

федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский
государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации



Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.

Наименование дисциплины: **Челюстно-лицевая хирургия**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-челюстно-лицевой хирург**

Кафедра: **Кафедра стоматологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Для обучающихся 2023, 2024 годов поступления (актуализированная редакция)

Форма обучения – очная

Разработчики:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Македонова Ю.А.	Зав. кафедрой	д.м.н./профессор	Стоматологии Института НМФО
2.	Афанасьева О.Ю.	доцент	к.м.н./доцент	Стоматологии Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия рассмотрен на заседании кафедры протокол №8 от «25» апреля 2024 г.

Заведующий кафедрой стоматологии Института НМФО,
д.м.н., профессор



Ю.А. Македонова

Рецензент: главный врач ГАУЗ «ВОКСП», к.м.н, доцент Д.В.Верстаков

Рецензент: доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава РФ., А.В.Лепилин

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 12 от «27» 06 2024 года

Председатель УМК



М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения
и производственной практики



М.Л.Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от «27» 06 2024 года

Секретарь
Ученого совета



М.В.Кабытова

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p align="center">Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.6. Гигиеническое воспитание и образование населения.7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.8. Система обязательного социального страхования в России.9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ.10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.13. Качество медицинской помощи, основные понятия.14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p align="center">Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.3. Особенности изучения общей заболеваемости4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.
--	--

	<p>9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.</p> <p>10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.</p> <p>11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.</p> <p>12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.</p> <p>13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.</p> <p>14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p align="center">Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1. Общественное здоровье – это ...</p> <p>а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей;</p> <p>б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения;</p> <p>в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения</p> <p>2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:</p> <p>а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;</p> <p>б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;</p> <p>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>3. Болезненность - это:</p> <p>а) заболеваемость по данным обращаемости;</p> <p>б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;</p> <p>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:</p>
--	---

а) 50–55 %;

б) 20–25 %;

в) 15–20 %;

г) 10–15 %

5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:

а) исторический;

б) статистический;

в) экспериментальный;

г) экономический;

д) социологический;

е) все вышеперечисленные

6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:

а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;

б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;

в) все лица перед проведением профилактических прививок

7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:

а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;

б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;

в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;

г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;

д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах

8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...

а) государственное социальное страхование;

б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;

в) менеджмент здравоохранения;

г) экономика здравоохранения

9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...

а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;

б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание

им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;

в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации

10. Временная нетрудоспособность – это ...

а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;

б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;

в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме

11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:

а) до 10 дней;

б) до 15 дней;

в) до 4 месяцев;

г) до 6 месяцев

12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...

а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;

б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;

в) не выдается

13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:

а) своевременность оказания медицинской помощи;

б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;

в) степень достижения запланированного результата;

г) совокупность вышеуказанных характеристик

14. Виды контроля качества медицинской помощи:

а) государственный контроль;

б) ведомственный контроль;

г) внутренний контроль;

д) все вышеперечисленное верно

15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...

а) листок нетрудоспособности;

б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;

в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;

г) врачебное свидетельство о смерти

Банк ситуационных клинических задач

Б 1.Б.1
Общественное
здоровье и
здравоохранение

Задача № 1.

Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине.

Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья?

В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов.

Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.

Задача № 2.

В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752.

Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?

Задача № 3.

При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы».

О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае?

Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ.

Перечислите виды медицинских осмотров.

Задача № 4.

Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового.

О каком виде нетрудоспособности идет речь?

Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность?

Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении?

На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?

Задача №5.

По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям.

Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в

	Российской Федерации».
--	------------------------

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность

<p>- четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
---	---

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»
Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
						5
<p>Первый уровень (УК-1) -1</p> <p>Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p>	<p>Владеть: абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза (УК-1) -1</p> <p>Уметь: применять методы анализа, синтеза (УК-1) -1</p> <p>Знать: теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления (УК-1) -1</p>					
<p>Второй уровень (УК-1) - II</p> <p>Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p>	<p>Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза (УК-1) -1</p> <p>Уметь: применять методы анализа и синтеза (УК-1) -1</p> <p>Знать: теоретические основы Анализа и синтеза (УК-1) -1</p>					
<p>Третий уровень (УК-1) - III</p> <p>Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p>	<p>Владеть: навыками использования современных методик анализа и синтеза</p> <p>Уметь: анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья</p> <p>Знать: анализировать характер заболевания, назначать лечение;</p>					
<p>Первый уровень (УК-3) -1</p> <p>Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению</p>	<p>Владеть: методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности (УК-3) -1</p> <p>Уметь: толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-3) -1</p>					

	<p>Знать: теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития (УК-3) - 1</p>					
<p>Второй уровень (УК-3) - II Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению</p>	<p>Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива (УК-3) - II Уметь: применять методы сплочения коллектива (УК-3) - II Знать: теоретические основы управления коллективом (УК-3) - II</p>					
<p>Третий уровень (УК-3) - III Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению</p>	<p>Владеть: навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. (УК-3) - II Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки (УК-3) - II Знать: отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. (УК-3) - II</p>					+ + +
<p>Первый уровень ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность</p>	<p>Владеть: методами обучения и воспитания обучающегося ОПК-3. Уметь: работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины ОПК-3. Знать: теоретико-методологические основы педагогики 3 ОПК-3.</p>					
<p>Второй уровень ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность</p>	<p>Владеть: навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО ОПК-3. Уметь: осуществлять</p>					

	<p>категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования;</p> <p>ОПК-3. Знать: основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе</p> <p>ОПК-3.</p>					
<p>Третий уровень ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность</p>	<p>Владеть: интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе</p> <p>ОПК-3. Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки</p> <p>ОПК-3. Знать: психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления</p> <p>ОПК-3.</p>					+
<p>Первый уровень ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>Владеть: санологическим мышлением</p> <p>Уметь: осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровьесбережения</p> <p>Знать: современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации</p>					
<p>Второй уровень ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>Владеть: навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь: мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья</p> <p>Знать: техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;</p>					
<p>Третий уровень ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению</p>	<p>Владеть: навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь: приобщать население, пациентов и членов их семей к</p>					+
						+

населения здоровья окружающих	приобретению осознанных умений укрепления здоровья Знать: особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей						
-------------------------------	---	--	--	--	--	--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству конспект

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - пяти критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень - шести или семи критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать текста)
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов)
	7. Оформление в соответствии с требованиями

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень - пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству эссе

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

<p>-пяти или шести критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p>	
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения
	5. Оформление

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Доклад

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

Продуктивный уровень

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
Тест**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий уровень сформированности компетентности	A	100–96	ВЫСОКИЙ (продуктивный)	5 (5+)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно	B	95–91		5

<p>раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.</p>				
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающимся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности.</p>	C	90–81	СРЕДНИЙ (репродуктивный)	4
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.</p>	D	80-76		4 (4-)
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.</p>	E	75-71	НИЗКИЙ (ознакомительный)	3 (3+)
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.</p>	E	70-66		3 (3-)
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых</p>	E	65-61	НИЗКИЙ (ознакомительный, либо компетен	9 3 (3-)

<p>понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимися их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.</p>				
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.</p>	Fx	60-41		2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций.</p> <p>Компетентность отсутствует.</p>	F	40-0	КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ	2

4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
	текущий контроль					промежуточная/итоговая аттестация
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное / групповое)	Проект	Зачёт
УК-1	+	+	-	+	+	+
УК-3	+	+	-	+	+	+
ОПК-3		+	-	+	+	+
ОПК-8	+	+	-	+	+	+

Представление оценочных средств в фонде

Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.
2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.
11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.
13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.
14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.
15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.

5.2 Вопросы и задания для самостоятельной работы, в том числе групповой самостоятельной работы обучающихся:

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

представлены в пособии: Артюхина А.И., Чумаков В.И. **Педагогика:** учебно-методическое пособие для клинических ординаторов/ А.И. Артюхина, В.И. Чумаков.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017.- 168с.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

- 1) воспитание
- 2) образование
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования

- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

07. АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методики
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

Установите правильную последовательность

09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

- 1) проверка достижений (текущий контроль)
- 2) выходной контроль
- 3) представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4) четкая формулировка целей
- 5) предварительный тест
- 6) входной контроль

Установите соответствие

10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:

1. описательном А. выявление состояния педагогических явлений и процессов

2. диагностическом Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности
3. прогностическом В. изучение передового и новаторского педагогического опыта

11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

1. проективном А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции
2. преобразовательном Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания
3. рефлексивном В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции

Выберите один или несколько правильных ответов

12. УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

- 1) судьи
- 2) команда утверждения
- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы
- 6) аналитик

16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве

- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила
- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.

2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.

3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы

4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.

3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.

4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

1) методикой воспитания

2) воспитательной технологией

3) воспитательной системой

31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наказание
- 2) создание воспитывающих ситуаций
- 3) педагогическое требование
- 4) соревнование
- 5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) индивидуальные особенности педагога
- 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный

- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля

41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ (Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

Дополните высказывание

46. . РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ-_____ ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА*, УСВОЕНИЕ КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ -_____ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - _____

Тестовые задания самоконтроля по модулю II.

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка

- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К _____ УРОВНЮ

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ _____ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ _____ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАНИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ __ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
- 2) ведущую роль администрации
- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ
ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА *ПРОЦЕСС*
ТАК И НА *РЕЗУЛЬТАТ* ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
- 2) предшествует конфликту, но не является его основой
- 3) предшествует конфликту, является его основой
- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ
РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) личностно-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ,
ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) « Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным
- 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА
РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный

- 3) рассуждающее- импровизационный
- 4) эмоционально- методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением
- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные
- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

Установите соответствие

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

1. умения управлять собой

А. владение своим телом

2. умения взаимодействовать
- Б. владение эмоциональным состоянием
 - В. организаторские
 - Г. владение техникой контактного взаимодействия
 - Д. дидактические
 - Е. владение техникой речи

33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- 1. внегуманитарный
 - А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития
- 2. нормативный
 - Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками
- 3. технологический
 - В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий
- 4. системный
 - Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним
- 5. концептуальный
 - Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН

34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

- 1. присущие многим сферам человеческой деятельности
 - А. информационная
 - Б. конструктивная
 - В. организаторская
 - Г. коммуникативная
 - Д. гностическая
 - Е. воспитательно-развивающая
 - Ж. ориентационная
- 2. специфические педагогические
 - З. мобилизационная
 - И. исследовательская

Дополните высказывание

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - _____

36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ _____

37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫ - _____

38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ _____

39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР - _____

40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - _____

41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ» _____

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ - _____

43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ - _____

44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - _____

45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - _____

Выберите один или несколько правильных ответов

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания
- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8

	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
	. Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
	Конфликты	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
0	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
1	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
2.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
3	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
4	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8

5	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ...).	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
6	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
7	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
8	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
9	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
0	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
1	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
2	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
3	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8
4	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-1, УК-3, ОПК-3, ОПК-8

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Перечень вопросов для устного собеседования

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
7. Врачебно-сестринские бригады.
8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.

14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.
17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
29. Основные группы и схемы применения антидотов.
30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

Банк тестовых заданий (с ответами)

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
 - а. функциональная подсистема РСЧС;**
 - б. территориальная подсистема РСЧС;
 - в. структурное подразделение МЧС;
 - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.

2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:
 - а. для оказания первой помощи;
 - б. для оказания первой врачебной помощи;
 - в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;**
 - г. для оказания специализированной медицинской помощи.

3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
 - а. хирургическое отделение;**
 - б. травматологическое отделение;
 - в. неврологическое отделение;

г. нейрохирургическое отделение.

4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

- а. бригады доврачебной помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;**
- г. бригады экстренного реагирования.

5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

- а. бригады доврачебной помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;
- г. бригады экстренного реагирования.**

6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:

- а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;**
- в. бригады специализированной медицинской помощи.

7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:

- а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
- б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;**
- г. областная клиническая больница

8. Основным принципом организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:

- а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;
- б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**
- в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.

9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:

- а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;
- б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;**
- в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных

10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:

- а. двухэтапная система ЛЭО;**
- б. трехэтапная система ЛЭО;
- в. четырехэтапная система ЛЭО;
- г. одноэтапная система ЛЭО.

11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:

- а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**
- б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;
- в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.
- г. все вышеперечисленное верно.

12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:

а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;

б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серопротекция столбняка;

в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирование раны, противошоковая терапия;

б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;

в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

а. повреждение легких;

б. пневмоторакс;

в. гемоторакс;

г. повреждение сердца.

15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавших направляют:

а. в операционную;

б. в перевязочную в первую очередь;

в. в перевязочную во вторую очередь;

г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.

16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:

а. в операционную;

б. в перевязочную в первую очередь;

в. в перевязочную во вторую очередь;

г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.

17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?

а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;

б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;

в. в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;

г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

а. гематома в области промежности;

б. крепитация в области верхней трети бедра;

в. императивный позыв на мочеиспускание;

г. симптом «прилипшей пятки».

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

- а. снижение синтеза ацетилхолина;
- б. инактивация холинэстеразы;**
- в. активация холинэстеразы;
- г. повышение синтеза ацетилхолина.

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:

- а. адреномиметическое;
- б. адренолитическое;
- в. холиномиметическое;**
- г. холинолитическое.

21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. инактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**

23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

24. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

25. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммунодепрессивное;**
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. уменьшают проницаемость мембран.

26. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. активируют перекисное окисление липидов;**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

27. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммуностимулирующее;
- в. тормозят перекисное окисление липидов;

г. повышают проницаемость мембран.

28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:

- а. через кожу и слизистые оболочки;
- б. ингаляционно;
- в. через желудочно-кишечный тракт;
- г. при любом пути поступления.**

29. Реактиватором холинэстеразы является:

- а. атропин;
- б. метацин;
- в. унитиол;
- г. дипироксим.**

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

- 1. легкой степени поражения;
- 2. средней тяжести;**
- 3. тяжелой;
- 4. крайне-тяжелой.

31. К корпускулярным относятся излучения:

- а. рентгеновское, гамма-излучение;
- б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
- в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
- г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы (β^- , β^+) – это:

- а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аеи), обладающих большой проникающей способностью;
- б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;
- в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;**
- г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аеи и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

- а. 1 рад;
- б. 25 рад;
- в. 100 рад;**
- г. 50 рад.

34. К плотноионизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

- а. > 10 МэВ/мкм;
- б. < 10 кэВ/мкм;
- в. < 10 МэВ/мкм;
- г. > 10 кэВ/мкм.**

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;

б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;

в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;

г. поражением не только кожи, но глубже лежащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;

б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;

в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;

г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37. Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:

а. системная регенерация костного мозга;

б. короткий abortивный подъем миелокариоцитов;

в. ранний некробиоз кроветворных клеток;

г. опустошение костного мозга.

38. Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

а. 10 Гр и выше;

б. 5 Гр и выше;

в. 1 Гр и выше;

г. 30 Гр и выше.

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

а. 10-20 Гр;

б. 1-10 Гр;

в. 20-80 Гр;

г. свыше 80 Гр.

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

а. гемодинамическими нарушениями;

б. коллапсом непосредственно после облучения;

в. признаками отека мозга;

г. неврологическими нарушениями.

Банк ситуационных клинических задач

Задача №1. Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.

3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №2. Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуется на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №3. В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100\60 мм рт. ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 4. Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3x2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 5. Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 6. Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 7. Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны

сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 8. Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 9. Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Изо рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 10. ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Изо рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

6. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

7. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»

БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

ВОПРОС N 1. Назовите признаки, характерные для вторичного абсолютного эритроцитоза:

- Увеличение числа эритроцитов
- Увеличение числа ретикулоцитов
- Увеличение содержания гемоглобина
- Повышение гематокрита
- Повышение вязкости крови

- **Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга**
- Лимфоцитоз
- Моноцитоз

ВОПРОС N 2. Укажите состояния, сопровождающиеся эритроцитозом, не связанным с увеличением уровня эритропоэтина в плазме крови:

- **Болезнь Вакеза-Ослера**
- Горная болезнь.
- **Неукротимая рвота**
- Альвеолярная гиповентиляция
- Карбоксигемоглобинемия
- Тетрада Фалло

ВОПРОС N 3. У носителей аномального гемоглобина с повышенным сродством к кислороду развивается:

- Анемия вследствие гемолиза эритроцитов
- Эритропения
- **Эритроцитоз**
- Содержание эритроцитов в крови не изменяется
- Анизоцитоз, пойкилоцитоз

ВОПРОС N 4. Назовите изменения, возникающие сразу после кровопотери:

- **Гематокрит в норме**
- Гематокрит увеличен
- Гематокрит снижен
- Количество эритроцитов в единице объема крови снижено
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- **Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови снижено
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено**
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**

ВОПРОС N 5. Назовите изменения, возникающие через 2-3 дня после кровопотери:

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- **Гематокрит снижен**
- **Количество эритроцитов в единице объема крови снижено**
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови снижено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен

- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**
- Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов в норме

ВОПРОС N 6. Укажите нарушения, которые лежат в основе развития талассемии

- Нарушение синтеза порфиринов
- Дефицит железа.
- Нарушение синтеза гема
- **Нарушение синтеза цепей глобина**
- Все перечисленное верно

ВОПРОС N 7. Перечислите признаки, характерные для альфа-талассемии

- Анемия приобретенная
- **Анемия наследственная**
- **Анемия гипохромная**
- Анемия гиперхромная
- **Количество ретикулоцитов увеличено**
- **Селезенка увеличена**

ВОПРОС N 8. Верно ли утверждение, что гетерозиготные носители гена гемо глобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:

- Да
- Нет

ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:

- Гемоглобинопатия S
- Гемоглобинопатия E
- **Гемоглобинопатия M**
- Гемоглобинопатия C
- **Дефицит цитохром альфа-редуктазы**
- Воздействие нитратов или нитритов
- **Воздействие анилиновых красителей**
- **Воздействие сульфаниламидов**

ВОПРОС N 10. Патология, каких отделов пищеварительного тракта приводит к нарушению всасывания железа и снижению его содержания в крови?

- **Желудок**
- Пищевод
- Ротовая полость
- **Двенадцатиперстная кишка**
- Толстая кишка
- **Проксимальный отдел тонкой кишки**

ВОПРОС N 11. Перечислите клинические признаки, которые могут наблюдаться при железодефицитной анемии:

- **Слабость**
- **Повышенная утомляемость.**
- Адинамия
- Миалгия

- Головокружение
- Глоссит
- Кариес
- Ангулярный стоматит
- Клойнихия (койлонихия)
- Снижение умственной и физической трудоспособности
- Тахикардия
- Нарушение глотания
- Гепатомегалия
- Ахлоргидрия
- Панкреатическая ахилия
- Спленомегалия
- Извращение вкуса и запаха

ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?

- Гипохромной
- Гиперхромной
- Микроцитарной
- Макроцитарной
- Гиперрегенераторной
- Гипорегенераторной
- Мегалобластической
- Нормобластической
- Гемолитической
- Дисэритропоэтической

ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен

- для талассемии
- для анемии при уремии
- для железорефрактерной анемии
- для аутоиммунной гемолитической анемии

ВОПРОС N 14. При В12-дефицитной анемии, наиболее выраженные изменения наблюдаются в следующих системах:

- В системе пищеварения
- В нервной системе
- В мочеполовой системе
- В эндокринной системе
- В выделительной системе
- В системе крови

ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для В22-дефицитной анемии:

- Макроцитоз
- Микроцитоз
- Анизоцитоз
- Мегалоцитоз
- Пойкилоцитоз
- Базофильная пунктация эритроцитов
- Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.

- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- **Лейкопения**
- Тромбоцитоз
- **Тромбоцитопения**
- Эритроцитоз
- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- **Появление в крови мегалобластов**

ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:

- Кессонная болезнь
- **Высотная болезнь**
- Несахарный диабет
- **Хронические обструктивные заболевания легких**
- Инфаркт печени
- **Синдром Пикквика**
- Эксикоз
- Хроническая надпочечниковая недостаточность
- **Свищи между ветвями легочной артерии и легочных вен**
- **Болезнь Иценко-Кушинга**
- **Врожденная метгемоглобинемия**
- **Локальная ишемия почки (поликистоз)**
- **Внутрисердечный сброс крови справа налево**
- **Гемангиобластома**

ВОПРОС N 17. Какой параметр необходимо использовать для дифференцировки относительных и абсолютных эритроцитозов:

- Количество ретикулоцитов в крови
- **Массу циркулирующих эритроцитов**
- Содержание эритропоэтина

ВОПРОС N 18. Какой фактор играет доминирующую роль в развитии анемии при раке желудка:

- **Хроническое кровотечение**
- Гемолиз эритроцитов
- Снижение всасывания железа
- Подавление эритропоэза факторами, выделяемыми опухолевыми клетками

ВОПРОС N 19. Для внутрисосудистого гемолиза эритроцитов характерны следующие признаки:

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- **Гемоглобинурия**
- Гематурия
- Увеличение селезенки

- **Анемия**
- **Эритроцитоз**
- **Ретикулоцитоз**
- **Снижение количества ретикулоцитов в крови**
- **Эритроидная гиперплазия костного мозга**

ВОПРОС N 20. Укажите изменения в периферической крови при анемии

Минковского-Шафара:

- **Микросфероцитоз**
- **Цветовой показатель в норме**
- **Ретикулоцитоз**
- **Увеличено содержание непрямого билирубина**
- **Спленомегалия**
- **Понижение осмотической и кислотной резистентности эритроцитов**
- **Верного нет**

ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглинопатиях, обусловленных носительством гемоглинов со сниженным сродством к кислороду:

- **Р_{о2} снижено**
- **Р_{о2} повышено**
- **Р_{о2} в норме**
- **SO₂ увеличено**
- **SO₂ снижено**
- **SO₂ в норме**
- **Содержание дезоксигемоглибина повышено**
- **Содержание гемоглибина снижено**
- **Содержание гемоглибина в норме**

ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия желездефицитной анемии:

- **Снижение цветового показателя**
- **Повышение цветового показателя**
- **Микроцитоз**
- **Макроцитоз**
- **Уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга**
- **Увеличение количества сидеробластов в пунктате костного мозга**
- **Уменьшение содержания железа в сыворотке крови**
- **Содержание железа в сыворотке крови не изменено**
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**
- **Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови**
- **Снижение выделения железа с мочой**
- **Увеличение выделения железа с мочой**
- **Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах**
- **Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах**

ВОПРОС N 23. Укажите последовательность изменений, происходящих при желездефицитной анемии:

- **Снижение содержания гемоглибина и количества эритроцитов в крови**
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови и макрофагах**

- **Снижение уровня сывороточного железа**
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**

Банк ситуационных задач
Задача №1
«Патология Гемостаза»

Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстрavasаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 380×10^9 /л, лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свёртывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

1. *О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?*
2. *Патогенез данного заболевания.*
3. *Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.*
4. *Виды тромбоцитопатий.*
5. *Принципы лечения тромбоцитопатий.*

Задача №2
«Патология Гемостаза»

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Hb-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты- $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты- 0,2% (N2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275 $\times 10^9$ /л), лейкоциты- $1,3 \times 10^9$ /л (N6- 8×10^9 /л), п/я - 1% (N1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч).

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакарициты не найдены.

1. *Какая форма патологии гемостаза у больной?*
2. *Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.*
3. *Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.*
4. *Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.*
5. *Терапия тромбоцитопений.*

Задача №3 «Патология Гемостаза»

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Нв – 100 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 3%, тромбоциты – 300×10^9 /л, лейкоциты – $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?
3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
4. Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.
5. Принципы терапии.

Задача №4

Больной Н. 35 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог IIIА-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечают проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела $38,8^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до 24×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.

1. На основании перечисленных признаков о присоединении каких патологических синдромов можно говорить?

2. Критерии диагностики данного патологического процесса?

3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и усугубление тяжелого состояния пациента?

Клинический случай (III)

Девочка Ш., 8 лет, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до 40°C в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39°C , появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная

попрежнему продолжала лихорадить в пределах 39–40 °С, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка (38–38,5 °С), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не была. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Привита по возрасту. Реакции Манту: 2005 г. — гиперемия 12 мм, 2006 г.— гиперемия 10 мм, 2007 г. — гиперемия 10 мм, в 2008–2009 гг. — не проводились, 2010 г. — гиперемия 12 мм, 2011 г. — гиперемия 12 мм, в 2012 г. — не проводилась.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечены нечастые эпизоды ОРВИ.

При поступлении общее состояние больной расценено как тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Температура тела 38,2 °С, частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание снижено. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Периферические лимфоузлы: пальпируются все группы, размером 0,3 ´ 0,5 см в диаметре, эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. При осмотре ротоглотки отмечалась яркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки, налетов на миндалинах нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное.

Диагноз при поступлении: лихорадка неустановленной этиологии, реконвалесцент после фолликулярной ангины.

Что касается оценки состояния как тяжелое, то оно было обусловлено не интоксикационным синдромом, основным проявлением которого была только лихорадка. Однако ее величина в пределах 38,2 °С для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

Дата	Нь	Эр.	Ц.п.	Тромб.	L	СОЭ	П.	С.	Л.	М.	Плазмат.	Эозинофилы
23.11	123	4,1	0,9		10,8	32	21	57	14	6	2	
29.11	124	4,0	0,9	245	9,7	37	7	65	20	6	2	
07.12	123	4,1	0,9		7,3	15	6	44	44	5		1
17.12	124	4,0	0,9		9,4	6	8	41	49	2		

Таблица 2. Биохимические исследования крови

Дата	Общий билирубин	Прямой	Непрямой	АЛТ	АСТ	Тимолова проба	Мочевина	Креатинин
23.11	10	3	7	0,76	0,41	7,8	1,9	0,045
07.12	8	3	5	0,29	0,19	6,1		

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
Т-лимфоциты (CD3 ⁺ CD19 ⁻)	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
Т-хелперы/Т-индукторы (CD4 ⁺ CD8 ⁻)	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
Т-супрессоры/Т-цитотоксические (CD4 ⁻ CD8 ⁺)	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 ⁺ CD56 ⁺)	12,5	3–8
НК-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
В-лимфоциты (CD3 ⁻ CD 19 ⁺)		Дети 5–10 лет: 10–26
Моноциты/макрофаги (CD14)	3,3	Дети 5–10 лет: 6–13
Общий лейкоцитарный антиген (CD45)	99,7	95–100

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.

2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.

Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).

Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).

Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).

3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.

4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерилен; посев крови на гемокультуру 23.11.12 г. — стерилен.

5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.

6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.

7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).

ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.

8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.

9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.

10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.

11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный.

12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный.

13. Посев кала на Д-группу — отрицательный.

14. Инструментальные обследования:

— R-грамма ОГК — без особенностей;

— эхокардиограмма — без патологии;

— УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипозоногенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипозоногенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре;

— КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.

Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование.

Ребенок консультирован:

— лор-врачом: патология не выявлена;

— фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения.

— кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет;

— хирургом: данных об острой хирургической патологии нет;

- иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз;
- гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.

Задание:

1. **Поставить предварительный диагноз.**
2. **Назначить дополнительное обследование.**
3. **Определить (предположить) этиологию заболевания.**
4. **Объяснить патогенез развития данного заболевания.**

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

Банк тем рефератов для самостоятельной работы

1. Патогенез травматического шока .
2. Патогенез геморрагического шока.
3. Патогенез хронического воспаления.
4. Современные представления о гипертонической болезни.
5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
8. Лейкемоидные реакции, патогенез.
9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
10. Агранулоцитоз, механизмы развития.
11. Раневой процесс, механизмы развития.
12. Тромбоцитопении, патогенез.
13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
14. Механизмы развития мочевого синдрома.
15. Метаболический синдром, этиопатогенез.
16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.
18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.
19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.
20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению
21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).
22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.
23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
24. Геморрагический синдром. Патогенез.

Шкала и критерии оценивания рефератов

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Ситуационная задача № 1.

Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадиирующими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись, реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщу стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет

артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

Ситуационная задача № 2.

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1оС. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите клиничко-морфологические формы смертельного осложнения.

Ситуационная задача № 3.

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижении АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фиброзно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностью разрезом, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая,

на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколенной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача №4.

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга. Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3х3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - дедифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 5

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38°C. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 6

Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 оС. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.

На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия».

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.
9. Первоначальная причина смерти.
10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.

11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.
13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.
16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
21. Положения о клинико-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.
23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>1.Краткость 2.Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3.Содержательная точность, то есть научная корректность 4.Полнота раскрытия вопроса 5.Наличие образных или символических опорных компонентов 6.Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

**САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»**

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов

Формы контроля – рефераты.

Модуль ОПОП	Объем СР
Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	3
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов.Исследование биопсийного и операционного материала».	3
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	3
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	3

Темы рефератов

Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	<p>1 Значение современных морфологических методов исследования.</p> <p>1. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы.</p> <p>2. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения.</p>
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	<p>1. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.</p> <p>2. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов.</p> <p>3. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза</p> <p>4. Современные методы изучения биоптата.</p>
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	<p>1. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии.</p> <p>2. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении.</p> <p>3.Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.</p>
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	<p>1. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии.</p> <p>2. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности.</p> <p>3. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита.</p> <p>4. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей.</p> <p>5. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких.</p> <p>6. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.</p>

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения. 2. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение. 3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс. 4. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями). 5. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение. 6. Оригинальные и генерические лекарственные препараты. 7. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС. 8. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию. 9. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС. 10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных. 11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных.
---	---

	<p>12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения.</p> <p>13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии.</p> <p>14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение.</p> <p>15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP).</p> <p>16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике.</p> <p>17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов.</p> <p>19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики.</p> <p>20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.</p> <p>21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков.</p> <p>22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.</p> <p>23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии.</p> <p>24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.</p> <p>25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.</p> <p>26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.</p> <p>27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.</p> <p>28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.</p> <p>29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.</p> <p>30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.</p> <p>31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.</p> <p>32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.</p> <p>33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.</p> <p>34. Последствия нерационального применения АМП</p> <p>35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.</p> <p>36. Активность АМП в отношении основных возбудителей</p>

инфекций в нефрологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.

37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.

38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.

39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.

40. Общие подходы к антимикробной профилактике в нефрологии.

41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в нефрологической практике.

42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.

43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.

44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.

45. Выбор гемостатических препаратов в нефрологии.

46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.

47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.

48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.

49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.

50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.

51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.

52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НЛР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в нефрологической практике.

53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.

54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача-нефролога.

55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в нефрологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей

	<p>анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p><i>Б 1.Б.6.1</i> Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии. 2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии. 3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа. 4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа. 5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики. 6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ. 7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение. 8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы. 9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение. 10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств. 11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре. 12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением. 13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора. 14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов). 15. Дайте определение понятия фармакодинамика. 16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом. 17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры. 18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры. 19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС. 20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия. 21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.
--	---

	<p>22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.</p> <p>25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.</p> <p>26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.</p> <p>27. Укажите факторы риска развития НЛР.</p> <p>28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.</p> <p>29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</p> <p>31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.</p> <p>33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.</p> <p>35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.</p> <p>36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Бета-лактамы. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами β-лактамаз, показания к применению.</p> <p>39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.</p> <p>41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p>

43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.
45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация, показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.
50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.
51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.
52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии.
53. Специфические антидоты при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.
54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.
55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.
56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.
57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.
58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.
59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.
60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.

Банк тестовых заданий (с ответами);

Б 1.Б.6.1
«Общие вопросы
клинической
фармакологии»

1. Областью изучения клинической фармакологии являются:
 - А) **Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.**
 - В) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.
 - С) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.
 - Д) Клинические испытания лекарственных средств.

2. Основной целью фармакоэкономического анализа является:
 - А) Выбор наиболее дешевого вида терапии.
 - В) **Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.**
 - С) Выбор наиболее эффективного вида терапии.
 - Д) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.

3. Лекарственная форма это:
 - А) **Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.**
 - В) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.
 - С) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.

4. К методам фармакоэкономического анализа не относятся:
 - А) Метод затраты-эффективность.
 - В) **Метод затраты-прибыль.**
 - С) Метод затраты-полезность.
 - Д) Метод затраты-выгода

5. Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :
 - А) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.
 - В) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.
 - С) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.
 - Д) Не требует изучения генотипа больного.

6. В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:
 - А) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.**
 - В) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.**
 - С) Хромосомные aberrации.

D) Хромосомные транслокации.

7. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:

- A) **CYP2D6.**
- B) CYP3A4
- C) **CYP2C9**
- D) **CYP2C19**

8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :

- A) Иммуноферментного анализа.
- B) Иммунофлюоресцентного анализа.
- C) **ПЦР.**
- D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.

9. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:

- A) Высокая
- B) Нормальная
- C) **Низкая**

10. Биодоступность ЛС это:

A) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.

B) Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.

C) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.

11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

A) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.

B) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.

C) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.

D) Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.

12. При фармакокинетическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

- A) всасывание;
- B) распределение;
- C) метаболизм (биотрансформация);
- D) выведение;
- E) **все вышеперечисленные.**

13. При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

- A) всасывание;
- B) распределение;
- C) метаболизм (биотрансформация);
- D) выведение;
- E) механизм действия.**

14. Не всасывающиеся комплексные соединения образуют с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:

- A) макролиды;
- B) фторхинолоны;
- C) тетрациклины;
- D) все вышеперечисленные.**

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

- A) 30 мин;
- B) 1 час;
- C) 2 ч и более;**
- D) избежать нельзя.

16. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

17. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, повышающими моторику ЖКТ:

- A) угнетается;**
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-Р при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-Р:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

19. Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:

- A) угнетается;**
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

20. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами,

повышающими рН мочи:

- А) угнетается;
- В) усиливается;**
- С) не изменяется.

21. При одновременном применении с молоком угнетается всасывание, вследствие образования не всасывающихся хелатных соединений следующих лекарственных средств:

- А) пенициллины;
- В) тетрациклины;
- С) фторхинолоны;
- Д) макролиды;
- д) правильно В и С.**

22. Агонисты рецепторов это:

- А) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
- В) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- С) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- Д) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

- А) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.
- В) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.
- С) Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.**
- Д) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.

24. Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:

- А) типа А;
- В) типа В;
- С) типа С;**
- Д) типа D;
- Е) типа Е

25. Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:

- А) пожилой возраст;
- В) тяжелое состояние больного;
- С) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;
- Д) генетическая предрасположенность;
- Е) все вышеперечисленное**

26. К серьезным относятся нежелательные лекарственные

	<p><u>реакции:</u></p> <p>A) приводящие к смерти; B) требующие госпитализации или ее продления; C) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности); D) приводящие стойкому снижению трудоспособности; E) все вышеперечисленное верно.</p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u></p> <p>A) типа A; B) типа B; C) типа C; D) типа D; E) типа E.</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u></p> <p>A) комплаенсом; B) фармаконадзором; C) фармакоэпидемиологией; D) фармакоинспекцией.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u></p> <p>a) диклофенак; b) индометацин; c) целекоксиб; d) ибупрофен;</p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u></p> <p>a) аспирин; b) лорноксикам; c) целекоксиб; d) индометацин;</p> <p>31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u></p> <p>A) преднизолон B) метилпреднизолон C) дексаметазон A) Гидрокортизон</p> <p>32. <u>Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:</u></p> <p>A) аспирин; B) нимесулид; C) целекоксиб; D) лорноксикам;</p> <p>33. <u>Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:</u></p> <p>a) через 2 суток; b) через 5-7 суток;</p>

- c) через 7-10 суток;
d) **через 10-14 суток;**

34. Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:

- A) преднизон
B) **бетаметазон**
C) беклометазона дипропионат
D) метилпреднизолон

35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:

- A) **циклооксигеназа**
B) фосфодиэстераза
C) 5-липооксигеназа
D) фосфолипаза A2

36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:

- A) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов
B) неэффективность пульс-терапии
C) **стабилизация общего состояния больного**
D) декомпенсированное состояние больного

37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:

- A) Т-лимфоциты
B) В-лимфоциты
C) **преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты**
D) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты

38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:

- A) **2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером**
B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером
C) однократно утром
D) 3 раза в день в равных дозах

39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:

- A) Преднизолон.
B) Метилпреднизолон.
C) Дексаметазон.
D) **Гидрокортизон.**

40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:

- A) Вторичная надпочечниковая недостаточность.
B) Истончение кожи, образование стрий.
C) **Остеопороз, асептические некрозы костей.**

- D) Учащение и утяжеление инфекций.
- E) Артериальная гипотензия.**
- F) Задержка роста у детей.

41. При выборе антимикробных препаратов для лечения инфекционного заболевания необходимо учитывать:

- A) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)
- B) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)
- C) Характеристики пациента
- D) Все вышеуказанное**

42. Оценка эффективности антимикробной терапии, как правило, проводится через:

- A) 24 часа
- B) 3 дня**
- C) 7 дней

43. Перекрестная аллергия на цефалоспорины у пациентов с гиперчувствительностью немедленного типа на пенициллин отмечается в:

- A) 5-10% случаев**
- B) 20-30% случаев
- C) в > 50% случаев

44. Антибиотики в малых дозах (выберите ПРАВИЛЬНОЕ утверждение):

- A) обладают иммуностимулирующим действием
- B) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях
- C) способствуют развитию резистентности бактерий**

45. Самолечение антибиотиками

- A) Возможно
- B) Рационально, если ранее применялось при таких же симптомах
- C) Недопустимо**

46. Главная причина озабоченности Всемирной Организации Здравоохранения массовым и бесконтрольным применением антибиотиков обосновывается тем, что

- A) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам
- B) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»
- C) возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение**

47. Бета-лактамы, обладающие наибольшей активностью в отношении синегнойной палочки:

- A) Ампициллин.
- B) Оксациллин.
- C) Цефтриаксон.
- D) Амоксициллина клавуланат
- E) **Цефалперазон.**
- F) **Меропенем.**

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

- A) **осельтамивир**
- B) ганцикловир
- C) идоксуридин
- D) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

- A) **ритонавир**
- B) арбидол
- C) диданозин
- D) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

- A) ферон
- B) **реаферон**
- C) виллферон
- D) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- A) 75-160 мг/сут.
- B) 500-1000 мг/сут.
- C) **160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- C) **Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- A) **Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Растворяют фибриновый тромб.

54. Наиболее чувствительны к инаktivации комплексом гепарин/антитромбин III факторы:

- A) **IIa, XIa.**
- B) IIa, IXa.
- C) XIa, IXa.
- D) XIa, XIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на фоне терапии непрямymi антикоагулянтми является:

- A) Свежезамороженная плазма.
- B) Викасол.
- C) **Протамина сульфат.**
- D) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтми непрямого действия:

- A) **Международное нормализационное отношение (МНО).**
- B) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- C) Время свёртывания крови.
- D) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- A) **Растворяют фибриновый тромб.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

58. Обозначьте АМП, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- A) **ванкомицин**
- B) пиперациллин
- C) кларитромицин
- D) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- A) пефлоксацин
- B) линкомицин
- C) **ровамицин**
- D) гентамицин
- E) доксициклин

60. Укажите АМП, обладающий наибольшей активностью в отношении синегной палочки, при этом свободно проходящий через гемаэнцефалический барьер:

- A) ципрофлоксацин
- B) **меропенем**
- C) цефтриаксон
- D) ванкомицин

61. Укажите противовирусный препарат, обладающих этиотропной противовирусной активностью из представленных:

- A) рекомбинантные α/γ интерфероны
- B) кагоцел

C) **ингавирин**

D) циклоферон

62. При герпесе, вызванном вирусом простого герпеса, показан:

A) арбидол

B) озельтамивир

C) **фамцикловир**

D) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

A) меньшей токсичностью

B) **лучшей биодоступностью**

C) более широким спектром противовирусного действия

64. При беременности противопоказан:

A) амоксициллин

B) дорипенем

C) цефтаролин

D) **моксифлоксацин**

65. Активный препарат против атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы, легионеллы):

A) **Азитромицин**

B) левомицетин

C) имипенем

D) амоксициллин-клавулат

66. Какой эффект бензодиазепинов связан с их воздействием на мозго-специфические бензодиазепиновые рецепторы?

A) гипнотический

B) **анксиолитический**

C) вегетотропный

D) противосудорожный

E) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

1. потливость

A. верно 1, 2, 3

2. сердцебиение

B. верно 1, 4, 5

3. сухость во рту

C. **верно 3, 4, 5**

4. нарушение аккомодации

D. верно 1, 2, 5

5. задержка мочеиспускания

E. верно 2, 3, 4

68. Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:

A) аминафиллин

D) верапамил

C) омепразол

D) **диазепам**

E) все ответы правильные

69. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:

- A) **местное**
- B) общее (наркоз)
- C) комбинированное
- D) нейролептоанальгезия

70. Общим обезболиванием является:

- A) вагосимпатическая блокада
- B) спинальная анестезия
- C) стволовая анестезия
- D) **внутривенный наркоз**

71. При общем обезболивании происходит:

- A) **обратимое торможение нервной ЦНС**
- B) необратимое торможение ЦНС
- C) блокада основного нервного ствола
- D) возбуждение ЦНС

72. Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:

- A) обморок
- B) **контрактура нижней челюсти**
- C) анафилактический шок
- D) коллапс

73. Общим осложнением при обезболивании является:

- A) контрактура
- B) **коллапс**
- C) некроз
- D) гематома

74. Непосредственным осложнением местной анестезии является:

- A) **обморок**
- B) гематома
- C) контрактура
- D) кровотечение
- E) пародонтит

75. При передозировке адреналина больному необходимо ввести:

- A) внутривенно 1 мл мезатона
- B) внутримышечно 1 мл норадреналин
- C) внутримышечно метамезон
- D) **внутривенно 1 мл атропина**

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

8. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС	

ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
---	--

9. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

10. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Местное и общее обезболивание в стоматологии»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинико-фармакологическая характеристика местных анестетиков. 2. Классификация местных анестетиков. 3. Вазоконстрикторы. 4. Премедикация и потенцированное обезболивание в стоматологии. 5. Инфильтрационная анестезия.
---	--

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Теберальная анестезия. 7. Торусальная анестезия. 8. Резцовая анестезия. 9. Палатинальная анестезия. 10. Мандибулярная анестезия. 11. Язычная анестезия. 12. Блокады по Берше, Берше-Дубову, Берше-Дубову-Уварову. 13. Стволовые анестезии. 14. Местные осложнения местного обезболивания. 15. Общее обезболивание в стоматологии. 16. Общие осложнения местного обезболивания. 17. Неотложная помощь при развитии общих осложнений местного обезболивания.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛО»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 18. Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных процессов. 19. Классификация одонтогенных воспалительных процессов. 20. Принципы топической диагностики абсцессов и флегмон. 21. Хронический периодонтит. Клиника, диагностика и лечение. 22. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов. 23. Периостит челюстей. 24. Остеомиелиты челюстей. 25. Лимфадениты челюстей. 26. Абсцессы и флегмоны ЧЛО. 27. Принципы разрезов на лице. 28. Местное лечение ран в ЧЛО. 29. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. 30. Перфоративный синусит. 31. Флегмоны около верхней челюсти. 32. Флегмоны около нижней челюсти. 33. Флегмоны шеи. 34. Оро-антральные сообщения. 35. Эфферентные методы экстракорпоральной детоксикации. 36. Общие принципы лечения абсцессов и флегмон. 37. Показания и противопоказания к операции удаления зуба. 38. Ретенированные, дистопированные зубы. 39. Этапы операции удаления зуба. 40. Этапы заживления лунки после удаления зуба. 41. Местные осложнения операции удаления зуба. 42. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности. 43. Статистика воспалительных заболеваний ЧЛО. 44. Реабилитация пациентов с заболеваниями ЧЛО. 45. Оперативный доступ и техника вскрытия абсцедирующего фурункула. 46. Методика периостотомии. 47. Оперативное лечение перикоронита. 48. Оперативный доступ и техника вскрытия абсцесса челюстно-язычного желобка. 49. Оперативный доступ и техника вскрытия абсцесса в области бугра верхней челюсти. 50. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны подглазничной области. 51. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны крыловиднонебной и подвисочной ямки.

	<p>52. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны височной области.</p> <p>53. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны орбиты.</p> <p>54. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны скуловой области.</p> <p>55. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области.</p> <p>56. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства.</p> <p>57. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны поднижнечелюстной области.</p> <p>58. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны окологлоточного пространства.</p> <p>59. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны подподбородочной области.</p> <p>60. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны языка.</p> <p>61. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны дна полости рта.</p> <p>62. Оперативный доступ и техника вскрытия гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта.</p> <p>63. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмон шеи.</p> <p>64. Методика проведения операции резекции верхушки корня зуба. Инструментарий.</p> <p>65. Методика проведения операции гранулемэктомии. Инструментарий.</p> <p>66. Методика проведения операции ампутации корня зуба. Инструментарий.</p> <p>67. Методика проведения гемисекции зуба. Инструментарий.</p> <p>68. Методика проведения короно-радикулярной сепарации зуба. Инструментарий.</p> <p>69. Методика проведения цистотомии. Инструментарий.</p> <p>70. Методика проведения цистэктомии. Инструментарий.</p> <p>71. Местные способы остановки кровотечения после удаления зуба.</p> <p>72. Методика проведения альвеолотомии. Инструментарий.</p> <p>73. Методы лечения альвеолита.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Заболевания слюнных желез»</p>	<p>74. Методы обследования пациентов с заболеваниями слюнных желез.</p> <p>75. Классификация заболеваний слюнных желез.</p> <p>76. Анатомия строения слюнных желез.</p> <p>77. Эпидемический паротит.</p> <p>78. Острые воспалительные заболевания слюнных желез.</p> <p>79. Паренхиматозный сиаладенит.</p> <p>80. Интерстициальный сиаладенит.</p> <p>81. Сиалозы.</p> <p>82. Слюнокаменная болезнь.</p> <p>83. Показания к хирургическому лечению заболеваний слюнных желез</p> <p>84. Методы физиотерапевтического лечения.</p> <p>85. Ориентировочные сроки нетрудоспособности при заболеваниях слюнных желез</p>

<p>Б 1.Б.6.4 Раздел «Заболевания и повреждения нервов и ВНЧС»</p>	<p>86. Анатомия строения челюстно-лицевой области. 87. Анатомия строения ВНЧС. 88. Классификация заболеваний и повреждений нервов лица. 89. Классификация заболеваний и повреждений ВНЧС. 90. Методы диагностики в нейростоматологии. 91. Методы диагностики заболеваний ВНЧС. 92. Неврит тройничного нерва. 93. Невралгия тройничного нерва. 94. Острый и хронический височно-нижнечелюстной артрит (гнойный, негнойный, ревматоидный). Диагноз и лечение. 95. Артрозы (деформирующий, склерозирующий). Клиническая, рентгенологическая и лабораторная диагностика. 96. Медикаментозное, хирургическое и ортопедическое лечение. 97. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Проявление, диагностика, лечение. 98. Применение физио- и рефлексотерапии. 99. Показания к ортопедическим методам лечения.</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Раздел «Дентальная имплантация»</p>	<p>100. История развития дентальной имплантации. 101. Теоретическое обоснование метода дентальной имплантации. 102. Анатомические предпосылки стоматологической имплантации. 103. Феномен остеоинтеграции, факторы влияющие на оптимизацию этого процесса. 104. Виды дентальных имплантатов. 105. Системы дентальных имплантатов 106. Показания и противопоказания к дентальной имплантации. 107. Диагностика и планирование лечения пациентов с использованием дентальных имплантатов. 108. Основные и дополнительные методы обследования необходимые для проведения планирования лечения с помощью стоматологических имплантатов. 109. Топография челюстно-лицевой системы. 110. Методы обследования костно-мышечной системы для имплантации. 111. Виды хирургических шаблонов и методы их изготовления. 112. Хирургический инструментарий применяемый при установки дентальных имплантатов и при реконструктивных вмешательствах на челюстных костях. 113. Медикаментозное сопровождение имплантации и связанных с ней реконструктивных вмешательств. 114. Ошибки и осложнения при дентальной имплантации. 115. Одноэтапный и двухэтапный подходы в использовании дентальных имплантатов. 116. Имплантация в сложных клинических случаях. 117. Современные представления об остеопластических материалах и использование их в дентальной имплантологии. 118. Виды реконструктивных вмешательств на челюстных костях и техника их проведения. 119. Синус-лифтинг. 120. Операции по увеличению объема костной ткани.</p>

	<p>121. Подготовка к проведению операции дентальной имплантации.</p> <p>122. Основные методики направленной тканевой регенерации.</p> <p>123. Использование мембранной техники и титановых каркасов.</p> <p>124. Современные биотехнологии тканевой инженерии и их применение в костно-пластической хирургии.</p> <p>125. Возможные осложнения на этапе установки дентальных имплантатов и способы их устранения.</p> <p>126. Профилактика и лечение осложнений возникающих в раннем послеоперационном периоде и в отдаленных сроках дентальной имплантации.</p> <p>127. Обоснование проведения профессиональной гигиены полости рта при имплантации и реконструктивных вмешательствах на челюстных костях.</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Раздел «Заболевания пародонта»</p>	<p>128. Анатомия строения пародонта.</p> <p>129. Классификация заболеваний пародонта.</p> <p>130. Методы диагностика заболеваний пародонта.</p> <p>131. Заболевания слизистой оболочки полости рта.</p> <p>132. Консервативные методы лечения заболеваний пародонта.</p> <p>133. Показания к хирургическим методам лечения заболеваний пародонта</p> <p>134. Гингивэктомия</p> <p>135. Лоскутные операции.</p> <p>136. Хирургические методы закрытия рецессий</p> <p>137. Френулоэктомия, френулотомия</p> <p>138. Открытый кюретаж</p> <p>139. Комплексное лечение заболеваний пародонта.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Раздел «Огнестрельные и неогнестрельные повреждения мягких тканей и костей лица.»</p>	<p>140. Методика обследования больного с переломом нижней челюсти.</p> <p>141. Методика обследования больного с переломом верхней челюсти.</p> <p>142. Методика обследования больного с переломом скуловой кости.</p> <p>143. Методы репозиции скуловой кости.</p> <p>144. Методика репозиции отломков при переломе костей носа.</p> <p>145. Техника наложения швов на рану во время ПХО на фантоме.</p> <p>146. Профилактика асфиксии при повреждениях челюстно-лицевой области. Прошивание языка.</p> <p>147. Методика проведения трахеотомии.</p> <p>148. Методика пальцевого прижатия сонной артерии.</p> <p>149. Изготовление проволочной шины с зацепными петлями.</p> <p>150. Припасовка и фиксация проволочной шины с зацепными петлями на фантоме челюсти.</p> <p>151. Лигатурное связывание челюстей на фантоме.</p> <p>152. Припасовка и фиксация на фантоме гладкой проволочной шины-скобы.</p> <p>153. Изготовление проволочной шины с зацепными петлями и распорочным изгибом.</p> <p>154. Методика наложения подбородочно-теменной повязки.</p>

	<p>155. Осложнения неогнестрельных переломов челюстей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Диагностические и лечебные ошибки при повреждениях челюстно-лицевой области.</p> <p>156. Боевые повреждения мягких тканей и костей лица. Особенности. Клиника, диагностика.</p> <p>157. Статистика и классификация травм ЧЛЮ.</p> <p>158. Методы обследования больных с травмами мягких тканей и костей лица.</p> <p>159. Неогнестрельные переломы нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика.</p> <p>160. Неогнестрельные переломы верхней челюсти.</p> <p>161. Переломы средней зоны лица (скуловой кости, дуги, костей носа). Классификация, клиника, диагностика.</p> <p>162. Методы временной и постоянной иммобилизации отломков челюстей (консервативно-ортопедические).</p> <p>163. Оперативные методы иммобилизации отломков костей лица (показания виды методика проведения).</p> <p>164. Особенности обезболивания при неогнестрельных повреждениях костей лица.</p> <p>165. Осложнения, развивающиеся при лечении пострадавших с неогнестрельной травмой мягких тканей и костей лица (кровоизлияния, асфиксия, гематомы, кровотечения, посттравматические абсцессы и флегмоны, повреждения нервов, травматический гайморит, травматический артрит, анкилоз, нагноение костной раны, замедленная консолидация отломков, ложный сустав, переломы консолидированные в порочном положении, травматический остеомиелит). Клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>166. Первичная хирургическая обработка ран лица, ее особенности.</p> <p>167. Объем и порядок оказания помощи раненым на этапах медицинской эвакуации.</p> <p>168. Термические, сочетанные, комбинированные поражения ЧЛЮ. Клиника, лечение.</p> <p>169. Объем и порядок оказания помощи раненым на этапах медицинской эвакуации.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел «Опухоли и опухолеподобные образования ЧЛЮ»</p>	<p>170. Роль врача общей лечебной сети в первичной диагностике предрака и опухолей челюстно-лицевой области.</p> <p>171. Профилактика опухолей и предрака</p> <p>172. Диспансеризация больных фоновым патологическим процессом, предраковыми заболеваниями и опухолями - цель, место проведения и организация.</p> <p>173. Опухоль и опухолеподобные поражения - определение понятий по ВОЗ.</p> <p>174. Этиология опухолей. Канцерогенные и неканцерогенные</p>

	<p>раздражители.</p> <p>175. Патогенез опухолей.</p> <p>176. Стадии канцерогенеза, роль модифицирующих раздражителей в этом процессе.</p> <p>177. Методика проведения пункционной биопсии.</p> <p>178. Методика проведения аспирационной биопсии.</p> <p>179. Техника выполнения биопсии методом отпечатка.</p> <p>180. Фоновый процесс - значение в канцерогенезе, принципы диагностики и лечения.</p> <p>181. Предрак — критерии предрака, значение в канцерогенезе. Классификация, принципы диагностики и лечения.</p> <p>182. Классификация опухолей. Распространенность опухоли по системе TNM. Гистологическая дифференцировка опухоли.</p> <p>183. Различия между доброкачественными и злокачественными опухолями, критерии.</p> <p>184. Методы диагностики опухолей - клинические, морфологические и генетические уровни диагностики.</p> <p>185. Биопсия - виды, техника выполнения.</p> <p>186. Принципы лечения опухолей - хирургическое, лучевое, лекарственное; генетические основы в разработке методов лечения опухолей.</p> <p>187. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей лица и шеи. Классификация ВОЗ. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>188. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные поражения челюстей. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>189. Кисты челюстей и мягких тканей. Классификация ВОЗ. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>190. Злокачественные опухоли кожи лица, красной каймы губ, органов полости рта. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>191. Злокачественные опухоли челюстей.</p> <p>192. Ориентировочные сроки нетрудоспособности.</p> <p>193. Диспансеризация пациентов с опухолями и опухолеподобными новообразованиями.</p>
<p>Б 1.Б.6.9 Раздел «Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области»</p>	<p>194. Этиология и патогенез возникновения дефектов и деформаций челюстно-лицевой области.</p> <p>195. Классификация дефектов и деформаций ЧЛО.</p> <p>196. Пластика местными тканями, взятыми по соседству с дефектом, "лоскутами на ножке", взятыми из близлежащих тканей.</p> <p>197. Преимущества, недостатки, показания, противопоказания.</p> <p>198. Применение типичных способов пластики местными тканями для устранения дефектов губ и приротовой области.</p> <p>199. Замещение дефектов губ лоскутами со щек, с области носогубных борозд, с другой губы, укорочения уздечки губы и языка.</p>

200. Математическое обоснование планирования пластических операций местными тканями (А.А. Лимберг).
201. Применение симметричных, несимметричных и сочетанных фигур.
202. Врожденные и приобретенные деформации челюстно-лицевой области. Клиника и диагностика
203. Особенности планирования восстановительных операций в челюстно-лицевой области.
204. Показания и противопоказания к восстановительным операциям
205. История развития восстановительной хирургии.
206. Химические и термические травмы челюстно-лицевой области.
207. Основные принципы восстановительной и реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области.
208. Принципы пластической хирургии по А.А. Лимбергу.
209. Принципы пластической хирургии по В.А. Филатову
210. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков. Разработка и внедрение в практику круглого стебельчатого лоскута (лоскута В.П.Филатова).
211. Биологическое обоснование его применения.
212. Использование круглого стебельчатого лоскута для замещения дефектов различных отделов лица и органов полости рта.
213. Формирование носа из тканей круглого стебельчатого лоскута по методу Ф.М.Хитрова.
214. Пластика местными тканями. Показания, противопоказания.
215. Пластика стебельчатым лоскутом. Показания, противопоказания.
216. Свободная пересадка тканей. Показания, противопоказания.
217. Характеристика, клиника и диагностика осложнений во время проведения восстановительных операций.
218. Реабилитация пациентов с дефектами и деформациями лица.
219. Костная пластика челюстей.
220. Виды и причины дефектов нижней челюсти.
221. Показания к костной пластике.
222. Биологическое обоснование костной пластики.
223. Виды трансплантатов.
224. Возможности применения консервированной кости и методы консервации.
225. Пересадка аутокости для устранения дефектов нижней челюсти. Подготовка к операции.

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p><i>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Местное и общее обезболивание в стоматологии»</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинико-фармакологическая характеристика местных анестетиков. 2. Классификация местных анестетиков. 3. Вазоконстрикторы. 4. Премедикация и потенцированное обезболивание в стоматологии. 5. Инфильтрационная анестезия. 6. Теберальная анестезия. 7. Торусальная анестезия. 8. Резцовая анестезия. 9. Палатинальная анестезия. 10. Мандибулярная анестезия. 11. Язычная анестезия. 12. Блокады по Берше, Берше-Дубову, Берше-Дубову-Уварову. 13. Стволовые анестезии. 14. Местные осложнения местного обезболивания. 15. Общее обезболивание в стоматологии. 16. Общие осложнения местного обезболивания. 17. Неотложная помощь при развитии общих осложнений местного обезболивания.
<p><i>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛО»</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 18. Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных процессов. 19. Классификация одонтогенных воспалительных процессов. 20. Принципы топической диагностики абсцессов и флегмон. 21. Хронический периодонтит. Клиника, диагностика и лечение. 22. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов. 23. Периостит челюстей. 24. Остеомиелиты челюстей. 25. Лимфадениты челюстей. 26. Абсцессы и флегмоны ЧЛО. 27. Принципы разрезов на лице. 28. Местное лечение ран в ЧЛО. 29. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. 30. Перфоративный синусит. 31. Флегмоны около верхней челюсти. 32. Флегмоны около нижней челюсти. 33. Флегмоны шеи. 34. Оро-антральные сообщения. 35. Эфферентные методы экстракорпоральной детоксикации. 36. Общие принципы лечения абсцессов и флегмон. 37. Показания и противопоказания к операции удаления зуба. 38. Ретенированные, дистопированные зубы. 39. Этапы операции удаления зуба. 40. Этапы заживления лунки после удаления зуба. 41. Местные осложнения операции удаления зуба. 42. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности. 43. Статистика воспалительных заболеваний ЧЛО. 44. Реабилитация пациентов с заболеваниями ЧЛО. 45. Оперативный доступ и техника вскрытия абсцедирующего

	<p>фурункула.</p> <p>46. Методика периостотомии.</p> <p>47. Оперативное лечение перикоронита.</p> <p>48. Оперативный доступ и техника вскрытия абсцесса челюстно-язычного желобка.</p> <p>49. Оперативный доступ и техника вскрытия абсцесса в области бугра верхней челюсти.</p> <p>50. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны подглазничной области.</p> <p>51. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны крыловиднонебной и подвисочной ямки.</p> <p>52. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны височной области.</p> <p>53. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны орбиты.</p> <p>54. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны скуловой области.</p> <p>55. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области.</p> <p>56. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства.</p> <p>57. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны поднижнечелюстной области.</p> <p>58. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны окологлоточного пространства.</p> <p>59. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны подподбородочной области.</p> <p>60. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны языка.</p> <p>61. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны дна полости рта.</p> <p>62. Оперативный доступ и техника вскрытия гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта.</p> <p>63. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмон шеи.</p> <p>64. Методика проведения операции резекции верхушки корня зуба. Инструментарий.</p> <p>65. Методика проведения операции гранулемэктомии. Инструментарий.</p> <p>66. Методика проведения операции ампутации корня зуба. Инструментарий.</p> <p>67. Методика проведения гемисекции зуба. Инструментарий.</p> <p>68. Методика проведения короно-радикулярной сепарации зуба. Инструментарий.</p> <p>69. Методика проведения цистотомии. Инструментарий.</p> <p>70. Методика проведения цистэктомии. Инструментарий.</p> <p>71. Местные способы остановки кровотечения после удаления зуба.</p> <p>72. Методика проведения альвеолотомии. Инструментарий.</p> <p>73. Методы лечения альвеолита.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Заболевания слюнных желез»</p>	<p>74. Методы обследования пациентов с заболеваниями слюнных желез.</p> <p>75. Классификация заболеваний слюнных желез.</p>

	<p>76. Анатомия строения слюнных желез. 77. Эпидемический паротит. 78. Острые воспалительные заболевания слюнных желез. 79. Паренхиматозный сиаладенит. 80. Интерстициальный сиаладенит. 81. Сиалозы. 82. Слюнокаменная болезнь. 83. Показания к хирургическому лечению заболеваний слюнных желез 84. Методы физиотерапевтического лечения. 85. Ориентировочные сроки нетрудоспособности при заболеваниях слюнных желез</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел «Заболевания и повреждения нервов и ВНЧС»</p>	<p>86. Анатомия строения челюстно-лицевой области. 87. Анатомия строения ВНЧС. 88. Классификация заболеваний и повреждений нервов лица. 89. Классификация заболеваний и повреждений ВНЧС. 90. Методы диагностики в нейростоматологии. 91. Поражение лицевого нерва. 92. Парез и паралич мимической мускулатуры. 93. Показания к оперативному лечению (декомпрессия, невролиз, сшивание нерва, фасциальная, мышечная, кожная пластика). 94. Невралгия ветвей тройничного нерва, клинические проявления, дифференциальная диагностика. 95. Аурикуло-темпоральный синдром (гемигидроз). Невралгия языкоглоточного нерва. 96. Особенности лечения неврологических нарушений челюстно-лицевой области. 97. Показания к применению хирургического лечения. Диагностическая и лечебная блокады. 98. Химическая невротомия инъекцией алкоголя, хирургические методы лечения, прогноз, рефлексотерапии. 99. Методы диагностики заболеваний ВНЧС. 100. Неврит тройничного нерва. 101. Невралгия тройничного нерва. 102. Артрит ВНЧС. 103. Артроз ВНЧС. 104. Долевая мышечная дисфункция ВНЧС. 105. Показания к хирургическим методам лечения заболеваний ВНЧС. 106. Причины и виды контрактур (рубцы слизистой оболочки рта, мышц, кожи, костная контрактура). 107. Профилактика, методы консервативного и хирургического лечения. 108. Рассечение и иссечение рубцов, закрытие дефектов, физиотерапия и ЛФК. 109. Этиология, патогенез, клинические проявления. Исследования подвижности нижней челюсти, рентгенодиагностика. 110. Деформация нижней челюсти при анкилозе, развивающимся в период роста. Профилактика и лечение</p>

	<p>анкилоза.</p> <p>111. Основные методы операций. Меры, направленные на предупреждение рецидива.</p> <p>112. Устранение деформации лица при лечении анкилоза.</p> <p>113. Дифференциальная диагностика разных видов стойкого сведения челюстей.</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Раздел «Дентальная имплантация»</p>	<p>114. История развития дентальной имплантации.</p> <p>115. Виды дентальных имплантатов.</p> <p>116. Системы дентальных имплантатов</p> <p>117. Показания и противопоказания к дентальной имплантации.</p> <p>118. Ошибки и осложнения при дентальной имплантации.</p> <p>119. Синус-лифтинг.</p> <p>120. Операции по увеличению объема костной ткани.</p> <p>121. Подготовка к проведению операции дентальной имплантации.</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Раздел «Заболевания пародонта»</p>	<p>122. Анатомия строения пародонта.</p> <p>123. Классификация заболеваний пародонта.</p> <p>124. Методы диагностика заболеваний пародонта.</p> <p>125. Заболевания слизистой оболочки полости рта.</p> <p>126. Консервативные методы лечения заболеваний пародонта.</p> <p>127. Показания к хирургическим методам лечения заболеваний пародонта</p> <p>128. Гнгнивэктомия</p> <p>129. Лоскутные операции.</p> <p>130. Хирургические методы закрытия рецессий</p> <p>131. Френулоэктомия, френулотомия</p> <p>132. Открытый кюретаж</p> <p>133. Комплексное лечение заболеваний пародонта.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Раздел «Огнестрельные и неогнестрельные повреждения мягких тканей и костей лица.»</p>	<p>134. Методика обследования больного с переломом нижней челюсти.</p> <p>135. Методика обследования больного с переломом верхней челюсти.</p> <p>136. Методика обследования больного с переломом скуловой кости.</p> <p>137. Методы репозиции скуловой кости.</p> <p>138. Методика репозиции отломков при переломе костей носа.</p> <p>139. Техника наложения швов на рану во время ПХО на фантоме.</p> <p>140. Профилактика асфиксии при повреждениях челюстно-лицевой области. Прошивание языка.</p> <p>141. Методика проведения трахеотомии.</p> <p>142. Методика пальцевого прижатия сонной артерии.</p> <p>143. Изготовление проволочной шины с зацепными петлями.</p>

144. Припасовка и фиксация проволочной шины с зацепными петлями на фантоме челюсти.
145. Лигатурное связывание челюстей на фантоме.
146. Припасовка и фиксация на фантоме гладкой проволочной шины-скобы.
147. Изготовление проволочной шины с зацепными петлями и распорочным изгибом.
148. Методика наложения подбородочно-теменной повязки.
149. Осложнения неогнестрельных переломов челюстей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Диагностические и лечебные ошибки при повреждениях челюстно-лицевой области.
150. Общая характеристика, клиническое течение, диагностика огнестрельных ранений и повреждений лица и челюстей.
151. Боевые повреждения мягких тканей и костей лица.
152. Ожоги и комбинированные поражения челюстно-лицевой области.
153. Принципы организации этапного лечения раненых в лицо. Клиника, лечение на этапах медицинской эвакуации.
154. Ранние и поздние осложнения огнестрельных и термических ранений лица.
155. Медицинская реабилитация и освидетельствование раненых в лицо.
156. Статистика и классификация травм ЧЛЮ.
157. Методы обследования больных с травмами мягких тканей и костей лица.
158. Неогнестрельные переломы нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика.
159. Неогнестрельные переломы верхней челюсти.
160. Переломы средней зоны лица (скуловой кости, дуги, костей носа). Классификация, клиника, диагностика.
161. Методы временной и постоянной иммобилизации отломков челюстей (консервативно-ортопедические).
162. Оперативные методы иммобилизации отломков костей лица (показания виды методика проведения).
163. Особенности обезболивания при неогнестрельных повреждениях костей лица.
164. Осложнения, развивающиеся при лечении пострадавших с неогнестрельной травмой мягких тканей и костей лица (кровоизлияния, асфиксия, гематомы, кровотечения, посттравматические абсцессы и флегмоны, повреждения нервов, травматический гайморит, травматический артрит, анкилоз, нагноение костной раны, замедленная консолидация отломков, ложный сустав, переломы консолидированные в порочном положении, травматический остеомиелит). Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
165. Лечение больных с неогнестрельными переломами

	<p>нижней челюсти и средней зоны лица.</p> <p>166. Способы иммобилизации отломков.</p> <p>167. Статистика и классификация травм челюстно-лицевой области.</p> <p>168. Повреждений мягких тканей лица. Клиника, диагностика и лечение повреждений мягких тканей лица.</p> <p>169. Вывихи и переломы зубов и альвеолярных отростков челюстей и костей лица. Клиника, диагностика, лечение.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел «Опухоли и опухолеподобные образования ЧЛО»</p>	<p>170. Роль врача общей лечебной сети в первичной диагностике предрака и опухолей челюстно-лицевой области.</p> <p>171. Профилактика опухолей и предрака</p> <p>172. Диспансеризация больных фоновым патологическим процессом, предраковыми заболеваниями и опухолями - цель, место проведения и организация.</p> <p>173. Опухоль и опухолеподобные поражения - определение понятий по ВОЗ.</p> <p>174. Этиология опухолей. Канцерогенные и неканцерогенные раздражители.</p> <p>175. Патогенез опухолей.</p> <p>176. Стадии канцерогенеза, роль модифицирующих раздражителей в этом процессе.</p> <p>177. Методика проведения пункционной биопсии.</p> <p>178. Методика проведения аспирационной биопсии.</p> <p>179. Техника выполнения биопсии методом отпечатка.</p> <p>180. Фоновый процесс - значение в канцерогенезе, принципы диагностики и лечения.</p> <p>181. Предрак — критерии предрака, значение в канцерогенезе. Классификация, принципы диагностики и лечения.</p> <p>182. Классификация опухолей. Распространенность опухоли по системе TNM. Гистологическая дифференцировка опухоли.</p> <p>183. Различия между доброкачественными и злокачественными опухолями, критерии.</p> <p>184. Методы диагностики опухолей - клинические, морфологические и генетические уровни диагностики.</p> <p>185. Рак кожи лица. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>186. Рак губы. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>187. Показания и противопоказания к проведению лучевой терапии в зависимости от морфологической стадии злокачественного процесса.</p> <p>188. Биопсия - виды, техника выполнения.</p>

	<p>189. Принципы лечения опухолей - хирургическое, лучевое, лекарственное; генетические основы в разработке методов лечения опухолей.</p> <p>190. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей лица и шеи. Классификация ВОЗ. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>191. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные поражения челюстей. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>192. Кисты челюстей и мягких тканей. Классификация ВОЗ. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>193. Злокачественные опухоли кожи лица, красной каймы губ, органов полости рта. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>194. Саркомы челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Лучевая терапия.</p> <p>195. Злокачественные опухоли челюстей.</p> <p>196. Ориентировочные сроки нетрудоспособности.</p> <p>197. Диспансеризация пациентов с опухолями и опухолеподобными новообразованиями.</p>
<p>Б 1.Б.6.9 Раздел «Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области»</p>	<p>198. Этиология и патогенез возникновения дефектов и деформаций челюстно-лицевой области.</p> <p>199. Задачи восстановительной хирургии челюстно-лицевой области.</p> <p>200. Виды дефектов и деформаций лица, причины их возникновения.</p> <p>201. Врожденные дефекты, аномалии развития, деформации, связанные с нарушением роста различных участков лица.</p> <p>202. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области в результате травм, огнестрельных ранений, ожогов, воспалительных заболеваний.</p> <p>203. Дефекты после удаления опухолей лица и органов полости рта.</p> <p>204. Анализ дефекта, оценка анатомических, функциональных и эстетических нарушений.</p> <p>205. Разработка плана лечения.</p> <p>206. Основные методы пластических операций.</p> <p>207. Врожденные и приобретенные деформации челюстно-лицевой области. Клиника и диагностика</p> <p>208. Особенности планирования восстановительных операций в челюстно-лицевой области.</p> <p>209. Показания и противопоказания к восстановительным операциям</p> <p>210. История развития восстановительной хирургии.</p> <p>211. Химические и термические травмы челюстно-лицевой области.</p> <p>212. Основные принципы восстановительной и реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области.</p>

	<p>213. Принципы пластической хирургии по А.А. Лимбергу.</p> <p>214. Принципы пластической хирургии по В.А. Филатову</p> <p>215. Пластика местными тканями. Показания, противопоказания.</p> <p>216. Пластика стебельчатым лоскутом. Показания, противопоказания.</p> <p>217. Свободная пересадка тканей. Показания, противопоказания.</p> <p>218. Характеристика, клиника и диагностика осложнений во время проведения восстановительных операций.</p> <p>219. Реабилитация пациентов с дефектами и деформациями лица.</p>
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Местное и общее обезболивание в стоматологии»</p>	<p>1 ЛИДОКАИН ОТНОСИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) к амину 2) к эфиру 3) к амиду 4) к производному изохинолина 5) к ацмантильному радикалу <p>2 КАКОЙ ИЗ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЭФИРОМ ПАРААМИНОБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) азакаин 2) совкаин 3) новокаинамид 4) новокаин 5) мезокаин <p>3 ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ВЕТВИ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА ИННЕРВИРУЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) слизистую оболочку ретромолярной области 2) слизистую оболочку миндалин и дужек мягкого нёба 3) слизистую оболочку задней части носовой полости 4) моляры нижней челюсти 5) моляры верхней и нижней челюсти <p>4 БЛУЖДАЮЩИЙ НЕРВ - ЭТО КАКАЯ ПАРА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) V пара 2) VII пара 3) IX пара 4) X пара 5) XII пара <p>5 ПОДЪЯЗЫЧНЫЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЕТ МЫШЦЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) всего языка
---	--

- 2) соответствующей половины языка
- 3) передней части языка
- 4) задней части языка
- 5) дно полости рта

6 КОМПАКТНАЯ ПЛАСТИНКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ТАКОВОЙ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- 1) менее плотная и менее толстая
- 2) **более плотная и более толстая**
- 3) менее плотная и более толстая
- 4) более плотная и менее толстая
- 5) одинаковой толщины

7 ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПО ЕГОРОВУ - ЭТО:

- 1) разновидность интраоральной анестезии
- 2) **разновидность туберальной анестезии**
- 3) обезболивание у верхнего зубного сплетения
- 4) один из видов палатинальной анестезии
- 5) разновидность инфильтрационной анестезии

8 ВЕРХНЕЕ ЗУБНОЕ СПЛЕТЕНИЕ ОБРАЗОВАНО:

- 1) передними и средними луночковыми нервами
- 2) средними и задними луночковыми нервами
- 3) **передними, средними и задними луночковыми нервами**
- 4) венами верхней челюсти
- 5) артериями верхней челюсти

9 НА КАКОМ РАССТОЯНИИ К ПЕРЕДИ ОТ ЗАДНЕГО КРАЯ ТВЕРДОГО НЁБА НАХОДИТСЯ БОЛЬШОЕ НЁБНОЕ ОТВЕРСТИЕ:

- 1) 1-2 мм
- 2) 2-3 мм
- 3) **около 5 мм**
- 4) до 1 см
- 5) до 1,5 см

10 ЗОНА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РЕЗЦОВОЙ АНЕСТЕЗИИ:

- 1) слизистая оболочка в пределах резцов одной стороны
- 2) слизистая оболочка в пределах резцов двух сторон
- 3) слизистая оболочка в пределах резцов и клыков одной стороны
- 4) **слизистая оболочка в пределах резцов и клыков с обеих сторон**
- 5) слизистая оболочка в пределах моляров

11 КАКОЙ ОРИЕНТИР ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АПОДАКТИЛЬНОЙ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО А.Е. ВЕРЛОЦКОМУ:

- 1) нижнечелюстное возвышение
- 2) над вершиной большого позадиомолярного треугольника
- 3) крыловидно-нижнечелюстная складка
- 4) область суставного (мышцелкового) отростка нижней челюсти
- 5) **место, где слизистая оболочка щеки переходит в позадиомолярную верхнечелюстную область**

12 МЕНТАЛЬНОЕ ОТВЕРСТИЕ НАХОДИТСЯ:

- 1) под клыком
- 2) под первым премоляром
- 3) **под вторым премоляром или между первым и вторым премоляром**
- 4) между вторым премоляром и первым моляром
- 5) между первым и вторым моляром

13 ЧТОБЫ ИЗБЕЖАТЬ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВОЗБУЖДЕНИЕМ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА, БОЛЬНОМУ ДО ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЗА НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ:

- 1) адреналин или норадреналин
- 2) атропин или метацин
- 3) **метазон или фелипрессин**
- 4) супрастин
- 5) кеторолак

14 ДЛЯ ПРЕМЕДИКАЦИИ ПРИ ФТОРОТАНОВОМ НАРКОЗЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- 1) адреналин
- 2) норадреналин
- 3) мезатон
- 4) **промедол**
- 5) мышечные релаксанты

15 КАКОЙ ИЗ МЫШЕЧНЫХ РЕЛАКСАНТОВ ОТНОСИТСЯ К РЕЛАКСАНТАМ ДЕПОЛЯРИЗУЮЩЕГО ТИПА:

- 1) тубакурарин
- 2) **дитилин**
- 3) ардуан
- 4) квалидил
- 5) хлоропирамин

16 ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПРИ НАРКОЗЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ:

- 1) анальгетики
- 2) **барбитураты**
- 3) мышечные релаксанты
- 4) антигистаминные
- 5) антибиотики

17 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ БОЛЕЕ МОЩНЫМ НАРКОТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ:

- 1) фторотан
- 2) эфир для наркоза
- 3) метоксифлуран
- 4) трихлорэтилен
- 5) закись азота

18 КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ РАССЛАБЛЯЮТ СКЕЛЕТНУЮ И ДЫХАТЕЛЬНУЮ МУСКУЛАТУРУ:

- 1) анальгетики
- 2) барбитураты
- 3) аналептики
- 4) релаксанты**
- 5) антигистаминные препараты

19 КАКОЕ ИЗ СРЕДСТВ ДЛЯ ИНГАЛЯЦИОННОГО НАРКОЗА НАЗЫВАЕТСЯ «ВЕСЕЛЯЩИЙ ГАЗ»:

- 1) фторотан
- 2) эфир для наркоза
- 3) метоксифлуран
- 4) трихлорэтилен
- 5) закись азота**

20 ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ НАЛИЧИИ В АНАМНЕЗЕ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩУЮ СХЕМУ ПРЕМЕДИКАЦИИ:

- 1) транквилизатор + миотропный спазмолитик
- 2) анальгетик + антигистаминный препарат
- 3) транквилизатор + анальгетики
- 4) миотропный спазмолитик + антигистаминный препарат
- 5) транквилизатор + ненаркотический анальгетик

21 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕМЕДИКАЦИИ ДЛЯ ТОРМОЖЕНИЯ СОСУДИСТЫХ МЕХАНИЗМОВ СПАЗМА АРТЕРИОЛ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ:

- 1) седуксен**
- 2) атропин
- 3) папаверин
- 4) анальгин
- 5) супрастин

22 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕМЕДИКАЦИИ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) транквилизаторы
- 2) спазмолитики
- 3) ненаркотические анальгетики**
- 4) антигистаминные препараты
- 5) антибиотики

23 ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ (ТОРМОЖЕНИЯ) АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕМЕДИКАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) транквилизаторы
- 2) спазмолитики
- 3) ненаркотические анальгетики
- 4) антигистаминные препараты**
- 5) антибиотики

24 МЕСТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОВОДНИКОВОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

- 1) неврит**

	<ol style="list-style-type: none"> 2) невралгия 3) вазопатия 4) альвеолит 5) остеомиелит
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области»</p>	<p>25.ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прямые щипцы 2) прямой элеватор 3) S-образные щипцы с шипом 4) штыковидные щипцы 5) штыковидный элеватор <p>26ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клювовидные 2) штыковидные 3) S-образные сходящиеся 4) S-образные с шипом справа 5) S-образные несходящиеся <p>27. ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выбор обезболивания 2) пол 3) время суток 4) опыт врача 5) стоимость лечения <p>28. ПРОВЕДИТЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ПОДГОТОВКУ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) морфиноподобные препараты 2) снотворные 3) седативные 4) нейролептики 5) наркотические анальгетики <p>29. ПРИ КАКИХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДИТСЯ ТОЛЬКО В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тиреотоксикоз 2) аллергическая реакция на сульфаниламиды 3) хронический гепатит 4) гемофилия, тромбопения 5) сахарный диабет в стадии компенсации

30. КАКИЕ ИЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ:

- 1) хронический гастрит
- 2) **острый септический эндокардит**
- 3) хронический панкреатит
- 4) хронический тонзилит
- 5) постинфарктное состояние (8 месяцев)

31. БОЛЬНЫМ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ КАКОЙ АНЕСТЕТИК ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- 1) **1% р-р тримекаина**
- 2) 2% р-р новокаина
- 3) 2% р-р лидокаина
- 4) 2% р-р новокаина + 0,1% р-р адреналина
- 5) 40% р-р глюкозы

32. ПРИ КАКИХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДИТСЯ ТОЛЬКО В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА:

- 1) тиреотоксикоз
- 2) аллергическая реакция на сульфаниламиды
- 3) хронический гепатит
- 4) сахарный диабет в стадии компенсации
- 5) **инфаркт в анамнезе 2 месяца назад**

33. ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- 1) паротит
- 2) **отлом бугра верхней челюсти**
- 3) невралгия тройничного нерва
- 4) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
- 5) артрит височно-нижнечелюстного сустава

34. ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ 3-ГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- 1) синусит
- 2) периостит
- 3) альвеолит
- 4) остеомиелит
- 5) **перелом нижней челюсти**

35 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:

- 1) **периостотомию с двух сторон альвеолярного отростка**
- 2) периостотомию с одной стороны альвеолярного отростка
- 3) секвестрэктомию
- 4) резекцию верхушки корня причинного зуба
- 5) цистэктомию

36 НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) **длительным рефлекторным спазмом сосудов с нарушением кровообращения**
- 2) акупоркой сосудов микробным эмболом
- 3) сенсibilизацией организма и возникновением асептического воспаления
- 4) токсическим повреждением нижнего альвеолярного нерва
- 5) септицемией

37. ОЧАГИ ГНОЙНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ И ГНОЙНОЕ РАСПЛАВЛЕНИЕ КОСТНОГО МОЗГА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:

- 1) **в острой стадий**
- 2) в подострой стадии
- 3) хроническом с преобладанием деструктивных процессов
- 4) хроническом с преобладанием продуктивных, гиперпластических процессов
- 5) после секвестрэктоми

38. СЕКВЕСТРЭКТОМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОКАЗАНА В ПЕРИОД:

- 1) физиолечения
- 2) формирования секвестра
- 3) **сформировавшегося секвестра**
- 4) антибактериальной терапии
- 5) реабилитации

39. ОТДАЛЕННЫМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ:

- 1) диплопия
- 2) ксеростомия
- 3) **деформация челюсти**
- 4) паралич лицевого нерва
- 5) выворот губ

40. МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ:

- 1) диплопия
- 2) ксеростомия
- 3) **патологический перелом**
- 4) паралич лицевого нерва
- 5) выворот губ

41 ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) возраст больного
- 2) острый лимфаденит
- 3) травма плохо изготовленным протезом
- 4) **зуб или корень зуба в линии перелома**
- 5) **сила и направление повреждающего фактора**

	<p>42 ПРИ ОСТРОМ ГАЙМОРИТЕ КАКАЯ ЧАСТЬ ЛИЦА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИПУХАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нижнее веко 2) подглазничная область 3) щечная область 4) скуловая область 5) поднижнечелюстная <p>43 ПРИ ИЗУЧЕНИИ РЕНТГЕНОГРАММ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ СРАВНЕНИЕ ПНЕВМАТИЗАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ С:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) лобными пазухами 2) решетчатым лабиринтом 3) орбитами 4) носовой полостью 5) полостью рта <p>44. ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ НОСА ЧЕРЕЗ СОУСТЬЕ, РАСПОЛОЖЕННОЕ В НОСОВОМ ХОДУ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) верхнем 2) среднем 3) нижнем 4) левым <p>правы</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Заболевания нервов и ВНЧС»</p>	<p>45. НЕВРИТ-ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) интенсивная боль по ходу нерва с гипер- или гипоестезией в зоне его иннервации; 2) повреждение нерва с выпадением функции в зоне иннервации 3) аллергическая реакция на анестетик 4) хроническое заболевание 5) реакция сосудов на введение анестетика <p>46. НЕВРАЛГИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) интенсивной болью по ходу нерва с гипер- или гипоестезией в зоне его иннервации 2) повреждением нерва с выпадением функции в зоне иннервации. 3) отсутствием симптомов 4) повышением температуры, ознобом 5) «крапивницей» <p>47. БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ I ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в нижней трети лица 2. в средней трети лица 3. по всему лицу

4. в верхней трети лица +
5. в затылочной области

48. БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ II ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ

1. в нижней трети лица
2. в средней трети лица +
3. по всему лицу
4. в верхней трети лица
5. в затылочной области

49. БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ III ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ

1. в нижней трети лица +
2. в средней трети лица
3. по всему лицу
4. в затылочной области
5. в верхней трети лица

50. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

1. острым отитом +
2. острым гайморитом
3. околоушным гипергидрозом
4. переломом верхней челюсти
5. флегмоной поднижнечелюстной области

51. ДИАГНОЗ АРТРИТА ВНЧС СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ

1. данных клинического анализа крови
2. ЭОД
3. кожных проб
4. клинико-рентгенологического исследования +
5. данных синциграфии

52. ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1. комплексное +
2. хирургическое
3. консервативное
4. физиотерапевтическое
5. гомеопатическое

53. ДЕФОРМАЦИЯ КОСТНЫХ СУСТАВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ВНЧС НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

1. острого неспецифического артрита
2. синдрома болевой дисфункции
3. вывиха ВНЧС
4. остеоартроза +
5. калькулезного сиалоаденита

54. К ВНУТРИСУСТАВНОМУ ДИСКУ И КАПСУЛЕ ВНЧС ПРИКРЕПЛЯЕТСЯ

	<ol style="list-style-type: none"> 1. жевательная мышца 2. глубокие слои височной мышцы 3. латеральная крыловидная мышца + 4. медиальная крыловидная мышца 5. двубрюшная мышца
<p>Б 1.Б.6.5 Раздел 5 «Дентальная имплантация»</p>	<p>55. Остеоинтеграция – это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Прямая структурная и функциональная связь между высокодифференцированной живой костью и поверхностью опорного имплантата, выявляемая на уровне световой микроскопии. + 2. Реакция организма на внедрение инородного тела, состоит в формировании фиброзной капсулы вокруг него. 3. Процесс образования соединительной ткани на поверхности имплантата. 4. Реакция кости на инородное тело, которое инкапсулируется посредством костного рубца. 5. Снижение общего объема костной ткани. <p>56. К биоинертным материалам относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нержавеющая сталь. 2. Хромокобальтовые сплавы. 3. Титан, цирконий. + 4. Гидроксиапатит. 5. Серебряно-палладиевые сплавы. <p>57. К биотолерантным материалам относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нержавеющая сталь. + 2. Титан и его сплавы. 3. Цирконий. 4. Тантал. 5. Трикальцийфосфат. <p>58. К местному противопоказанию для проведения дентальной имплантации относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Локализованный пародонтит. 2. Множественный кариес. 3. Патологическая стираемость твердых тканей зубов со снижением высоты прикуса. + 4. Отсутствие одного зуба. 5. Полная адентия. <p>59. Контактный остеогенез – это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Процесс регенерации костной ткани вокруг имплантата. 2. Процесс регенерации костной ткани непосредственно на поверхности имплантата. + 3. Восстановление участков кости после травмы. 4. Неадекватная минерализация органического костного матрикса при сохраняющейся в норме скелетной массе. 5. Снижение функциональной нагрузки на костную ткань. <p>60. Препарирование ложа под винтовые или цилиндрические</p>

имплантаты следует производить специально предназначенными для этого сверлами со следующей скоростью вращения, об/мин:

1. 200-300.
2. 500-800.
3. 1000-1500. +
4. 3000-5000.
5. 30000- 35000.

61. Чем определяется усилие затягивание винта, фиксирующего супраструктуру к имплантату?

1. Тактильными ощущениями врача.
2. Степенью подвижности супраструктуры.
3. Инструкциями по применению элементов системы имплантатов. +
4. Показаниями динамометрического ключа.
5. Приблизительно 30-40 дин/см.

62. О чем свидетельствует эффект «проваливания» при формировании ложа имплантата на верхней челюсти?

1. О перфорации верхнечелюстной пазухи.
2. О перфорации полости носа.
3. О перфорации поднутрения стенки альвеолярного отростка.
4. О выходе инструмента за пределы костной ткани. +
5. О переломе бора.

63. Что может привести к парестезии нижней губы после имплантации на нижней челюсти?

1. Травма нижнего луночкового нерва при формировании ложа для имплантата.
2. Сдавление нервного ствола установленным имплантатом.
3. Инъекционной травмой нервного ствола.
4. Травмой подбородочного нерва крючком при работе ассистента.
5. Все перечисленные факторы. +

64. Аллогенный материал это –

1. Специально обработанная трупная кость. +
2. Остеопластический материал синтетического происхождения.
3. Материал животного происхождения.
4. Субстрат для изготовления имплантатов.
5. Тонкая прослойка соединительной ткани на границе имплантата и костного ложа.

65. Ксеногенный материал это -

1. Специально обработанная трупная кость.
2. Остеопластический материал синтетического происхождения.
3. Материал животного происхождения. +
4. Субстрат для изготовления имплантатов.
5. Тонкая прослойка соединительной ткани на границе имплантата и костного ложа.

66. Аллопластический материал это -:

1. Специально обработанная трупная кость.
2. Остеопластический материал синтетического происхождения. +

3. Материал животного происхождения.
4. Субстрат для изготовления имплантатов.
5. Тонкая прослойка соединительной ткани на границе имплантата и костного ложа.

67. Основоположником и разработчиком имплантатов пластиночной конструкции считается:

1. Карл Миш.
2. Чарльз Бабуш.
3. Марсель Миргазизов.
4. Пер-Ингвар Бранемарк.
5. Леонард Линков. +

68. Направленная тканевая регенерация - это:

1. Создание оптимальных условий для роста и созревания (развития) органотипичной костной ткани в области костных дефектов с применением мембранной техники. +
2. Комбинирование остеоиндуктивных и остеоиндуктивных материалов с целью оптимизации репаративных процессов в области костных дефектов.
3. Использование титановой сетки для избирательного прорастания костной ткани в полость дефекта.
4. Изоляция дефекта от окружающих его структур бедной тромбоцитарной плазмой.
5. Применение свободного соединительнотканного трансплантата в комбинации с костной стружкой.

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

1. 3 мм.
2. 1 мм.
3. 0,2 мм. +
4. 0,5 мм.
5. 0,05 мм.

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

1. 2 мм. +
2. 4 мм.
3. 0,5 мм.
4. 1 мм.
5. 3 мм.

71. Что такое абатмент?

1. Супраструктура. +
2. Переходный модуль.
3. Аналог имплантата.
4. Фиксирующий винт.
5. Слепочный колпачок.

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

1. 2-х этапной техникой базисным и коррегирующим слоем.
2. Гипсом с индивидуальной жесткой ложкой.
3. Альгинатной слепочной массой стандартной жесткой ложкой.
4. Индивидуальной жесткой ложкой силиконовой массой открытым или закрытым способом. +
5. Стандартной жесткой ложкой силиконовой массой закрытым способом.

73. Согласно определению Европейской федерации пародонтологов, периимплантит – это

1. Прогрессирующая резорбция окружающей имплантат костной ткани, вызванная и сопровождающаяся воспалительным процессом в мягких тканях окружающих имплантат. +
2. Воспалительный процесс в мягких тканях окружающих имплантат.
3. Очаговый остеомиелит, развивающийся в окружающей имплантат костной ткани.
4. Образование грануляционной ткани между костью и поверхностью имплантата.
5. Потеря остеоинтеграции и отторжение имплантата.

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

1. Количества отсутствующих зубов.
2. Вида имплантатов.
3. Имеющегося уровня костной ткани. +
4. Желания врача и пациента.

75. Высокую биосовместимость титана связывают

- 1) с высокой коррозионной устойчивостью
- 2) с высоким диэлектрическим постоянством
- 3) с относительной чистотой поверхности
- 4) с кристаллической структурой
- 5) все вышеперечисленное

76. К осложнениям имплантации относятся

- 1) перфорация дна верхнечелюстного синуса
- 2) обнажение имплантата
- 3) образование свищей
- 4) расхождение швов
- 5) все вышеперечисленное

77. Факторами, определяющими успех имплантации, являются

- 1) биосовместимость материала
- 2) структура поверхности
- 3) состояние ложа имплантата
- 4) техника операции
- 5) все вышеперечисленное

78. Осложнениями, вызываемыми неправильной протезной конструкцией с

	<p>опорой на имплантаты, являются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) перегрузка имплантата 2) перелом имплантата 3) перегрузка опорных зубов 4) атрофия костной ткани 5) все вышеперечисленное <p>79. Наиболее широко используются в клинике</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) внутрикостные винтовые имплантаты 2) внутрикостные пластиночные и винтовые имплантаты 3) внутрислизистые имплантаты 4) субпериостальные имплантаты 5) эндодонто-эндоссальные имплантаты
<p>Б 1.Б.6.7 Раздел 7 «Огнестрельные и неогнестрельные повреждения мягких тканей и костей лица»</p>	<p>80. Какие шины применяют при лечении переломов челюстей:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гнутые из алюминиевой проволоки; 2) шины из быстротвердеющих пластмасс; 3) стандартные шины назубные ленточные; 4) сочетание проволочных шин с быстро твердеющими пластмассовыми; 5) шина Ванкевич. <p>81. Тактика врача в отношении зубов вклиненных в щель перелома, когда они препятствуют вправлению отломков:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) консервативное лечение; б) шинирование самотвердеющей пластмассой; в) лечение с применением антибиотиков; г) удаление; д) перемещение с помощью репонирующего аппарата. <p>83. Повреждения ЧЛЮ по механизму ранения делятся на:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) неогнестрельные и огнестрельные; б) одиночные и множественные; в) проникающие и непроникающие в полости ЧЛЮ; г) комбинированные; д) изолированные и сочетанные.
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8 «Опухоли и опухолеподобные новообразования ЧЛЮ»</p>	<p>84. . Этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гиперсаливация 2) частичная адентия 3) массивные зубные отложения 4) хроническая травма слизистой оболочки 5) заболевания желудочно-кишечного тракта <p>85. При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить к:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) районному онкологу 2) специалисту-радиологу 3) участковому терапевту 4) хирургу общего профиля 5) хирургу-стоматологу

86. К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:

- 1) физикальный
- 2) биохимический
- 3) цитологический**
- 4) иммунологический
- 5) биометрический

87. Под онкологической настороженностью понимают знание:

- 1) ранних симптомов заболевания**
- 2) препаратов для лечения
- 3) профессиональных вредностей
- 4) допустимых доз лучевой терапии

88. Под онкологической настороженностью понимают знание:

- 1) ранних симптомов заболевания**
- 2) препаратов для лечения
- 3) профессиональных вредностей
- 4) допустимых доз лучевой терапии
- 5) расположения онкологических служб

89. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят:

- 1) эпулис
- 2) твердую фиброму**
- 3) фиброматоз десен

90. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят:

- 1) эпулис
- 2) мягкую фиброму**
- 3) фиброматоз десен

91. Основным методом лечения фибром является:

- 1) химиотерапия
- 2) лучевая терапия
- 3) комбинированное лечение
- 4) иссечение в пределах здоровых тканей**

92. Фиброматоз относится

- 1) к истинным опухолям
- 2) к опухолеподобным образованиям**

93. Основным методом лечения фиброматоза является:

- 1) химиотерапия
- 2) лучевая терапия
- 3) комбинированное лечение
- 4) иссечение образования вместе с надкостницей**

94. Симптомами саркомы верхней челюсти является

- **сукровичное выделение из носа экзофтальм**
- сухости во рту, приступообразные острые боли, затруднение

глотания

- гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
- парез ветвей лицевого нерва

95. Ранними симптомами периферических сарком челюстей являются

- **деформация челюсти, подвижности зубов**
- сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
- гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат

96. Основным методом лечения сарком челюстно-лицевой области является

- химиотерапия
- **хирургический**
- лучевая терапия

97. Фиброматоз относится

- к истинным опухолям
- **к опухолеподобным образованиям**

98. Фиброматоз развивается в результате

- вредных привычек
- нарушения эмбриогенеза
- **хронического механического раздражения**

99. Фиброзная дисплазия-это

- костная опухоль
- **мягкотканная опухоль**
- истинная одонтогенная опухоль
- опухолеподобное образование кости

100. Основным методом лечения фиброматоза десен

- химиотерапия
- лучевая терапия
- комбинированное
- **иссечение новообразования вместе с надкостницей**

101. Однатома относится к группе

- воспалительных заболеваний
- опухолеподобных образований
- **пороков развития зубных тканей**
- злокачественных одонтогенных опухолей

102. Гистологическое строение сложной однотомы характеризуется

- отдельными зубоподобными структурами
- пролиферирующим одонтогенным эпителием
- разной степени минерализованной цементоподобной тканью
- **обезыствленными зубными тканями, расположенными хаотично образующими единый конгломерат**

103. Рентгенологическая картина сложной и составной одонтомы характеризуется

- отсутствием костных изменений в области одонтомы
- **ограниченной гомогенной тенью плотности коронки зуба**
- резорбцией кортикальной пластинки на все протяжении челюсти
- очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти

104. Основным методом лечения сложной и составной одонтом является

- химиотерапия
- комбинированное
- **блок-резекция челюсти**
- выскабливание опухоли
- удаление новообразования

105. Окончательный диагноз «мягкая одонтома» ставится на основании данных

- опроса
- анализов крови
- **гистологии**
- клинико-рентгенологического исследования

106. Мягкая одонтома склонна к озлокачанию и перерождению

- в остеосаркому
- в лимфосаркому
- в рак слизистой дна полости рта
- **в амелобластическую фибросаркому**

107. Амелобластома относится к группе

- предраков
- воспалительных заболеваний
- **злокачественных одонтогенных опухолей**
- доброкачественных одонтогенных опухолей

108. Окончательный диагноз «амелобластома» ставится на основании данных

- опроса
- анализа крови
- **гистологии**
- клинико-рентгенологического исследования

109. Основным методом лечения амелобластомы является

- цистэктомия
- химиотерапия
- лучевая терапия
- **резекция челюсти**

110. Гигантоклеточная опухоль относится к группе

- опухолеподобных образований

	<ul style="list-style-type: none"> • злокачественных одонтогенных опухолей • злокачественных одонтогенных опухолей • доброкачественных одонтогенных опухолей • истинных опухолей <p>111. Синоним гигантоклеточной опухоли</p> <ul style="list-style-type: none"> • цилиндрома • остеосаркома • остеокластома • ретенционная киста <p>112. Рентгенологическая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется разновидностями</p> <ul style="list-style-type: none"> • полиморфной, мономорфной • ячеистой, кистозной, литической • субпериостальной, периапикальной • пролиферативной, костеобразующей <p>113. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является</p> <ul style="list-style-type: none"> • криодеструкция • выскабливание • удаление опухоли в пределах здоровых тканей
<p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9 « Восстановительная хирургия ЧЛО»</p>	<p>114. ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПО ЛИМБЕРГУ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. короткой уздечке языка + 2. линейных звездчатых рубцах 3. обширных дефектах костей лица 4. обширных дефектах мягких тканей 5. дефект концевого отдела носа <p>115. ПРИ ВЫКРАИВАНИИ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ СООТНОШЕНИЕ ЕГО ШИРИНЫ К ДЛИНЕ ДОЛЖНО БЫТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1:3 + 2. 1:4 3. 3:5 4. 1:8 5. 2:3 <p>116. ТОЛЩИНА ПОЛНОСЛОЙНОГО СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0.2-0.4мм 2. 0.5-0.6мм 3. 0.6-0.7мм 4. 0.8-1мм + 5. 1-1.5мм <p>117. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. периостита 2. секвестрэктомии 3. постлучевой некрэктомии 4. склерозирующей терапии 5. удаления доброкачественных опухолей + <p>118. АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. недоразвитие 2. смещение кзади + 3. чрезмерное развитие 4. несимметричная деформация 5. сагиттальный сдвиг
--	--

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «местное и общее обезболивание в стоматологии»</p>	<p style="text-align: center;">Задача 1</p> <p>Родители пациента М., возрастом 15 лет, страдающего болезнью Дауна обратились в поликлинику по поводу санации полости рта их сыну. После осмотра, который сопровождался значительными трудностями, удалось установить, что пациенту необходимо лечить множественный кариес зубов и удалить пять разрушенных зубов по поводу хронического периодонтита.</p> <p><i>Какой вид обезболивания Вы выберете для проведения санации полости рта у данного пациента?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. инфильтрационное обезболивание, 2. проводниковое обезболивание, 3. общее обезболивание. (+) <p><i>В каких условиях и кем должно проводиться данный вид обезболивания?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в амбулаторно-поликлинических условиях врачом-стоматологом, 2. в условиях стационара анестезиологом-реаниматологом.(+) <p style="text-align: center;">Задача 2</p> <p>Пациент 30 лет, в анамнезе аллергия на анилиновые красители. Через 15 минут после местной анестезии новокаином в стоматологическом кресле, почувствовал: интенсивный зуд всей поверхности кожи; затем на коже появились гиперемированные участки сыпи, выступающие над ее поверхностью. При этом отмечалось: нарастающая слабость, головокружение и головная боль, тошнота, повышение температуры тела – 38,5 °С, АД 100/60 мм.рт. ст., ЧСС 100 в мин., ЧД 20 экс. в мин. После проведенной неотложной терапии все явления исчезли.</p> <p><i>Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?</i></p>
---	---

	<ol style="list-style-type: none"> 1. гипертонический криз 2. развивающийся обморок 3. острая крапивница(+) 4. острый отек Квинке <p>Какие меры неотложной помощи следует предпринять?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. немедленное прекращение введения препарата вызвавшего реакцию 2. антигистаминные препараты 3. антигистаминные препараты и глюкокортикоиды 4. антигистаминные препараты и сосудосуживающие средства 5. немедленное прекращение введения препарата вызвавшего реакцию, антигистаминные препараты, глюкокортикоиды и возможно сосудосуживающие средства. (+) <p>Чем, в наибольшей степени, опасно развитие подобного состояния?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. развитием коллапса, 2. развитием инсульта, 3. развитием инфаркта миокарда, 4. возможным развитием отека Квинке в области дыхательных путей и асфиксией.(+) <p>Наличие в анамнезе аллергии на анилиновые красители должно было обратить внимание стоматолога на возможность развития данной реакции. Какие дополнительные диагностические возможности были упущены?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. самостоятельное проведение внутрикожных проб, 2. скарификационных тестов, 3. консультация врача-иммунолога, (+) 4. консультация врача- анестезиолога. <p>Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем лечении пациента?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. проводится в стационаре, 2. в стационаре под наркозом, 3. амбулаторно - после консультации врача-анестезиолога, 4. амбулаторно под наркозом, 5. амбулаторно, после консультации врача-иммунолога с учетом его рекомендаций, под прикрытием премедикации антигистаминными препаратами и местной анестезией рекомендованным иммунологом местноанестезирующим препаратом. (+)
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛО»</p>	<p style="text-align: center;">Задача 3</p> <p>Больная, 56 лет, обратилась в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, наличие свищевых ходов на коже с гнойным отделяемым.</p> <p>Из анамнеза: считает себя больной в течение 2,5 месяцев, когда заболел ранее леченный по поводу осложненного кариеса 4.7. За медицинской помощью обратилась спустя три недели, 4.7 был удален. Через две недели в подчелюстной области справа появился</p>

функционирующий свищ с гнойным отделяемым, отмечался подъем температура тела до 37,5 С.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3 С. Конфигурация лица изменена за счет припухлости подчелюстной области справа. В этой же области определяется функционирующий свищ с умеренным гнойным отделяемым. Отмечается гипестезия кожи подбородка и нижней губы. При пальпации тела нижней челюсти справа определяется утолщение. Кожа над утолщенной костью несколько истончена и натянута. Подчелюстные лимфатические узлы незначительно увеличены болезненны. В полости рта: 4.5,4.6,4.8 интактные, лунка удаленного 4.7 выполнена выбухающими грануляциями, обильно кровоточащими при зондировании.

При рентгенологическом обследовании нижней челюсти слева в области тела определяются очаги деструкции костной ткани, внутри которых видны тени еще отделившихся секвестров. Участки костной ткани чередуются с участками остеосклероза.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Поставьте клинический диагноз
4. Составьте план лечения больного.

Задача 4

Больной, 47 лет, предъявляет жалобы на сильные пульсирующие боли в области твердого неба, усиливающуюся при приеме пищи, разговоре, появление припухлости твердого неба в области 1.3,1.2,1.1.

Из анамнеза: считает себя больным в течение четырех дней, когда заболел 1.3. За медицинской помощью обратился после того, когда в области твердого неба появилась припухлость.

Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,3С. Со стороны полости рта: 1.1,1.2,1.3 под пломбами, перкуссия 1.2 резко болезненна. В переднем отделе твердого неба определяется воспалительный инфильтрат овальной формы, резко болезненный при пальпации, в центре которого имеется участок флюктуации, слизистая оболочка над очагом гиперемирована, отмечается незначительный отек окружающих тканей.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назовите топографическую анатомию твердого неба, анатомические образования, находящиеся на нем, пути распространения инфекции.
5. Назовите оперативный доступ и последовательность действий при флегмонах данной локализации.

Задача 5

Больной, 42 года обратился с жалобами на боли в области верхней челюсти справа, обильные гнойные выделения из правого носового хода, тяжесть в правой половине лица и усиление боли при наклоне головы

вниз. Так же отмечает общее недомогание, слабость, повышение температуры тела до 38⁰С.

Из анамнеза: 4 дня назад появились боли в области 1.6. Несколько лет назад зуб был лечен по поводу осложненного кариеса. Интенсивность болей постепенно нарастала. 2 дня назад появилась припухлость правой щеки, гноетечение из соответствующего носового хода.



Объективно: конфигурация лица изменена за счет припухлости правой щеки. Кожа в цвете не изменена, хорошо собирается в складку. При пальпации инфильтрат не определяется. Пальпация передней стенки верхнечелюстного синуса справа болезненная. При передней риноскопии в правом носовом ходе определяются гнойные корочки.

Открывание рта в полном объеме, незначительно болезненное. В полости рта: 16 – под искусственной коронкой, перкуссия болезненная, слизистая оболочка по переходной складке в области 15, 16, 17 отечна, гиперемирована, пальпация болезненная.

На рентгенограмме 16: зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, в периапикальных тканях разряжение костной ткани с нечеткими контурами.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Назовите этиологию и патогенез данного заболевания.
5. Назовите типы строения верхнечелюстного синуса.
6. Опишите рентгенограмму.
7. План лечения больного.
8. Осложнения и исход заболевания.

Задача 6

Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа.

Анамнез: Более года периодически во время еды возникала боль в 4.6 зубе. 2 месяца назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной.

При осмотре: в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.

	<p>На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разряжения костной ткани, неправильной формы, без чётких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.</p> <p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите диагноз заболевания. 2. Проведите обоснование диагноза. 3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику? 4. Определите план лечения. 5. Прогноз заболевания?
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Заболевания слюнных желез»</p>	<p style="text-align: center;">Задача 7.</p> <p>Больной К., 52 лет. Жалобы на припухлость в поднижнечелюстной области слева, наличие неприятного, сладковатого отделяемого в полости рта.</p> <p>Анамнез. Несколько лет тому назад (8—9) после охлаждения (купался в холодной реке) появилась припухлость в поднижнечелюстной области слева, повысилась температура тела до 37,7°, отмечал болезненное глотание. Лечился теплыми полосканиями, компрессами, УВЧ на поднижнечелюстную область. Через неделю состояние улучшилось, температура снизилась, улучшилось самочувствие, но припухлость в поднижнечелюстной области полностью не рассосалась. В последующие годы стал иногда отмечать увеличение припухлости в поднижнечелюстной области, не связанное с охлаждением. Иногда припухлость увеличивалась без видимых причин, иногда во время еды. В районной поликлинике диагностировали лимфаденит, тонзиллит. Проводилась физиотерапия. Последние 2 года припухлость в поднижнечелюстной области не увеличивается, но и полностью не рассасывается, стал отмечать во рту неприятный привкус.</p> <p>Анамнез жизни. В детстве корь, коклюш, свинка. Взрослым болел редко: грипп, ангина, последние годы повышается АД, оперирован по поводу паховой грыжи.</p> <p>При осмотре. В поднижнечелюстной области слева определяется едва заметная припухлость, кожа над ней в цвете не изменена.</p> <p>При пальпации отмечается плотное, ограниченное, слегка болезненное, округлой формы образование, не спаянное с окружающими тканями, размером 4X4 см, располагающееся в среднезаднем отделе поднижнечелюстной области. Спереди от него пальпируются увеличенные, подвижные лимфатические узлы. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта без воспалительных изменений, за исключением участка щеки и ретромолярной области слева, где имеются белесоватые участки размером 1,5X2 см с неправильными границами гиперкератоза слизистой. При бимануальной пальпации четко определяется верхний полюс образования, отмеченного в поднижнечелюстной области. Кроме того, в заднем отделе подъязычной области, слева отмечается ограниченное плотное образование размером 0,8X0,8 см, при пальпации которого появляется колющая боль. Пальпация подъязычной области на остальном протяжении безболезненна. Из устья поднижнечелюстного протока слева выделяется секрет с</p>

примесью гноя.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование.
3. Дайте патоморфологическое объяснение клиническим симптомам.
4. Наметьте план лечения.

Задача 8.

Больная С. 33 лет. Жалобы на боль и припухлость в околоушной области слева, больна около года.

Анамнез. Первые признаки болезни связывает с едой винограда, когда во время еды стала отмечать увеличивающуюся припухлость околоушной области справа. Припухлость была мягкой, безболезненной и держалась около 40—50 мин. Затем аналогичные явления повторились через 1,5 месяца и стали часто сопровождать прием пищи, при этом иногда появляется острая колющая боль. Последнюю неделю состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 37,5°, припухлость околоушной области стала нарастать, отмечает постоянную боль.

Анамнез жизни. Болеет редко простудными заболеваниями, аллергия к некоторым пищевым продуктам.

При осмотре определяется разлитая припухлость околоушной, частично позадичелюстной и щечной областей справа. Кожа в цвете не изменена.

При пальпации припухлость плотная, болезненная, кожные покровы в складку собираются с трудом. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, слабо болезненны. Открывание рта слегка болезненно. Слизистая оболочка полости рта хорошо увлажнена, бледно-розового цвета. Дистальные бугры 78 покрыты нависающей покрасневшей слизистой оболочкой. Из устья выводного протока околоушной железы справа выделяется небольшое количество секрета с примесью гноя. Ближе к устью протока пальпируется уплотнение размером 0,3X0,4 см.

1. Дайте патоморфологическое объяснение симптомам заболевания.
2. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какое показано лечение?

Задача 9

Больной, 55 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообразные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться до 1 минуты. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При

Б 1.Б.6.4 Раздел 4
«Заболевания
нервов и ВНЧС»

осмотре лицо несколько асимметрично за счет отека левой половины. Пальпация точек выхода II-ой (инфраорбитальное отверстие) и III-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва на лицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Проведите обоснование диагноза?
2. Поставьте диагноз?
3. Наметьте план лечения?
4. Имела ли значение перенесенная ОРВИ для возникновения данного заболевания?
5. Является ли отечность половины лица патогномичным признаком для невралгии II-III ветви тройничного нерва?

Задача 10

Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течении двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомию в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.

Вопросы:

1. Проведите обоснование диагноза?
2. Поставьте диагноз?
3. Наметьте план лечения?
4. Чем обусловлена необходимость консультации больной у стоматолога?
5. Имеет ли значение в описанной клинической ситуации, то что больная перенесла аппендэктомию?

Задача 11.

Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.

Вопросы и задания:

1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?
3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Опишите клинико-рентгенологическую картину.
5. Методы лечения в данном случае?

Задача 12

Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которая возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, затем боль. Объективно; гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные лабораторные методы обследования.
3. Предложите план лечения.
4. Назначьте медикаментозное лечение.
5. Показана ли физиотерапия этой больной?

Задача № 13.

Больной К., 43 года обратился в стоматологическую клинику с жалобами на болезненность в области установленного три недели назад имплантата. Объективно: конфигурация лица не нарушена, поднижнечелюстной лимфатический узел справа увеличен, болезненный при пальпации. В полости рта: в области установленного имплантата на верхней челюсти справа имеется свищевой ход с серозно-гнойным экссудатом, слизистая альвеолярного отростка в области имплантата гиперемирована отечна, болезненная при пальпации. При зондировании определяется импланто-десневой карман глубиной 4 мм.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите причины развития данной патологии.
3. Какие методы дополнительного обследования необходимы для постановки окончательного диагноза.
4. Какова тактика лечения данной патологии, прогноз заболевания?
5. Какие виды дентальной имплантации Вам известны?
6. Дайте определение понятию «остеоинтеграция».

Задача № 14.

Пациенту В. 56 лет 2 года назад был изготовлен на нижнюю челюсть съёмный протез с замковой системой фиксации в области внутрикостных имплантатов 33, 43. Обратился с жалобами на плохую фиксацию, подвижность протеза во время приема пищи. Ранее на профилактические приемы к стоматологу не являлся.

1. Установите причину подвижности, плохой фиксации съёмного протеза.
2. Назовите методы устранения в данном клиническом случае.
3. Укажите виды имплантатов, абатментов для съёмного, несъёмного протезирования.
4. Перечислите особенности ортопедического лечения с опорой на имплантаты.

Б 1.Б.6.5 Раздел 5
«Дентальная
имплантация»

ЗАДАЧА 15.

Больной К., 41 год, обратился в поликлинику с жалобами на боль и ограничение движения нижней челюсти, затруднение при приеме пищи. Из анамнеза: пять дней назад дома, упал, ударился лицом о твердый предмет, сознание не терял, тошноты, рвоты не было.

При осмотре: нарушение прикуса, разрыв слизистой оболочки десны между 3.5 и 3.6. На рентгенограмме определяется ровная линия перелома, проходящая вертикально по отношению к телу нижней челюсти.

Установить диагноз. Составить план лечения.

1. укажите основные факторы, влияющие на смещение отломков:

- а) направление силы удара
- б) сила тяги жевательных мышц
- в) сила тяжести отломков
- г) характер плоскости перелома
- д) все перечисленное выше (+)

2. Укажите типичный вариант смещения отломков в данной ситуации:

- а) малый отломок смещается вверх, большой-вниз
- б) малый отломок смещается вверх, внутрь и вперед, большой-вниз и кзади в сторону перелома (+)
- в) малый отломок смещается вверх, кнаружи и кзади, большой-вниз, назад и внутрь.

3. Смещение отломков в данной ситуации:

- а) минимально (+)
- б) максимально

4. Разрыв сосудисто-нервного пучка при таком типе перелома нижней челюсти:

- а) возможен
- б) наблюдается, как правило (+)
- в) не происходит

5. Укажите наиболее характерный клинический признак расположения зуба в щели перелома:

- а) подвижность зуба
- б) болезненная перкуссия зуба
- в) подвижность зуба вместе с отломком (+)
- г) отломок подвижен, зуб устойчив
- д) разрыв слизистой оболочки в области перелома.

6. После наложения бимаксиллярных шин резиновые кольца меняют:

- а) еженедельно
- б) ежедневно
- в) 2 раза в неделю (+)
- г) 3 раза в месяц.

7. Хирургическо - ортопедический метод иммобилизации нижней челюсти:

- а) Адамса

Б 1.Б.6.7 Раздел 7
«Огнестрельные и
неогнестрельные
повреждения
мягких тканей и
костей лица»

	<p>б) Айви в) Донского г) Макиенко (+)</p> <p>9. Документ, подтверждающий нетрудоспособность в данной ситуации а) бытовая справка (форма №66) б) больничный лист в) верно а) б) (+)</p> <p>10. Больничный лист при сроке лечения до 30 суток подписывается а) лечащим врачом б) МСЭК в) КЭК (+)</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8 «Опухоли и опухолеподобные новообразования ЧЛЮ»</p>	<p style="text-align: center;">Задача 16.</p> <p>Больной 49 лет, жалуется на наличие плотного образования на красной кайме нижней губы справа. Впервые заметил 2 года назад, к врачу не обращался. Объективно: на красной кайме нижней губы справа определяется резко ограниченный участок полигональной формы 2 мм x 8 мм. На поверхности очага плотно сидящая чешуйка, серовато-белого цвета. Очаг кажется слегка запавшим, окружающие ткани не изменены. При пальпации определяется поверхностное пластинчатое уплотнение.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите предварительный диагноз. 2. Какова тактика врача-стоматолога, план обследования и лечения. <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз - ограниченный предраковый гиперкератоз нижней губы. 2. Направить больного на консультацию в онкологический диспансер для уточнения диагноза. <p style="text-align: center;">Задача 17.</p> <p>Во время осмотра в стоматологической поликлинике у пациента 55 лет обнаружено ограниченное пятнисто-узелковое поражение размером 1 см x 1, 8 см на дне полости рта. Поверхность этого участка гиперемирована, бархатистая с папилломатозными разрастаниями. Пальпация участка поражения безболезненная.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите предварительный диагноз. 2. Какова последующая тактика. <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предполагаемый диагноз – болезнь Боуэна 2. Направить больного на консультацию в онкологический диспансер для уточнения диагноза. <p style="text-align: center;">Задача 18.</p> <p>У больного 60 лет на красной кайме нижней губы справа определяется эрозия овальной формы 0,5-1,0 см, поверхность гладкая, как бы полированная, интенсивно красного цвета. Из анамнеза установлено, что больной житель сельской местности, работа не в помещении. Данный очаг поражения периодически самостоятельно исчезает и снова</p>

	<p>появляется на том же месте и так продолжается более 1,5 лет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите предварительный диагноз. 2. Составьте план лечения. <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз - бразивный преканцерозный хейлит Манганотти. 2. Лечение начинается с применения средств, стимулирующих эпителизацию эрозий, устранения раздражающих факторов внешней среды (холод, чрезмерная инсоляция и др.). При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения необходимо хирургическое лечение (криотерапия, хирургическое иссечение).
<p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9 «Восстановительная хирургия лица и челюстей»</p>	<p style="text-align: center;">Задача 19</p> <p>Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0х3,0 см., откол коронок 4.2, 3.1, подвижность 4.1, отсутствие 3.2.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Составьте план лечения. 3. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2? <p>Ответы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Посттравматический дефект нижней губы (укушенная рана). Травматический откол коронковой части 4.2, 3.1. Подвывих 4.1. Полный вывих 3.2. 2. Тщательная антисептическая и хирургическая обработка раны до кровоточащих тканей. Выполняются дугообразные разрезы слизистой оболочки с дополнительными разрезами в виде "Z" у основания этих разрезов. Таким образом, восстанавливается внутренняя выстилка и красная кайма губы. Накладываются кетгутовые швы на мышечный слой, наружная рана закрывается перемещением двух встречных треугольных лоскутов с углами боковых разрезов 30° и 90°, выкроенных в области подбородка, т.е. у нижнего края раны. Депульпирование 4.2, 4.1, наложение гладкой короткой шины от 4.3 до 3.3 для удержания 4.1. Необходимо провести курс прививок антирабической сыворотки. 3. Для составления плана лечения по поводу дефекта нижней губы состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 имеет значение: острые края 4.2, 4.1 должны быть устранены, подвижный 3.1 должен быть фиксирован к соседним зубам. <p style="text-align: center;">Задача 20</p> <p>У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.</p> <p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?

2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?

Ответы

1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.

2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше

Задача 21

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

Вопросы и задания:

1. Составьте план лечения больного.

2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Ответы

1. План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?

2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100 Отлично (5)	

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ»**

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p style="text-align: center;">Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Кариесология и некариозные поражения зубов»</p>	<p>58. Этиология, патогенез кариеса. Классификации заболеваний эмали и дентина.</p> <p>59. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении кариеса. Их профилактика и лечение.</p> <p>60. Некариозные поражения зубов, возникающие после прорезывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>61. Организация рабочего места врача-стоматолога (нормативы и требования). Учетная и отчетная документация. Количественные и качественные показатели работы врача-стоматолога.</p> <p>62. Профилактика кариеса зубов.</p>
<p style="text-align: center;">Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p>63. Этиология, патогенез воспаления апикального периодонта. Классификация периодонтита.</p> <p>64. Лечение верхушечного периодонтита. Цель, задачи, методы. Показания и противопоказания к консервативному лечению. Лечение острого верхушечного периодонтита. Оценка эффективности. Отдаленные результаты и прогноз лечения (с учетом региональных особенностей эпидемиологии заболевания, этнографических и демографических детерминант, возрастных изменений ЧЛО у лиц, проживающих в Волгоградской области, а также потребностей работодателей).</p> <p>65. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита. Их профилактика. Диспансеризация. Оценка эффективности проводимой терапии. Реабилитация больных с заболеваниями периодонта.</p> <p>66. Физиотерапевтические методы в практической эндодонтии.</p> <p>67. Стоматогенный очаг инфекции, очагово-обусловленные заболевания.</p>
<p style="text-align: center;">Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<p>68. Классификация заболеваний пародонта. Этиология (роль экзогенных и эндогенных факторов в развитии заболеваний пародонта) и патогенез болезней пародонта.</p> <p>69. Язвенно-некротический гингивит. Этиология, патогенез. Роль местных и общих факторов в этиологии гингивита. Распространенность. Патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>70. Пародонтоз, распространенность. Этиология, патогенез. Патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>71. Рецессия десны. Этиология, патогенез. Роль местных и общих факторов в развитии рецессии десны. Классификация. Распространенность, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>72. Идиопатические заболевания пародонта, опухоли и опухолевидные заболевания пародонта (пародонтомы). Особенности клинических проявлений, диагностика, дифференциальная диагностика.</p>

<p>Б 1.В.ОД.1.4 Раздел «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p>73. Методы обследования больного с заболеванием слизистой оболочки полости рта. Оформление документации. Элементы поражения слизистой оболочки полости рта. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ (ММСИ), МКБ-10 (с учетом региональных особенностей эпидемиологии заболевания, этнографических и демографических детерминант, возрастных изменений ЧЛЮ у лиц, проживающих в Волгоградской области, а также потребностей работодателей).</p> <p>74. Механическая, химическая и физическая травмы слизистой оболочки полости рта. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>75. Герпетическая инфекция (острый и хронический рецидивирующий герпес, опоясывающий лишай, яшур, герпангина). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>76. Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Сроки временной нетрудоспособности.</p> <p>77. Многоформная экссудативная эритема. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p>
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Кариесология и некариозные поражения»</p>	<p>1. Кариес зубов. Этиология, патогенез. Методы лечения.</p> <p>2. Организация рабочего места врача-стоматолога (нормативы и требования). Учетная и отчетная документация. Количественные и качественные показатели работы врача-стоматолога.</p> <p>3. Некариозные поражения зубов, возникающие до прорезывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>4. Методы обследования стоматологического больного. Сущность и значение основных и дополнительных методов обследования.</p> <p>5. Травма зуба. Классификация. Выбор метода лечения.</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p>6. Эндодонтическое лечение как подготовка к зубосохраняющим операциям при лечении хронических форм периодонтита.</p> <p>7. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита. Их профилактика. Диспансеризация. Оценка эффективности проводимой терапии. Реабилитация больных с заболеваниями периодонта.</p> <p>8. Лечение хронического верхушечного периодонтита зубов с хорошо проходимыми корневыми каналами. Односеансный метод лечения. Показания и противопоказания. Оценка эффективности. Отдаленные результаты и прогноз лечения (с учетом региональных особенностей эпидемиологии заболевания, этнографических и демографических детерминант, возрастных изменений ЧЛЮ у лиц, проживающих в Волгоградской области, а также потребностей работодателей).</p>

	<p>9. Анатомо-физиологические особенности периодонта. Функции периодонта.</p> <p>10. Обострение хронического верхушечного периодонтита. Клиника, диагностика, диф. диагностика.</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<p>11. Понятие о пародонтальном комплексе, особенности функционирования и биомеханики пародонта.</p> <p>12. Обследование пациента с патологией пародонта. Протокол осмотра пародонтологического больного.</p> <p>13. Консервативное лечение воспалительных заболеваний пародонта.</p> <p>14. Консервативное лечение пародонтоза, генерализованной рецессии.</p> <p>15. Диспансеризация больных с заболеваниями пародонта. Организация пародонтологического кабинета.</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.4 Раздел «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p>16. Строение слизистой оболочки полости рта. Слюна, её состав и свойства.</p> <p>17. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Бактериальные инфекции.</p> <p>18. Аллергические заболевания слизистой оболочки рта.</p> <p>19. Заболевания языка.</p> <p>20. Изменение слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях и экзогенных интоксикациях.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами);

<p>Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Кариесология и некариозные заболевания»</p>	<p>1. Методом первичной профилактики кариеса зубов является</p> <ul style="list-style-type: none"> - Герметизация фиссур (+) - Пломбирование кариозных полостей - Эндодонтическое лечение - Удаление зубов по поводу осложненного кариеса. <p>2. При глубоком кариесе в сочетании с гиперемией пульпы необходимо:</p> <ul style="list-style-type: none"> - экстирпировать пульпу. -:провести неполную некротомию и наложить пасту с противовоспалительными свойствами. - удалить, по возможности, весь пораженный дентин, избегая обнажения пульпы, и наложить пасту с противовоспалительными свойствами (+). -:тщательно удалить весь пораженный дентин и оставить полость открытой для оттока экссудата. <p>3. Метод, способствующий повышению резистентности к кариесу:</p> <ul style="list-style-type: none"> А) профессиональная гигиена, б) местная флюоризация эмали (+), в) рациональная гигиена.
--	---

	<p>4. Микроорганизм, играющий ведущую роль в возникновении кариеса зубов: а) Streptococcus mutans (+), б) лактобактерии, в) Actinomyces.</p> <p>5. Наиболее эффективный период реминерализующей терапии зубов у детей: - до прорезывания зуба, - сразу после прорезывания зуба (+), - после формирования зуба.</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p>6. ОБСЛЕДОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НАЧИНАЮТ С: а) осмотра полости рта б) внешнего осмотра больного (+) в) пальпирования лимфатических узлов г) рентгенологического обследования.</p> <p>7. СБОР АНАМНЕЗА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НАЧИНАЮТ С: а) Осмотра полости рта б) Выяснения жалоб (+) в) Анамнеза жизни г) Анамнеза болезни</p> <p>8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПУЛЬПЫ: а) по артериолам (гематогенное инфицирование) б) по дентинным канальцам из кариозной полости (+) в) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана г) по лимфатическим сосудам д) травматическое повреждение пульпы</p> <p>9. ПЕРИОДОНТ – ЭТО СОЕДИНИТЕЛЬНАЯ ТКАНЬ, СОСТОЯЩАЯ ИЗ: а) клеток, волокон, сосудов и нервных окончаний б) межклеточное вещество, клеток, волокон, прослойка рыхлой соединительной ткани в) соединительной ткани, кровеносных и лимфатических сосудов, нервов, волокон (+) г) волокон, сосудов д) соединительной ткани, волокон, сосудов.</p> <p>10. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛИ ПРИ НАКУСЫВАНИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ В СТАДИИ ИНТОКСИКАЦИИ СВЯЗАНО:</p>

	<p>а) накоплением молочной кислоты в тканях б) развитием ацидоза в) отеком соединительной ткани (+) г) увеличением проницаемости сосудов д) скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<p>11. К дистрофическим процессам относится: а) пародонтит б) пародонтоз (+) в) гипертрофический гингивит г) десмонтоз д) пародонтома.</p> <p>12. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ: а) содержимое пародонтальных карманов б) уровень резорбции альвеолярной кости (+) в) регионарную гемодинамику в пародонте г) парциальное давление кислорода в тканях.</p> <p>13. КОРОТКИЕ УЗДЕЧКИ ГУБ И МЕЛКОЕ ПРЕДДВЕРИЕ ПОЛОСТИ РТА РЕЦЕССИЮ ДЕСНЫ: а) уменьшают б) увеличивают (+) в) не изменяют г) исправляют д) затрудняют</p> <p>14. ПАРОДОНТОМ НАЗЫВАЮТ КОМПЛЕКС ТКАНЕЙ, СОСТОЯЩИЙ ИЗ: а) десны, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба б) десны, костной ткани альвеолы, периодонта и цемента корня зуба в) десны, костной ткани альвеолы, шарпёевских волокон и цемента корня зуба г) десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба д) десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и клеточного цемента корня зуба (+).</p> <p>15. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ГИНГИВИТЕ РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ: а) отсутствует (+) б) на 1/3 длины корня зуба в) на 1/2 длины корня зуба г) на 2/3 длины корня зуба д) на 3/4 длины корня зуба</p>

<p>Б 1.В.ОД.1.4 Раздел 4 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p>16. ОРОГОВЕВАЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ СВОЙСТВЕННЫ:</p> <p>а) пузырьчатке б) кандидозу в) простому герпесу (+) г) ящуре д) лейкоплакии</p> <p>17. К ОСТРЫМ ТРАВМИРУЮЩИМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ:</p> <p>а) длительное раздражение острыми краями зубов б) балансирующий съемный протез в) нависающие края пломбы г) случайное прикусывание (+) д) действие микротоков</p> <p>18. ДЕКУБИТАЛЬНАЯ ЯЗВА ВЫЗВАНА ФАКТОРОМ:</p> <p>а) физическим б) химическим в) механическим (+) г) трофическим д) радиологическим</p> <p>19. ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ВКЛЮЧАЕТ:</p> <p>а) хирургическое иссечение участка поражения б) прижигание раствором бриллиантового зеленого в) антисептическую обработку и аппликацию эпителизирующих средств г) устранение травмирующих факторов д) устранение травмирующих факторов, антисептическую обработку, аппликацию эпителизирующих средств (+)</p> <p>20. ГАЛЬВАНОЗ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ В ПОЛОСТИ РТА:</p> <p>а) разнородных металлов б) однородного металла и пластмассы в) однородного металла и композитных материалов г) съемных и несъемных ортопедических конструкций д) пломб из композитных материалов светового и химического отверждения</p>
--	--

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Кариесология и некариозные заболевания твёрдых тканей</p>	<p align="center">Задача 1</p> <p>Больной К., 23 года, обратился с жалобами на кратковременные боли от температурных раздражителей в 16 зубе. При осмотре на коронке видимых кариозных полостей не наблюдается, при орошении зуба холодной водой отмечается кратковременная боль. На внутриротовой рентгенограмме на аппроксимально-дистальной поверхности отмечается</p>
--	--

зуба»	<p>нарушение структуры твердых тканей зуба в средних слоях дентина.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Какой класс кариозной полости по Блэку? 3. Какие особенности препарирования таких кариозных полостей? 4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения? 5. Почему при пломбировании необходимо восстановить контактный пункт?
<p>Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p style="text-align: center;">Задача 2</p> <p>Пациентка Н, 16 лет, обратилась к врачу-стоматологу-хирургу с жалобами на онемение мягких тканей в области подбородка и нижней губы справа.</p> <p>Из анамнеза: несколько дней назад обратилась в детское отделение стоматологической поликлиники с жалобами на длительные боли от всех видов раздражителей в 4.7 зубе. Выставлен диагноз К04.0 Пульпит (4.7 Хронический фиброзный пульпит). В первое посещение наложена девитализирующая паста на 4.7 зуб под дентин. Во второе посещение проведена ампутация, экстирпация пульпы, obturation каналов эндометазоном, поставлена временная пломба. Консервативное лечение проводилось под местным обезболиванием, чувство онемения в области нижней челюсти справа появилось после пломбирования корневых каналов.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, открывание рта в полном объеме, безболезненное. В полости рта: 4.7 зуб под временной пломбой, перкуссия безболезненна, слизистая бледно-розовая, в области подбородка и нижней губы справа выявлен участок парестезии мягких тканей от 4.4 до 4.2 зуба. На рентгенограмме: корневые каналы 4.7 зуба запломбированы за верхушку, определяется тень пломбировочного материала в проекции расположения нижнечелюстного канала справа.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Укажите основные причины возникновения данного осложнения. 3. Определите тактику ведения больного при развитии подобных осложнений.

	<p>Эталон ответа на задачу 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Одонтогенное повреждение нижнеальвеолярного нерва справа. Нейропраксия нижнеальвеолярного нерва справа. Инородное тело в нижнечелюстном канале. 2. Анатомические особенности в виде близкого расположения нижнечелюстного канала, широкие корневые каналы. Нарушения в технике эндодонтического лечения (работа без апекс-локатора, рентгенологического контроля пломбирования корневых каналов, нарушения в методике замешивания пломбировочного материала). 3. Хирургическое лечение в виде удаления инородного тела из нижнечелюстного канала в ранние сроки. Комплекс физиотерапевтических методов лечения, направленных на восстановление микроциркуляторного русла в зоне повреждения. Витаминотерапия препаратами группы В. 4.
<p>Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<p>Задача 3.</p> <p>Больной 23 лет обратился с жалобами на неприятные ощущения в области десны и шеек зубов на нижней челюсти, кровоточивость десен при чистке зубов. Анамнез: в детстве лечился у врача-ортодонта, в течение нескольких лет носил ортодонтический аппарат. Отмечаются частые (6-7 раз в год) респираторные заболевания, хронический аденоидит. Объективно: имеется незначительное отложение над- и поддесневого зубного камня. Десна гиперемирована и отечна в области 42 41 31 32 зубов, зубодесневые карманы глубиной до 5 мм, ретракция десны в области нижних резцов до 1,5 мм, подвижность зубов 2-3 степени, высокое прикрепление уздечки нижней губы. Глубокое резцовое перекрытие. На рентгенограмме – высота межальвеолярных перегородок 42 41 31 32 зубов снижена более чем на ½ длины корня.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Составьте план обследования больного у смежных специалистов. 3. Заключительный диагноз. 4. Составьте план хирургического лечения. 5. Общий план лечения.
<p>Б 1.В.ОД.1.4 Раздел 4 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p>Задача 4.</p> <p>Больной К., 30 лет. Трещина на нижней губе появилась более 5 лет назад. Периодически заживала и вновь рецидивировала, на что пациент не обращал внимание. Работа связана с постоянным воздействием неблагоприятных метеорологических факторов (повышенная инсоляция, ветер, соленая вода). Курит трубку. Со слов больного, за последние полгода трещина увеличилась, боль исчезла, но заживление отсутствовало. Объективно: поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличенные, плотные, умеренно болезненные при пальпации, спаянные с окружающими тканями. В центральной части нижней губы глубокая вывороченная трещина с явлениями гиперкератоза. Края трещины и основание при пальпации плотные, малоподвижные.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести?

	<p>4. Составьте план лечения.</p> <p>5. Каков прогноз заболевания?</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала

<p>Удовлетворительно (3)</p> <p>- четырем критериям</p> <p>Хорошо (4)</p> <p>-пяти или шести критериям</p> <p>Отлично (5)</p>	<p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
--	---

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКАЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><i>Б 1.В.ДВ.1.2.1</i> Раздел 1 «Анатомо-физиологические особенности ЧЛЮ у детей»</p>	<p>78. Анатомо-физиологические особенности периодонта у детей в возрастном аспекте. Зависимость течения периодонтитов временных зубов от анатомо-физиологических особенностей. Рентгенологическая картина различных форм периодонтита. Различия физиологической и патологической резорбции корней.</p> <p>79. Анатомо-физиологические особенности временных зубов и их значение в возникновении и течении кариозного процесса у детей раннего и дошкольного возраста.</p> <p>80. Значение анатомо-физиологических особенностей пульпы молочных и постоянных зубов в разные сроки формирования корней для клиники пульпитов. Профилактика пульпитов зубов у детей. Показания к выбору лечения в зависимости от возраста.</p> <p>81. Анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки полости рта и распространенность различных заболеваний слизистой оболочки полости рта в возрастном аспекте.</p> <p>82. Значение анатомо-физиологических особенностей детского организма и челюстно-лицевой области в клинике гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей лица, лимфатических узлов и слюнных желез у детей.</p>
<p><i>Б 1.В.ДВ1.2.2</i> Раздел 2 «Диспансеризация детей с различной стоматологической патологией»</p>	<p>83. Диспансеризация детей раннего дошкольного и школьного возраста.</p> <p>84. Цель, задачи диспансеризации.</p> <p>85. Принципы формирования диспансерных групп</p> <p>86. Этапы проведения диспансеризации.</p> <p>87. оценка эффективности диспансеризации.</p>
<p><i>Б 1.В.ДВ.1.2.3</i> Раздел 3 «Профилактика стоматологических заболеваний»</p>	<p>88. Прогнозирование кариеса зубов у детей. Критерии прогнозирования.</p> <p>89. Устранение кариесогенной ситуации в полости рта.</p> <p>90. Комплексная система профилактики стоматологических заболеваний. Выбор программ.</p> <p>91. Значение эпидемиологических исследований. Программа профилактики кариеса проводимая для детей г.Волгограда.</p> <p>92. Определение распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей различного возраста. Влияние внешних и внутренних факторов на течение кариеса.</p>

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.4 Раздел 4 «Заболевания кариесом, пульпитом зубов, периодонта у детей»</p>	<p>93. Современные представления об этиологии и патогенезе кариеса зубов у детей.</p> <p>94. Роль различных факторов риска в возникновении кариеса молочных постоянных зубов в детском возрасте.</p> <p>95. Ошибки и осложнения, возникающие при лечении пульпитов зубов у детей. Преимущества депо-фореза перед резорцин-формалиновым методом лечения пульпита. Методика проведения депо-фореза в молочных и постоянных зубах.</p> <p>96. Особенности течения и лечения пульпитов постоянных зубов с несформированными корнями у детей. Диспансеризация.</p> <p>97. Показания к выбору консервативного лечения периодонтитов молочных зубов у детей. Прогноз. Диспансеризация.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.5 Раздел 5 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p>98. Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. Принципы лечения детей с ОГС и РГС, современные медикаментозные средства лечения.</p> <p>99. Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта в детском возрасте. Причины, тактика лечения, используемые лекарственные средства и механизм их действия.</p> <p>100. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение глосситов у детей.</p> <p>101. Поражение слизистой оболочки полости рта у детей при инфекционных заболеваниях (скарлатина, корь, дифтерия). Клиника, диагностика, лечение, тактика врача-стоматолога детского.</p> <p>102. Экспертиза временной нетрудоспособности. Порядок выдачи листков нетрудоспособности по уходу за ребенком.</p>

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1 «Анатомо-физиологические особенности ЧЛО у детей»</p>	<p>21. Возрастные анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области у детей. Их влияние на течение воспалительных процессов у детей.</p> <p>22. Значение анатомо-физиологических особенностей пульпы молочных и постоянных зубов в разные сроки формирования корней для клиники пульпитов.</p> <p>23. Анатомо-физиологические особенности тканей пародонта и распространенность заболеваний пародонта в различные периоды детского возраста.</p> <p>24. Методы обследования детей для выявления заболеваний пародонта и оценки тяжести их течения.</p> <p>25. Значение анатомо-физиологических особенностей детского организма и челюстно-лицевой области в клинике гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей лица, лимфатических узлов и слюнных желез у детей.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.2 Раздел 2 «Диспансеризация детей с различной стоматологической патологией»</p>	<p>26. Диспансеризация детей раннего дошкольного и школьного возраста.</p> <p>27. Цель, задачи, принципы формирования групп, этапы проведения.</p> <p>28. Оценка эффективности диспансеризации.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.3</p>	<p>29. Деонтология в практике детского стоматолога.</p>

<p>Раздел 3 «Профилактика стоматологических заболеваний»</p>	<p>Значение мотивации родителей для успешного лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей.</p> <p>30. Прогнозирование кариеса зубов у детей. Критерии прогнозирования.</p> <p>31. Характеристика современных предметов и средств индивидуальной гигиены полости рта. Показания к их применению.</p> <p>32. Экзогенная безлекарственная и лекарственная профилактика зубов у детей. Современные экзогенные медикаментозные средства, методика использования. Метод глубокого фторирования эмали.</p> <p>33. Роль назубных отложений в патологии твердых тканей зубов и пародонта. Способы выявления.</p> <p>34. Методы и средства санитарно-гигиенического воспитания населения.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.4 Раздел 4 «Заболевания кариесом, пульпитом зубов, пародонта у детей»</p>	<p>35. Классификация кариеса у детей по Т. Ф. Виноградовой.</p> <p>36. Зависимость клинического течения и особенностей лечения кариеса постоянных зубов у детей от степени активности кариозного процесса и стадии формирования корней.</p> <p>37. Влияние хронического периодонтита на процессы формирования и рассасывание корней, на общее состояние организма, на развитие фолликула постоянных зубов.</p> <p>38. Показания к выбору консервативного лечения периодонтитов молочных зубов у детей. Прогноз. Диспансеризация.</p> <p>39. Современные представления об этиологии и патогенезе кариеса зубов у детей. Роль различных факторов риска в возникновении кариеса молочных постоянных зубов в детском возрасте.</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.5 Раздел 5 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p>40. Строение слизистой оболочки полости рта. Слюна, её состав и свойства.</p> <p>41. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Бактериальные инфекции.</p> <p>42. Аллергические заболевания слизистой оболочки рта.</p> <p>43. Заболевания языка.</p> <p>44. Изменение слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях и экзогенных интоксикациях.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами);

<p style="text-align: center;">Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1 «Анатомо-физиологические особенности ЧЛЮ у детей»</p>	<p>1. Анатомическая шейка зуба – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Место, разделяющее зуб на две части 2) Переход эмали в цемент корня 3) Переход надальвеолярной части зуба в подальвеолярную 4) Экватор зуба 5) Место прикрепления десны к зубу. <p>2. Эмаль зуба состоит из:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Эмалевых призм, объединенных в пучки, и межпризматического вещества 2) Кутикулы и пелликулы 3) Остеобластов, коллагеновых волокон 4) Амелобластов, эластических волокон 5) Пелликулы и межпризматического вещества. <p>3.Периодонтальная щель – это пространство между:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Десневым краем и поверхностью зуба 2) Цементом корня зуба и альвеолой 3) Эмалью и цементом корня 4) Двумя соседними зубами 5) Двумя альвеолами. <p>4. Слои слизистой оболочки полости рта называются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Покровный эпителий, собственно слизистая, подслизистый 2) Многослойный эпителий, собственно слизистая, синовиальный 3) Многослойный плоский эпителий, собственно слизистая, подслизистый 4) Многорядный мерцательный эпителий, жировая клетчатка, мышечная пластинка 5) Покровный эпителий, жировая клетчатка, собственно слизистая. <p>5. В норме в полости рта ороговевают эпителий слизистой оболочки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Десны 2) Щеки 3) Губы 4) Мягкого нёба.
<p style="text-align: center;">Б 1.В.ДВ1.2.2 Раздел 2 «Диспансеризация детей с различной стоматологической патологией»</p>	<p>6. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта - "факторы риска", находящегося на диспансерном учете у стоматологов необходимо</p> <ol style="list-style-type: none"> а) один раз в год б) диспансерный осмотр 2 раза в год в) диспансерный осмотр по показаниям, но не реже 2 раз в год г) диспансерный осмотр 3 раза в год д) диспансерный осмотр по показаниям, но не реже 3 раз в год <p>7. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего здоровую полость рта</p> <ol style="list-style-type: none"> а) диспансерный осмотр 1 раз в год

	<p>б) диспансерный осмотр 2 раза в год в) диспансерный осмотр 3 раза в год г) диспансерный осмотр по показаниям д) диспансерные осмотры не целесообразны</p> <p>8. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего кариес зубов</p> <p>а) диспансерный осмотр 1 раз в год б) диспансерный осмотр 2 раза в год в) диспансерный осмотр 3 раза в год г) диспансерный осмотр 4 раза в год д) диспансерные осмотры по показаниям с учетом формы активности кариеса</p> <p>9. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития, осложнений и сочетающийся с кариесом</p> <p>а) диспансерный осмотр 1 раз в год б) диспансерный осмотр 2 раза в год в) диспансерный осмотр 3 раза в год г) диспансерный осмотр по показаниям д) диспансерные осмотры с учетом формы активности кариеса</p> <p>10. Укажите модель диспансерного наблюдения для школьника, имеющего III степень активности кариеса</p> <p>а) диспансерный осмотр 1 раз в год б) диспансерный осмотр 2 раза в год в) диспансерный осмотр 3 раза в год г) диспансерный осмотр по показаниям д) диспансерный осмотр 3 раза в год, через каждые 3-4 месяца</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.3 Раздел 3 «Профилактика стоматологических заболеваний»</p>	<p>11. К местным методам фторидпрофилактики относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) употребление фторированного молока 2) покрытие зубов фторлаком 3) приём фторидсодержащих таблеток 4) фторирование питьевой воды. <p>12. Основным методом профилактики воспалительных заболеваний пародонта является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Эффективное удаление зубных отложений (индивидуальная и профессиональная гигиена полости рта) 2) Сокращение употребления легко ферментируемых углеводов 3) Санация полости рта 4) Регулярное применение фторидсодержащих зубных паст. <p>13. Показанием к проведению герметизации фиссур является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) узкие глубокие фиссуры на жевательной поверхности 2) страх стоматологического вмешательства у пациента 3) кариозное поражение фиссур 4) интактность зубов более двух лет с момента прорезывания.

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.4 Раздел 4 «Заболевания кариесом, пульпитом зубов, периодонта у детей»</p>	<p>14.Дентин при медленном течении кариеса:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Светлый, влажный, легко удаляется экскаватором 2) Светлый, влажный, удаляется экскаватором с трудом 3) Пигментированный,, легко удаляется экскаватором 4) Пигментированный, удаляется экскаватором с трудом 5) Светлый, при зондировании плотный. <p>15.Дентин при активном течении кариеса:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Светлый, влажный, легко удаляется экскаватором 2) Светлый, влажный, удаляется экскаватором с трудом 3) Пигментированный, легко удаляется экскаватором 4) Пигментированный, удаляется экскаватором с трудом 5) Светлый, при зондировании плотный. <p>16. На первых постоянных молярах у детей в сменном прикусе кариес возникает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) На буграх 2) В пришеечной области 3) На контактных поверхностях 4) На вестибулярной поверхности 5) В фиссурах и ямках. <p>17. К эндогенным факторам риска возникновения кариеса зубов относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Частое употребление легко ферментируемых углеводов 2) Наличие ортодонтических конструкций 3) Низкая скорость секреции слюны 4) Наличие системных хронических заболеваний 5) Неудовлетворительная гигиена полости рта. <p>18. Деминерализация эмали начинается в её слое:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поверхностном 2) Подповерхностном 3) Среднем 4) Глубоком 5) Одновременно во всех слоях.
<p>Б 1.В.ОД.1.5 Раздел 5 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p>19.Первичный элемент поражения при ОГС:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Папула 2) Эрозия 3) Пузырёк 4) Корка. <p>20.При кандидозе обработка полости рта включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Обезболивание, антисептическая обработка, кератопластики 2) Удаление верхнего рыхлого слоя налёта, обработка 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, аппликации 1% раствора канестена или клотримазола 3) Обезболивание ,антисептическая обработка, нанесение синтомициновой мази.

21. Причина возникновения ОГС у маленьких детей:

- 1) Сопутствующие заболевания
- 2) **Утрата пассивного иммунитета**
- 3) Аллергизация организма.

22. Причиной травматической эрозии слизистой оболочки нижней поверхности кончика языка у детей первых месяцев жизни чаще является:

- 1) Соски, резиновые рожки на бутылочках
- 2) Игрушки с острыми гранями
- 3) Средства гигиены полости рта новорождённых
- 4) **Преждевременно прорезавшиеся зубы.**

23. При кандидозе на слизистой оболочке полости рта выявляют:

- 1) **Белый творожистый налёт**
- 2) Фибринозный налёт
- 3) Папулы округлой или овальной формы
- 4) Пятна Филатова-Коплика.

24. Для лечения пиодермии применяют мазь:

- 1) 0,25% оксолиновая
- 2) 2% теброфеновая
- 3) **2% неомициновая**
- 4) Клотримазол.

25. Для ускорения заживления афт при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите применяют:

- 1) Флореналевую мазь
- 2) Мазь ацикловир
- 3) Мазь клотримазол
- 4) Гидрокортизоновую мазь
- 5) **Масло шиповника.**

26. Афты Беднара встречаются:

- 1) **У детей первых месяцев жизни**
- 2) У детей 2-3 лет
- 3) У дошкольников
- 4) У подростков.

27. Противовирусные препараты и мази назначают:

- 1) **В первые 2-3 дня заболевания**
- 2) На 5-7-й день заболевания
- 3) В продромальный период
- 4) В период ремиссии.

28. В мазках с элементов поражения при ОГС и РГС в первые 2-4 дня болезни обнаруживаются:

- 1) Большое количество мицелия грибов
- 2) Микобактерии
- 3) **Гигантские многоядерные клетки**
- 4) Эозинофилы.

	<p>29. Инкубационный период ОГС длится:</p> <p>1) От 2 до 6 дней</p> <p>2) От 2 до 15 дней</p> <p>3) От 2 до 3 дней.</p>
--	--

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.3 Раздел 3 «Профилактика стоматологических заболеваний»</p>	<p style="text-align: center;">Задача 1</p> <p>К стоматологу обратились родители ребёнка 2 лет с просьбой назначить ему капли от кариеса. Из анамнеза: беременность матери протекала с сильным токсикозом. Ребёнок получает витамин D для профилактики рахита. Семья постоянно проживает в городе, где содержание фторида в питьевой воде составляет 0,3 мг/л. При осмотре полости рта: прорезались 18 зубов, на медиальных и латеральных поверхностях зубов 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 выявлены кариозные полости. Индекс гигиены по Кузьминой = 0,6.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определите интенсивность кариеса. 2. Оцените уровень гигиены полости рта. 3. Какие факторы риска возникновения кариеса есть у ребёнка? 4. Перечислите системные методы фторирования и показания к ним. 5. Составьте план лечебно-профилактических мероприятий. <p>Ответы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Интенсивность кариеса: кпу (з)= 4, кпу(п)= 8. 2) Уровень гигиены плохой. 3) Зубной налёт, низкое содержание фтора в воде, нарушения развития зубов в антенатальном периоде. 4) Фторирование питьевой воды, молока соли, таблетки фторида натрия. Показания к назначению системных методов фторидпрофилактики: низкое содержание фторида в питьевой воде, высокий или очень высокий уровень интенсивности кариеса зубов у 12-летних детей региона. 5) Обучение родителей чистке зубов у ребёнка. <p>Индивидуальный подбор средств гигиены ребёнку: детская зубная щётка с очень мягкой щетиной, детская зубная паста, содержащая 500 ppm фторида. Лечение кариеса зубов 5.2, 5.1, 6.1, 6.2. Покрытие зубов фторидсодержащим лаком каждые 3 месяца. Герметизация фиссур моляров после прорезывания. Назначение таблеток фторида натрия – по 0,5 таблетки, содержащей 1 мг фторида натрия, ежедневно, не менее 250 дней в году. Диспансерный осмотр ребёнка каждые три месяца.</p>
--	--

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.4 Раздел 4 «Заболевания кариесом, пульпитом зубов, периодонта у детей»</p>	<p style="text-align: center;">Задача 2</p> <p>Родители ребёнка 1 года 10 месяцев обратились в клинику с жалобами на разрушение временных зубов у ребёнка. С 1,5 месяцев ребёнок находился на искусственном вскармливании. В настоящее время ребёнку дают в ночное время подслащённый кефир из бутылочки.</p> <p>При осмотре полости рта выявлены кариозные полости на вестибулярной поверхности 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 в пределах эмали.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте диагноз. 2) С чем надо проводить дифференциальную диагностику? 3) Назовите возможные причины заболевания. 4) Предложите методы лечения. 5) Рекомендуйте профилактические мероприятия. <p style="text-align: center;">Ответы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поверхностный кариес 5.2, 5.1, 6.1, 6.2. – К 02.0. 2) Диф. диагностику проводят со средним кариесом (при среднем кариесе кариозная полость локализуется в пределах эмали и дентина). 3) Искусственное вскармливание, ночные кормления, сладкие напитки и продукты питания, отсутствие гигиены полости рта. 4) Реминерализующая терапия с использованием Белагель Са/Р, GC Tooth Mousse, R.O.C.S. medical, метод серебрения. 5) Прекращение ночных кормлений, исключение из рациона сладких продуктов и напитков, употребление молочных продуктов, обучение методам гигиены полости рта.
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.5 Раздел 5 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p style="text-align: center;">Задача 3.</p> <p>У ребёнка 4-х недель, находящегося на искусственном вскармливании, мать заметила на нёбе две «язвы». Из анамнеза выяснено, что ребёнок родился недоношенным, плохо прибавляет в весе, при кормлении плачет. При осмотре: на границе твёрдого и мягкого нёба имеются две округлые симметричные эрозии около 0,5 см в диаметре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваше мнение о диагнозе. 2. Причины заболевания. 3. Предрасполагающие факторы. 4. Проведите лечение. <p style="text-align: center;">Ответы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Травматический стоматит. Афта Беднара. 2) Большой или жёсткий рожок на бутылочке для кормления. 3) Недоношенность, малый вес при рождении, искусственное вскармливание. 4) Замена соски на бутылочке для вскармливания. Перед кормлением – обезболивание слизистой анестезиновой мазью или гелем для обезболивания. После кормления – антисептическая обработка полости рта раствором мирамистина. Кератопластики (каротоллин, масло шиповника, облепиховое масло, масляные витамины А и Е, Аекол, Солкосерил и др.).

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения
	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ».**

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><i>Б1.В.ОД.2.1</i> Раздел 1 «Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основные методы обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии. 2. Дополнительные методы обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии. 3. Современные методы обследования при заболевании слизистой оболочки. 4. Современные методы обследования при заболевании пародонта. 5. Методы специального исследования ВНЧС.
<p><i>Б1.В.ОД.2.2</i> Раздел 2 «Заболевания пародонта»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Современные представления об этиологии, патогенезе, заболеваний пародонта. 2. Основные принципы проведения избирательного шлифования окклюзионной поверхности зубов. 3. Показания для временного шинирования. 4. Основные виды временных шин (склеивание зубов фотокомпозитами, лигатурные, пластмассовые, комбинированные, шины-каппы). 5. Основные виды постоянных съёмных и несъёмных шинирующих протезов. 6. Основные диспансерные группы пациентов с заболеваниями пародонта и особенности их наблюдения.
<p><i>Б1.В.ОД.2.3</i> Раздел 3 «Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. Этиопатогенез, клиническую картину и комплексные методы лечения деформаций зубов и зубных рядов. 8. Локализованная повышенная стираемость. Генерализованная повышенная стираемость. Методы диагностики и лечения. 9. Клиническая картина травматической окклюзии, алгоритм диагностики. Методы коррекции и лечения. 10. Принципы работы с артикуляторами и лицевой дугой. Виды артикуляторов.
<p><i>Б1.В.ОД.2.4</i> Раздел 4 «Заболевания височно- нижнечелюстного сустава»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 11. Современные представления по анатомо-физиологическому строению ВНЧС. 12. Современным методам обследования и диагностики заболеваний ВНЧС и мышц. 13. Анатомо-физиологическое строение ВНЧС, биомеханика движений нижней челюсти. 14. Современные представления; клинике и диагностике основных заболеваний ВНЧС, синдрома болевой дисфункции ВНЧС, парафункциях мышц. 15. Клиника, диагностика и лечение артритов 16. Клиника, диагностика и лечение артрозов. 17. Клиника, диагностика и лечение мышечно-суставной дисфункции.

	<p>18. Разновидности окклюзионных шины, методы изготовления.</p> <p>19. Реабилитация пациентов с заболеваниями ВНЧС.</p> <p>20. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями ВНЧС.</p>
<p>Б1.В.ОД.2.5 Раздел 5 «Ортопедическое лечение на имплантатах»</p>	<p>21. Определение понятия имплантат и имплантация.</p> <p>22. Конструктивные особенности основных видов имплантатов.</p> <p>23. Методы фиксации имплантатов.</p> <p>24. Планирование ортопедического этапа дентальной имплантации.</p> <p>25. Хирургический шаблон. Методы изготовления.</p> <p>26. Виды ортопедических конструкций, опирающихся на имплантаты, при полном отсутствии зубов.</p> <p>27. Ошибки и осложнения после протезирования на дентальных имплантатах.</p> <p>28. Особенности ухода за протезами, опирающимися на дентальные имплантаты.</p>
<p>Б1.В.ОД.2.6 Раздел 6 «Челюстно-лицевая ортопедия».</p>	<p>29. Принципы ортопедического лечения больных с неогнестрельными переломами верхней и нижней челюсти.</p> <p>30. Принципы ортопедического лечения больных с огнестрельными переломами верхней и нижней челюсти. Ортопедическое лечение пострадавших с дефектами и деформациями прилежащих и смежных областей.</p> <p>31. Алгоритм ортопедического лечения пациентов с неправильно сросшимися переломами нижней челюсти.</p> <p>32. Алгоритм ортопедического лечения пациентов с ложными суставами нижней челюсти. Виды зубочелюстных и челюстных протезов. Показания, преимущества, недостатки.</p> <p>33. Формирующие и замещающие аппараты при пластике мягких тканей.</p> <p>34. Этиология и патогенез дефектов твердого и мягкого неба.</p> <p>35. Методика получения маски лица и литья гипсовой модели лица.</p> <p>36. Особенности гигиенического ухода за протезом и протезным ложем.</p> <p>37. Реабилитация больных с челюстно-лицевыми аномалиями.</p> <p>38. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности пациентов с челюстно-лицевыми деформациями.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б1.В.ОД.2.1 Раздел 1 «Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии»</p>	<p>Укажите номера правильных ответов.</p> <p>1. Перечислите методы исследования жевательных мышц:</p> <p>1) миотонметрия</p> <p>2) мастикациография</p> <p>3) миография</p> <p>4) мастикациодинамометрия</p> <p>5) электромиография</p> <p>6) электромиомастикациография</p> <p>Ответ: 1,3,5,6</p>
--	--

2. Метод мастикациографии позволяет судить:

- 1) о тонусе определенных мышц жевательной системы при различных состояниях.
- 2) об усилиях, затрачиваемых при жевании пищевых веществ различной твёрдости.
- 3) о сочетанной рефлекторной деятельности различных групп мышц, осуществляющих движения нижней челюсти.
- 4) о степени измельчения пищи во время жевания.

Ответ: 3

3. Для выявления состояния мягких тканей височно-нижнечелюстного сустава используют:

- 1) артрографию
- 2) магниторезонансную томографию
- 3) артроскопию
- 4) ультразвуковую диагностику

Ответ: 2,4

4. Укажите способы рентгенологического исследования височно-нижнечелюстного сустава.

- 1) томография
- 2) зонография
- 3) ортопантомография
- 4) электрорентгенография
- 5) тензометрия
- 6) реография
- 7) артрография
- 8) рентгеновизиография
- 9) аускультация сустава.

Ответ: 1,2,3,4,7,8

5. Реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для определения:

- 1) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области
- 2) изменений гемодинамики
- 3) движения головок нижней челюсти
- 4) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава

Ответ: 2

6. Метод объективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает:

- 1) осмотр
- 2) пальпацию
- 3) опрос
- 4) инструментальное исследование полости рта
- 5) заполнение паспортной части истории болезни

Ответ: 1,2,4

7. Объективное исследование пациента начинают с:

- 1) опроса
- 2) осмотра слизистой оболочки
- 3) заполнения зубной формулы

	<p>4) изучения диагностических моделей 5) внешнего осмотра Ответ: 1</p> <p>8. Жевательная проба И.С. Рубинова показывает: 1) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений 2) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений 3) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек 4) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса 5) время разжевывания пищи. Ответ: 4</p> <p>9. Что такое параллелометрия? 1) Параллелометрия – методика поиска необходимого наклона модели (по отношению к вертикали прибора) с целью выбора оптимального пути введения и выведения каркаса бюгельного протеза, а также обеспечение его фиксации 2) Параллелометрия – методика определения мест расположения опорных элементов 3) Параллелометрия – методика определения мест расположения общего клинического экватора с точки зрения эстетики Ответ: 1</p> <p>10. Гнатодинамометрия исследует: 1) Абсолютную силу сокращения жевательной мускулатуры. 2) Движения нижней челюсти. 3) Биопотенциалы жевательных мышц. 4) Выносливость пародонта к нагрузке Ответ: 1</p>
<p>Б1.В.ОД.2.3 Раздел 3 «Заболевания пародонта»</p>	<p>11. Для записи данных о глубине пародонтальных карманов В.Ю.Курляндский предложил 1) рентгенограмму 2) реограмму 3) одонтопародонтограмму Ответ: 3</p> <p>12. С помощью гнатодинамометрии изучают: 1) скорость кровотока 2) проницаемость сосудов в тканях пародонта 3) выносливость (мощность) пародонта Ответ: 3</p> <p>13. Глубину пародонтального кармана определяют: 1) щупом 2) визуально 3) зондом Ответ: 3</p>

14. Характер резорбции костной ткани альвеолярных отростков при пародонтозе

- 1) равномерный
- 2) равномерный и горизонтальный
- 3) неравномерный
- 4) неравномерный, горизонтальный и вертикальный

Ответ: 2

15. Для записи данных о глубине пародонтальных карманов В.Ю.Курляндский предложил

- 1) рентгенограмму
- 2) реограмму
- 3) одонтопародонтограмму

Ответ: 3

16. Методика избирательного сошлифовывания зубов применяется при

- 1) гингивите
- 2) пародонтите
- 3) пародонтозе
- 4) кариесе
- 5) патологической стираемости

Ответ: 2

17. Окклюзограмма – это метод определения и анализа:

- 1) окклюзионной высоты
- 2) окклюзионных контактов

Ответ: 2

18. Выключение зубов из окклюзионных контактов при проведении избирательного сошлифовывания:

- 1) допустимо
- 2) недопустимо

Ответ: 2

19. Метод избирательного сошлифовывания применяют при заболеваниях пародонта:

- 1) начальной стадии
- 2) развившейся стадии
- 3) правильны оба ответа

Ответ: 3

20. В центральной окклюзии при сошлифовывании должны быть достигнуты множественные контакты:

- 1) Фиссурные
- 2) бугорковые
- 3) фиссурно-бугорковые

Ответ: 3

21. Атрофические процессы в слизистой оболочке протезного ложа и костной ткани альвеолярного отростка, а также микроциркуляторные изменения при непосредственном

протезировании:

- 1) менее выражены
- 2) выражены сильнее
- 3) отсутствуют

Ответ: 1

22. Временное шинирование является

- 1) этиологическим лечением пародонтита
- 2) патогенетическим лечением пародонтита
- 3) патогенетическим лечением пародонтоза
- 4) симптоматическим лечением пародонтита

Ответ: 2

23. Временное шинирование при пародонтите проводят

- 1) до избирательной пришлифовки зубов
- 2) после избирательной пришлифовки зубов
- 3) вместо избирательной пришлифовки зубов
- 4) до и после избирательной пришлифовки зубов

Ответ: 4

24. При изготовлении капповой временной шины повышение центральной окклюзии на 2 мм

- 1) недопустимо
- 2) возможно
- 3) желательно

Ответ: 2

25. Для изготовления временной шины препарирование опорных зубов

- 1) возможно
- 2) желательно
- 3) обязательно
- 4) требуется

Ответ: 4

26. Временная пластмассовая шина с оральной стороны должна

- 1) доходить до десневого края
- 2) погружаться в зубодесневую бороздку на 0,5 мм
- 3) погружаться в зубодесневую бороздку на 1,0 мм
- 4) не доходить до десневого края

Ответ: 4

27. Изготовление временных шин возможно

- 1) в клинике врачом
- 2) в лаборатории зубным техником
- 3) правильны оба ответа

Ответ: 3

28. Шинирование жевательной группы зубов называется стабилизацией:

- 1) фронтальной
- 2) сагиттальной

- 3) парасагиттальной
- 4) по дуге

Ответ: 2

29. Шинирование двух жевательных групп зубов называется стабилизацией:

- 1) фронтальной
- 2) сагиттальной
- 3) фронтосагиттальной
- 4) парасагиттальной
- 5) по дуге
- 6) по дуге вместе с парасагиттальной

Ответ: 4

30. Шинирование всех групп зубов называется стабилизацией:

- 1) фронтальной
- 2) сагиттальной
- 3) фронтосагиттальной
- 4) парасагиттальной
- 5) по дуге
- 6) по дуге вместе с парасагиттальной

Ответ: 5

31. Лучший шинирующий эффект при генерализованном пародонтите дает стабилизация:

- 1) фронтальная
- 2) сагиттальная
- 3) фронтосагиттальная
- 4) парасагиттальная
- 5) по дуге
- 6) по дуге вместе с парасагиттальной

Ответ: 6

32. Основные конструктивные элементы шинирующего бюгельного протеза.

- 1) опорно-удерживающий кламмер
- 2) седловидная часть (базис)
- 3) окклюзионная накладка
- 4) правильные ответы 1),2),3)

Ответ: 4

33. Наличие преждевременных контактов определяются:

- 1) артикуляционной копировальной бумагой
- 2) восковой окклюдозграммой
- 3) оба ответа правильные

Ответ: 3

34. При пародонтите возможно изменение рН смешанной слюны и

	<p>десневой жидкости:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в кислую сторону 2) щелочную сторону 3) не изменяется <p>Ответ: 1</p>
<p>Б1.В.ОД.2.3 Раздел 3 «Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии»</p>	<p>35. При частичной потере зубов зубные ряды в функциональном отношении распадаются на две основные группы зубов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наклоненные или перемещенные в сторону дефекта; 2) имеющие или не имеющие соседних зубов; 3) находящиеся под нормальной нагрузкой или в условиях функциональной перегрузки; 4) имеющие антагонистов (функционирующая группа) или утратившие их (нефункционирующая группа). <p>Ответ: 4</p> <p>36. При удалении верхнего зуба мудрости нижний зуб мудрости перемещается вверх и блокирует:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) трансверзальные движения нижней челюсти; 2) вертикальные движения нижней челюсти; 3) передние движения нижней челюсти. <p>Ответ: 3</p> <p>37. У зубов, имеющих антагонисты, по сравнению с зубами, их лишенными, размер периодонтальной щели:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уже; 2) шире. <p>Ответ: 2</p> <p>38. Какой вид перемещения зубов не может объяснить теория Попова-Годона:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в язычном направлении; 2) в вертикальном направлении; 3) в мезиальном направлении. <p>Ответ: 1</p> <p>39. Хирургический метод исправления деформаций применяется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) при первой форме деформаций по Пономаревой; 2) второй форме деформаций по Пономаревой; 3) третьей форме деформаций по Пономаревой. <p>Ответ: 2</p> <p>40. Ортодонтический метод исправления деформаций применяется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) при первой форме деформаций по Пономаревой; 2) второй форме деформаций по Пономаревой; 3) третьей форме деформаций по Пономаревой. <p>Ответ: 1</p> <p>41. Реконструктивные операции на челюстных костях проводятся:</p>

- 1) не ранее 18 лет;
- 2) в возрасте 10 лет;
- 3) в любом возрасте.

Ответ: 1

42. Повышенным (патологическим) стиранием твердых тканей зубов называется стирание, которое:

- 1) не соответствует виду прикуса больного;
- 2) не соответствует возрасту больного;
- 3) приводит к обнажению дентина;
- 4) приводит к появлению гиперестезии зубов;
- 5) приводит к деформации окклюзионных поверхностей зубных рядов.

Ответ: 2

43. Отсутствие снижения высоты нижнего отдела лица при компенсированной форме повышенного стирания твердых тканей зубов обусловлено:

- 1) смещением нижней челюсти;
- 2) ростом альвеолярной части челюсти;
- 3) изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава;
- 4) перемещением зубов.

Ответ: 2

44. При всех формах повышенного стирания зубов предпочтительны ортопедические конструкции:

- 1) паяные;
- 2) штампованные;
- 3) съемные;
- 4) несъемные;
- 5) цельнолитые.

Ответ: 5

45. При всех формах повышенного стирания зубов противопоказаны коронки:

- 1) штампованные;
- 2) пластмассовые;
- 3) литые;
- 4) фарфоровые;
- 5) металлокерамические.

Ответ: 2

46. Наиболее трудноразрешимой задачей при ортопедическом лечении повышенной стираемости зубов, сопровождающейся снижением высоты нижнего отдела лица, является:

- 1) улучшение функции жевания;
- 2) предупреждение дальнейшего стирания зубов;
- 3) нормализация положения головок нижней челюсти в суставных ямках;
- 4) установление оптимальной высоты нижнего отдела лица.

Ответ: 4

<p>Б1.В.ОД.2.4 Раздел 4 «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»</p>	<p>47. Височно-нижнечелюстной сустав образован:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти 2) Суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти, суставным диском, суставной капсулой, связками 3) Головкой нижней челюсти, суставной капсулой <p>Ответ: 2</p> <p>48. Какова функция внутрисуставного диска?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Плавное скольжение элементов сустава 2) Разделение полости сустава на две части 3) Амортизирующая функция и сглаживание инконгруэнтности суставных поверхностей 4) Все ответы правильные. <p>Ответ: 3</p> <p>49. Какова функция связок сустава?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Участвуют в движении сустава 2) Препятствуют растяжению суставной капсулы 3) Растягивают суставную капсулу <p>Ответ: 2</p> <p>50. В каком положении находится суставная головка при центральной окклюзии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) На вершине суставного бугорка 2) На скате суставного бугорка 3) У основания заднего ската суставного бугорка <p>Ответ: 3</p> <p>51. При максимально открытом рте суставная головка находится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) На вершине суставного бугорка 2) На скате суставного бугорка 3) У основания заднего ската суставного бугорка <p>Ответ: 1</p> <p>52. Перечислите возможные движения нижней челюсти</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Вертикальные, сагиттальные 2) Сагиттальные, трансверзальные 3) Вертикальные, трансверзальные 4) Вертикальные, сагиттальные, трансверзальные <p>Ответ: 4</p> <p>53. При открывании рта суставная головка...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Скользит по скату суставного бугорка вниз и вперед 2) Вращается вокруг своей горизонтальной оси 3) На рабочей стороне головка вращается вокруг вертикальной оси, на балансирующей - вперед, вниз, внутрь <p>Ответ: 1</p>
<p>Б1.В.ОД.2.5. Раздел 5 «Ортопедическое лечение на</p>	<p>54. Остеоинтеграция – это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Прямая структурная и функциональная связь между высокодифференцированной живой костью и поверхностью

имплантатах»

опорного имплантата, выявляемая на уровне световой микроскопии.

- 2) Реакция организма на внедрение инородного тела, состоит в формировании фиброзной капсулы вокруг него.
- 3) Процесс образования соединительной ткани на поверхности имплантата.
- 4) Реакция кости на инородное тело, которое инкапсулируется посредством костного рубца.
- 5) Снижение общего объема костной ткани.

Ответ: 1

55. К биоинертным материалам относятся:

- 1) Нержавеющая сталь.
- 2) Хромокобальтовые сплавы.
- 3) Титан, цирконий.
- 4) Гидроксиапатит.
- 5) Серебряно-палладиевые сплавы.

Ответ: 3

56. К биотолерантным материалам относятся:

- 1) Нержавеющая сталь.
- 2) Титан и его сплавы.
- 3) Цирконий.
- 4) Тантал.
- 5) Трикальцийфосфат.

Ответ: 1

57. К местному противопоказанию для проведения дентальной имплантации относится:

- 1) Локализованный пародонтит.
- 2) Множественный кариес.
- 3) Патологическая стираемость твердых тканей зубов со снижением высоты прикуса.
- 4) Отсутствие одного зуба.
- 5) Полная адентия.

Ответ: 3

58. Контактный остеогенез – это

- 1) Процесс регенерации костной ткани вокруг имплантата.
- 2) Процесс регенерации костной ткани непосредственно на поверхности имплантата.
- 3) Восстановление участков кости после травмы.
- 4) Неадекватная минерализация органического костного матрикса при сохраняющейся в норме скелетной массе.
- 5) Снижение функциональной нагрузки на костную ткань.

Ответ: 2

59. Чем определяется усилие затягивание винта, фиксирующего супраструктуру к имплантату?

- 1) Тактильными ощущениями врача.
- 2) Степенью подвижности супраструктуры.
- 3) Инструкциями по применению элементов системы имплантатов.

- 4) Показаниями динамометрического ключа.
- 5) Приблизительно 30-40 дин/см.

Ответ: 3

60. О чем свидетельствует эффект «проваливания» при формировании ложа имплантата на верхней челюсти?

- 1) О перфорации верхнечелюстной пазухи.
- 2) О перфорации полости носа.
- 3) О перфорации поднутрения стенки альвеолярного отростка.
- 4) О выходе инструмента за пределы костной ткани.
- 5) О переломе бора.

Ответ: 4

61. Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится

- 1) в целях достижения остеоинтеграции
- 2) для снижения послеоперационной травмы
- 3) для предупреждения фиброзной интеграции
- 4) при плохих способностях к регенерации костной ткани
- 5) в целях улучшения функционального эффекта

Ответ: 1

62. Наиболее широко используются в клинике

- 1) внутрикостные винтовые имплантаты
- 2) внутрикостные пластиночные и винтовые имплантаты
- 3) внутрислизистые имплантаты
- 4) субпериостальные имплантаты
- 5) эндодонто-эндоссальные имплантаты

Ответ: 2

63. Решение о проведении имплантации принимают на основании

- 1) клинических исследований
- 2) рентгенологических исследований
- 3) лабораторных исследований
- 4) функциональных исследований
- 5) всех вышеперечисленных исследований

Ответ: 5

64. Минимально рекомендуемые соотношение внутрикостной и внутриротовой частей эндоссального имплантата

- 1) 1:2
- 2) 1:1
- 3) 1:3
- 4) 2:1
- 5) 3:1

Ответ: 2

65. При проведении имплантации следует учитывать

- 1) состояние зубочелюстной системы
- 2) величину дефекта зубного ряда

	<p>3) степень атрофии 4) общие заболевания 5) все вышеперечисленные факторы Ответ: 5</p>
<p>Б1.В.ОД.2.6 Раздел 6 «Челюстно-лицевая ортопедия»</p>	<p>66. Кто автор следующей классификации огнестрельных переломов нижней челюсти? I группа: переломы тела челюсти в пределах зубного ряда при наличии на обломках зубов; 2 группа: переломы тела нижней челюсти при наличии беззубых отломков; 3 группа: переломы за зубным рядом. 1) Д.А.Энтин, 2) И.Г.Лукомский, 3) В.Ю.Курляндский. Ответ: 3</p> <p>67. Перечислите основные клинические признаки LeFort III. 1) затруднено жевание, речь, 2) нарушена окклюзия, 3) возможна крепитация, 4) боль при надавливании на линию перелома, 5) нарушение непрерывности края орбиты. Ответ: 1,2,3,4</p> <p>68. Перечислите линии перелома верхней челюсти по LeFort I. 1) через латеральную стенку глазницы, 2) через медиальную стенку глазницы, 3) переносицу, 4) ниже-глазничную щель, 5) крыловидные отростки основной кости, 6) скуловые дуги. Ответ: 3,2,4,1,6,5</p> <p>69. Первая помощь при переломах челюстей. 1) остановка кровотечения, 2) снятие боли, 3) предупреждение асфиксии, 4) лабораторные шины, 5) стандартные шины, 6) лигатурные повязки, 7) наложение костного шва. Ответ: 1,2,3,5,6</p> <p>70. Механотерапия применяется при лечении: 1) Неправильно сросшихся переломов; 2) Ложных суставов; 3) Контрактур нижней челюсти; 4) Переломы челюстей с тугоподвижными отломками. Ответ: 3.</p>

Банк ситуационных клинических задач

Б1.В.ОД.2.2. Раздел 2
«Заболевания пародонта»

Задача №1.

Больной Н., 55 лет, обратился с жалобами на частичное отсутствие зубов, невозможность полностью разжевывать пищу. В основном растирает пищу на фронтальных зубах. Жалобы на подвижность фронтальных зубов верхней и нижней челюсти, боли в области десневого края, на изменение соотношений между фронтальными зубами. Зубная формула:

					¼	½	½	½	½	¼					
					I	I	I	I	I	I					
0	0	6	0	0	3	2	1	1	2	3	4	0	0	0	8
0	7	0	0	4	3	2	1	1	2	3	0	0	6	0	0
					I	II	II	II	II	I					
					¼	½	½	½	½	¼					

Объективно: при осмотре отмечается воспаление слизистой в области оставшихся зубов, обильное отложение зубного камня, подвижность зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.3 I степени, а 3.2, 3.1, 4.1., 4.2 зубов II степени. Глубокий прикус, между зубами верхней челюсти имеются диастемы и тремы. Зубы потерял постепенно, в основном удаляли из-за боязни лечить их у стоматолога. Длительное время был без жевательных зубов и не восстанавливал их.

Дайте оценку ситуации. Ваша тактика.

Б1.В.ОД.2.4 Раздел 4
«Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»

Задача №2.



Пациент Д. 49 лет учитель колледжа, проживающий в г. Москве, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на повышенную чувствительность зубов, щелканье в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) справа, неудовлетворенность внешним видом зубов.

При внешнем осмотре выявляются: углубление носогубных и подбородочной складок, уменьшение высоты нижнего отдела лица, опущение углов рта.

Осмотр полости рта.

Слизистая оболочка нормально увлажнена, бледно-розового цвета. Отпечатки зубов 4.1,4.2,4.3 на небе в области резцового сосочка и зубов 1.1,1.2,1.3 на вестибулярной поверхности десны фронтального отдела нижней челюсти.

Зубная формула

0																0	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		

Имеется убыль твердых тканей передних зубов на вестибулярной и оральной поверхностях, убыль твердых тканей боковых зубов по жевательной поверхности с обнажением дентина. Подвижность зубов 4.1, 4.2, 3.1 первой степени, обнажение корней зуба 4.7.

Выявляются незначительные отложения зубного налета на зубах нижней челюсти с язычной и вестибулярной сторон.

Прикус: глубокая резцовая окклюзия. Снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм.

Результаты дополнительных исследований.

На томограмме ВНЧС при закрытом рте наблюдается:

- а) смещение головки нижней челюсти кзади и вверх;
- б) сужение суставной щели в заднем отделе.

На томограмме ВНЧС с базисом и окклюзионными валиками (в положении центральной окклюзии): относительно центрированное положение головки нижней челюсти в суставной впадине с обеих сторон.

Задания:


- 1) Предложите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
- 2) Поставьте предварительный диагноз.
- 3) Назовите классификацию Грозовского повышенного стирания твердых тканей зубов.
- 4) От чего зависит форма повышенного стирания?
- 5) Перечислите методы определения высоты нижнего отдела лица.

Б1.В.ОД.2.5 Раздел 5
«Ортопедическое
лечение на
имплантатах»

Задача №3.

Пациент К., 52 лет, жалобы на отсутствие зубов, неудовлетворительные результаты предыдущего протезирования.

Объективно: сознание ясное, общее состояние удовлетворительное. При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижней трети лица. В полости рта: отсутствуют все зубы на верхней и нижней челюстях. На верхней челюсти - умеренная атрофия альвеолярных отростков в обл. боковых зубов, в обл. передних зубов атрофия альвеолярного гребня не выражена. На нижней челюсти - умеренная равномерная атрофия альвеолярного отростка. Слизистая оболочка плотная, сухая, слабо податливая. Отмечается наличие ранее изготовленных съемных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов. Фиксация протезов неудовлетворительная. На верхней челюсти отсутствует задний клапан, на нижней челюсти задний и передний клапаны протезов. Отсутствует стабилизация протезов.

	<p>Пациент выражает категорическое нежелание повторно изготавливать съёмные пластиночные прорезы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте диагноз. 2) Предложите план лечения.
<p>Б1.В.ОД.2.6 Раздел 6 «Челюстно-лицевая ортопедия»</p>	<p style="text-align: center;">Задача №4.</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1) Укажите, из каких пространственных дефектов состоит данный комбинированный дефект средней зоны лица. 2) Как называется хирургическое удаление содержимого орбиты. 3) Укажите общее количество и отдельные названия полостей требуемых разграничения при протезировании данного дефекта средней зоны лица. 4) Укажите виды ретенционных механизмов применяемых при фиксации окуло-орбитального протеза.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)</p>	<p style="text-align: center;">% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</p> <p style="text-align: center;">61 – 75 76– 90 91 – 100</p>

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 21. Полнота знания учебного материала по теме занятия 22. Знание алгоритма решения 23. Уровень самостоятельного мышления 24. Аргументированность решения 25. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
-пяти или шести критериям Отлично (5)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОРТОДОНТИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования.

<i>Б 1.В.ДВ.1.1.1</i> <i>Раздел 1</i> "Организация ортодонтической помощи"	1. Асептика, антисептика, методы стерилизации стоматологического инструментария. 2. Диспансерные группы больных с зубо-челюстными аномалиями. Профилактические осмотры детей разных возрастных групп. 3. Учетно-отчетная документация врача-ортодонта.
<i>Б 1.В.ДВ.1.1.2</i> Раздел 2 "Анатомо-физиологические особенности ЧЛЮ в различные возрастные периоды"	4. Функциональная норма по Катцу. 5. Анатомо-физиологические особенности строения челюстных костей в различные возрастные периоды. 6. Анатомо-физиологические особенности полости рта ребенка в период сменного прикуса. 7. Жевательная и мимическая мускулатура. Значение функции для нормального и аномалийного развития. 8. Профилактические осмотры детей разных возрастных групп. 9. Методы обследования в ортодонтии.
<i>Б 1.В.ДВ.1.1.3</i> Раздел 3 "Закономерности развития краниофациального комплекса в период пренатального онтогенеза"	10. Функциональная недостаточность жевательной и мимической мускулатуры как фактор риска аномалий и деформаций ЧЛЮ. Методы лечения. 11. Пренатальный период развития зубов. 12. Факторы, нарушающие процесс эмбриогенеза. 13. Диспансерные группы больных с зубо-челюстными аномалиями. Профилактические осмотры детей разных возрастных группы.
<i>Б 1.В.ДВ.1.1.4</i> Раздел 4 "Методы обследования в"	14. Рентгенологические методы исследования. Расшифровка ОПТГ, ТРГ. 15. Лабораторные методы исследования. Электромиография.

<p>клинике ортодонтии"</p>	<p>16. Миотонометрия. Гнатодинамометрия. 17. Реопародонтография. Измерения подвижности зуба. 18. Методы исследования в ортодонтии. Антропометрические и биометрические методы исследования. 19. Методы обследования ребенка в клинике. Анатомо-физиологические особенности временных зубов. 20. Сроки прорезывания, формирования, рассасывания корней. Типы резорбции корней зубов. 21. Рентгенологические отличия между физиологической и патологической резорбцией. 22. Диспансерные группы больных с зубо-челюстными аномалиями. Профилактические осмотры детей разных возрастных групп.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.5 Раздел 5 "Лечение зубочелюстных аномалий"</p>	<p>23. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении. 24. Основные принципы ортодонтического лечения (миогимнастика, аппаратурное и аппаратурно-хирургическое лечение, комбинированный метод). 25. Открытый прикус. Этиология. Классификация. Клиника. Лечение в различные возрастные периоды. 26. Экспертиза временной нетрудоспособности по уходу за членом семьи. 27. Глубокий прикус. Этиология. Клиника. Методы лечения в зависимости от формы аномалии и возраста. Профилактика.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.6 Раздел 6 "Морфологические и функциональные изменения в зубочелюстной системе под влиянием ортодонтического лечения"</p>	<p>28. Врожденная и наследственная патология ЧЛЮ. Ортодонтическое лечение. 29. Морфологические и функциональные изменения в зубочелюстной системе под влиянием ортодонтического лечения. 30. Классификация ортодонтической аппаратуры. Элементы функционально-направляющих и функционально-действующих аппаратов. 31. Реабилитация больных с зубочелюстными аномалиями в детском возрасте.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.7 Раздел 7 "Ретенция результатов ортодонтического лечения"</p>	<p>32. Ретенционные аппараты. Классификация. Реабилитация больных. 33. Показания к использованию ретенционных аппаратов. 34. Съёмные и несъёмные ретенционные аппараты.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.8 Раздел 8 "Рецидив зубочелюстных аномалий"</p>	<p>35. Современные методы лечения различных аномалий и деформаций зубных рядов и прикуса у детей и взрослых. 36. Причины развития рецидивов зубочелюстных аномалий. 37. Профилактика развития рецидивов. 38. Ошибки и осложнения ортодонтического лечения.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.9 Раздел 9</p>	<p>39. Дистальная окклюзия. Этиология. Клиника. Классификация. Методы лечения в различные возрастные периоды.</p>

"Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий"	Профилактика. 40. Мезиальная окклюзия. Этиология. Клиника. Классификация. Методы лечения в различные возрастные периоды. Профилактика. 41. Классификации зубочелюстных аномалий. 42. Аномалии отдельных зубов. Этиология. Клиника. Лечение. Профилактика. 43. Аномалии и деформации зубных рядов. Этиология. Клиника. Лечение. Профилактика. Реабилитация.
<i>Б 1.В.ДВ.1.1.10</i> Раздел 10 "Профилактика зубочелюстных аномалий"	44. Профилактика стоматологических заболеваний в различные возрастные периоды. 45. Методы и средства профилактики кариеса, некариозных поражений, заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта и зубочелюстно-лицевых аномалий. 46. Профилактика формирующихся аномалий прикуса у детей. 47. Реабилитация пациентов с зубочелюстными аномалиями.

Банк тестовых заданий (с ответами):

<i>Б 1.В.ДВ.1.1.1</i> Раздел 1 "Организация ортодонтической помощи"	<p>1. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит</p> <p>а) в аппаратурном ортодонтическом лечении б) в борьбе с вредными привычками в) в нормализации нарушений функций г) в протезировании д) в санитарно-просветительной работе по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам</p> <p>2. Ко II диспансерной группе следует отнести детей</p> <p>а) с выраженными зубочелюстными аномалиями б) с ранней потерей зубов в) с неправильным положением отдельных зубов г) с начальной стадией аномалии прикуса д) с предпосылками к развитию отклонений в прикусе</p> <p>3. Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать</p> <p>а) в детских стоматологических поликлиниках б) в детских садах в) в школах г) в детских соматических поликлиниках д) в специализированных ортодонтических центрах</p> <p>4. К III диспансерной группе следует отнести детей</p> <p>а) с выраженными аномалиями прикуса б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе в) с незначительными отклонениями в прикусе или в положении отдельных зубов г) со значительно выраженными аномалиями положения отдельных зубов</p>
---	--

	<p>д) без морфологических функциональных и эстетических нарушений в зубочелюстной системе</p> <p>5. Главными задачами диспансеризации детей ортодонтической службы являются</p> <p>а) выявление детей с выраженными зубочелюстными аномалиями б) выявление детей с предпосылками к развитию аномалий прикуса в) профилактика зубочелюстных аномалий г) аппаратурное ортодонтическое лечение детей с аномалиями прикуса д) все перечисленные задачи</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.2</p> <p>Раздел 2 "Анатомо-физиологические особенности ЧЛЮ в различные возрастные периоды"</p>	<p>б. Отграничение ротовой полости от носовой происходит</p> <p>а) на 3-4 неделе беременности б) на 6-7 неделе беременности в) на 9-10 неделе беременности г) на 12-14 неделе беременности д) на 14-16 неделе беременности</p> <p>7. Начало закладки и обызвествления временных зубов происходит</p> <p>а) на 8-9 неделе беременности б) на 12-16 неделе беременности в) на 20-24 неделе беременности г) на 30-32 неделе беременности д) на 33-40 неделе беременности</p> <p>8. Рост челюстей в период эмбриогенеза взаимосвязан</p> <p>а) сначала с ростом языка б) сначала с формированием зачатков временных зубов в) сначала с ростом зачатков постоянных зубов г) с сочетанным действием всего перечисленного д) ни с чем из перечисленного</p> <p>9. Положение нижней челюсти у новорожденного в норме</p> <p>а) ортогнатическое б) ретрогнатическое в) прогнатическое г) переменное д) латерогнатическое</p> <p>10. В период новорожденности для развития зубочелюстной системы роль акта сосания</p> <p>а) существенная б) не существенная в) существенная, но до определенного возраста г) не имеет значения д) очень существенная</p>

<p>Б 1.В.ДВ.1.1.3 Раздел 3 "Закономерности развития краниофациального комплекса в период пренатального онтогенеза"</p>	<p>11. Пульпа формируется а) из мезенхимы зубного мешочка б) из мезенхимы зубного сосочка в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа д) из передней половины эпителиальной пластинки</p> <p>12. Дентин формируется а) из мезенхимы зубного мешочка б) из мезенхимы зубного сосочка в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа д) из передней половины эпителиальной пластинки</p> <p>13. Цемент корня зуба формируется а) из мезенхимы зубного мешочка б) из мезенхимы зубного сосочка в) из эпителиальной ткани, образующей верхний слой эмалевого органа г) из передней половины эпителиальной пластинки д) из эпителиального влагалища</p> <p>14. Периодонт формируется а) из мезенхимы зубного мешочка б) из мезенхимы зубного сосочка в) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа г) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа д) из передней половины эпителиальной пластинки</p> <p>15. Эмаль зуба формируется а) из мезенхимы зубного мешочка б) из мезенхимы зубного сосочка в) из эпителиальных клеток, образующих внутренний слой эмалевого органа г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.4 Раздел 4 "Методы обследования в клинике ортодонтии"</p>	<p>16. Дифференциальную диагностику физиологической и патологической асимметрии зубных дуг можно провести по методике а) Нансе б) Герлаха в) Шварца г) Фуса д) Хорошилкиной</p> <p>17. Площадь неба изучают по методике а) Коркзаузе б) Снагиной в) Хауса</p>

- г) Герлаха
- д) Шмута

18. Величину молочных и постоянных зубов сопоставляют

- а) по методике Мичиганского университета**
- б) по Миргазизову
- в) по Долгополовой
- г) по Герлаху
- д) по Шварцу

19. Недостаток места для неправильного расположения зубов выявляют

- а) по размеру зуба и места для него в зубной дуге**
- б) по Нансе
- в) по Миргазизову
- г) по методике Мичиганского университета
- д) по данным рентгенографии

20. Рентгенографию кистей рук делают

- а) для уточнения сроков окостенения
- б) для прогноза роста челюстей**
- в) для сопоставления костного и зубного возраста
- г) для изучения динамики роста организма
- д) для выяснения аномалий развития скелета

21. . Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить

- а) возможности роста челюстей
- б) форму и размер суставных головок**
- в) характер движения суставов
- г) размеры суставной щели
- д) форму и размер суставного диска

22. Ортопантограммы челюстей делают

- а) для определения количества и расположения зубов**
- б) для изучения строения лицевого отдела черепа
- в) для прогноза роста челюстей
- г) для изучения динамики роста челюстей
- д) для определения показаний к удалению зубов

23. Методом исследования боковых ТРГ головы является

- а) метод Парма
- б) метод Шварца**
- в) метод Шулера
- г) метод Паатера
- д) метод Колоткова

24. Сопоставление боковых ТРГ головы проводят

- а) для уточнения показаний к удалению зубов
- б) для выявления характера морфологической перестройки**
- в) для лицевого отдела черепа
- г) для выяснения искажений при ТРГ исследовании

	<p>д) для уточнения костного и зубного возраста</p> <p>25. На прямых ТРГ головы возможно выявить</p> <p>а) количество и положение зубов</p> <p>б) форму и размеры лицевого отдела черепа</p> <p>в) показания к удалению отдельных зубов перед ортодонтическим лечением</p> <p>г) динамику роста челюстей</p> <p>д) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.5 Раздел 5 "Лечение зубочелюстных аномалий"</p>	<p>26. Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу в области боковых зубов верхней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги</p> <p>а) припаивают на вестибулярной поверхности</p> <p>б) припаивают на небной поверхности</p> <p>в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности</p> <p>г) место припаивания не имеет значения</p> <p>д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)</p> <p>27. Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу в области боковых зубов нижней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги</p> <p>а) припаивают на вестибулярной поверхности</p> <p>б) припаивают на небной поверхности</p> <p>в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности</p> <p>г) место припаивания не имеет значения</p> <p>д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)</p> <p>28. Для устранения смещения нижней челюсти в сторону шапочку с подбородочной пращей и внеротовой резиновой тягой</p> <p>а) можно применять с вертикальной тягой</p> <p>б) можно применять с горизонтальной тягой</p> <p>в) можно применять с косой тягой</p> <p>г) можно применять с любой тягой</p> <p>д) применять не рекомендуется</p> <p>29. Асимметрия лица у больных с гнатической формой перекрестного прикуса усиливается в возрасте</p> <p>а) 3-6 лет</p> <p>б) 6-7 лет</p> <p>в) 10-11 лет</p> <p>г) 15-16 лет</p> <p>д) после 20 лет</p> <p>30. При ношении бионатора величина разобщения в переднем участке</p> <p>а) без разобщения</p> <p>б) составляет 2-3 мм</p> <p>в) составляет до 5 мм</p> <p>г) составляет более 5 мм</p> <p>д) не имеет значения</p>

<p>Б 1.В.ДВ.1.1.6 Раздел 6 "Морфологические и функциональные изменения в зубочелюстной системе под влиянием ортодонтического лечения"</p>	<p>31. Основным возрастным периодом роста челюстей до 6 месяцев является период</p> <p>а) до 1 мес б) от 1 до 2 мес в) от 2 до 3 мес г) от 3 до 4 мес д) от 4 до 6 мес</p> <p>32. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей от 6 до 12 месяцев является период</p> <p>а) от 6 до 7 мес б) от 7 до 8 мес в) от 8 до 9 мес г) от 9 до 10 мес д) от 10 до 12 мес</p> <p>33. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей от 12 месяцев до 3 лет является период</p> <p>а) от 1 года до 1.5 лет б) от 1.5 до 2 лет в) от 2 до 2.5 лет г) от 2.5 до 3 лет д) все перечисленные периоды</p> <p>34. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей от 3 до 6 лет является период</p> <p>а) от 3 до 3.5 лет б) от 3.5 до 4 лет в) от 4 до 4.5 лет г) от 4.5 до 5 лет д) от 5 до 6 лет</p> <p>35. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей от 6 до 10 лет является период</p> <p>а) от 6 до 9 лет б) от 6 до 7 лет в) от 8 до 9 лет г) от 9 до 10 лет д) все перечисленные периоды</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.7 Раздел 7 "Ретенция результатов ортодонтического лечения"</p>	<p>36. При глубоком прикусе заболевания тканей пародонта развиваются в результате</p> <p>а) изменения расположения зубов б) увеличения жевательной нагрузки при потере отдельных боковых зубов в) функциональной перегрузки неправильно расположенных зубов и окклюзионной травмы их пародонта, а также увеличения жевательной нагрузки на оставшиеся зубы при разрушении жевательной поверхности зубов и ранней потере отдельных, особенно боковых, зубов</p>

	<p>г) всего перечисленного д) множественной потери зубов</p> <p>37. При глубоком прикусе воспаление тканей краевого пародонта чаще наблюдается в области</p> <p>а) 17, 16, 26, 27 зубов б) 12, 11, 21, 22 зубов в) 31, 32, 41, 42 зубов г) всех зубов верхней и нижней челюсти д) воспаление не наблюдается</p> <p>38. Формированию глубокого прикуса способствуют</p> <p>а) нарушение функции дыхания б) нарушение функции глотания в) нарушение функции смыкания губ г) парафункции жевательных и мимических мышц д) все перечисленные функциональные нарушения</p> <p>39. Семейные особенности развития в формировании глубокого прикуса</p> <p>а) имеют значение б) не имеют значения в) имеют ограниченное значение г) имеют значение при наличии аналогичной патологии у родителей д) имеют значение при наличии у родителей</p> <p>40. Диагностику зубоальвеолярных и гнатических форм глубокого прикуса проводят на основании</p> <p>а) клинического обследования пациентов б) клинического обследования пациентов, их ближайших родственников и данных рентгенологического обследования в) изучения боковых ТРГ головы г) изучения диагностических моделей челюстей д) изучения фотографии лица</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.8 Раздел 8 "Рецидив зубочелюстных аномалий"</p>	<p>41. Нарушение строения лицевого скелета у пациентов с глубоким прикусом и нейтральным типом роста наблюдается</p> <p>а) в области зубных рядов б) в области апикальных базисов в) в гнатической области г) в краниальной области д) в целом</p> <p>42. Прогноз лечения больных с глубоким прикусом и вертикальным типом роста лицевого скелета</p> <p>а) благоприятный б) неблагоприятный в) благоприятный для уменьшения глубины резцового перекрытия г) благоприятный для вертикального роста альвеолярных отростков челюстей д) не имеет значения</p>

	<p>43. Прогноз лечения больных с глубоким прикусом и горизонтальным типом роста лицевого скелета</p> <p>а) благоприятный б) неблагоприятный в) не совсем благоприятный, так как вращение нижней челюсти вперед и вверх способствует углублению резцового перекрытия г) благоприятный, если лечение проводится в периоды физиологического повышения прикуса д) не имеет значения</p> <p>44. При выборе плана лечения больных с глубоким прикусом учитывают</p> <p>а) возраст б) период формирования прикуса в) вид смыкания боковых зубов (нейтральное, дистальное, мезиальное) г) типичные нарушения размеров зубных дуг, степень их выраженности и особенности строения лицевого скелета д) все перечисленные факторы</p> <p>45. Профилактическими мероприятиями, которые следует проводить у пациентов с глубоким прикусом, являются</p> <p>а) восстановление коронок разрушенных зубов и замещение дефектов зубных рядов протезами б) санация носоглотки в) устранение функциональных нарушений г) мероприятия, направленные на улучшение состояния тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта д) все перечисленные мероприятия</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.9 Раздел 9 "Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий"</p>	<p>46. Методом устранения вредной привычки сосания пальца днем является</p> <p>а) фиксация руки в локтевом лучезапястном суставе б) применение вестибулярной пластинки в) применение метода внушения, гипноза г) одевание перчатки д) применение вестибуло-оральной пластинки</p> <p>47. Методом устранения вредной привычки сосания языка является</p> <p>а) пластика аномалиейной уздечки языка б) применение вестибулярной пластинки в) применение вестибуло-оральной пластинки г) применение пластинки с наклонной плоскостью д) санация носоглотки</p> <p>48. Функцию смыкания губ можно нормализовать</p> <p>а) миотерапией для круговой мышцы рта после санации полости рта б) пластикой низко прикрепленной уздечки верхней губы в) устранением аномалии прикуса г) пластикой укороченной уздечки нижней губы д) тренировкой правильного глотания</p>

	<p>49. . Методом нормализации функции жевания является</p> <p>а) исправление аномалий прикуса б) своевременная санация и протезирование полости рта в) пластика укороченной уздечки языка г) пластика укороченной уздечки нижней губы д) миотерапия для тренировки жевательных мышц</p> <p>50. Тактикой врача при ранней потере моляров на одной из челюстей при временном нейтральном прикусе является</p> <p>а) изготовление съемного протеза б) рентгенообследование, массаж в) удаление зубов на противоположной челюсти г) наблюдение д) закрытие дефекта за счет соседних зубов</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.10 Раздел 10 "Профилактика зубочелюстных аномалий"</p>	<p>51. Профилактика аномалий прикуса в периоде предначального развития детей состоит</p> <p>а) в медико-генетической консультации б) в пропаганде правильного режима труда, отдыха и питания будущей матери в) в профилактике простудных и других заболеваний беременных женщин г) в устранении вредных привычек у беременной женщины д) во всем перечисленном</p> <p>52. Для профилактики аномалий прикуса в работу терапевтов-стоматологов при санации полости рта дошкольника следует включить</p> <p>а) устранение вредных привычек б) пришлифовывание бугров временных зубов в) нормализацию функции жевания, глотания г) миотерапию, массаж д) все перечисленное</p> <p>53. У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий целесообразно применять</p> <p>а) создание благоприятных условий для правильного вскармливания б) миотерапию в) стандартные вестибулярные пластинки г) нормализацию функции дыхания д) устранение вредных привычек сосания языка</p> <p>54. Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте направлена</p> <p>а) на устранение ранних признаков аномалий прикуса б) на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса в) на регулирование роста челюстей г) на назначение ортодонтического аппаратного лечения д) на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса</p> <p>55. В нормализации функции дыхания первостепенное значение имеют</p>

	<p>а) нормализация осанки, положения головы</p> <p>б) упражнения для тренировки круговой мышцы рта</p> <p>в) санация носоглотки</p> <p>г) упражнения для нормализации положения языка</p> <p>д) дыхательная гимнастика</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p><i>Б 1.В.ДВ.1.1.4</i> <i>Раздел 4</i> "Методы обследования в клинике ортодонтии"</p>	<p style="text-align: center;">СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1</p> <p>Пациентка Н., 13 лет. Обратилась к стоматологу с жалобами на нарушение эстетики: неправильное положение клыков, нарушение цвета и формы резцов верхней челюсти.</p> <p>Объективно: Вестибулярное положение клыков верхней челюсти и их шиповидная форма, вдоль режущего края резцов бороздчатые углубления.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей. 2. Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения. 3. Определите диспансерную группу данного пациента.
<p><i>Б 1.В.ДВ.1.1.5</i> <i>Раздел 5</i> "Лечение зубочелюстных аномалий"</p>	<p style="text-align: center;">СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2</p> <p>Пациент Д., 18 лет, обратился в клинику с жалобами на неправильный прикус, эстетический недостаток.</p> <p>Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.</p> <p>В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. Латеральные резцы расположены небно, скученность зубов, смещение центра, дефицит места для зубов</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставте диагноз. Класс по Энгля. Аномалии отдельных зубов. 2. Составте план лечения
<p><i>Б 1.В.ДВ.1.1.7</i> <i>Раздел 7</i> "Ретенция результатов ортодонтического лечения"</p>	<p style="text-align: center;">СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3</p> <p>Родители пациента Д. 4х лет обратились с жалобами на отсутствие контактов между передними зубами.</p> <p>Объективно: период прикуса молочных зубов, вертикальная резцовая дизокклюзия, прокладывание языка между зубами во время глотания.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите причины вертикальной резцовой дизокклюзии и неправильного расположения языка в полости рта. 2. Какой аппарат используется пациентом? Перечислите какие еще аппараты можно предложить при данной патологии. 3. Перечислите возможные результаты лечения.
<p><i>Б 1.В.ДВ.1.1.9</i> <i>Раздел 9</i> "Этиология и</p>	<p style="text-align: center;">СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4</p> <p>Пациент Ф., 11 лет. Жалобы: задержка прорезывания 11 зуба. Анамнез: 51</p>

патогенез зубочелюстных аномалий"	зуб выпал в возрасте 7 лет. При осмотре ребенка: смешанный прикус; 55,53,63,75,83,85 зубы – подвижность 1-2 степени, 65,75 – кариозные полости на жевательной поверхности; 16,36 зубы – герметизированные фиссуры, 26,46 - запломбированы, 14,24,25,34 – фиссуры пропускают кончик зонда, цвет эмали обычный; ретенция 11 зуба, тесное положение резцов нижней челюсти, глубокий травмирующий прикус. Задание: 1. Назовите возможные причины ретенции 11. 2. Составьте план комплексного лечения ребенка. 3. Назовите отдаленные результаты лечения.
---	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	26. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	27. Знание алгоритма решения
	28. Уровень самостоятельного мышления
	29. Аргументированность решения
	30. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)