Автономная некоммерческая организация высшего образования «Уральский медицинский институт»

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 02753C4C008DB3CBBD4BB13F984A7CF69F
Владелец: КРЫЛОВ ОЛЕГ НИКОЛАЕВИЧ
Действителен: с 06.11.2025 до 06.02.2027

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ) Б1. Б.1 «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»

Укрупненная группа специальностей:
31.00.00 Клиническая медицина

Специальность:
31.08.74 Стоматология хирургическая

(уровень подготовки кадров высшей квалификации)
квалификация: врач-стоматолог-хирург

Форма обучения: очная
Срок обучения: 2 года

Оценочные средства по дисциплине (модулю) рассмотрены и одобрены на заседании Ученого совета Института (протокол № 2 от 18.05.2026 г.) и утверждены приказом ректора № 48 от 18.05.2026 г.

Спецификация фонда оценочных средств

1. Назначение фонда оценочных средств.

Фонд оценочных средств по специальности 31.08.74 «Стоматология хирургическая» составлен для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) «Стоматология хирургическая».

2. Нормативное основание отбора содержания:

- Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.74 «Стоматология хирургическая» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), укрупненная группа специальностей 31.00.00 Клиническая медицина, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «27» августа 2014 года № 1117.
- Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры, утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 7 апреля 2025 г. № 312.
- Общая характеристика образовательной программы.
- Учебный план образовательной программы.
- Устав и локальные акты Института.
- Рабочая программа дисциплины.

1. Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины (модуля)

Шифр и содержание компетенции	В результате освоения дисциплины (модуля) обучающийся должен		
	Знать	**Уметь**	**Владеть**
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	- Нормативные правовые акты, регламентирующие оказание медицинской помощи населению, включая порядки оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях; - Клинические рекомендации при оказании медицинской помощи при стоматологических заболеваниях; - Топографическая анатомия головы, особенности кровоснабжения, иннервации и лимфатической системы, строение зубов, основные вопросы нормальной и патологической физиологии зубочелюстной системы, нарушения эмбриогенеза зубочелюстной области; - Изменения со стороны функций зубочелюстной системы при заболеваниях других органов и систем, возрастные изменения челюстно-лицевой области, особенности	- Сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни у пациентов (их законных представителей) при оказании медицинской помощи по профилю "стоматология хирургическая"; - Интерпретация и анализ информации, полученной от пациентов (их законных представителей); - Оценка анатомо-функционального состояния челюстно-лицевой области; - Осмотр и обследование пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы	- Проведение обследования пациентов, требующих оказания медицинской помощи по профилю "стоматология хирургическая", установление диагноза в амбулаторных условиях и (или) условиях дневного стационара; - Назначение и проведение лечения, контроль его эффективности и безопасности при оказании медицинской помощи по профилю "стоматология хирургическая" в амбулаторных условиях и (или) условиях дневного стационара

	воздействия на нее факторов внешней и внутренней среды, особенности обследования пациентов пожилого и старческого возраста		
ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и 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	- Особенности профилактики онкологических заболеваний; - Особенности специфической и неспецифической профилактики стоматологических заболеваний; - Основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующие укреплению здоровья и профилактике возникновения общих и стоматологических заболеваний; - Этапы планирования и внедрения коммунальных программ профилактики стоматологических заболеваний; Санитарно-эпидемические нормы и требования, правила применения средств индивидуальной защиты при проведении профилактических стоматологических мероприятий	- Формирование у пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы, направленного на сохранение и повышение уровня соматического и стоматологического здоровья, обучение взрослых и детей индивидуальной гигиене полости рта; - Разработка и реализация программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ; - Проведение подбора и назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов для профилактики стоматологических заболеваний; - Осуществление диспансеризации и диспансерного наблюдения за	- Проведение и контроль эффективности санитарно-просветительской работы среди населения по пропаганде здорового образа жизни и профилактике стоматологических заболеваний

		пациентами с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы; - Применение средств индивидуальной защиты при проведении профилактических стоматологических мероприятий; - Выполнение предписанных действий при проведении противоэпидемических мероприятий при инфекционных заболеваниях (подача экстренного извещения об очаге инфекции, выявление и наблюдение контактных лиц); - Оказание помощи в проведении противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний; - Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и медицинских показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней	

ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	- Формы и методы санитарно-гигиенического просвещения (в объеме своей специальности) пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы, медицинских работников; - Порядок организации и проведения медицинских осмотров и диспансеризации населения, диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы; - Методы профилактики стоматологических заболеваний	- Разработка плана профилактических мероприятий и осуществление методов групповой и индивидуальной профилактики основных стоматологических заболеваний; - Проведение профилактических медицинских осмотров населения с учетом возраста, состояния здоровья; - Применение методов организации первичной профилактики стоматологических заболеваний; - Назначение и контроль профилактических мероприятий пациентам с заболеваниями и (или) функциональным нарушениями зубочелюстно-лицевой системы с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе онкологических; - Проведение профилактики: заболеваний зубов, пародонта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно- лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез, заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ, в том числе первичной и вторичной	- Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний; - Проведение мероприятий, направленных на ограничение распространения инфекционных заболеваний

		профилактики онкологических новообразований	
ПК-5 Готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	- Медицинские показания к проведению функциональных, лабораторных, инструментальных методов обследования с целью дифференциальной диагностики, правила интерпретации их результатов при оказании медицинской помощи по профилю "стоматология хирургическая"; - Диагностические обследования пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы, функциональные методы исследования в стоматологии	- Обоснование необходимости направления пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы к врачам-специалистам; - Интерпретация и анализ результатов осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы	- Проведение обследования пациентов, требующих оказания медицинской помощи по профилю "стоматология хирургическая", установление диагноза в амбулаторных условиях и (или) условиях дневного стационара
ПК-6 Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	- Условия и порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе; -Медицинские показания для направления на медико- социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации;	- Определение признаков временной нетрудоспособности; - Формирование в форме электронного документа или выдача в форме документа на бумажном носителе листка нетрудоспособности; - Определение медицинских показаний для направления пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы для прохождения медико-	- Проведение медицинских экспертиз по профилю "стоматология хирургическая"

	- Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь пациентам с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы, в том числе в форме электронных документов	социальной экспертизы	
ПК-7 Готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи	- Принципы и методы оказания медицинской помощи в экстренной форме в соответствии с нормативными правовыми актами и клиническими рекомендациями; - Клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; - Факторы риска, представляющие непосредственную угрозу для собственной жизни и здоровья, жизни и здоровья пострадавшего (пострадавших) и окружающих лиц, методы устранения указанных факторов риска; - Правила и порядок проведения первичного осмотра пациента (пострадавшего) при оказании	- Диагностика состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; - Определение факторов, представляющих непосредственную угрозу для собственной жизни и здоровья, жизни и здоровья пострадавшего (пострадавших) и окружающих лиц; - Устранение факторов, представляющих непосредственную угрозу для жизни и здоровья пострадавшего (пострадавших), а также участников оказания медицинской помощи в экстренной форме и окружающих лиц, в том числе предотвращение дополнительного травмирования пострадавшего (пострадавших); - Обеспечение собственной	- Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациента (в том числе нарушение жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; - Проведение оценки обстановки и обеспечение безопасных условий для оказания медицинской помощи в экстренной форме

	медицинской помощи в экстренной форме при отсутствии сознания; остановке дыхания и (или) остановке кровообращения; нарушении проходимости дыхательных путей инородным телом и иных угрожающих жизни и здоровью нарушениях дыхания; наружных кровотечениях; травмах, ранениях и поражениях, вызванных механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения; отравлениях; укусах или ужаливаниях ядовитых животных; судорожном приступе, сопровождающемся потерей сознания; острых психологических реакциях на стресс	безопасности, в том числе с использованием средств индивидуальной защиты	
ПК-8 Готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- Алгоритм обращения в службы спасения, в том числе вызова выездной бригады скорой медицинской помощи; - Принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции);	- Оценка количества пострадавших; - Устное информирование пострадавшего и окружающих лиц о готовности оказывать медицинскую помощь в экстренной форме, а также о начале проведения мероприятий по оказанию медицинской	- Оказание медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных

	- Правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) с использованием автоматического наружного дефибриллятора; - Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реанимационных мероприятий; - Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; - Методы обеспечения проходимости дыхательных путей; - Правила остановки наружных кровотечений; - Правила наложения повязок при оказании медицинской помощи в экстренной форме; - Способы охлаждения при травмах, воздействиях излучения, высоких температур, химических веществ, укусах или ужаливаниях ядовитых животных; проведения термоизоляции и согревания при воздействии низких температур; - Методы иммобилизации с использованием табельных и подручных средств;	помощи в экстренной форме; - Осуществление эффективной коммуникации с пациентом, его законным представителем, окружающими лицами и медицинскими работниками, в том числе выездной бригадой скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи в экстренной форме; - Устранение воздействия повреждающих фактором на пострадавшего; - Извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест; - Перемещение пострадавшего в безопасное место; Обеспечение проходимости дыхательных путей при их закупорке инородным телом; Проведение первичного осмотра пациента при состояниях, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; - Осуществление мероприятий по временной остановке наружного кровотечения, в том числе прямым давлением на рану, наложением давящей	функций организма человека - кровообращения и (или) дыхания)

	- Правила использования средств индивидуальной защиты при оказании медицинской помощи в экстренной форме	повязки (в том числе с фиксацией инородного тела), наложением кровоостанавливающего жгута; - Определение наличия признаков жизни у пострадавшего (наличие сознания, наличие дыхания с помощью слуха, зрения и осязания); - Проведение сердечно-легочной реанимации поддержание проходимости дыхательных путей	
ПК-9 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	- Методы и принципы хирургического лечения, немедикаментозной терапии пациентов при оказании медицинской помощи по профилю "стоматология хирургическая", медицинские показания и медицинские противопоказания, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или	- Составление комплексного плана лечения по профилю "стоматология хирургическая" пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы; - Обоснование плана и оптимальной тактики ведения пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы, медицинские показания и медицинские противопоказания к хирургическим стоматологическим методам	- Назначение и проведение лечения, контроль его эффективности и безопасности при оказании медицинской помощи по профилю "стоматология хирургическая" в амбулаторных условиях и (или) условиях дневного стационара

	хирургическом стоматологическом лечении пациентов при оказании медицинской помощи по профилю "стоматология хирургическая"		
ПК-10 Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	- Изменения со стороны функций зубочелюстной системы при заболеваниях других органов и систем, возрастные изменения челюстно-лицевой области, особенности воздействия на нее факторов внешней и внутренней среды, особенности обследования пациентов пожилого и старческого возраста; - Взаимосвязь строения и функционирования зубочелюстной системы с нарушениями со стороны носоглотки, дыхательной и пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата; Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем, особенности регуляции функциональных систем организма	- Обоснование необходимости и объема дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы (включая рентгенологические методы); - Интерпретация и анализ результатов основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных, функциональных) методов обследования пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы, в том числе данные лучевых методов обследования	- Направление пациентов, требующих оказания медицинской помощи по профилю "стоматология хирургическая", на медицинскую реабилитацию и контроль её эффективности

	человека при патологических процессах		
ПК-11 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	- Должностные обязанности находящегося в распоряжении среднего и младшего медицинского персонала при оказании медицинской помощи по профилю "стоматология хирургическая"; - Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; - Организация работы стоматологических кабинетов оборудование и оснащение стоматологических кабинетов, отделений и поликлиник; - Требования пожарной безопасности, охраны труда, порядок действия при чрезвычайных ситуациях, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка	- Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронных документов, и контроль его качества; - Оформление медицинской документации для направления пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы на медико-социальную экспертизу в федеральные государственные - Учреждения медико-социальной экспертизы; - Проведение анализа медико-статистических показателей заболеваемости стоматологическими заболеваниями; - Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; - Использование медицинской информационной системы, иных информационных систем в сфере здравоохранения; - Осуществление контроля за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего и младшего медицинского	- Организация деятельности находящегося в распоряжении среднего и младшего медицинского персонала

		персонала; - Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну	

2. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с оценкой обучающиеся оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной

оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четырехбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

Оценка «Зачтено» – 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» – 70% и менее правильных ответов.

Для промежуточной аттестации, состоящей из двух этапов (тестирование + устное собеседование) оценка складывается по итогам двух пройденных этапов. Обучающийся, получивший положительные оценки за тестовое задание и за собеседование считается аттестованным. Промежуточная аттестация, проходящая в два этапа, как правило, предусмотрена по дисциплинам (модулям), завершающихся экзаменом или зачетом с оценкой.

Обучающийся, получивший неудовлетворительную оценку за первый этап (тестовое задание) не допускается ко второму этапу (собеседованию).

3. Типовые контрольные задания

Примеры заданий для текущего контроля успеваемости

Примеры тем рефератов:

1. Классификация атрофий костной ткани челюстей.
2. Клиническая анатомия Верхнечелюстных пазух. Клиническая анатомия носа.
3. Клиническая анатомия верхней челюсти. Кровоснабжение, иннервация. Верхняя и нижняя губа, анатомическое строение.
4. Клиническая анатомия нижней челюсти. Топографоанатомические варианты расположения канала нижнечелюстного нерва.
5. Височно-нижнечелюстной сустав. Его роль в обеспечении нормального функционирования зубочелюстной системы. Функциональные связи височно-нижнечелюстного сустава с другими компонентами зубочелюстной системы в процессе жевания. Функциональная диагностика окклюзионных нарушений.
6. Антибиоткикотерапия в стоматологии. Принципы выбора препаратов. Фармакодинимикаи фармакокенетика.
7. Остеогенез. Взаимодействие остеобластов и остеокластов.
8. Премедикация при операциях в челюстно-лицевой хирургии.
9. Осложнения при проведении местной анестезии. Церебральные сосудистые пароксизмы. Обморок. Коллапс. Оказание неотложной помощи при обмороке и коллапсе. Аллергические реакции. Анафилактический шок. Оказание неотложной помощи.
10. Проводниковая анестезия, проводимая на ветвях верхнечелюстного и нижнечелюстного нерва.

Примеры вопросов к устному собеседованию:

1. Исторические этапы развития хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Вклад отечественных и зарубежных ученых.
2. Реанимация при неотложном состоянии в клинике хирургической стоматологии: анафилактический шок.
3. Сложное удаление зубов и корней. Показания и противопоказания. Оперативный доступ, техника удаления зубов с помощью долота и бормашины.
4. Осложнения, возникающие во время удаления зуба. Передозировка вазоконстриктора. Клиника, диагностика, тактика врача.
5. Хронический периодонтит. Виды хирургического лечения. Послеоперационный уход. Осложнения.
6. Болезни прорезывания зубов. Классификация. Причины, клиника, диагностика. Осложнения.
7. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
8. Подострая и хроническая стадии одонтогенного остеомиелита. Клиника. Диагностика. Дифдиагностика. Лечение.
9. Методы лечения острых одонтогенных верхнечелюстных синуситов.

10. Хронический лимфаденит лица и шеи. Классификация. Клиника. Диагностика.

11. Дифференциальная диагностика специфических воспалительных процессов в ЧЛО.

12. Абсцесс подъязычной области. Топанатомия. Источники инфицирования Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.

13. Позадимолярный периостит, абсцесс ретромолярного пространства. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.

14. Абсцесс и флегмона крыло-нёбной ямки. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.

Примеры тестовых заданий:

1. Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области:

1) височной
2) скуловой
3) щечной
4) околоушно-жевательной
5) окологлоточного пространства

2. Выраженное затруднение при открывании рта появляется у больных с флегмоной в области:

1) скуловой
2) поднижнечелюстной
3) подглазничной
4) щечной области
5) околоушно-жевательной

3. Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть:

1) ксерофтальмия
2) выворот век
3) потеря зрения
4) парез лицевого нерва

4. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

1) паротит
2) медиастинит
3) парез лицевого нерва

4) гематома мягких тканей
5) тромбоз кавернозного синуса головного мозга

5. Первичный очаг гнойного воспаления, перерастающий в флегмону дна полости рта, локализуется в:
1) щечной области
2) подвисочной ямке
3) жевательной мышце
4) околоушной слюнной железе
5) поднижнечелюстной области

6. Разрез при вскрытии флегмоны дна полоти рта производят в:
1) в подбородочной области
2) окаймляющем угол нижней челюсти
3) слизистой оболочке по крыловидно-нижнечелюстной складке
4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

7. Выполняя разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта можно повредить:
1) язык
2) скуловую ветвь nervus facialis
3) корень языка
4) околоушную слюнную железу
5) поднижнечелюстную слюнную железу

8. Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан:
1) в области флюктуации
2) в проекции корня языка
3) по границе гиперемии кожи
4) на протяжении инфильтрата
5) в месте наибольшей болезненности

9. При неблагоприятном течении флегмоны подбородочной области инфекция распространяется в:
1) средостение
2) околоушножевательную область
3) околоушную слюнную железу
4) подглазничную область
5) шеечную область

10. При неблагоприятном течении абцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется в:

1) околоушножевательную область
2) щечную область
3) крыловидно-небное венозное сплетение
4) венозные синусы головного мозга
5) крыловидно-нижнечелюстное пространство

Примеры ситуационных задач:

Задача 1

Пациент М., 35 лет, обратился с жалобами на наличие постоянной, ноющей боли в области зуба на в/челюсти справа.

Анамнез заболевания. Со слов пациента три дня назад появилась боль в 1.5 зубе. Ранее 1.5 зуб был лечен по поводу кариеса. В последующем 1-2 раза в год после переохлаждения стала беспокоить ноющая боль в зубе.

Анамнез жизни. ВИЧ, гепатит, туберкулез, сифилис отрицает. 1-2 раза в год обостряется хр. форма гайморита слева. В 18 лет при падении получил СГМ, лечился у невролога. Иногда беспокоит боль в шейном отделе позвоночника, не обследовался.

Объективно. Конфигурация лицо пациента не изменена. Кожные покровы лица физиологической окраски. В поднижнечелюстной области справа пальпируется лимфатический узел: подвижный, безболезненный при пальпации, с четкими контурами, размером 1,0х1,5 см. Открывание рта не ограничено.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в проекции корня 1.5 зуба отечна, гиперемирована, при пальпации долезненна. Коронковая часть 1.5 зуба восстановлена пломбой, имеющей сколы и шероховатую поверхность. Перкуссия зуба болезненная. Зуб устойчив.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните возможную причину развития заболевания.
3. Объясните патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний.
4. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести?
5. Опишите снимки.
6. Составьте план лечения.





Задача 2

Пациентка Д., 37 лет, предъявляет жалобы на боль в нижней челюсти справа, припухлость мягких тканей щечной области справа.

Анамнез развития заболевания. Боль в челюсти появилось 4 дня назад, после переохлаждение. Боль постоянного, пульсирующего характера, иррадиирует в ухо, висок. При приеме пищи боль в челюсти усиливается. 2 дня назад повысилась температура тела до 38°С и появился отек мягких тканей щеки справа.

Анамнез жизни. Более 5 лет наблюдается у терапевта по поводу хронического гастрита.

Аллергоанамнез не отягощенный.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Мягкие ткани щечной области справа отечны, собираются в складку, безболезненны при пальпации. Кожа физиологической окраски. Открывание рта не ограничено.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный. Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти справа отечна, гиперемирована с вестибулярной стороны от 4.5 до 4.7 зубов, определяется симптом флюктуации. 4.6, 4.7 зубы восстановлены пломбами. Перкуссия зубов безболезненная. Зубы устойчивы.

1. Обоснуйте и поставьте предварительный диагноз.
2. Объясните возможную причину заболевания.
3. Объясните патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки клинического диагноза?
5. Назовите снимок, опишите 4.6 зуб.
6. Составьте план лечения.
7. Какие осложнения может вызвать данное заболевание?





Задача 3

Пациент Д., 25 лет, обратился к врачу-стоматологу по поводу появления непостоянной, ноющей боли в 3.7 зубе при приеме пищи.

Анамнез развития заболевания. В течение 5 лет неоднократно появлялась боль в 3.7 зубе. Ранее проводилось рассечение нависающей слизистой оболочки над коронковой частью 3.8 зуба. Три дня назад после переохлаждения вновь возникла боль в 3.7 зубе.

Анамнез жизни. Хронический гастрит. Остеохондроз шейного отдела позвоночника.

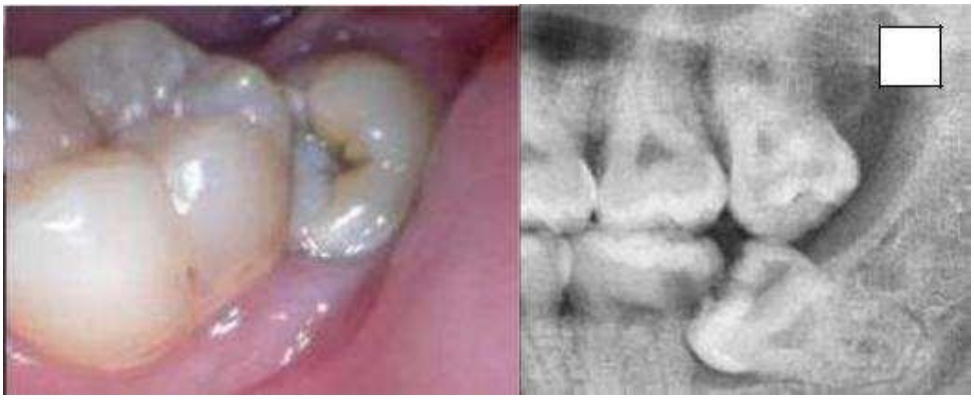
Аллергоанамнез спокойный. ВИЧ, гепатит, туберкулез, сифилис отрицает.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожный покров в цвете не изменен. Температура тела 37,2°С. Тоны сердца ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. Открывание рта свободное.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. На дистальной контактной поверхности коронковой части 3.7 зуба определяется кариозная полость. Зондирование дна кариозной полости болезненное. Зуб устойчив. Перкуссия 3.7 зуба отрицательная. 3.8 зуба наклонен, располагается косо-медиально и частично закрывает кариозную полость в 3.7 зубе. 3.8 зуб интактный, неподвижный, перкуссия его отрицательная.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните причину развития заболевания.
3. Объясните патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки клинического диагноза?

5. Опишите фрагмент панорамной томограммы, 3.8 зуб.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Составьте план лечения.



Задача 4

В отделение хирургической стоматологии 13.04.2021 обратилась больная Д., 11.01.1954 г.р., с жалобами на деформацию альвеолярного отростка нижней челюсти слева. При осмотре полости рта обнаружена деформация альвеолярного отростка нижней челюсти за счет вздутия с вестибулярной стороны в области отсутствующих зубов 3.6, 3.7, пальпация данной области безболезненная, в области наибольшего выбухания определяется симптом "пергаментного хруста". Со слов пациентки выбухание на нижней челюсти заметила в конце марта 2021г., обратилась в районную поликлинику, из которой ее направили в Институт стоматологии. Анамнез жизни: гипертония, сахарный диабет 2 типа, ИБС, стенокардия, аллергическая реакция на новокаин. В Институте стоматологии проведено рентгенологическое исследование КТ.

1. Опишите снимки.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план лечения.

Задача 5

Пациент Р., 38 лет, предъявляет жалобы на попадание жидкости в полость носа при приеме пищи.

Анамнез развития заболевания. Четыре недели назад удалены корни 1.6 зуба. Лунка удаленного зуба через неделю не зажила и больному была проведена тампонада йодоформной турундой. Затем пациент отметил боль в верхней челюсти, заложенность носа справа, повышение температуры тела. При повторном обращении к врачу йодоформная турунда удалена, из лунки выделился гной. Проводилась противовоспалительная терапия. Самочувствие пациента улучшилось, но стала попадать жидкость в полость носа при приеме пищи.

Анамнез жизни. Страдает хроническим тонзиллитом, фарингитом. ВИЧ, гепатит, туберкулез, сифилис отрицает. Аллергии нет.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Лицо симметричное. Кожа физиологической окраски. Открывание рта свободное. Носовое дыхание свободное.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык подвижен, влажный. Гиперемии, отека слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти нет. Лунка удаленного 1.6 зуба заполнена ярко-красной, кровоточащей при дотрагивании грануляционной тканью.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните возможные причины заболевания.
3. Объясните патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний.
4. Какие дополнительные методы необходимо провести для уточнения диагноза заболевания?
5. Опишите патологические изменения на представленном снимке.
6. Составьте план лечения. Определите место лечения пациента: а) поликлиника, б) стационар.



Задача 6

Пациент А., 21 год, обратился с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области слева.

Анамнез развития заболевания. Припухлость беспокоит больного в течение двух лет. Периодически больной отмечает появление боли справа в поднижнечелюстной области, повышение температуры тела.

Анамнез жизни. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ангины. ВИЧ, гепатит, туберкулез, сифилис отрицает. Аллергии нет.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,7°С. Лицо симметричное. Кожа физиологической окраски. Открывание рта свободное.

В поднижнечелюстной области слева определяется лимфатический узел размерами 3,0х2,5 см, плотной, болезненный при пальпации. Кожа над ним отечна, гиперемирована.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный. При пальпации слюнные желез безболезненные, мягкоэластической консистенции. Из устьев выводных протоков слюнных желез выделяется прозрачная слюна. Коронки 3.6, 3.7 зубов восстановлены пломбами, серого цвета. Перкуссия зубов безболезненная. Зубы устойчивы.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните возможные причины развития заболевания.
3. Объясните патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний.
4. Составьте план дополнительных исследований.
5. Опишите представленный снимок.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Составьте план лечения.





Задача 7

Больная К., 33 лет, в тяжелом состоянии поступила в стационар с жалобами на резкую постоянную боль в левой половине лица, невозможность глотания, открывания рта, общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°С.

Анамнез развития заболевания. Два дня назад в поликлинике по мету жительства удалены 2.7, 2.8 зубы по поводу обострения хронического периодонтита. После удаления зубов боль в верхней челюсти слева усилилась, распространилась на всю левую половину лица и головы, появилось ограничение открывания рта, боль при глотании.

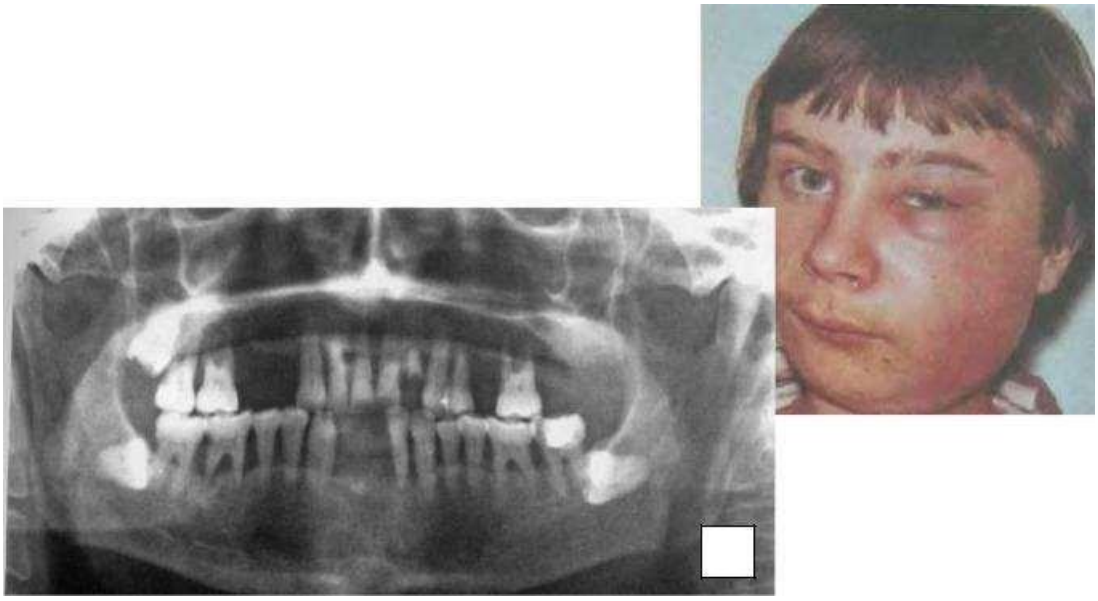
Анамнез жизни. Гепатит, ВИЧ, туберкулез, сифилис отрицает. Аллергоанамнез без особенностей. Страдает симптоматической гипертензией.

Объективно. Общее состояние средней тяжести. Кожный покров бледный. Пациентка вялая. Температура тела при поступлении 40,2°С. АД 145/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Одышка. ЧСС 90 ударов в минуту.

Определяется отек мягких тканей в височной и околоушно-жевательной областях слева (симптом «песочных часов»), а также отек верхнего и нижнего век левого глаза. Кожа в цвете не изменена. При пальпации в нижней части височной области мягкие ткани уплотнены. Симптом флюктуации не определяется. Открывание рта ограничено.

В полости рта слизистая оболочка с вестибулярной стороны от 2.6 и в месте отсутствующих 2.7, 2.8 зубов гиперемирована, отечна. При пальпации за бугром верхней челюсти определяется болезненный воспалительный инфильтрат. Также наблюдается отек слизистой оболочки мягкого неба слева.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните возможную причину заболевания.
3. Объясните патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения клинического диагноза?
5. Назовите снимок, опишите 2.2 зуб, 3.7 зуб.
6. Проведите дифференциальный диагноз заболевания.
7. Составьте план лечения.



Задача 8

Пациент М., 22 лет, обратился с жалобами на отек, боль верхней губы справа, повышение температуры тела, слабость.

Анамнез развития заболевания. Давность заболевания три дня. Описанные жалобы появились после переохлаждения.

Анамнез жизни. Гепатит, ВИЧ, туберкулез, сифилис отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Страдает хроническим гастритом, холециститом. Отмечает частые ангины в течение года.

Объективно. АД 122/70 мм рт. ст. ЧСС 67 уд/мин. Температура тела 38,5°С. Кожа физиологической окраски. На коже верхней губы справа пальпируется болезненный воспалительный инфильтрат, плотный, размерами 1,5х1,5 см, в центре которого определяется пустула. Небольшой перифокальный отек кожи верхней губы. Поднижнечелюстной лимфатический узел справа увеличен, подвижен, болезненный при пальпации. Открывание рта свободное.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный. На зубах мягкий зубной налет.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните возможную причину заболевания.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения клинического диагноза?
4. Опишите панорамную томограмму зубочелюстной системы.
5. Проведите дифференциальный диагноз заболевания.
6. Составьте план лечения.





Задача 9

Пациент 32 года обратился в поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на наличие образования в левой подглазничной области. Со слов пациента образование появилось около 3-х недель назад, медленно увеличивается в размере. Объективно: общее состояние удовлетворительное, регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, подвижны.

Температура 36.8. В левой подглазничной области определяется безболезненное образование округлой формы с гладкой поверхностью, плотно-эластической консистенции, размерами 1.1х1.1х1.0 см. ограничено подвижное, спаянное с кожей в области одной точки-ретенционного пункта. Кожа над образованием незначительно гиперемирована, в области ретенционного пункта белесоватая. В полости рта патологических изменений не выявлено.

1. Определите тактику лечения.
2. Какие разрезы применяются при удалении данного образования.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Дифференциальная диагностика

Задача 10

Стоматолога-хирурга включили в комиссию по поводу введения в эксплуатацию хирургического стоматологического кабинета. Кабинет расположен на цокольном этаже жилого здания. Площадь помещения составляет 24 м². На указанной площади размещено два стоматологических хирургических кресла. Высота кабинета 3 м. Стены на 2 м от пола облицованы светло-серой плиткой с коэффициентом отражения не менее 40 %, а выше покрашены белой масляной краской. Полы покрыты линолеумом, поднятым на стены на высоту 5–10 см и заделанным со стеной заподлицо. Пластиковые плинтусы расположены под линолеумом. Двери и окна в кабинете окрашены белой масляной краской. Имеется непрозрачная перегородка высотой 2 м, разделяющая рабочие места стоматологов-хирургов. Световой коэффициент (отношение остекленной поверхности окон к площади пола) составляет 1 : 7.

Может ли стоматолог-хирург подписать акт о введении в эксплуатацию указанного стоматологического хирургического кабинета? Ответ поясните.

Примеры заданий для промежуточной аттестации

Примеры вопросов к устному опросу/собеседованию:

1. Топографическая анатомия челюстно-лицевой области.
2. Анатомия шеи.
3. Анатомическое строение n. Facialis.
4. Анатомия тройничного нерва.
5. Невралгия тройничного нерва. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
6. Обезболивание при оперативных вмешательствах на верхней челюсти. Обезболивание у бугра верхней челюсти. Инфраорбитальная анестезия. Зона обезболивания. Техника выполнения. Осложнения, их профилактика.
7. Анестезия по Берше-Дубову. Техника выполнения, зона иннервации.

8. Мандибулярная анестезия. Техника выполнения, зоны иннервации.

9. Одонтогенные абсцессы и флегмоны крыловидно-челюстного пространства. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение, оперативный доступ.

10. Абсцесс, флегмона подподбородочной области. Топографическая анатомия. Основные источники и пути проникновения инфекции. Клиника. Пути дальнейшего распространения инфекции. Лечение.

11. Абсцесс челюстно-язычного желобка. Топографическая анатомия. Основные источники и пути проникновения инфекции. Клиника. Пути дальнейшего распространения инфекции. Лечение.

12. Абсцесс клыковой ямки. Причина, клиника, диагностика, лечение. Осложнение.

13. Остеомиелиты челюстей. Классификация. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

14. Острый одонтогенный лимфаденит. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

15. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика. Лечение.

16. Острые паротиты. Причины, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика паротитов.

17. Периоститы челюстей. Диагностика. Клиника. Лечения. Осложнения.

18. Кистозные новообразования челюстей. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.

19. Болезни прорезывания зубов. Ретенция, дистопия. Клиника, диагностика, лечение.

20. Операция удаления зуба: показания, противопоказания. Подготовка больного к операции удаления зуба.

Примеры тестовых заданий:

1. Укажите верное расположение собственно жевательной мышцы:

1) Начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти

2) Занимает все пространство височной ямы черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти

3) Начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижнейтчелюсти

4) Начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мыщелкового отростка, к сумке и диску височно-нижнечелюстного сустава

2. Остеоиндуктивные материалы – это:

1) Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в остеобласты

2) Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в фибробласты

3) Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в одонтобласты

4) Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в остеокласты

3. Укажите концентрацию раствора лидокаина, используемого для аппликационной анестезии:

1) 0,5%
2) 2%
3) 5%
4) 10%

4. Лунка зуба после удаления рентгенологически неотличима от окружающей ткани (при неосложненном заживлении):

1) К концу первого месяца
2) На 2-4 месяц
3) На 4-6 месяц
4) На 7-8 месяц
5) На 8-9 месяц

5. Для остановки кровотечения при повышении фибринолитической активности крови следует применить:

1) Аминокапроновую кислоту или Амбен (Памба)
2) Рутин или Аскорутин
3) Фитоменадион или Викасол
4) Клофелин, Раунатин

6. По локализации гранулем различают:

1) Апикальные и латеральные гранулёмы
2) Прикорневая, межкорневая, апикальная
3) Простые, сложные гранулёмы и кистогранулема
4) Латеральные и межкорневые гранулёмы

7. Паротит Герценберга – это:

1) Вирусное заболевание
2) Воспаление лимфатических узлов в толще околоушной слюнной железы
3) Врожденная атрезия протоков околоушной слюнной железы
4) Паротит туберкулезной этиологии

8. Укажите препарат, стимулирующий слюноотделение:
1) Атропин
2) Пилокарпин
3) Хлоргексидин
4) Хлористый калий

9. Пункция верхнечелюстной пазухи у взрослых проводится через:
1) Нижний носовой ход
2) Средний носовой ход
3) Верхний носовой ход
4) Любой из носовых ходов

10. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:
1) Острый периостит
2) Перелом челюсти
3) Острый лимфаденит
4) Снижение реактивности организма
5) Травма плохо изготовленным протезом

11. Укажите для какого прикуса характерен уплощенный височно-нижнечелюстной сустав:
1) Глубокого
2) Прямого
3) Ортогнатического
4) Открытого

12. Наиболее часто из форм лейкоплакии слизистой оболочки полости рта озлокачествляется:
1) Лейкоплакия курильщиков
2) Плоская лейкоплакия
3) Веррукозная лейкоплакия
4) Эрозивная лейкоплакия

13. При хирургической обработке ран, проникающих в полость рта, швы в первую очередь накладывают на:
1) Кожу, а потом на мышцы и слизистую оболочку
2) На слизистую оболочку, а потом на мышцы и кожу
3) На мышцы, потом на кожу и слизистую оболочку
4) При хирургической обработке ран, проникающих в полость рта, швы не накладываются
5) Начала на мышцу, потом слизистую оболочку и кожу

14. Симптом «Венсана» возникает при переломах:
1) Скулового комплекса
2) Костей носа
3) Нижней челюсти по средней линии
4) Тела нижней челюсти в области моляров
5) Угла нижней челюсти

15. Показание к применению гладкой шины скобы –зто перелом мыщелкового отростка:
1) Перелом угла нижней челюсти
2) Вколоченный вывих зуба
3) Вывих нижней челюсти
4) Перелом альвеолярного отростка

Примеры ситуационных задач:

Задача 1

Больной 19 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти слева, изменение конфигурации лица, онемение нижней губы слева, озноб и недомогание.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 39,0 С, пульс 100 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека подчелюстной области слева. При пальпации определяется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 3 см., 36 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 34, 35, 37 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Определяется разлитой, муфтообразный инфильтрат в области тела нижней челюсти слева. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 35,36 зубов определяется неравномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в форме «языков пламени» в области верхушек корней 36 зуба, корневые каналы запломбированы на 1/3.

Клинический анализ крови: L-19.5; Ю-8, П-45, С- 20; Л-17; М-10; СОЭ - 37 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозноголечения.

Задача 2

Больная 23 лет поступила на 4-е сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти справа в области 48 зуба,

усиливающиеся при накусывании, невозможность открывания рта, незначительное изменение конфигурации лица.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 38,0 С, пульс 90 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет коллатерального отека тканей околоушно-жевательной области справа кожа обычной окраски, не напряжена. В проекции жевательной мышцы пальпируется плотный, резко болезненный инфильтрат. Открывание рта 0,3см., 48 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 1-й степени. Имеется отек и инфильтрация тканей пародонта в области 48. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 48 зуба определяется равномерное округлое расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 48 зуба, корневые каналы не запломбированы.

Клинический анализ крови: L-10.5; П-12, С- 55; Л-20; М-10 ; Э-3; СОЭ - 17 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Задача 3

Больной 17 лет поступил на 2-е сутки от начала заболевания с жалобами на боли при глотании слева, невозможность открывания рта. Два дня назад в поликлинике производилось лечение глубокого кариеса 35 зуба под проводниковой анестезией.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 38,20 С, пульс 96 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: Лицо симметрично, кожные покровы лица обычной окраски. При глубокой пальпации под углом нижней челюсти слева определяется плотный, болезненный инфильтрат. Открывание рта 0,5 см. 35 зуб под пломбой, перкуссия безболезненна, ткани пародонта физиологической окраски. Имеется отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки слева. При пальпации определяется инфильтрат в нижнем отделе крыловидно-челюстной складки. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 35 зуба патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: L-12.5; Ю-5; П-10, С- 58; Л-20; М-7; СОЭ-20 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Задача 4

Больная 28 лет поступил на 2-е сутки от начала заболевания с жалобами на боли при открывании рта, затруднение боковых движений

нижней челюсти. Два дня назад в поликлинике производилось лечение пульпита 17 зуба под местной анестезией.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 39,20 С, пульс 126 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: лицо асимметрично за счет отека височной и щечной областей справа, кожные покровы лица обычной окраски не напряжены. Открывание рта 1,5 см. 17 зуб под временной пломбой, перкуссия безболезненна, ткани пародонта без изменений. Определяется разлитая инфильтрация переходной складки верхней челюсти справа в области 17,18 зубов. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена, пальпация болезненна. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 17 зуба патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: L-32,5; Ю-10; П-40, С- 40; Л-5; М-5; СОЭ-20 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Задача 5

Больной 19 лет поступил на 5-е сутки от начала заболевания с жалобами на невозможность глотания, ограничение и боли при открывании рта. Пять дней назад появились боли в области прорезающегося 18 зуба, отметил повышение температуры до 38,0 С. Три дня назад отметил ухудшение глотания, затруднение открывания рта.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 38,20 С, пульс 95 уд/мин., АД 90/60 мм.рт.ст.

Местно: асимметрия лица за счет умеренного отека мягких тканей подчелюстной области справа, кожные покровы лица обычной окраски, пальпируются увеличенные и болезненные подчелюстные и шейные лимфоузлы. При глубокой пальпации под углом нижней челюсти справа определяется плотный, болезненный инфильтрат. Открывание рта 1.5 см. 18 зуб прорезался медиальными буграми, перкуссия болезненна, из под слизистого «капюшона» обильное гноетечение. Имеется асимметрия зева за счет отека передней небной дужки и боковой стенки глотки справа. Язычок смещен влево. При пальпации боковой стенки глотки определяется плотный болезненный инфильтрат. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. На боковой рентгенограмме нижней челюсти в области 18 зуба определяется патологический костный карман.

Клинический анализ крови: L-12.5; Ю-5; 1-10, С- 61; Л-20; М-4; СОЭ - 20 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Задача 6

Больной 39 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 37,8 С, пульс 89 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека тканей щечной и подглазничной области слева. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат мягких тканей. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 3 см., 25 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 24,26,27 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Пальпируется разлитой инфильтрат в области переходной складки верхней челюсти слева на уровне 23- 27 зубов. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 25 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 25 зуба, корневые каналы не запломбированы. Клинический анализ крови: L-15.5, П-15, С- 60; Л-17; М-8; СОЭ -17 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Задача 7

Больная 79 лет обратилась на четвертые сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти слева изменение конфигурации лица.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 36,9 С, пульс 120 уд/мин., АД 170/100. Местно: в подподбородочной области пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 2,7 см., 31, 32 зубы подвижны 2-й степени, перкуссия резко болезненна, из патологических зубодесневых карманов обильное гнойное отделяемое. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 31,32 зубов определяется вертикальная резорбция костной ткани альвеол на 2/3 длинны корней.

Клинический анализ крови: L-6.5; П-З, С- 65; Л-27; М-5; СОЭ - 37 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного, лечения.

Задача 8

Больной 49 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, заложенность носа и гнойные

выделения из левой половины, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 38.2 С, пульс 99 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей подглазничной области слева, отека нижнего века и щечной области слева. Пальпируется инфильтрация указанных областей. Инфильтрат без четких границ, кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 4 см., 24 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 25,26,27 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Пальпируется разлитой инфильтрат в области переходной складки верхней челюсти слева на уровне 23-27 зубов. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. При передней риноскопии определяется гноетечение по переднему краю нижней носовой раковины. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 24 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 24 зуба, корневые каналы не запломбированы, на обзорной рентгенограмме придаточных пазух носа определяется уровень жидкости в затененной левой верхнечелюстной пазухе.

Клинический анализ крови: L-13.5; П-3, С- 68; Л-19; М-10; СОЭ - 17 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Задача 9

Больная 25 лет поступил на 5-е сутки от начала заболевания с жалобами на ограничение открывания рта, затруднение боковых движений нижней челюсти, изменение конфигурации лица, головную боль. Пять дней назад в поликлинике производилось лечение пульпита 27 зуба под местной анестезией.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 38,20 С, пульс 116 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: Лицо асимметрично за счет отека тканей над скуловой дугой слева, кожные покровы лица обычной окраски. Кожа в данной области в складку собирается с трудом. Открывание рта 0,5 см. 27 зуб под временной пломбой, перкуссия безболезненна, ткани пародонта физиологической окраски. Пальпируется разлитая инфильтрация переходной складки верхней челюсти справа в области 28 зуба. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена, пальпация болезненна. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 27 зуба патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: L-12,5; Ю-1; П-16, С-45, Л-34; М-4; СОЭ 20 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Задача 10

Больной 58 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти слева, изменение конфигурации лица, онемение нижней губы слева, боли при глотании, слюнотечение, затрудненное открывание рта, озноб и недомогание. Заболевание началось с болей в области 35 зуба. Боли постепенно нарастали, сутки назад появилось онемение левой половины нижней губы.

Объективно: Состояние тяжелое, температура тела 39 градусов, пульс 120 ударов в 1 минуту, АД 80/40, тоны сердца приглушены, выслушивается акцент II тона на а. Pulmonalis, печень +4 см. из-под реберной дуги по среднеключичной линии. Положение больного в постели вынужденное-сидячее с опорой на руки, в акте дыхания участвуют межреберные мышцы, язык виден через приоткрытые зубы, покрыт серым налетом, изо рта вытекает зловонная слюна.

Местно: пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат в подчелюстных областях справа и слева, под подбородочной области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 3 см., 35 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 33,34,37 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Пальпируется разлитой, муфтообразный инфильтрат в области тела нижней челюсти слева. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Слизистая подъязычных областей приподнята, имеются отпечатки коронок Зубов, покрыта грязно-серым налетом, инфильтрирована. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 35 зуба определяется неравномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в форме «языков пламени» в области верхушки корня 35 зуба, корневой канал запломбирован на 1\3.

Клинический анализ крови: L-19.5; П-55, С- 30; Л-10; М-5; СОЭ -27 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Задача 11

Больной 43 лет обратился на четвертые сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, заложенность носа и гнойные

выделения из левой половины, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание, ухудшение зрения, боли при движении глазными яблоками.

Объективно: Состояние тяжелое, температура тела 39,20 С, пульс 109 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека подглазничной области и области глазницы слева. Пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрата области нижнего века левого глаза. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Определяется ограничение движения глазного яблока книзу, отмечается хемоз конъюнктивы и экзофтальм. Пальпация по оси глазного яблока резко болезненная. Пальпация передней стенки левой верхнечелюстной пазухи резко болезненна, боль усиливается при наклоне головы вперед. Открывание рта 4 см., 26 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. Имеется отек и гиперемия слизистой в пределах пародонта 26 зуба. При передней риноскопии определяется гноетечение по переднему краю нижней носовой раковины. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 26 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 26 зуба, корневые каналы не запломбированы, на обзорной рентгенограмме придаточных пазух носа определяется интенсивное тотальное затемнение левой верхнечелюстной пазухе.

Клинический анализ крови: L-18,5; П-23; С-58;Л-13; М-6; СОЭ- 27 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Задача 12

Пациент П. 24 года обратился в поликлинику к врачу стоматологу-хирургу с жалобами на боль при жевании в области нижней челюсти слева, чувство распирания в области нижней челюсти. Со слов пациента боли беспокоят около 4 дней. Самостоятельно принимал Нимесил в течении 2 дней.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски.

Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта ограничено до 3 см.

Локальный статус: зуб 3.8 покрыт слизистой оболочкой «капюшоном», из-под которого выделяется серозный экссудат. Слизистая оболочка покрывающая зуб 3.8 гиперемирована, отечна, пальпация болезненна.

ЗАДАЧА:

1. Какие клинические методы исследования необходимы для постановки диагноза.

2. Дополнительные методы исследования.
3. Поставьте диагноз на основании данных полученных в задаче.
4. Тактика лечения больного.

Задача 13

Пациент К. 47 лет обратился в поликлинику к врачу стоматологу с жалобами на боль в области зуба 4.6, усиливающуюся при приеме пищи, подвижность зуба 4.6. Со слов пациента, боли беспокоят в течении 3 дней, боль появилась во время приема пищи (пациент грыз орехи).

Объективно: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объеме.

Локальный статус: Зуб 4.6 изменен в цвете, обширная пломба на окклюзионной поверхности зуба, краевое прилегание нарушено, определяется трещина коронковой части зуба с распространением под десневой край. Слизистая оболочка в области зуба 4.6 гиперемирована, отечна. Определяется подвижность зуба, язычная стенка зуба 4.6 подвижна.

ЗАДАЧА:

1. Дополнительные методы обследования.
2. Поставьте диагноз на основании данных полученных в задаче.
3. Тактика лечения.

Задача 14

Пациент Н., 26 лет обратился в городскую стоматологическую поликлинику с жалобами на отек щеки слева и болезненность нижней челюсти слева. Первые симптомы начались около трех дней назад, отек не был выражен. В связи с нарастанием отека, усилением боли и появлением субфебрильной температуры до 37,2, обратился за помощью.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет воспалительного отека мягких тканей левой щечной области, поднижнечелжстные лимфоузлы слева при пальпации болезненны, открывание рта в полном объеме. В полости рта: переходная складка в проекции 3.4-3.7 сглажена, зуб 3.6 разрушен ниже уровня десны, перкуссия его болезненна.

ЗАДАЧА:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения пациента.
3. Через какое время после завершения лечения данного заболевания можно проводить дентальную имплантацию?

Задача 15

Женщина 58 л обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на наличие белого рисунка в виде сетки на слизистой оболочки щек, симметричного с двух сторон, безболезненно, появление рисунка

отмечает около 2 лет назад, субъективно никак не беспокоит. Пациентка курит около 20 лет по 10 сигарет в день. Раннее за помощью не обращалась, направлена лечащим стоматологом- ортопедом с целью консультации.

ЗАДАЧА:

1. Назовите диагноз.
2. Какая форма данного заболевания представлена в задаче?
3. Дифференциальную диагностику с какими заболеваниями необходимо проводить вышеуказанной патологии?

4.Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

4.1 Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю) осуществляется в ходе контактной работы с преподавателем в рамках аудиторных занятий.

4.2 Текущий контроль успеваемости в виде устного или письменного опроса

Устный и письменный опрос – наиболее распространенный метод контроля знаний обучающихся.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный. Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы.

Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса – подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся. Поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

4.3 Текущий контроль успеваемости в виде реферата

Подготовка реферата имеет своей целью показать, что обучающийся имеет необходимую теоретическую и практическую подготовку, умеет аналитически работать с научной литературой, систематизировать материалы и делать обоснованные выводы.

При выборе темы реферата необходимо исходить, прежде всего, из собственных научных интересов.

Реферат должен носить характер творческой самостоятельной работы.

Изложение материала не должно ограничиваться лишь описательным подходом к раскрытию выбранной темы, но также должно отражать авторскую аналитическую оценку состояния проблемы и собственную точку зрения на возможные варианты ее решения.

Обучающийся, имеющий научные публикации может использовать их данные при анализе проблемы.

Реферат включает следующие разделы:

- введение (обоснование выбора темы, ее актуальность, цели и задачи исследования);

- содержание (состоит из 2-3 параграфов, в которых раскрывается суть проблемы, оценка описанных в литературе основных подходов к ее решению, изложение собственного взгляда на проблему и пути ее решения и т.д.);

- заключение (краткая формулировка основных выводов);

- список литературы, использованной в ходе работы над выбранной темой.

Требования к списку литературы:

Список литературы составляется в соответствии с правилами библиографического описания (источники должны быть перечислены в алфавитной последовательности - по первым буквам фамилий авторов или по названиям сборников; необходимо указать место издания, название издательства, год издания). При выполнении работы нужно обязательно использовать книги, статьи, сборники, материалы официальных сайтов Интернет и др. Ссылки на использованные источники, в том числе электронные – обязательны.

Объем работы 15-20 страниц (формат А4) печатного текста (шрифт № 14 Times New Roman, через 1,5 интервала, поля: верхнее и нижнее - 2 см, левое - 2,5 см, правое 1,5 см).

Текст может быть иллюстрирован таблицами, графиками, диаграммами, причем наиболее ценными из них являются те, что самостоятельно составлены автором.

4.4 Текущий контроль успеваемости в виде подготовки презентации

Электронная презентация – электронный документ, представляющий собой набор слайдов, предназначенных для демонстрации проделанной работы. Целью презентации является визуальное представление замысла автора, максимально удобное для восприятия.

Электронная презентация должна показать то, что трудно объяснить на словах.

Примерная схема презентации

1. Титульный слайд (соответствует титульному листу работы);
2. Цели и задачи работы;
3. Общая часть;
4. Защищаемые положения (для магистерских диссертаций);
5. Основная часть;
6. Выводы;
7. Благодарности (выражается благодарность аудитории за внимание).

Требования к оформлению слайдов Титульный слайд

Презентация начинается со слайда, содержащего название работы (доклада) и имя автора. Эти элементы обычно выделяются более крупным шрифтом, чем основной текст презентации. В качестве фона первого слайда можно использовать рисунок или фотографию, имеющую непосредственное отношение к теме презентации, однако текст поверх такого изображения должен читаться очень легко. Подобное правило соблюдается и для фона остальных слайдов. Тем не менее, монотонный фон или фон в виде мягкого градиента смотрятся на первом слайде тоже вполне эффектно.

Общие требования

Средний расчет времени, необходимого на презентацию ведется исходя из количества слайдов. Обычно на один слайд необходимо не более двух минут.

Необходимо использовать максимальное пространство экрана (слайда) – например, растянув рисунки.

Дизайн должен быть простым и лаконичным.

Каждый слайд должен иметь заголовок.

Оформление слайда не должно отвлекать внимание от его содержательной части.

Завершать презентацию следует кратким резюме, содержащим ее основные положения, важные данные, прозвучавшие в докладе, и т.д.

Оформление заголовков

Назначение заголовка – однозначное информирование аудитории о содержании слайда. В заголовке нужно указать основную мысль слайда.

Все заголовки должны быть выполнены в едином стиле (цвет, шрифт, размер, начертание).

Текст заголовков должен быть размером 24 – 36 пунктов.

Точку в конце заголовков не ставить.

Содержание и расположение информационных блоков на слайде Информационных блоков не должно быть слишком много (3-6).

Рекомендуемый размер одного информационного блока – не более 1/2 размера слайда.

Желательно присутствие на странице блоков с разнотипной информацией (текст, графики, диаграммы, таблицы, рисунки), дополняющей друг друга.

Ключевые слова в информационном блоке необходимо выделить.

Информационные блоки лучше располагать горизонтально, связанные по смыслу блоки – слева направо.

Наиболее важную информацию следует поместить в центр слайда.

Логика предъявления информации на слайдах в презентации должна соответствовать логике ее изложения.

Выбор шрифтов

Для оформления презентации следует использовать стандартные, широко распространенные шрифты, такие как Arial, Tahoma, Verdana, Times New Roman, Calibri и др.

Размер шрифта для информационного текста — 18-22 пункта. Шрифт менее 16 пунктов плохо читается при проекции на экран, но и чрезмерно крупный размер шрифта затрудняет процесс беглого чтения. При создании слайда необходимо помнить о том, что резкость изображения на большом экране обычно ниже, чем на мониторе. Прописные буквы воспринимаются тяжелее, чем строчные. Жирный шрифт, курсив и прописные буквы используйте только для выделения.

Цветовая гамма и фон

Слайды могут иметь монотонный фон или фон-градиент.

Для фона желательно использовать цвета пастельных тонов.

Цветовая гамма текста должна состоять не более чем из двух-трех цветов.

Назначив каждому из текстовых элементов свой цвет (например, заголовки зеленый, текст – черный и т.д.), необходимо следовать такой схеме на всех слайдах.

Необходимо учитывать сочетаемость по цвету фона и текста. Белый текст на черном фоне читается плохо.

Стиль изложения

Следует использовать минимум текста. Текст не является визуальным средством.

Не стоит стараться разместить на одном слайде как можно больше текста. Чем больше текста на одном слайде вы предложите аудитории, тем с меньшей вероятностью она его прочитает.

Рекомендуется помещать на слайд только один тезис. Распространенная ошибка – представление на слайде более чем одной мысли.

Старайтесь не использовать текст на слайде как часть вашей речи, лучше поместить туда важные тезисы, акцентируя на них внимание в процессе своей речи. Не переписывайте в презентацию свой доклад. Демонстрация презентации на экране – вспомогательный инструмент, иллюстрирующий вашу речь.

Следует сокращать предложения. Чем меньше фраза, тем она быстрее усваивается.

Текст на слайдах лучше форматировать по ширине.

Если возможно, лучше использовать структурные слайды вместо текстовых. В структурном слайде к каждому пункту добавляется значок, блок-схема, рисунок – любой графический элемент, позволяющий лучше запомнить текст.

Следует избегать эффектов анимации текста и графики, за исключением самых простых, например, медленного исчезновения или возникновения полосами, но и они должны применяться в меру. В случае использования анимации целесообразно выводить информацию на слайд постепенно. Слова и картинки должны появляться параллельно «озвучке».

Оформление графической информации, таблиц и формул

Рисунки, фотографии, диаграммы, таблицы, формулы призваны дополнить текстовую информацию или передать ее в более наглядном виде.

Желательно избегать в презентации рисунков, не несущих смысловой нагрузки, если они не являются частью стилевого оформления.

Цвет графических изображений не должен резко контрастировать с общим стилевым оформлением слайда.

Иллюстрации и таблицы должны иметь заголовок.

Иллюстрации рекомендуется сопровождать пояснительным текстом.

Иллюстрации, таблицы, формулы, позаимствованные из работ, не принадлежащих автору, должны иметь ссылки.

Используя формулы желательно не отображать всю цепочку решения, а оставить общую форму записи и результат. На слайд выносятся только самые главные формулы, величины, значения.

После создания и оформления презентации необходимо отрепетировать ее показ и свое выступление. Проверить, как будет выглядеть презентация в целом (на экране компьютера или проекционном экране) и сколько времени потребуется на её показ.

4.5 Текущий контроль успеваемости в виде тестовых заданий

Оценка теоретических и практических знаний может быть осуществлена с помощью тестовых заданий. Тестовые задания могут быть представлены в виде:

Тестов закрытого типа – задания с выбором правильного ответа.

Задания закрытого типа могут быть представлены в двух вариантах:

–задания, которые имеют один правильный и остальные неправильные ответы (задания с выбором одного правильного ответа); –задания с выбором нескольких правильных ответов.

Тестов открытого типа – задания без готового ответа.

Задания открытого типа могут быть представлены в трех вариантах:

– задания в открытой форме, когда испытуемому во время тестирования ответ необходимо вписать самому, в отведенном для этого месте;

–задания, где элементам одного множества требуется поставить в соответствие элементы другого множества (задания на установление соответствия);

– задания на установление правильной последовательности вычислений, действий, операций, терминов в определениях понятий (задания на установление правильной последовательности).

4.6 Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач

Анализ конкретных ситуаций – один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

На учебных занятиях, как правило, применяются следующие виды ситуаций:

– Ситуация-проблема – представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или пройти к выводу о его невозможности.

– Ситуация-оценка – описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Обучающиеся проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.

– Ситуация-иллюстрация – поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.

– Ситуация-упражнение – предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобрести опыт.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающие заранее изучили ситуацию.

2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

Принципы разработки ситуационных задач

– ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;

– для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;

– ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы деятельности, который вызовет профессиональный интерес;

–ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;

– проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;

– решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Решение ситуационных задач может быть представлено в следующих вариантах

– решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;

– предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один – правильный;

– предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;

– предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;

– предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информации, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Что в свою очередь, обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в ведомости текущего контроля успеваемости.

4.7 Проведение промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

Промежуточная аттестация в форме зачета осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в рамках аудиторных занятий, как правило, на последнем практическом (семинарском) занятии.

Промежуточная аттестация в форме экзамена или зачета с оценкой осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период экзаменационной (зачетно-экзаменационной) сессии, установленной календарным учебным графиком.