья, качество жизни, предболезнь, выздоровление, адаптация и дизадаптация, оздоровление, профессиональное здоровье.
3. Концепция, цель, задачи медицинской реабилитации.
4. Организация этапов медицинской реабилитации: Особенности реабилитации в зависимости от структуры лечебно-профилактических учреждений.
5. Показания и противопоказания к медицинской реабилитации.
6. Принципы санаторно-курортного отбора.
7. Первичная и вторичная медицинская документация. Правила ведения
8. Классификация физических факторов, применяемых в медицинской реабилитации.

9. Механизмы лечебного действия электрического тока и магнитных полей. Методики, основанные на их применении.
10. Механизмы лечебного действия ультразвука.
11. Светотерапия: Аэрозольная терапия: Природные физические факторы: климатические факторы, минеральные ванны, гидротерапия,.
12. Принципы реабилитации больных с заболеваниями пародонта. Организация диспансеризации.
13. Диспансерные группы. Сроки диспансерного наблюдения пациентов с патологией пародонта.
14. Методы и средства поддерживающей терапии. Применение физиотерапевтических методов.
15. Диспансеризация и реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба.
16. Реабилитация детей после хирургического лечения врожденных и наследственных заболеваний челюстно-лицевой области
17. Основные патогенетические синдромы: болевой, ограничение подвижности в ВНЧС суставе, трофические расстройства.
18. Программа реабилитации больных с заболеваниями ВНЧС на различных стадиях патологического процесса.
19. Механизмы восстановления мышц, костно-связочного аппарата.
20. Общие принципы реабилитации в онкологии. Частные показания и противопоказания к применению физиотерапии.
21. Лечебные методики реабилитации в онкостоматологии. Физические факторы в лечении, профилактике и реабилитации
22. Принципы реабилитации больных после обширных операций челюстно-лицевой области. Методики реабилитации. Показания, противопоказания.
23. Лечение и реабилитация больных после травм оперативных вмешательств челюстно-лицевой области.
24. Лечение и реабилитация при заболеваниях пародонта.
25. Лечение и реабилитация при артрозах и артритах ВНЧС.
26. Лечение и реабилитация больных с врожденными и наследственными заболеваниями челюстно-лицевой области.

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-6	готовность к ведению медицинской документации	Знать: Правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи
		Уметь: Грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Обучающийся демонстрирует сформированное умение грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями
		Владеть: Навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины

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»
ПК-1	способностью и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и	Знать: основы мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, принципы	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания основ мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания основ мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, принципов взаимодействия организма человека и окружающей среды

<p>включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>взаимодействия организма человека и окружающей среды характеристику различных факторов среды обитания, основы здорового образа жизни и состояния зубов</p>	<p>заболеваний, принципов взаимодействия организма человека и окружающей среды характеристик различных факторов среды обитания, основ здорового образа жизни и состояния зубов</p>	<p>характеристик различных факторов среды обитания, основ здорового образа жизни и состояния зубов</p>
	<p>Уметь: оценивать вероятность неблагоприятного действия на состояние стоматологического здоровья естественно-природных, социальных и антропогенных факторов окружающей среды в конкретных условиях жизнедеятельности человека; обосновывать необходимость проведения адекватных мер, направленных на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний и на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения оценивать вероятность неблагоприятного действия на состояние стоматологического здоровья естественно-природных, социальных и антропогенных факторов окружающей среды в конкретных условиях жизнедеятельности человека; обосновывать необходимость проведения адекватных мер, направленных на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний и на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированное умение оценивать вероятность неблагоприятного действия на состояние стоматологического здоровья естественно-природных, социальных и антропогенных факторов окружающей среды в конкретных условиях жизнедеятельности человека; обосновывать необходимость проведения адекватных мер, направленных на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний и на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов</p>
	<p>Владеть: Навыками, направленными на осуществление комплекса мероприятий по сохранению и укреплению здоровья, включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки, направленные на осуществление комплекса мероприятий по сохранению и укреплению здоровья, включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или)</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков, направленных на осуществление комплекса мероприятий по сохранению и укреплению здоровья, включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также</p>

		стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания в рамках изучаемой дисциплины	распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленные на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания в рамках изучаемой дисциплины	направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания в рамках изучаемой дисциплины
--	--	--	--	--

4.2.2. 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, доклад/устное реферативное сообщение. 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 доклада/устного реферативного сообщения: Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание 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 реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение 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 реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников

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 предусмотренных программой дисциплины навыками и умениями.

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.