

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Хирургической стоматологии**

Учебный план 31050350_18_13ед.pli.xml
31.05.03 Стоматология

Квалификация **специалист**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 108

в том числе:

аудиторные занятия 72

самостоятельная работа 36

Виды контроля в семестрах:
зачеты с оценкой 10

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	10 (5.2)		Итого	
	уи	рид		
Неделя	17,7			
Вид занятий	уи	рид	уи	рид
Лекции	18	10	18	10
Практические	54	23	54	23
В том числе	2	2	2	2
Итого ауд.	72	33	72	33
Контактная	72	33	72	33
Сам. работа	36	2	36	2
Итого	108	35	108	35

Программу составил(и):

д.м.н. профессор, Зав. кафедрой, Мамытова Анара Бейшеновна



Рецензент(ы):

д.м.н. Зав. кафедрой детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, Чолокова Гулнар Сатаркуловна



Рабочая программа дисциплины

Имплациология и реконструктивная хирургия полости рта

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.03 (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №96)

составлена на основании учебного плана:

31.05.03 Стоматология

утвержденного учёным советом вуза от 26.06.2018 протокол № 12.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Хирургической стоматологии

Протокол от 28.08.2018г. № 1

Срок действия программы: 2018-2023 уч.г.

Зав. кафедрой Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Мамытова Анара Бейшеновна



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

04.09. 2019 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Хирургической стоматологии

Протокол от 29.08. 2019 г. № 1

Зав. кафедрой Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Мамытова Анара Бейшеновна

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

Председатель УМС

_____ 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Хирургической стоматологии

Протокол от _____ 2020 г. № ____

Зав. кафедрой Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Мамытова Анара Бейшеновна

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры
Хирургической стоматологии

Протокол от _____ 2021 г. № ____

Зав. кафедрой Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Мамытова Анара Бейшеновна

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры
Хирургической стоматологии

Протокол от _____ 2022 г. № ____

Зав. кафедрой Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Мамытова Анара Бейшеновна

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Целью освоения дисциплины является подготовка специалиста по имплантологии и реконструктивной хирургии полости рта для обеспечения надлежащего качества оказания стоматологической помощи населению.
-----	--

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Детская стоматология
2.1.2	Челюстно-лицевое протезирование
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
2.2.2	Онкостоматология и лучевая терапия

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**ОПК-11: готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями**

Знать:	
Уровень 1	Перечень учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях стоматологического профиля
Уровень 2	Характеристику учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях стоматологического профиля
Уровень 3	Нормативную документацию, принятую в здравоохранении, а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских
Уметь:	
Уровень 1	Раскрыть смысл применения лекарственных препаратов и иные вещества и в комбинации при решении профессиональных задач
Уровень 2	Выбирать лекарственные препараты для назначения при различных стоматологических заболеваниях
Уровень 3	Назначить лекарственные препараты при различных заболеваниях
Владеть:	
Уровень 1	Навыками сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях выявления стоматологического заболевания
Уровень 2	Работа со стоматологическими инструментами, методикой чтения рентген снимков
Уровень 3	Анализом результатов лабораторных, патологоанатомических анализов

ПК-8: способность к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями

Знать:	
Уровень 1	Перечень учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях стоматологического профиля
Уровень 2	Характеристику учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях стоматологического профиля
Уровень 3	Нормативную документацию, принятую в здравоохранении, а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций
Уметь:	
Уровень 1	Раскрыть смысл применения лекарственных препаратов и иные вещества и в комбинации при решении профессиональных задач
Уровень 2	Выбирать лекарственные препараты для назначения при различных стоматологических заболеваниях
Уровень 3	Назначить лекарственные препараты при различных заболеваниях
Владеть:	
Уровень 1	Навыками сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях выявления стоматологического заболевания
Уровень 2	Работа со стоматологическими инструментами, методикой чтения рентген снимков
Уровень 3	Анализом результатов лабораторных, патологоанатомических анализов.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	организацию стоматологической службы;
3.1.2	этиологию и патогенез, современную классификацию, клиническую картину, особенности течения заболевания и возможные осложнения при дефектах и деформациях челюстно-лицевой области;
3.1.3	обоснование алгоритма комплексного обследования больного с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области, методов лечения и профилактики, определение диагноза заболевания;
3.1.4	принципы, способы и методы диагностики, дифференциальной диагностики, профилактики и лечения дефектов и деформаций челюстно-лицевой области;
3.1.5	основные методы хирургического и комплексного лечения при дефектах и деформациях челюстно-лицевой области;
3.1.6	показание к применению лучевой терапии в зависимости от формы и стадии заболевания;
3.1.7	принципы диспансеризации больных с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.
3.2	Уметь:
3.2.1	работать с медицинской документацией;
3.2.2	формировать группы риска по предраковым и фоновым стоматологическим заболеваниям с целью профилактики дефектов и деформаций челюстно-лицевой области;
3.2.3	организовать профилактику дефектов и деформаций челюстно-лицевой области в различных возрастных группах;
3.2.4	собрать и оформить полный медицинский анамнез пациента с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области;
3.2.5	проводить клинический метод обследования, назначать дополнительные исследования и оценить их результаты;
3.2.6	проводить дифференциальную диагностику заболеваний ЧЛЮ;
3.2.7	на основании клинических и диагностических данных поставить предварительный диагноз;
3.2.8	проводить лечение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области.
3.3	Владеть:
3.3.1	Навыки работы с учётно-отчётной документацией различного характера в стоматологических учреждениях. Навыками сравнительной характеристики медицинской документацией различного характера в стоматологических учреждениях. Методами ведения медицинской документации различного характера в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях. Навыками назначения лекарственных препаратов при различных заболеваниях. Навыками сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях выявления стоматологического заболевания. Навыками изложения и анализировать этиологию, патогенез различных клинических заболеваний для постановки диагноза.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1.						
1.1	Принципы планирования в стоматологической имплантологии. Особенности обследования пациентов при подготовке к дентальной имплантации. Клинические аспекты дентальной имплантации. Виды дентальных имплантантов /Пр/	10	2	ПК-8 ОПК-11	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.2	История развития дентальной имплантологии. Материалы и сплавы применяемые в имплантологии. Требования и стандарты. /Лек/	10	2	ПК-8 ОПК-11	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.3	Показания и противопоказания к дентальной имплантологии. Морфологические аспекты внутрикостной имплантологии. Понятие об остеointegrации и фиброостеоинтеграции /Пр/	10	7	ПК-8 ОПК-11	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1	2	Интерактивные формы обучения. Проведение манипуляций на фантомах по имплантологии.

1.4	Понятие имплантация зубов и их применение /Ср/	10	2	ПК-8 ОПК-11	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	Интерактивные формы обучения по методике мозговой атаки. Проведение манипуляций на фантомах по имплантологии и.
1.5	Морфологические аспекты внутрикостной имплантологии. Понятие об остеоинтеграции и фиброостеоинтеграции /Лек/	10	2	ПК-8 ОПК-11	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.6	Первый и второй хирургические этапы дентальной имплантации. Инструментарий и аппаратура в дентальной имплантации. Имплантация при одиночных дефектах зубных рядов. /Пр/	10	7	ПК-8 ОПК-11	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.7	Типы и виды дентальных имплантантов /Лек/	10	2	ПК-8 ОПК-11	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.8	Имплантация при концевых дефектах зубных рядов. Показания и методики. Понятие о синус лифтинге и транспозиции нижнелестничного нерва. Зачетное занятие /Пр/	10	7	ПК-8 ОПК-11	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.9	Биология кости /Лек/	10	2	ПК-8 ОПК-11	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.10	Показания и противопоказания к их применению, методики. Ошибки и осложнения при дентальной имплантации. /Лек/	10	2	ПК-8 ОПК-11	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ:

Принципы планирования в стоматологической имплантологии. Особенности обследования пациентов при подготовке к дентальной имплантации. Клинические аспекты дентальной имплантации. Виды дентальных имплантантов. Показания и противопоказания к дентальной имплантологии. Морфологические аспекты внутрикостной имплантологии. Понятие об остеоинтеграции и фиброостеоинтеграции. Первый и второй хирургические этапы дентальной имплантации. Инструментарий и аппаратура в дентальной имплантации. Имплантация при одиночных дефектах зубных рядов.

Имплантация при концевых дефектах зубных рядов. Показания и методики. Понятие о синус лифтинге и транспозиции нижнелестничного нерва.
Зачетное занятие

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Учебным планом не предусмотрено написание курсовых работ по дисциплине.

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕСТ. Перечень тестовых вопросов согласно тематике раздела в ПРИЛОЖЕНИИ
ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела.

Тематика докладов:

Обследование больных с хирургической патологией челюстно-лицевой области

Классификация, клиника неврита и невралгии. Диагностика, лечение

Клиника, диагностика, методы хирургического лечения и восстановительные операции при параличах мимических мышц,

ЛФК, физиотерапия, реабилитация
 Планирование восстановительного лечения. Сроки проведения операций, предоперационная подготовка больных.
 Теоретические и математические основы пластики местными тканями.
 Пластика дефектов лица лоскутом на ножке. Пластика дефектов лица кожным стеблем Филатова. Свободная пересадка тканей, сложные лоскуты на микрососудистом анастомозе.
 Выбор вида трансплантата. Подготовка больных к костной пластике, техника операции, послеоперационный период.
 Устранение аномалий и деформаций верхней и нижней челюсти.
 Этиология и патогенез анкилоза височно-нижнечелюстного сустава. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
 Контрактура нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение, дифференциальная диагностика.
 Общие принципы лечения хирургии заболеваний пародонта(кюретаж, гингивотомия, гингивоектомия) хирургические методы лечения заболеваний пародонта с использованием перемещения тканей и остеопластики.
 Особенности обследования пациентов при подготовке к дентальной имплантации.
 Клинические аспекты дентальной имплантации. Виды дентальных имплантатов.
 Показания и противопоказания к дентальной имплантации.
 Морфологические аспекты внутрикостной имплантации.
 Понятия об остеоинтеграции и фиброостеоинтеграции
 Первый и второй хирургические этапы дентальной имплантации.
 Методики и варианты выполнения
 Инструментарий и аппаратура
 Имплантация при одиночных дефектах зубных рядов
 Понятие о синус – лифтинге и транспозиции нижнелуночкового нерва.

РЕФЕРАТ. Студент самостоятельно выбирает тему реферата в соответствии с темой раздела.
 Обследование больных с хирургической патологией челюстно-лицевой области
 Классификация , клиника неврита и невралгии. Диагностика, лечение
 Клиника, диагностика, методы хирургического лечения и восстановительные операции при параличах мимических мышц, ЛФК, физиотерапия, реабилитация
 Планирование восстановительного лечения. Сроки проведения операций, предоперационная подготовка больных.
 Теоретические и математические основы пластики местными тканями.
 Пластика дефектов лица лоскутом на ножке. Пластика дефектов лица кожным стеблем Филатова. Свободная пересадка тканей, сложные лоскуты на микрососудистом анастомозе.
 Выбор вида трансплантата. Подготовка больных к костной пластике, техника операции, послеоперационный период.
 Устранение аномалий и деформаций верхней и нижней челюсти.
 Этиология и патогенез анкилоза височно-нижнечелюстного сустава. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
 Контрактура нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение, дифференциальная диагностика.
 Общие принципы лечения хирургии заболеваний пародонта(кюретаж, гингивотомия, гингивоектомия) хирургические методы лечения заболеваний пародонта с использованием перемещения тканей и остеопластики.
 Особенности обследования пациентов при подготовке к дентальной имплантации.
 Клинические аспекты дентальной имплантации. Виды дентальных имплантатов.
 Показания и противопоказания к дентальной имплантации.
 Морфологические аспекты внутрикостной имплантации.
 Понятия об остеоинтеграции и фиброостеоинтеграции
 Первый и второй хирургические этапы дентальной имплантации.
 Методики и варианты выполнения
 Инструментарий и аппаратура
 Имплантация при одиночных дефектах зубных рядов
 Понятие о синус – лифтинге и транспозиции нижнелуночкового нерва.

ТЕОРИТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

Перечень теоритических вопросов из п. 5.1. согласно тематике раздела.

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тест
 Доклад с презентацией
 Реферат
 Теоретические задания
 Ситуационная задача
 Шкала оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №3

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

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	А.Б. Мамытова, А.Р. Цой	Дентальная имплантология: Учебное пособие для студентов 5 курса	2010
Л1.2	Мамытова А.Б., Айдарбекова А.А.	Хирургическая стоматология: Учебник	Бишкек: Изд-во КРСУ 2014
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И.	Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство: учебное пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Суднев И., Михайлов И., Гольдштейн Е.	Зубная имплантация. Новый уровень протезирования: Учебное пособие	СПб.: ООО "МЕДИ издательство" 2007
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	6.3.1.1 Традиционно-образовательные технологии - лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщения знаний и способов действий передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Практические занятия чаще всего проводятся непосредственно на базе хирургической клиники с обязательным посещением больных.		
6.3.1.2	6.3.1.2 Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системные мышления и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач, к ним относятся занятия в муляжном симуляционном центре. Так же практические занятия при проведении которых используются методики мозгового штурма.		
6.3.1.3	6.3.1.3 Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы а так же для ознакомления с интернет – источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателем лекция – презентаций.		
6.3.1.4			
6.3.1.5			
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения			
6.3.2.1	stomatologclub.ru		
6.3.2.2	http://www.e-stomatology.ru/link/common/		
6.3.2.3	http://neostom.ru/		
6.3.2.4	Электронная библиотека КРСУ - www.lib.krsu.edu.kg		
6.3.2.5	Электронная библиотека МЗ КР		

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	7.1. Теоритическая подготовка изучения программы по имплантологии и реконструктивной хирургии полости рта проводится на базе (корпус «Аламедин»), ГСП №4, отделение ЧЛХ Национального Госпиталя клиники им. И.К. Ахунбаева. Симуляционный центр (корпус «Аламедин»), оборудованный роботизированными манекенами – имитаторами, современным реанимационным оборудованием, электронными фантомами оборудования, тренажерами, интерактивным и медицинским оборудованием, инструментарием и расходными материалами.
7.2	7.2. Каждое отделение оснащено специальной инструментальной и обзорные рентгеологические исследования и т.д.)
7.3	Презентации лекций по всем разделам дисциплины(Po\uegPot1)
7.4	Компьютерные классы (корпус Л.Толстого, ауд.4/12,4/15)с выходом в сеть Интернет для выполнения самостоятельной работы, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами. Программа составлена в соответствии с требованиями ФГОС-3 ВПО с учетом рекомендаций и ПрООП (примерной ООП) ВПО по направлению и профилю подготовки "Стоматология".

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 4 МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:	
1.	Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2.	Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.

3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (5 семестр - зачет, 6 семестр - экзамен) — совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

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

Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации больными студентами в течении семестра.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов — Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

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

1) Организационный этап занятия (время — до 2%):

- а) перекличка;
- б) задание на дом следующей темы;
- в) мотивация темы данного практического занятия;
- г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;

2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20%):

- а) варианты тестового контроля I и III уровня;
- б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
- 3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время — до 15%);
- 4) Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время — до 45%);

5) Заключительный этап занятия (время — до 18%):

- а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами
- б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;
- в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

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

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

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

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

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

Подготовка к практическому занятию — 2 час.

Всего в неделю — 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента

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

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

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

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

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

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

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

5.Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролям.

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

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

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

8.Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практический, тестовый контроль и т.д.).

Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке.

Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

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

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

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

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

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

Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

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

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

2.Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

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

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

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.

- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.

- Количество слайдов не более 30.

- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.

- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.

- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1-2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

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

5. Инструкция докладчикам.

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

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

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

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

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

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

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

Тема реферата выбирается по согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры.

Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы: "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др, а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике.

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

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

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

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

Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.

Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий: ^,

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

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

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

Пациент Б., 60 лет, обратился к врачу – стоматологу - хирургу с жалобами на отсутствие зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи, для консультации по поводу возможности ортопедического лечения с применением имплантатов.

В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, ветряная оспа в детстве. Зубы на нижней челюсти были удалены около 5-7 лет назад по поводу хронических воспалительных процессов. Ранее пациент обращался к стоматологу – ортопеду, был изготовлен съёмный протез на нижнюю челюсть, но пациент не смог привыкнуть к нему, также дикция была нарушена. На верхнюю челюсть был изготовлен частичный съёмный протез. Объективно: Лицо симметрично, кожный покров чистый, лимфоузлы не пальпируются, выявлено снижение высоты нижней трети лица, западение нижней губы, опущение углов рта.

При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие выраженной атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых отделах, незначительная резорбция альвеолярного отростка в переднем отделе. На верхней челюсти атрофия альвеолярного отростка незначительно выражена в области 1.5, 1.4, 2.1, 2.2. Коронка зуба 2.5 разрушена до уровня десны, размягчена.

Зубная формула.

0 П П 0 0 К П П

0 0 К П Рт П П 0

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0 0

Прикус – прогеническое соотношение челюстей.

На ортопантомограмме – дефицита костной ткани в области зубов 1.5, 1.4 не выявлено, в области зубов 2.1, 2.2 имеется дефект альвеолярного отростка в виде ножевидного гребня. В области зуба 2.5 периодонтальная щель равномерно расширена.

Вопросы и задания:

Поставьте диагноз.

Укажите тип атрофии нижней челюсти по Lekholm и Zarb.

Составьте план подготовки к операции имплантации.

Укажите план лечения.

В чём могут возникнуть сложности при решении изготовить съёмный протез на нижнюю челюсть с опорой на имплантаты?

Тесты по имплантологии
Промежуточный тест
1 вариант

1. Основоположителем винтовой конструкции имплантатов является:

- А). Ch. Weiss,
- Б). J. Majillo,
- В). П.И. Бранемарк,
- Г). Э. Варес,
- Д). Л. Линков,

2. Пластинчатую конструкцию имплантатов (blade-went) разработал:

- А). Ch. Weiss,
- Б). J. Majillo,
- В). П.И. Бранемарк,
- Г). Э. Варес,
- Д). Л. Линков,

3. История развития стоматологической имплантологии в России связано с именем

- А). Н.Н. Знаменского
- Б). Н.И. Пирогова
- В). В.П. Филатова,
- Г). А.А. Лимберга,
- Д). Ю.И. Бернадского.

4. В каком году была принята резолюция МЗ СССР о запрете имплантации зубов:

- А). 1949,
- Б). 1953,
- В). 1957,
- Г). 1961,
- Д). 1964.

5. В каком году в МЗ СССР сняло запрет о применении имплантации зубов.

- А). 1977,
- Б). 1984,
- В). 1986,
- Г). 1989,
- Д). 1991.

6. Имплантационный материал не должен:

- А). вызывать коррозию,
- Б). вызывать воспалительные процессы,
- В). является канцерогеном,
- Г). вызывать аллергические реакции,
- Д). быть биосовместимым.

7. Для изготовления имплантатов используют:

- А). жидкость,
- Б). металл,
- В). пластмассы,
- Г). каучук,
- Д). газообразные вещества.

8. На современном этапе наиболее отвечающим всем требованиям для изготовления имплантатов материалом является:

- А). КХ сплав,
- Б). титан и его сплавы,
- В). сплавы благородных металлов,
- Г). керамика,
- Д). ситаллы.

9. Имплантационный титан, он же:

- А). VT-10,
- Б). VT-7,
- В). VT-64,
- Г). VT-87,
- Д). VT-32.

10. Температурный интервал восстановления формы для имплантационного никелид титана:

- А). -20- +15
- Б). -15- +25
- В). -70- +10
- Г). +25- +35
- Д). +1- +7

11. Наиболее распространенный тип имплантации:

- А). эндодонто-эндооссальный ,
- Б). эндооссальный(внутрикостный),
- В). Внутрислизистый (инсерт-имплантация),
- Г). подслизистый(субмукозный),
- Д). Субпериостальный.

12. Неразборные конструкции внутрикостных имплантатов применяются при

- А). двухэтапной методике имплантации,
- Б). Внутрислизистой имплантации,
- В). одноэтапной методике имплантации,
- Г). Субпериостальной имплантации,
- Д). Подслизистой имплантации.

13. Методика непосредственной (иммедиат) имплантации заключается в:

- А). установке имплантата в свежую лунку удаленного зуба
- Б). установке исключительно одного вида имплантатов,
- В). установке имплантата спустя 3 недели после удаления зуба,
- Г). установке имплантата после окончательного заживления костной раны в результате удаления зубов,
- Д). установке имплантата в области имеющегося дефекта.

14. Разработчиком винтовой конструкции имплантатов является:

- А). Ch. Weiss,
- Б). J. Majillo,
- В). П.И. Бранемарк.
- Г). Э. Варес,
- Д). Л. Линков.

15. Увеличение площади соприкосновения имплантата с костью достигается за счет:

- А). обработки кислотой,
- Б). Лиофилизации,
- В). Обезжиривания,
- Г). нанесения резьбы,
- Д). легирования.

16. Феномен остеоинтеграции был открыт:

- А). J.Majillo,
- Б). Ch.Weiss,
- В). Л.Линков,
- Г). Э.Варес,
- Д). П.И.Бранемарк.

17. Первичная стабильность установленного имплантата достигается за счет:

- А). плотной посадки имплантата в кость,
- Б). физико-химических свойств имплантационного материала,
- В). соблюдения правил асептики и антисептики во время операции,
- Г). правильного выбора методики имплантации,
- Д). индивидуальных особенностей организма.

18. Непосредственный контакт между структурами элементами костной ткани (остеоны и трабекулы) и имплантатом, установившийся после заживления и структурной перестройки кости при котором поверхность имплантата и собственной костью ткань разделяет тонкий, толщиной от 100 до 200 А, слой частично минерализованного матрикса кости это:

- А). остеомаляция,
- Б). дистантный остеогенез,
- В). остеоинтеграция,
- Г). остеопороз,
- Д). фиброостеоинтеграция.

19. Опосредованный контакт между структурными элементами кости и поверхностью имплантата, когда имеется прослойка соединительной ткани, которая может быть представлена как слоем неминерализованного органического матрикса кости, толщиной более 200 А, так и фиброзной тканью это:

- А). остеомаляция,
- Б). фиброостеоинтеграция,
- В). контактный,
- Г). остеоинтеграция,
- Д). остеопороз.

20. Адекватная жевательная нагрузка на имплантатах способствует:

- А). деструкции костной ткани,
- Б). полноценной интеграции имплантатов с костью,
- В). дезинтеграции имплантатов,
- Г). разрушению протезо-имплантатной системы,
- Д). возникновению периимплантатов.

21. При осмотре полости рта пациента с целью дентальной имплантации наиболее значимую роль играет:

- А). состояние уздечки верхней губы,
- Б). состояние челюстной кости,
- В). состояние оставшихся зубов,
- Г). состояние уздечки языка,
- Д). состояние дентальных органов полости рта.

22. Наиболее информативный R-снимок в дентальной имплантологии:

- А). в переднее –лицевой проекции (фас):
- Б). прицельный R-снимок,
- В). в полуаксиальной проекции,
- Г). ортопантограмма,
- Д). R-снимок черепа.

23. Толщину альвеолярного гребня в полости рта исследует с помощью:

- А). пинцета,
- Б). иглы с резиновым кружочком,
- В). иглодержателя,
- Г). специального циркуля,
- Д). зажима.

24. Толщину слизистой оболочки в зоне имплантации исследуют с помощью:

- А). пинцета,
- Б). иглы с резиновым кружочком,
- В). иглодержателя,
- Г). специального циркуля,
- Д). зажима.

25. Абсолютными противопоказаниями к проведению имплантации являются все нижеперечисленные, кроме:

- А). злокачественные опухоли,
- Б). ВИЧ-инфекция,
- В). компенсированный сахарный диабет второй формы,
- Г). эпилепсия,
- Д). заболевания ССС, ЖКТ, печени, почек в стадии декомпенсации.

26. Диаметр цилиндрических имплантатов равен:

- А). 2мм,
- Б). 23мм.
- 2 мм
- В). 5мм

27. Температурный интервал восстановления формы в градусах?

- А). +10С +25С,
- Б). -10С +25С,
- В). +15С +35С,
- Г). 0С +45С,
- Д). 15С -0С.

28. Пористые имплантаты изготавливаются из:

- А). никелида титана,
- Б). золота,
- В). керамики,
- Г). серебра,
- Д). титана.

29. Каких видов бывают имплантаты из никелида титана?

- А). внутрикостные,
- Б). внутрислизистые,
- В). поднадкостничные,
- Г). поднадкостнично-внутрикостные.

30. Кто из нижеперечисленных авторов работал с имплантатами, снабженными механически активными элементами?

- А). Миргазизов,
- Б). Жевирадзе,
- В). Колопков,
- Г). Шаргородский,
- Д). Иванов.

1. Сколько фенотипов костной ткани челюстей выделяют согласно В.Л.Параскевичу:

- А). 1 тип,
- Б). 2 типа
- В). 3 типа,
- Г). типа,
- Д). типов.

2. V.Lekholm, G.A.Zarb предлагают степень атрофии (объем) костной ткани классифицировать по группам:

- А). А-С,
- Б). А-Е,
- В). I-IV,
- Г). I-III,
- Д). I-6.

3. MischiJudiv выделяют в своей классификации:

- А). классы и группы,
- Б). классы,
- В). группы,
- Г). типы,
- Д). виды.

4. Уменьшение объема беззубых отделов в\ч снижает возможность имплантации за счет наличия:

- А). бугра,
- Б). верхнечелюстной пазухи,
- В). скулоальвеолярного гребня,
- Г). подглазничного канала,
- Д). резцового канала.

5. Уменьшение объема беззубых отделов н\ч снижает возможность имплантации за счет наличия:

- А). ретромолярной ямки,
- Б). косой линии,
- В). язычка н\ч,
- Г). нижнечелюстного канала,
- Д). височного гребешка.

6. Специальный аппарат для проведения операции имплантации:

- А). бормашина,
- Б). физиодиспенсер,
- В). коагулятор,
- Г). ИВЛ,
- Д). стерилизатор.

7. Во время проведения операции имплантации выделяют следующие этапы, кроме:

- А). создание костного ложа для имплантата,
- Б). иссечение и отслаивание слизисто- надкостничного лоскута,
- В). закрытие послеоперационной раны,
- Г). изготовление операционного шаблона,
- Д). введение имплантата в костное ложе.

8. Послеоперационные осложнения после имплантации включают в себя все нижеперечисленные, кроме:

- А). периимплантит,
- Б). протрузия,
- В). перелом альвеолярного отростка,
- Г). экспульсия,

Д). дигисценция.

9.Международным стандартом полноценной интеграции имплантата (Smith,1987)является сочетание следующих признаков,кроме:

- А). отсутствие разряжения вокруг имплантата на рентгенограмме,
- Б). отсутствиеболи,дискомфорта,инфекции в области установленного имплантата,
- В). потеря костной ткани по вертикали 0,2 мм в течение второго года наблюдения,
- Г). подвижность имплантата,
- Д). конструкция имплантата не препятствует фиксации протеза, внешний вид удовлетворяет больного.

10.Кто из нижеперечисленных авторов работал с имплантатами,снабженнымимеханическиактивными элементами?

- А). Миргазизов,
- Б). Жевирадзе,
- В). Колопков,
- Г). Шаргородский,
- Д). Иванов.

11.Каких видов бывают имплантаты из никелида титана?

- А). внутрикостные,
- Б). внутрислизистые,
- В). поднадкостничные,
- Г). поднадкостнично-внутрикостные.

12.Пористые имплантаты изготавливаются из:

- А). никелида титана,
- Б). золота,
- В). керамики,
- Г). серебра,
- Д). титана.

13.Температурный интервал восстановления формы в градусах?

- А). +10С +25С,
- Б). -10С +25С,
- В). +15С +35С,
- Г). 0С +45С,
- Д). 15С -0С.

14.Диаметр цилиндрических имплантатов равен:

- А). 2мм,
- Б). 3мм.
- В). 4мм
- Г). 5мм

15.Абсолютными противопоказаниями к проведению имплантации являются все нижеперечисленные, кроме:

- А). злокачественные опухоли,
- Б). ВИЧ-инфекция,
- В). компенсированный сахарный диабет второй формы,
- Г). эпилепсия,
- Д). заболевания ССС,ЖКТ,печени, почек в стадии декомпенсации.

16.Толщину слизистой оболочки в зоне имплантации исследуют с помощью:

- А). пинцета,
- Б). иглы с резиновым кружочком,
- В). иглодержателя,

- Г). специального циркуля,
- Д). зажима.

17. Толщину альвеолярного гребня в полости рта исследует с помощью:

- А). пинцета,
- Б). иглы с резиновым кружочком,
- В). иглодержателя,
- Г). специального циркуля,
- Д). зажима.

18. Наиболее информативной R-снимок в дентальной имплантологии:

- А). в переднее –лицевой проекции (фас):
- Б). прицельный R-снимок,
- В). вполуаксиальной проекции,
- Г). ортопантограмма,
- Д). R-снимок черепа.

19. При осмотре полости рта пациента с целью дентальной имплантации наиболее значимую роль играет:

- А). состояние уздечки верхней губы,
- Б). состояние челюстной кости,
- В). состояние оставшихся зубов,
- Г). состояние уздечки языка,
- Д). состояние др. органов полости рта.

20. Адекватная жевательная нагрузка на имплантатах способствует:

- А). деструкции костной ткани,
- Б). полноценной интеграции имплантатов с костью,
- В). дезинтеграции имплантатов,
- Г). Разрушению протезо-имплантатной системы,
- Д). возникновению периимплантатов.

21. Опосредованный контакт между структурными элементами кости и поверхностью имплантата, когда имеется прослойка соединительной ткани, которая может быть представлена как слоем неминерализованного органического матрикса кости, толщиной более 200 А, так и фиброзной тканью это:

- А). остеомаляция,
- Б). фиброостеоинтеграция,
- В). контактный,
- Г). остеоинтеграция,
- Д). остеопороз.

22. Непосредственный контакт между структурами элементами костной ткани (остеоны и трабекулами) и имплантатом, установившийся после заживления и структурной перестройкой кости при котором поверхность имплантата и собственной костью ткань разделяет тонкий, толщиной от 100 до 200А, слой частично минерализованного матрикса кости это:

- А). остеомаляция,
- Б). дистантный остеогенез,
- В). остеоинтеграция,
- Г). остеопороз,
- Д). фиброостеоинтеграция.

23. Первичная стабильность установленного имплантата достигается за счет:

- А). «плотной посадки» имплантата в кость,
- Б). физико-химических свойств имплантационного материала,
- В). соблюдения правил асептики и антисептики во время операции,
- Г). правильного выбора методики имплантации,

Д). индивидуальных особенностей организма.

24. Феномен остеоинтеграции был открыт:

- А). J.Majillo,
- Б). Ch.Weiss,
- В). Л.Линков,
- Г). Э.Варес,
- Д). П.И.Бранемарк.

25. Увеличение площади соприкосновения имплантата с костью достигается за счет:

- А). обработки кислотой,
- Б). Лиофилизации,
- В). Обезжиривания,
- Г). нанесения резьбы,
- Д). легирования.

26. Температурный интервал восстановления формы для имплантационного никелид титана:

- А). -20- +15
- Б). -15- +25
- В). -70- +10
- Г). +25- +35
- Д). +1- +7

27. Имплантационный титан, он же:

- А). VT-10,
- Б). VT-7,
- В). VT-64,
- Г). VT-87,
- Д). VT-32.

28. На современном этапе наиболее отвечающим всем требованиям для изготовления имплантатов материалом является:

- А). КХ сплав,
- Б). титан и его сплавы,
- В). сплавы благородных металлов,
- Г). керамика,
- Д). ситаллы.

29. Для изготовления имплантатов используют:

- А). жидкость,
- Б). металл,
- В). пластмассы,
- Г). каучук,
- Д). газообразные вещества.

30. Имплантационный материал не должен:

- А). вызывать коррозию,
- Б). вызывать воспалительные процессы,
- В). являться канцерогеном,
- Г). вызывать аллергические реакции,
- Д). быть биосовместимым.

Итоговые тесты по импланталогии

1 вариант

1. Если больному вводится имплантат по каналу зуба в кость, и он представляет собой штифт с разными элементами для его фиксации, то, как называется эта имплантация?

- А). эндодонто-эндооссальная;

- Б). эндооссальная;
- В). субпериостальная;
- Г). эндооссально-субпериостальная.

2. Больному проведена имплантация пластиночным имплантатом. Как называется эта имплантация?

- А). эндодонто-эндооссальная;
- Б). эндооссальная;
- В). субпериостальная;
- Г). эндооссально-субпериостальная.

3. После скелетирования альвеолярного отростка челюсти больному снят слепок и по рельефу кости изготовлен металлический имплантат с опорными лентами. Какая имплантация будет проведена данному больному?

- А). эндодонто-эндооссальная;
- Б). эндооссальная;
- В). субпериостальная;
- Г). эндооссально-субпериостальная.

4. Больному предлагается проведение имплантации с помощью цилиндрического керамического имплантата. Как называется эта имплантация?

- А). эндодонто-эндооссальная;
- Б). эндооссальная;
- В). субпериостальная;
- Г). дооссально-субпериостальная.

5. Врач, изготавливая эндодонто-эндооссальный имплантат должен знать, что размеры имплантата расположенного в кости, т.е. суммарная длина внутрикорневой и внутрикостной его частей, должны быть:

- А). меньше, чем внекостная часть зуба;
- Б). равны с внекостной частью зуба;
- В). больше, чем внекостная часть зуба.

6. Эндодонто-эндооссальный имплантат может иметь следующую форму:

- А). штифта;
- Б). пластинки;
- В). седловидную форму.

7. Металлические пластиночные эндооссальные имплантаты чаще используются для:

- А). одностадийной имплантации;
- Б). двухстадийной имплантации;
- В). как для одно -, так и для двухстадийной имплантации.

8. Цилиндрические металлические эндооссальные имплантаты могут использоваться только для:

- А). одностадийной имплантации;
- Б). двухстадийной имплантации;
- В). как для одно -, так и для двухстадийной имплантации.

9. Во сколько этапов выполняется субпериостальная имплантации?

- А). один этап;
- Б). два этапа;
- В). как в один, так и в два этапа.

10. При обследовании больного, установлено, что он болен сифилисом. Больной настаивает на проведении дентальной имплантации в настоящее время. Укажите, какое должно быть мнение врача о времени проведения дентальной имплантации?

- А). противопоказаний для операции нет;
- Б). имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;

В). имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

11. Больной болен тяжелой формой сахарного диабета, но настаивает на проведении зубной имплантации. Какое должно быть мнение врача на пожелания больного?

- А). противопоказаний для операции нет;
- Б). имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;
- В). имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

12. У больной имеется системный остеопороз. Она обратилась к врачу с настойчивым требованием о проведении зубной имплантации. Какое должно быть мнение врача по этому поводу?

- А). противопоказаний для операции нет;
- Б). имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;
- В). имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

13. Больная, находящаяся на третьем месяце беременности, обратилась к врачу с просьбой проведения дентальной имплантации. Какое должно быть высказано правильное мнение врача по этому поводу?

- А). противопоказаний для операции нет;
- Б). имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;
- В). имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

14. У больного имеется злокачественная опухоль околоушной железы, но он настаивает на проведении ему дентальной имплантации. Какое должно быть мнение врача по этому поводу?

- А). противопоказаний к операции нет;
- Б). имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;
- В). имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;

15. У больного при обследовании установлен диагноз гальваноза, но он высказывает свою настойчивую просьбу о проведении ему дентальной имплантации металлическим имплантатом. Какое должно быть мнение врача на проведение этой операции у больного?

- А). противопоказаний к операции нет;
- Б). имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;
- В). имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;

16. В результате обследования у больной выявлено идиопатическое заболевание с прогрессирующим поражением тканей пародонта, но она настаивает на проведение у нее дентальной имплантации. Какое должно быть мнение у врача по этому поводу?

- А). противопоказаний к операции нет;
- Б). имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;
- В). имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;

17. К врачу обратился больной с просьбой проведения ему дентальной имплантации. При осмотре и беседе установлено, что у пациента низкая гигиеническая культура и выражено нежелание к поддержанию гигиены полости рта. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения этой операции?

- А). противопоказаний к операции нет;
- Б). имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;
- В). имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;

18. К врачу обратился больной с просьбой проведения ему дентальной имплантации. При обследовании выяснено, что у больного в зоне предполагаемой имплантации имеется одонтогенная киста. Больному предложено и он согласился, чтобы ему провели цистэктомию с заполнением костного дефекта остеотропным препаратом. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения больному зубной имплантации в настоящий момент?

- А). противопоказаний для проведения операции нет;
- Б). имеются абсолютные местные противопоказания к проведению операции;
- В). имеются относительные местные противопоказания к проведению операции.

19. К врачу обратился больной с просьбой проведения ему дентальной имплантации. При обследовании

установлено, что у него имеется хронический гипертрофический тонзиллит. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения операции в данное время?

- А). противопоказаний для проведения операции нет;
- Б). имеются абсолютные местные противопоказания к проведению операции;
- В). имеются относительные местные противопоказания к проведению операции.

20. К врачу обратился больной с просьбой проведения ему дентальной имплантации. При обследовании у него выявлено неудовлетворительное состояние гигиены полости рта. Больной высказал желание и пообещал устранить этот недостаток. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения операции в настоящее время?

- А). противопоказаний для проведения операции нет;
- Б). имеются абсолютные местные противопоказания к проведению операции;
- В). имеются относительные местные противопоказания к проведению операции.

21. Во фронтальном отделе челюсти используются ли пластиночные имплантаты?

- А). да
- Б). нет

22. На какую глубину должна погружаться верхняя часть горизонтальной внутри-костной пластинки металлического пластиночного имплантата по отношению к гребню альвеолярного отростка челюсти?

- А). находится должен на одном уровне с краем гребня;
- Б). не более чем на 1 мм;
- В). не менее чем на 2-3 мм.

23. Какой должен быть промежуток между опорной частью имплантата и зубом-антагонистом?

- А). промежутка может и не быть;
- Б). не более 1 мм;
- В). не менее 3 мм.

24. В каком случае наблюдается остеоидный тип сращения дентального имплантата с окружающей костью?

- А). в любом случае;
- Б). при плотном контакте имплантата с кортикальной костью;
- В). если между имплантатом и кортикальной костью имеется щель.

25. В каком случае наблюдается фиброзно-остеоидный тип сращения зубного имплантата с окружающей костью?

- А). в любом случае;
- Б). при плотном контакте имплантата с кортикальной костью;
- В). если между имплантатом и кортикальной костью имеется щель.

26. Если при образовании костного ложа между ее стенкой и имплантатом имеется щель, то чем ее следует заполнить?

- А). йодоформным тампоном;
- Б). антибиотиком;
- В). остеотропными материалами (кергап или др.);
- Г). ничем заполнять не следует.

27. Нижняя челюсть может выполнять движения:

- А). саггитальные и трансверзальные
- Б). саггитальные и вертикальные
- В). саггитальные, вертикальные, горизонтальные
- Г). саггитальные, вертикальные, трансверзальные

28. К местным противопоказаниям операции дентальной имплантации относят:

- А). плохую гигиену полости рта
- Б). психические заболевания
- В). эндокардит в анамнезе

Г). прием цитостатиков

**Итоговые тесты по имплантологии.
2 вариант.**

1. Остеоинтеграция – это:

- А). прямая структурная и функциональная связь между высококодифференцированной живой костью и поверхностью имплантата
- Б). реакция организма на внедрение инородного тела с образованием фиброзной капсулы
- В). процесс образования соединительной ткани на поверхности имплантата
- Г). уменьшение объема костной ткани после удаления зуба

2. К биоинертным материалам относятся:

- А). нержавеющая сталь
- Б). серебряно-палладиевые сплавы
- В). титан, цирконий
- Г). гидроксиапатит

3. Ксеногенный остеопластический материал – это:

- А). специально обработанная трупная кость
- Б). материал синтетического происхождения
- В). материал животного происхождения
- Г). вещество для изготовления дентальных имплантатов

4. Направленная тканевая регенерация – это:

- А). создание оптимальных условий для роста и созревания органотипичной костной ткани в области костных дефектов с применением мембранной техники
- Б). комбинирование остеоиндуктивных и остокондуктивных материалов с целью оптимизации репаративных процессов в области костных дефектов
- В). использование титановой сетки для избирательного прорастания костной ткани в полость дефекта
- Г). изоляция дефекта от окружающих его структур бедной тромбоцитарной плазмой

5. Допустимой скоростью резорбции костной ткани вокруг винтового имплантата в каждый последующий год после первого года функционирования является:

- А). 1,5 мм
- Б). 2,2 мм
- В). 0,2 мм
- Г). 0,02 мм

6. Минимальным безопасным расстоянием до стенки нижнечелюстного канала при постановке дентальных имплантатов в боковых отделах нижней челюсти является:

- А). 0,5 мм
- Б). 1 мм
- В). 10 мм
- Г). 2 мм

7. Абатмент – это:

- А). супраструктура
- Б). аналог имплантата
- В). слепочный трансфер
- Г). фиксирующий винт

8. Выбор варианта проведения синус-лифтинга проводится на основании:

- А). количества отсутствующих зубов
- Б). вида имплантатов
- В). имеющегося уровня костной ткани
- Г). желания врача и пациента

9. Усилие затягивания винта, фиксирующего супраструктуру к имплантату, определяется:

- А). тактильными ощущениями врача
- Б). степенью подвижности супраструктуры
- В). инструкциями по применению элементов системы имплантатов
- Г). показаниями динамометрического ключа

10. Аллогенный материал – это:

- А). специально обработанная трупная кость
- Б). остеопластический материал синтетического происхождения
- В). материал животного происхождения
- Г). субстрат для изготовления имплантатов

11. Препарирование ложа под винтовые или цилиндрические имплантаты следует производить специально предназначенными для этого сверлами со следующей скоростью вращения, об/мин:

- А). 200-300
- Б). 500-800
- В). 1000-1500
- Г). со скоростью рекомендованной производителем

12. Согласно определению Европейской федерации пародонтологов, периимплантит – это: 97

- А). прогрессирующая резорбция окружающей имплантат костной ткани, вызванная и сопровождающаяся воспалительным процессом в мягких тканях окружающих имплантат.
- Б). воспалительный процесс в мягких тканях окружающих имплантат
- В). очаговый остеомиелит, развивающийся в окружающей имплантат костной ткани
- Г). образование грануляционной ткани между костью и поверхностью имплантата

13. Проходить регулярный контроль больному, получившему лечение с помощью имплантации:

- А). не требуется
- Б). в зависимости от желания пациента
- В). требуется в течение первого года
- Г). требуется проводить регулярный контроль

14. После имплантации швы снимаются через:

- А). недели
- Б). 7-8 дней
- В). 2-3 дня
- Г). 14-16 дней

15. Какие отделы челюстей пригодны для внутрикостной имплантации:

- А). только альвеолярный отросток
- Б). передний отдел верхней и нижней челюсти
- В). все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат без рискаповреждения определенных анатомических структур
- Г). только дистальные отделы верхней и нижней челюсти

16. Количество имплантатов, которое может быть максимально установлено у одного больного:

- А). один
- Б). два-три
- В). не более шести
- Г). ограничений нет

17. При превышении температуры критических величин в костной ткани происходит:

- А). гиперемия
- Б). отек
- В). инфильтрация
- Г). некроз

18. Функцией остеобластов является:

- А). образование костной ткани
- Б). резорбция кости
- В). функция иммунитета
- Г). функция кроветворения

19. Функцией остеокластов является:

- А). образование костной ткани
- Б). резорбция кости
- В). функция иммунитета
- Г). функция кроветворения

20. Какие анатомические структуры следует учитывать при проведении внутрикостной имплантации на нижней челюсти:

- А). верхнечелюстной синус
- Б). резцовое отверстие
- В). скуловой отросток
- Г). подбородочные отверстия

21. Имеется ли адаптация или адгезия эпителиальной ткани к поверхности имплантата:

- А). имеется
- Б). отсутствует
- В). не изучено
- Г). только у титановых имплантатов

22. Наиболее частой причиной утраты зубного имплантата является:

- А). аллергическая реакция
- Б). гальванизм
- В). воспалительные осложнения
- Г). перелом фиксирующего винта абатмента

23. Какова периодичность контрольных осмотров в отдаленные сроки после имплантации:

- А). ежемесячно
- Б). 1 раз в пять лет
- В). 2 раза в год
- Г). 5 раз в год

24. Благоприятной поверхностью имплантата в области десны является:

- А). гладкая
- Б). шероховатая
- В). пористая 99
- Г). пористая с уступом

25. Какие из имплантатов на сегодняшний день широко используются:

- А). внутрикостные винтовые имплантаты
- Б). внутрикостные пластиночные
- В). внутрислизистые имплантаты
- Г). субпериостальные имплантаты

26. Для изготовления зубного протеза на имплантатах практикуется снятие оттисков:

- А). 2-х этапной техникой базисным и корригирующим слоем
- Б). гипсом с индивидуальной жесткой ложкой
- В). индивидуальной жесткой ложкой силиконовой массой открытым или закрытым способом
- Г). альгинатной слепочной массой стандартной жесткой ложкой

27. Одной из особенностей верхней челюсти является наличие:

- А). пазухи
- Б). десны
- В). альвеол
- Г). слюнных желез

28. Наиболее тонкая часть наружной кортикальной пластинки на нижней челюсти локализуется в области:

- А). 46-36 зубов
- Б). 48-38 зубов
- В). 33-43 зубов
- Г). только в пределах жевательной группы зубов

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3 ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ
(текущий контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
Всего баллов		Сумма баллов

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

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность интерпретации обзорных рентгенологических снимков	0-20
2	Правильность интерпретации компьютерной томограммы (МРТ и КТ)	0-40
3	Правильность интерпретации рентгенологических снимков с контрастированием	0-20
4	Правильность интерпретации снимков ультразвукового исследования	0-20
Всего баллов		Сумма баллов

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

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

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

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-15
2	Оценка состояния раны	0-20
3	Обработка раны	0-25
4	Фиксация перевязочных материалов лейкопластырем или бинтом	0-25
5	Умение пользоваться хирургическим инструментарием	0-15
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки	0-30
3	Обоснованное привлечение медицинской терминологии (уместность и достоверность сведений)	0-30
4	Ключевые слова (анатомия): их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-15
5	Логичность и последовательность устного высказывания	0-10
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ (рубежный, промежуточный контроль)

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

Оценивается каждый вопрос билета: «85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;

- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы; четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе; не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

« менее 60%»

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов. 6. Отметка (в %)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		25
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		15
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, выполнена задача заинтересовать читателя	85 - 100
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис	
4	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
5	Правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи	
6	Все требования, предъявляемые к заданию выполнены	
7	При защите реферата демонстрирует полное понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя	75 – 84

2	В основной части логично, связно, но не достаточно полно доказывается выдвинутый тезис	
3	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
4	Уместно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении тезис сформулирован не четко и не вполне соответствует теме реферата	
2	В основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично (убедительно) и последовательно	
3	Заключенные выводы не полностью соответствуют содержанию основной части	
4	Недостаточно или, наоборот, избыточно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует не полное понимание проблемы и язык работы в целом не соответствует уровню соответствующего курса	
1	Во введении тезис отсутствует или не соответствует теме реферата	40 - 59
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части нет логичного последовательного раскрытия темы	
4	Выводы не вытекают из основной части	
5	Средства связи не обеспечивают связность изложения материала	
6	Отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение	
7	При защите реферата демонстрирует полное непонимание проблемы и язык работы можно оценить, как «примитивный».	
1	Работа написана не по теме	менее 40

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (промежуточный контроль)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (итоговый контроль по дисциплине)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

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

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

Отметкой **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

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

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

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

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

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

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

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
- современную классификацию хирургических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;

- основные принципы диагностики хирургических заболеваний детского возраста;
 - современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; - методы лечения и показание к их применению;
 - основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению; - сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
 - принципы диспансеризации и реабилитации больных;
 - этические и деонтологические аспекты в детской хирургии
- Допускается несколько ошибок в содержании ответа.*

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

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

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

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

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

Демонстрирует полное понимание проблемы. Профессионально владеет различными методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения ортопедических врожденных заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей, способами оперативного лечения детей с врожденными пороками развития, методами различных видов операций при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей, методами лечения детей с урологическими патологиями, принципами лечения детей с онкологическими заболеваниями, методами применения эндовидео хирургических технологий в диагностике и лечении, острой хирургической патологии брюшной полости у детей.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Отметкой **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент: -умеет ставить постановку проблемы собственными словами;

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

Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общем владеет различными методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения ортопедических врожденных заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей, способами оперативного лечения детей с врожденными пороками развития, методами различных видов операций при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей, методами лечения детей с урологическими патологиями, принципами лечения детей с онкологическими заболеваниями, методами применения эндовидео хирургических технологий в диагностике и лечении, острой хирургической патологии брюшной полости у детей.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

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

- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;
- медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с хирургической патологией;
- не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;
- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку новорожденных с хирургической патологией, травмами внутренних органов, ожогами;
- ранее не достаточно полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения ортопедических врожденных заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей, способами оперативного лечения детей с врожденными пороками развития, методами различных видов операций при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей, методами лечения детей с урологическими патологиями, принципами лечения детей с онкологическими заболеваниями, методами применения эндовидео хирургических технологий в диагностике и лечении, острой хирургической патологии брюшной полости у детей.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

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

Приложение 3

Технологическая карта дисциплины Импланталогия и восстановительная хирургия ЧЛЮ , 5 курс 10 семестр. Количество ЗЕ – 4 , отчетность – зачет

Название модулей	контроль	Формы контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	Неделя
1. Дентальная имплантация	Модуль 1				
	Текущий контроль	1. Посещаемость, активность 2. Ознакомление с видами, принципами, требованиями	10	15	7 неделя
	Рубежный контроль	тестирование	10	20	
2. Восстановительная хирургия ЧЛЮ	Модуль 2				
	Текущий контроль	1. Посещаемость, активность 2. Понимание принципов планирования восстановительного лечения	10	15	11 неделя
	Рубежный контроль	Тесты , ситуационные задачи	10	20	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль			20	30	
Семестровый рейтинг			60	100	