

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра стоматологии №5

Оценочные материалы
Симуляционного курса
по дисциплине **Стоматология хирургическая**
(приложение к рабочей программе дисциплины)

Специальность 31.08.74 Стоматология хирургическая

2023

1. **Форма промежуточной аттестации зачет**
2. **Вид промежуточной аттестации** (сдача практических навыков).
3. **Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина**

Код компетенции	Содержание компетенций (результаты освоения ООП)	Содержание элементов компетенций, в реализации которых участвует дисциплина
ПК 7	готовность к ведению и лечению пациентов с хирургическими стоматологическими заболеваниями	В части проведении диагностики типичных стоматологических заболеваний твердых и мягких тканей полости рта у детей разного возраста.

4. Этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Компетенция	Дисциплины	Семестр
ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-13 УК-1 УК-2	Стоматология общей практики	1,2,3,4
ПК-1 ПК-4 ПК-11 ПК-12 УК-2	Общественное здоровье и здравоохранение	1
УК-1 УК-2 УК-3	Педагогика	1
ПК-1 УК-1	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций	1
ПК-1 ПК-5 УК-1	Микробиология	1
ПК-5	Анестезиология и реаниматология	2
УК-1 УК-2	Скорая медицинская помощь	2
ПК-1 ПК-3 ПК-10 УК-1	Клиническая фармакология	2
ПК-1 ПК-5 ПК-6 УК-1	Онкология	2
ПК-8 УК-1	Физиотерапия	2
ПК-1 ПК-5 УК-1	Рентгенология	2
ПК-1 ПК-5 ПК-10 УК-1	Восстановительная хирургия ЧЛО	3
ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9 ПК-10	Заболевания пародонта	3
ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9 ПК-10	Хирургические и ортопедические этапы лечения адентии с применением имплантов	3

5. Формы оценочных средств в соответствии с формируемыми компетенциями

6. Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

Код и содержание формируе	Планируемые результаты обучения	Этапы формирования компетенций (разделы, темы)
---------------------------	---------------------------------	--

МЫХ компетенц ий		дисциплин)
ПК-7	<p>Владеть оценкой тяжести состояния пациента с поражениями и заболеваниями полости рта; разработкой плана лечения пациентов с поражениями и заболеваниями полости рта в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; назначением и выполнением манипуляций и лечения, назначением лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения (физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов лечения) пациентам с поражениями и заболеваниями полости рта в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; оценкой эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с поражениями и заболеваниями полости рта в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи; проведением и оценкой эффективности и безопасности немедикаментозного лечения у пациентов с поражениями и заболеваниями полости рта в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи; наблюдением и оценкой состояния у пациентов с поражениями и заболеваниями полости рта в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи; профилактикой или лечением осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, немедикаментозной терапии; оказанием медицинской помощи при неотложных состояниях, в том числе в чрезвычайных ситуациях, у пациентов с поражениями и заболеваниями полости рта.</p>	<p>Методы местного обезболивания на верхней и нижней челюстях Удаление зубов на верхней и нижней челюсти</p>

7. Формы оценочных средств в соответствии с формируемыми компетенциями

Код компетенции	Формы оценочных средств	
	Текущая аттестация	Промежуточная аттестация
ПК-7	Сдача практических навыков	Сдача практических навыков

8. Текущий и промежуточный контроль по разделу:

Контролируемые компетенции:

ПК-7,

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

001. Зубы 1.1, 1.2 Выявлено разрушение . Диагноз: K04.5Хронический периодонтит 1.1, 1.2

Задание: рассказать алгоритм проведения анестезии инфильтрационной

Алгоритм выполнения практического навыка

- I. Подготовка к манипуляции
 1. Оценить окружающую обстановку (убедиться в личной безопасности и безопасности пациента) 2. Помочь пациенту занять удобное положение в кресле. Занять правильное положение возле пациента. 3. Использование средств индивидуальной защиты: надеть перчатки, маску и защитные очки.
- II. Выполнение манипуляции
4. Выбор карпульной иголки для проведения анестезии. 5. Проведение анестезии
- III. Окончание манипуляции
- 6 Соблюдение хронометража

002. Зубы 2.4.Выявлено разрушение . Диагноз: K04.5Хронический периодонтит 2.4

Задание: рассказать алгоритм проведения анестезии инфильтрационной

Алгоритм выполнения практического навыка

- I Подготовка к манипуляции
 2. Оценить окружающую обстановку (убедиться в личной безопасности и безопасности пациента) 2. Помочь пациенту занять удобное положение в кресле. Занять правильное положение возле пациента. 3. Использование средств индивидуальной защиты: надеть перчатки, маску и защитные очки.
- II Выполнение манипуляции
4. Выбор карпульной иголки для проведения анестезии. 5. Проведение анестезии
- III. Окончание манипуляции
- 6 Соблюдение хронометража

003. Зубы 2.7 .Выявлено разрушение . Диагноз: K04.5Хронический периодонтит 2.7

Задание: рассказать алгоритм проведения анестезии инфильтрационной

Алгоритм выполнения практического навыка

- I Подготовка к манипуляции
 3. Оценить окружающую обстановку (убедиться в личной безопасности и безопасности пациента) 2. Помочь пациенту занять удобное положение в кресле. Занять правильное положение возле пациента. 3. Использование средств индивидуальной защиты: надеть перчатки, маску и защитные очки.
- II Выполнение манипуляции
4. Выбор карпульной иголки для проведения анестезии. 5. Проведение анестезии
- III. Окончание манипуляции

6 Соблюдение хронометража

**004. Зубы 1.4.Выявлено разрушение . Диагноз: K04.5Хронический периодонтит 1.4
Задание: рассказать алгоритм проведения анестезии инфильтрационной**

Алгоритм выполнения практического навыка

I Подготовка к манипуляции

4. Оценить окружающую обстановку (убедиться в личной безопасности и безопасности пациента) 2. Помочь пациенту занять удобное положение в кресле. Занять правильное положение возле пациента. 3. Использование средств индивидуальной защиты: надеть перчатки, маску и защитные очки.

II Выполнение манипуляции

4. Выбор карпульной иголки для проведения анестезии. 5. Проведение анестезии

III. Окончание манипуляции

6 Соблюдение хронометража

**005. Зубы 4.1.Выявлено разрушение . Диагноз: K04.5Хронический периодонтит 4.1
Задание: рассказать алгоритм проведения анестезии проводниковой**

Алгоритм выполнения практического навыка

I Подготовка к манипуляции

- 1/ Оценить окружающую обстановку (убедиться в личной безопасности и безопасности пациента) 2. Помочь пациенту занять удобное положение в кресле. Занять правильное положение возле пациента. 3. Использование средств индивидуальной защиты: надеть перчатки, маску и защитные очки.

II Выполнение манипуляции

4. Выбор карпульной иголки для проведения анестезии. 5. Проведение анестезии

III. Окончание манипуляции

6 Соблюдение хронометража

**006. Зубы 4.4.Выявлено разрушение . Диагноз: K04.5Хронический периодонтит 4.4
Задание: рассказать алгоритм проведения анестезии проводниковой**

Алгоритм выполнения практического навыка

I Подготовка к манипуляции

- 1 Оценить окружающую обстановку (убедиться в личной безопасности и безопасности пациента) 2. Помочь пациенту занять удобное положение в кресле. Занять правильное положение возле пациента. 3. Использование средств индивидуальной защиты: надеть перчатки, маску и защитные очки.

II Выполнение манипуляции

4. Выбор карпульной иголки для проведения анестезии. 5. Проведение анестезии

III. Окончание манипуляции

6 Соблюдение хронометража

**007. Зубы 4.6 .Выявлено разрушение . Диагноз: K04.5Хронический периодонтит 4.6
Задание: рассказать алгоритм проведения анестезии проводниковой**

Алгоритм выполнения практического навыка

I Подготовка к манипуляции

- 1 Оценить окружающую обстановку (убедиться в личной безопасности и безопасности пациента) 2. Помочь пациенту занять удобное положение в кресле. Занять правильное положение возле пациента. 3. Использование средств индивидуальной защиты: надеть перчатки, маску и защитные очки.

II Выполнение манипуляции

4. Выбор карпульной иголки для проведения анестезии. 5. Проведение анестезии

III. Окончание манипуляции

- 6 Соблюдение хронометража

008. Зубы 44. Выявлено разрушение и подвижность. Диагноз: K04.5Хронический пародонтит 4.4

Задание: рассказать алгоритм проведения удаления

Алгоритм выполнения практического навыка

I Подготовка к манипуляции

- 1 Оценить окружающую обстановку (убедиться в личной безопасности и безопасности пациента) 2. Помочь пациенту занять удобное положение в кресле. Занять правильное положение возле пациента. 3. Использование средств индивидуальной защиты: надеть перчатки, маску и защитные очки.

II. Выполнение манипуляции

4. Выбор инструмента 5. Проведение удаления. 6. Кюретаж лунки.

III. Окончание манипуляции

7. Соблюдение хронометража

009. . Зубы 46. Выявлено разрушение и подвижность. Диагноз: K04.5Хронический пародонтит 4.6

Задание: рассказать алгоритм проведения удаления

Алгоритм выполнения практического навыка

I Подготовка к манипуляции

- 1 Оценить окружающую обстановку (убедиться в личной безопасности и безопасности пациента) 2. Помочь пациенту занять удобное положение в кресле. Занять правильное положение возле пациента. 3. Использование средств индивидуальной защиты: надеть перчатки, маску и защитные очки.

III. Выполнение манипуляции

4. Выбор инструмента 5. Проведение удаления. 6. Кюретаж лунки.

III. Окончание манипуляции

7. Соблюдение хронометража

010. . Зубы 14. Выявлено разрушение и подвижность. Диагноз: K04.5Хронический пародонтит 1.4

Задание: рассказать алгоритм проведения удаления

Алгоритм выполнения практического навыка

I Подготовка к манипуляции

- 1 Оценить окружающую обстановку (убедиться в личной безопасности и безопасности пациента) 2. Помочь пациенту занять удобное положение в кресле. Занять правильное положение возле пациента. 3. Использование средств индивидуальной защиты: надеть перчатки, маску и защитные очки.

II Выполнение манипуляции

4. Выбор инструмента 5. Проведение удаления. 6. Кюретаж лунки.

III. Окончание манипуляции

7. Соблюдение хронометража

ПК-7: готовность к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями,

Контролируемые компетенции:

ПК-7,

Ситуационные задачи

Задача 1.

У пациентки, находящейся на 9 месяце беременности, возникла необходимость удаления разрушенного 16 зуба по поводу обострения хронического периодонтита.

1. Существуют ли в данном случае противопоказания к удалению зуба? 2. Какие анестетики наиболее предпочтительны в данной ситуации? 3. Как подготовить больную к операции удаления зуба? 4. В какой период беременности наиболее рационально проводить плановые стоматологические вмешательства? 5. Какие варианты анестезий можно использовать? 6. Каким инструментом можно удалить 16 зуба? Опишите методику. 7. Особенности послеоперационного периода у этой пациентки.

Ответы к задаче 1

1. Беременность - относительное противопоказание к операции. 2. Лучше не применять анестетиков, содержащих вазоконстрикторы. 3. Перед ОУЗ необходимо успокоить больную, объяснив безопасность вмешательства как для её здоровья, так и для состояния ребёнка. 4. Все плановые вмешательства лучше проводить во втором триместре беременности. Однако, при возникновении срочных показаний, вмешиваться можно в любом периоде беременности. Следует только провести беседу с пациенткой, подготовить её к вмешательству, подобрать оптимальный вид анестезии и анестетик, аккуратно и быстро выполнить саму ОУЗ. 5. Для удаления 16 зуба возможно применить инфильтрационное обезболивание, губеральную анестезию в сочетании с палатинальной. 6. Поскольку 16 зуб разрушен, следует использовать универсальные штыковидные (байонетные) щипцы. Корни 16 зуба удаляются по одному, все три, межкорневая перегородка резецируется ниже уровня десневого края. Контроль за образованием сгустка! Чтобы не допустить перфорации дна верхнечелюстного синуса (ВЧ), врач должен действовать предельно аккуратно и осторожно, минимально травмируя ткани. Если перфорация всё-таки возникла (из-за близкого расположения), следует максимально возможно сдавить края лунки, наложить П-образный шов. Никаких тампонов в лунку!

Задача 2.

Для удаления разрушенного 17 зуба врач попросил у медсестры S-образные щипцы с шипом справа. В момент люксации произошел перелом выступающей над слизистой оболочкой части зуба.

1. Какая ошибка была допущена при выборе щипцов? 2. Каким инструментом можно завершить удаление зуба? 3. Опишите технику удаления неразъединенных корней 17 зуба. 4. Что предпринять, если в момент удаления зуба произошла перфорация дна гайморовой пазухи? 5. Как поступить, если при удалении 17 зуба один из корней оказался в гайморовой пазухе? 6. Каким способом можно защитить лоскут, закрывающий перфорационное отверстие дна гайморовой пазухи? 7. В чём будет заключаться особенность послеоперационного периода у данного пациента?

Ответы к задаче 2

1. Осложнение (отлом остатка коронки 17 зуба) во время удаления, связанное с неправильным выбором инструмента. 2. Следовало выбрать аналогичные щипцы, но с шипом слева. 3. После синдесмотомии щипцы накладывают на удаляемый зуб с таким расчётом, чтобы шип на одной из щёчек вошёл между передним и задним щёчными корнями удаляемого 17 зуба. Это позволяет максимально плотно охватить зуб. Последующие люксационные движения эффективно вывихивают зуб из лунки. Выводить зуб надо в щёчную сторону, плавно, по дуге, чтобы не травмировать антагонисты. 4. При перфорации дна ВЧ синуса следует максимально сблизить края лунки удалённого зуба и попытаться наложить П-образный шов. Если этого сделать не удаётся, необходимо провести первичное пластическое закрытие лунки и перфорации дна синуса с помощью слизисто-надкостничного лоскута с вестибулярной стороны альвеолярного отростка. Никогда не следует вводить в лунку зуба тампоны (с чем бы то ни было) и ждать!!! Это закончится образованием стойкого антроорального свища и возникновением первично хронического гайморита. 5. В том случае, если один из корней был протолкнут в синус, ни в коем случае не пытаться его оттуда извлечь! Больного следует срочно отправить в ЧЛЮ для ревизии синуса и удаления попавшего туда корня под общей анестезией. Там же будет закрыто перфорационное отверстие в области лунки удалённого зуба. 6. Лоскут, выкроенный на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и перемещённый на лунку 17 зуба, следует защитить от механического давления либо с помощью 8-образной лигатуры на соседние 18 и 16 зубы с прокладкой под неё йодоформной марли, либо с помощью пластмассовой каппы из быстротвердеющей пластмассы, изготовленной тут же, у кресла больного. 7. После первичной пластики перфорационного отверстия больного следует перевести на жидкую и полужидкую пищу сроком на 2-2,5 недели, запретить ему чихать (только с открытым ртом), надувать щёки, тщательно соблюдать гигиену полости рта. Кроме того, в профилактических целях назначаются антибиотики, сульфамиды, антигистамины. Эти меры необходимы для предотвращения разрыва и отслоения краёв лоскута от краёв лунки удалённого зуба, а также нагноительных процессов. Швы следует удалять не ранее, чем на 9-10 сутки

Задача 3.

В клинику челюстно-лицевой хирургии поступил больной 35 лет, с жалобами на резкую болезненную припухлость в области угла нижней челюсти слева, общую слабость, недомогание, плохой сон, потливость, озноб, высокую температуру. В районной поликлинике 5 дней назад был удален 36 зуб с разрушенной коронковой частью. Имелась небольшая деструкция костной структуры нижней челюсти у верхушек корней 36, определявшаяся рентгенологически. Боли прекратились, но на 2 день после удаления зуба появилась болезненная припухлость под краем нижней челюсти слева, постепенно увеличивающаяся в размерах, ухудшилось общее состояние. Обратился к лечащему врачу, который произвел периостотомию, назначил противовоспалительное лечение, но улучшения не наступало: припухлость увеличивалась, значительно ухудшилось общее состояние и больной был направлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 39,5°C. Местно: асимметрия лица за счет наличия припухлости в нижнем отделе щёчной и поднижнечелюстной областях слева, которая распространяется и в подподбородочную область. Кожные покровы над припухлостью гиперемированы, кожа отёчна, лоснится, не собирается в складку, естественные складки сглажены. Пальпаторно в центре припухлости определяется плотный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре, на коже при пальпации остаются пальцевые вдавления. Открывает рот с некоторым затруднением (из-за припухлости). В полости рта: лунка удалённого 36 зуба в удовлетворительном состоянии,

закрыта сгустком. Вокруг – незначительный отёк слизистой оболочки. Оставшиеся большие и малые коренные зубы интактны, неподвижны, безболезненны при перкуссии.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Назначьте адекватное комплексное лечение. 4. Опишите характер операции. 5. В чем состоит особенность послеоперационного ведения данного больного? 6. Возможные осложнения?

Ответы к задаче 3

1. Флегмона нижнего отдела левой щечной области от 36 зуба. 2. ДД следует проводить с остеомиелитом, периоститом. При остеомиелите характерны рвущие боли иррадиирующие по всем ветвям тройничного нерва, наличие симптома Венсана, симптома «рояльных клавиш», «муфты» вокруг челюсти. При периостите гнойный очаг расположен рядом с удалённым зубом, под надкостницей. После удаления причинного зуба лунка не закрывается сгустком, если не вскрыт гнойный очаг. 3. Первым этапом вскрывается экстраоральным доступом флегмона щёчной области, гнойная полость промывается антисептиками и дренируется. Разрез при этом должен быть достаточным. На рану накладывается повязка с гипертоническим раствором. Второй этап: мощное этиопатогенетическое лечение. Следует назначить в рациональных дозах антибиотики, сульфамиды - в ударных. Десенсибилизирующие препараты обязательны (димедрол, тавегил, супрастин, цетрин, эринит); дезинтоксикационное лечение. Перевязки проводить ежедневно! 4. Вскрытие гнойного очага производят под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором лидокаина по типу «короткого блока» по Вишневскому. Ввести надо не менее 30-40 мл анестетика, приступить к операции немедленно. Разрез должен располагаться чуть ниже нижней границы флюктуации или инфильтрации и иметь длину, соответствующую размеру гнойника. Послойно рассекаются кожа, клетчатка, щёчная мышца с фасцией. Тупым путём достигается гнойник, опорожняется, промывается, дренируется. Повязка с гипертоническим раствором. 5. После операции проводят ежедневно диализ гнойной раны, смену гипертонических повязок 1-2 раза в сутки, неукоснительно и по часам вводятся назначенные лекарственные препараты. Пища – полумягкая до 7 суток, затем перевод на общий стол. При наличии заживления раны вторичным натяжением – подключение ФТ, массажа, активной механотерапии для профилактики контрактур. 6. Возможен переход гнойного процесса на соседние области (если разрез недостаточен, а лечение антибиотиками или не назначено или в малых дозировках), развитие контактного остеомиелита, возникновение контрактуры рубцового характера

Задача 4.

Каретой скорой медицинской помощи в клинику челюстно-лицевого отделения городской больницы доставлен больной в возрасте 45 лет с жалобами на сильные, ноющие боли и припухлость в области лица справа, высокую температуру (до 39,5°C), потрясающие ознобы, общую слабость, недомогание, плохой сон и аппетит, незначительную заложенность носа справа. Состояние больного средней тяжести. Заболевание связывает с удалением три дня назад 17 разрушенного зуба. Местно: выраженная асимметрия лица за счет припухлости в скуловой, верхнем отделе щёчной и подглазничной областях справа. Естественные складки сглажены, угол рта опущен, глазная щель сужена. Кожные покровы над припухлостью гиперемированы. Пальпируется реактивный воспалительный отек мягких тканей, пальпация болезненна. Кожа с некоторым трудом собирается в складку. Определяются увеличенные болезненные лимфатические узлы в позадищечной области справа. Рот открывает с некоторым затруднением – контрактура 1 степени. В полости рта: имеется гиперемия слизистой оболочки вокруг лунки удалённого 17 зуба с вестибулярной и нёбной сторон, переходная складка сглажена. Пальпируется отек с

незначительной инфильтрацией мягких тканей от 13 до 18 зубов, с флюктуацией в центре. Лунка удаленного ранее 17 зуба заполнена распавшимся кровяным сгустком, покрытым серовато-грязным налетом. Определяется неприятный запах изо рта, подвижность 16 и 18 интактных зубов.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз. 2. Классификация заболеваний. 3. Какие дополнительные методы обследования не указаны в задаче? 4. Составьте план лечения. 5. Тактика врача в отношении подвижных интактных 13 и 18 зубов. 6. Варианты исхода заболевания? Возможные осложнения.

Ответы к задаче 4

1. Острый генерализованный остеомиелит ВЧ справа от 17 зуба. 2. Острые остеомиелиты делятся на серозные и гнойные, а по распространенности – на ограниченные (в пределах двух зубов), локальные (в пределах четырех зубов) и генерализованные (захватывающие более половины челюсти). 3. Отсутствуют данные лабораторных исследований крови и мочи. 4. Первое: вскрытие всех гнойных очагов вокруг ВЧ. Второе: мощное противовоспалительное лечение по принятой схеме – антибиотики, сульфамиды, антигистамины. Симптоматическое лечение – анальгетики, лёгкие снотворные, противоотёчные средства. Дезинтоксикационное лечение. Постельный режим в первые 2-3 суток. 1% йодная настойка на область припухлости и инфильтрации в виде сетки, асептические повязки. В фазу реконвалесценции – ФТ, витаминотерапия, ГНЛ. 5. Подвижные интактные зубы, расположенные рядом с удалённым причинным зубом удалять нельзя! Они в последующем могут укрепиться и нормально функционировать. 6. При правильном и адекватном своевременном лечении исход один – выздоровление. В противном случае: переход в хроническую стадию с секвестрацией целых фрагментов ВЧ с зубами и дном ВЧ синуса, с возникновением костных дефектов, деформаций, рубцов и пр.

Задача 5.

В клинику челюстно-лицевого отделения 4-й городской больницы поступил больной в возрасте 35 лет с жалобами на общую слабость, наличие болезненной припухлости щеки слева с множеством свищей на коже, ограниченное открывание рта. Больным себя считает более года, когда в условиях поликлиники проводилось лечение 36, 37 зубов, осложнившихся воспалительным процессом прилежащих мягких тканей. Трижды больному врач вскрывал больному поднадкостничные абсцессы в прилежащих к зубам тканях. Наступало временное улучшение. В последующем появилась припухлость в области угла нижней челюсти слева, появилось затруднение при открывании рта. Образовались свищи с гнойным отделяемым. Отмечалась слабость и потеря веса. Обратился в очередной раз в поликлинику по месту жительства, откуда хирургом-стоматологом был направлен в стационар. Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 °С. Такая температура была на протяжении всего периода болезни. Местно: отмечается асимметрия лица за счет умеренно болезненной припухлости в нижнем отделе щёчной области тела и поднижнечелюстной области слева. Кожные покровы над припухлостью слегка отёчны и цианотичны. Наряду с этим имеются участки размягчения мягких тканей и рубцовые тяжи, располагающиеся под кожными покровами и ведущие к корням 36 и 37 зубам. Открывание рта затруднено и ограничено до 2 см. В полости рта: определяется инфильтрация мягких тканей в ретромолярном пространстве и в области небных дужек. Прорезывание 38 зуба частичное, над ним имеется «капюшон» из рубцово изменённых мягких тканей, покрывающий наклонно расположенный 38 зуб, который упирается своими передними буграми в пришеечную часть коронки 37 зуба. Имеется отёк и гиперемия слизистой оболочки вокруг указанных зубов, пальпация в этих участках слегка болезненна.

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования, не указанные в задаче, нужно провести, чтобы поставить развернутый заключительный клинический диагноз? 3. Объясните сущность дистопии и ретенции. 4. Каким образом при данном заболевании в процесс вовлекаются прилежащие мягкие ткани? 5. Что такое «капюшон»? 6. В чём будет заключаться лечение?

Ответы к задаче 5

1. Хронический гранулирующий периодонтит 36 и 37 зубов (мигрирующая гранулёма), дистопия и полуретенция 38 зуба, осложнённые хроническим перикоронаритом. 2. Больному необходимо выполнить ортопантомографию для уточнения локализации 38 зуба, конфигурации и количества его корней. Также нужно оценить величину деструктивных изменений в округ корней 36 и 37 зубов, качество пломбировки их корней. 3. Дистопия – нарушение положения зуба, ретенция – задержка в кости, неполное прорезывание. Возникают за счёт множества общих и местных причин, среди которых главное место занимает недостаток места в зубном ряду. 4,5. Из-за неполного прорезывания зубов «мудрости» пища и микроорганизмы из полости рта попадают под ткани, покрывающие коронку непрорезавшегося зуба (так называемый «капюшон»). Скапливаясь там в замкнутом пространстве, анаэробы активно развиваются, вызывая острые или хронические воспалительные процессы. Отсюда патогенная микрофлора легко может проникнуть не только в соседние клетчаточные пространства, но и в межфасциальные клетчаточные промежутки шеи и даже в средостение. 6. Лечение будет заключаться в обязательном удалении 36 и 37 зубов, иссечении свищевых ходов до кости. Над 38 зубом необходимо иссечь «капюшон», коагулировать края возникшего дефекта (профилактика рецидива). С учётом того, что соседние два моляра будут удалены, есть большая вероятность смещения 38 зуба на место 37 зуба и использование его в дальнейшем для несъёмного протезирования.

Задача 6.

На 9-й день после начала заболевания больной 33 лет был доставлен в клинику челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии из районной больницы. В поликлинике района был удален неправильно прорезавшийся 38 зуб. Спустя 2 дня после удаления появилась болезненная припухлость в области нижней щеки слева, которая быстро распространилась в подъязычную, поднижнечелюстную области, а также в область бокового треугольника шеи этой стороны. В районной больнице был сделан дугообразный разрез кожи и мягких тканей в поднижнечелюстной области слева, на 5-й день после удаления 38 зуба. Гнойного отделяемого из разреза при этом не было получено. Процесс распространился в подподбородочную область и на другую сторону шеи. Было сделано ещё 2 разреза: по срединной линии и в правой поднижнечелюстной области. Улучшения не наступило. В этой связи больной был доставлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное, временами больной впадает в кому. Пульс 92 удара в минуту, аритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, у верхушки прослушивается систолический шум, дыхание учащенное, поверхностное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски. Местно: лицо одутловатое, как бы широкое и удлинённое. Воспалительный процесс захватывает все прилегающие области к нижней челюсти область и шею. Имеются три послеоперационных разреза, изолированных друг от друга, длиной около 2-3 см каждый. Вокруг разрезов пальпируются плотные, болезненные инфильтраты, местами ткани под пальцами крепитируют. Кожные покровы в этих участках гиперемированы, цианотичны. По срочным показаниям произведено широкое хирургическое раскрытие всех пораженных клетчаточных пространств с помощью воротникообразного разреза. При этом получено незначительное количество мутной, зловонной жидкости в виде «мясных

помоев». Мягкие ткани имели вид «вареного мяса». Проводилось этиопатогенетическое, дезинтоксикационное, десенсибилизирующее и симптоматическое лечение. Несмотря на интенсивную терапию, у больного возникло бредовое состояние, неоднократно появлялась рвота и через 42 часа после операции больной, не приходя в сознание, скончался. На основании данных клиники и аутопсии, помимо основного заболевания, были выявлены обширные очаги поражения в средостении, паренхиматозных органах и в головном мозге (токсический миокардит, токсический гломерулонефрит и гепатит, токсическая пневмония, менингит, медиастинит, абсцессы головного мозга), что и привело к летальному исходу.

1. Поставьте диагноз, приведший к осложнениям.
2. Какие дополнительные симптомы, характерные для описанных выше осложнений, не указаны в ситуационной задаче?
3. Какие методы обследования, проведенные в стационаре, в задаче не указаны?
4. Какие ошибки были допущены на доклиническом этапе лечения данного больного?

Ответы к задаче 6

1. Анаэробная полифлегмона дна полости рта и шеи, осложнившаяся сепсисом, медиастинитом и менингоэнцефалитом.
2. Не указаны, но имеют место быть следующие симптомы: рот больного открыт (из-за отёка и приподнятости тканей дна полости рта и языка), нарастающая дислокационная и стенозическая асфиксии, ригидность мышц затылка (симптом Кернига), боль за грудиной и в области яремной вырезки (симптом Герке), в крови – эритропения, нейтропения со сдвигом влево, резкое увеличение СОЭ.
3. В стационаре таким больным в обязательном порядке проводят РГ и УЗИ органов грудной полости, КТ черепа, посев крови на наличие и характер микрофлоры, посев отделяемого из разрезов на предмет вида преобладающей микрофлоры и чувствительности её к антибиотикам.
4. До поступления больного в клинику врачи действовали в принципе верно, но помощь оказывалась в недостаточном объёме. Разрезы на шее должны были производиться шире и чуть раньше, а фармакотерапия – в намного больших объёмах и дозировках. Ещё большей ошибкой была попытка справиться с такой тяжёлой патологией самостоятельно, без консультаций с более опытными специалистами. В результате были потеряны, как минимум, трое суток. При такой патологии это явилось решающим фактором.

Задача 7.

Больная 36 лет поступила в клинику челюстно-лицевого отделения городской больницы с жалобами на наличие тупой, распирающей боли под глазом справа, боли в области лба и виска, закладывание носа, нарушение обоняния, периодическое выделение слизи и гноя из правой половины носа, головную боль, быструю утомляемость, недомогание, появляющееся к концу дня. Больной себя считает более 2-х лет. Тогда впервые появились резкие боли в 16 зубе, общая слабость, недомогание, сильная головная боль, боль в области верхней челюсти справа, повышение температуры до 38°C, затрудненное носовое дыхание и выделение мутной жидкости из правой половины носа при наклоне головы вниз. Было произведено эндодонтическое лечение 16 зуба и параллельно прошла курс лечения антибиотиками, сульфаниламидами и анальгетиками. Через две недели выделения из носа прекратились, улучшилось общее состояние, припухлость в подглазничной области справа исчезла. В течение двух лет болезненные проявления в области верхней челюсти возобновлялись неоднократно, причём возникали после простудных заболеваний. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 °С. Местно: при внешнем осмотре грубых патологических изменений не выявлено. В полости рта: гиперемия и незначительный отек слизистой оболочки преддверия полости рта в проекции 17, 16, 15 и 14 зубов. Перкуссия 16 зуба, покрытого металлической коронкой, болезненна. На дентальной рентгенограмме определяется отмечается наличие деструкции костной ткани у верхушек корней зуба с

нечеткими границами размером 1,2 x 0,7 см. На рентгенограмме придаточных пазух определяется наличие интенсивной гомогенной тени в правой гайморовой пазухе, заполняющей весь её объём. В периферической крови отмечен умеренный лейкоцитоз и незначительное увеличение СОЭ.

1. Поставьте диагноз. 2. Классификация заболевания 3. Какие дополнительные методы исследования можно провести? 4. Дифференциальная диагностика. 5. Объем лечения в условиях поликлиники. 6. Объем лечения в условиях стационара. 7. Особенности ведения больного в послеоперационном периоде. 8. Возможные осложнения в процессе лечения и их профилактика.

Ответы к задаче 7

1. Хронический правосторонний полипозный гайморит в стадии обострения от 16 зуба. 2. Хронические гаймориты делятся на одонтогенные, риногенные, контактные, одно- и двусторонние. Также они могут быть катаральными, гиперпластическими и полипозными. 3. Для уточнения диагноза можно провести: диафаноскопию, КТ, МРТ. Это позволит точно определить, какие стенки синуса не подверглись патологическим изменениям, чтобы нанести минимальную травму больному. 4. ДД проводят с доброкачественными (ДО) и злокачественными (ЗО) опухолями ВЧ. При росте ДО не бывает выделений из носа и явлений обострения. При росте ЗО из носа имеется кровянистое отделяемое со зловонным запахом, стенки синуса разрушаются по мере роста ЗО. СОЭ при этом достигает 40-60 мм/час. 5. В условиях поликлиники можно лишь санировать полость рта и направить больного в специализированный стационар. 6,7. В стационаре: подготовка больного к операции под общей анестезией, радикальная гайморотомия по Колдуэлл-Люку с одномоментным закрытием перфорации в области лунки удалённого 16 зуба. Этот неприятный факт всегда имеет место при удалении причинного зуба при гайморите

Задача 8.

У больного 24 лет, электрика, после полученного сутки тому назад удара кулаком в левую сторону лица, отмечается выраженная припухлость в этом участке, затруднение при боковых движениях нижней челюстью, незначительное повышение температуры тела. При осмотре: определяется наличие нескольких ссадин и кожно-подкожного кровоизлияния в нижнем отделе левой щечной области диаметром около 4-5 см, отек и припухлость мягких тканей. Пальпация в этом участке лица практически безболезненна, а в глубине тканей выявляется небольшое уплотнение. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывает рот свободно. Прикус не нарушен, симптом «нагрузки» на нижнюю челюсть отрицателен. Движения суставных головок челюсти при открывании рта синхронны. На R-граммах костной патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

Ответы к задаче 8

1. Ушиб мягких тканей в нижнем отделе щёчной области слева, ушиб нижней челюсти, гематомы в мягких тканях. 2. Так как имеются ссадины на коже, которые могут послужить входными воротами для проникновения в область гематом инфекции, их следует обработать антисептиками и прикрыть повязкой, используя бактерицидный пластырь. Назначить холод в течение 3-4 часов на место ушиба, ограничить движения НЧ в ВНЧ суставах на 5-7 суток, перейти на мягкую пищу на этот срок. На следующие сутки: местно использовать троксевазиновую или гепариновую мазь для ускорения организации гематом, а через неделю – ФТ (УЗ, ГНЛ, МВ-терапию).

Задача 9.

В стоматологическую поликлинику обратился больной 25 лет с наличием резко болезненной припухлости в области угла рта и щеки справа. Отмечает общую слабость, головную боль, боль в правой половине лица, двоение в глазах. Первые признаки

заболевания появились 3 дня назад. Заболевание связывает с повреждением кожных покровов во время бритья. Пораженную кожу обрабатывал дважды одеколоном. Местно: отек и инфильтрат в области угла рта, щеки, верхнего и нижнего века, экзофтальм, птоз. От уровня угла рта до внутреннего угла глаза распространяется болезненный отёк кожи и мягких тканей. В середине имеется плотный инфильтрат размером около 3 см в диаметре, в центре инфильтрата имеется конусообразное возвышение с некротическим стержнем. В поднижнечелюстной области справа, пальпируются увеличенные, болезненные, умеренно подвижные лимфатические узлы. Картина крови: СОЭ – 22 мм в час, лейкоцитов – 12×10^9 в девятой степени в 1 л, нейтрофилов – 80%, моноцитов 4%, лимфоцитов – 3%.

1. Поставьте диагноз и определите стадию процесса.
2. В чем заключается тактика врача хирурга-стоматолога в поликлинике?
3. Лечение данного заболевания?
4. Какие осложнения возникли у больного?
5. Исход данного заболевания.

Ответы к задаче 9

1. Фурункул в верхнем отделе правой щечной области в фазе абсцедирования, явления флебита лицевой вены и вен глазницы. 2. Врач в поликлинике не должен «наблюдать» за процессом, а немедленно направить больного в специализированный стационар. 3. Учитывая то, что процесс перешёл в гнойную фазу, очаг надо вскрыть, промыть и дренировать. При наличии густого содержимого ни в коем случае не выскабливать стенки полости! Назначить немедленно массивные дозы антибиотиков, сульфамиды, антигистамины, анальгетики. Местно: йод 1% на кожу по всей поверхности инфильтрата, особенно в области флебита вены, дважды в день в течение трёх дней, повязки с гипертоническим раствором на вскрытый очаг. Назначается постельный режим до улучшения состояния. Проводится дезинтоксикационная терапия. В период реконвалесценции подключают местно УФО, ГНЛ, МВ терапию, витаминотерапию. 4. Поскольку у больного имеется воспаление стенки лицевой вены и вен глазницы, то для профилактики тромбоза и возникновения тромбоза вен кавернозного синуса головного мозга вышеуказанная фармакотерапия просто необходима. 5. При своевременном и адекватном лечении исход – выздоровление.

Задача 10.

Больная Н, 30 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие, периодически усиливающиеся боли в области подбородка слева, боль в нижней губе и деснах слева. Боли усиливаются при приеме горячей или холодной пищи, разговоре, последнее время беспокоят даже ночью. Улучшение дают постоянно используемые анальгетики. Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после удаления 38 полуретенированного зуба на нижней челюсти слева у нее возникло чувство онемения в области нижней губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли, распространившиеся на десну, нижнюю губу и челюсть. Лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Стоматолог удалил 36 и 37 зубы на нижней челюсти слева. После удаления зубов, на фоне онемения, пациентка отмечала усиление болей, появилось чувство жжения в области подбородка. Объективно: при пальпации точек Валле болезненности не отмечается. Триггерных зон не выявлено. Вертикальная перкуссия оставшихся зубов на нижней челюсти слева болезненна. Гиперестезия с участками анестезии кожи подбородка, нижней губы и десны слева. На рентгенограмме в области удаленных 36, 37, 38 зубов изменений костной ткани не определяется.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?
3. Чем обусловлено онемение кожи подбородка и нижней губы слева?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

Ответы к задаче 10

1. Постэкстракционный неврит левого нижнелуночкового нерва. 2. Причина заболевания – травматическое удаление 38 зуба. 3. Выпадение чувствительности в зоне иннервации ментального нерва говорит о активных процессах демиелинизации ствола нижнелуночкового нерва в зоне его повреждения на уровне лунки удалённого 38 зуба. Также запущены дегенеративные процессы в самом осевом цилиндре нервного ствола, что и приводит к болям и парестезии одновременно. 4. От невралгии неврит отличается тем, что имеются триггерные (курковые) зоны, отсутствуют ночные боли. Характер болей иной: стреляющие, как удары током, кратковременные, приступообразные. 5. В данной ситуации, при наличии столь короткого анамнеза, стоит попробовать регулярные блокады по типу мандибулярной анестезии с использованием лекарственного «коктейля»: лидокаин 2%-4 мл, платифиллин 0,1%-1 мл, витамины В1 и В6 по 1 мл. Эту процедуру необходимо проводить один раз в сутки, ежедневно, в течение 7-8 дней. Параллельно назначить болевой транквилизаторы, снотворные, подобрать дозу анальгетиков и антиконвульсантов (тегретол, этосуксимид). Больной также надо назначить

ФТ (электрофорез с 2% лидокаином на болевые точки, МВ, ГНЛ, массажи). Только комплексное лечение в течение 3-4 недель может дать положительный эффект. В том случае, если положительного эффекта не

отмечается, следует к хирургическому пересечению нервного ствола на уровне его вхождения в НЧ отверстие

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

Критерии	Уровни сформированности компетенций		
	<i>Пороговый</i>	<i>Достаточный</i>	<i>Повышенный</i>
	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности высокая адаптивность практического навыка

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося	Обучающийся демонстрирует	Обучающийся демонстрирует	Обучаемый демонстрирует

самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
--	---	--	---

Критерии оценивания форм контроля.

Критерии оценивания при зачёте:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
Зачтено	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	логичность и последовательность ответа
не зачтено	недостаточное знание изучаемой предметной области, неудовлетворительное раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	слабые навыки анализа явлений, процессов, событий, неумение давать аргументированные ответы, приводимые примеры ошибочны	отсутствие логичности и последовательности ответа

Собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	серьезные ошибки в содержании ответа		
--	--------------------------------------	--	--

Шкала оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	Отлично
81-90	Хорошо
71-80	Удовлетворительно
Менее 71	Неудовлетворительно

Ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
Отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
Хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
Удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
Неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

Навыков:

Отметка	Дескрипторы		
	системность теоретических знаний	знания методики выполнения практических навыков	выполнение практических умений
Отлично	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д.	устойчивые знания методики выполнения практических навыков	самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений
Хорошо	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д., допускаются некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются	устойчивые знания методики выполнения практических навыков; допускаются некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются	самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений
Удовлетворительно	удовлетворительные теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д.	знания основных положений методики выполнения практических навыков	самостоятельность выполнения практических навыков и умений, но допускаются некоторые ошибки, которые исправляются с помощью преподавателя
неудовлетворительно	низкий уровень знаний о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д. и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки	низкий уровень знаний методики выполнения практических навыков	невозможность самостоятельного выполнения навыка или умения

Презентации/доклада:

Отметка	Дескрипторы			
	Раскрытие проблемы	Представление	Оформление	Ответы на вопросы
Отлично	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы обоснованы.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.	Широко использованы информационные технологии. Отсутствуют ошибки в представляемой информации.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и/или пояснений.
Хорошо	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны и/или обоснованы.	Представляемая информация систематизирована и последовательна. Использовано более 2 профессиональных терминов.	Использованы информационные технологии. Не более 2 ошибок в представляемой информации	Ответы на вопросы полные и/или частично полные
Удовлетворительно	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны и/или выводы не обоснованы.	Представляемая информация не систематизирована и/или не последовательна. Использован 1-2 профессиональных термина.	Использованы информационные технологии частично. 3-4 ошибки в представляемой информации.	Только ответы на элементарные вопросы.
Неудовлетворительно	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы.	Представляемая информация логически не связана. Не использованы	Не использованы информационные технологии. Больше 4 ошибок	Нет ответов на вопросы.