

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

Стоматологический факультет

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

Специальность (Стоматология) 31.05.03

Ростов-на-Дону

2023г.

1. Изучение дисциплины **протезирование при полном отсутствии зубов** направлено на формирование компетенций в соответствии с ФГОС ВО (ФГОС 3++) и ОП ВО по данной специальности:
2. Профессиональных: ПК-1, ПК-2.

3. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
<p>ПК-1. Способен к проведению диагностики детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза.</p>	<p>Задания закрытого типа</p>	<p>001 при полном отсутствии зубов дуга верхней челюсти а) уменьшается б) исчезает в) увеличивается г) не меняется</p> <p>002 при полном отсутствии зубов жевательная эффективность а) уменьшается б) возрастает в 2,5 раза в) увеличивается г) не меняется</p> <p>003 к наиболее характерным изменениям в зубочелюстной системе у больных с полным отсутствием зубов относится а) снижение высоты нижнего отдела лица б) увеличение глубины суставных ямок в) наличие трем и диастем г) возникновение деформаций челюстей</p> <p>004 к наиболее характерным изменениям в зубочелюстной системе у больных с полным отсутствием зубов относится а) наличие старческой прогении б) увеличение глубины суставных ямок в) наличие трем и диастем г) возникновение деформаций челюстей</p> <p>005 съемные пластиночные протезы передают вертикальную жевательную нагрузку на подлежащие ткани через а) слизистую оболочку б) пародонт в) периодонт г) экзостозы</p> <p>006 съемный протез на верхней челюсти в дистальном участке а) доходит до линии «а» б) не доходит до линии «а» в) перекрывает линию «а» на 4 мм г) не доходит до линии «а» на 8мм</p>

		<p>007 конструкционный материал, применяемый для изготовления базисов съемных пластиночных протезов называется</p> <p>а) базисная пластмасса б) термопластическая масса в) альгинатная масса г) силиконовая масса</p> <p>008 полная адаптация по в.ю. курляндскому к съемному пластиночному протезу наступает в среднем через ... дней после изготовления:</p> <p>а) 33-35 б) 5-7 в) 37-40 г) 10-14</p> <p>009 для образования кругового клапана протез при полном отсутствии зубов должен перекрывать клапанную зону на мм</p> <p>а) 1-2 б) 3-5 в) 5-7 г) 2-4</p> <p>010 точное отображение всех анатомических ориентиров при полном отсутствии зубов получают с помощью отгисной ложки</p> <p>а) индивидуальной б) стандартной пластмассовой в) стандартной металлической г) перфорированной с высокими краями</p> <p>011 базис частичного съёмного пластиночного протеза изготавливается из</p> <p>а) акриловых пластмасс б) воска в) фарфора г) гипса</p> <p>012 пластмассовый базис частичного съёмного протеза изготавливают в зависимости от</p> <p>а) топографии дефекта б) количество зубов антагонистов в) пожелания пациента г) возможности зубного техника</p> <p>013 изготовления частичного съёмного пластиночного протеза при вырезанном торусе твёрдого нёба сопровождается</p> <p>а) его изолированием б) вырезанием отверстия в базисе в) изготовлением толстого базиса г) укорачиванием границы до торуса</p> <p>014 толщина базиса частичного съёмного пластиночного протеза на верхней челюсти составляет в (мм)</p> <p>а) 1,8-2 б) 3-4</p>
--	--	---

		<p>в) 4-5 г) 5-6 015 для предотвращения деформации воскового базиса с окклюзионными валиками его укрепляют а) металлической проволокой б) гипсовым блоком в) быстротвердеющей пластмассой г) дополнительным слоем воска 016 восковые базисы с окклюзионными валиками изготавливают из воска а) базисного б) моделировочного в) липкого г) бюгельного 017 индивидуальные жёсткие ложки изготавливают из а) быстротвердеющей пластмассы б) гипса в) бесцветной пластмассы г) воска 018 индивидуальная ложка в полости рта припасовывается с помощью а) проб гербста б) ощущений пациента в) укорочений на 3 мм, не доходя до переходной складки г) удлинений на 3 мм на всём протяжении переходной складки 019 искусственные пластмассовые зубы соединяются с базисом частичного съёмного пластиночного протеза а) химически б) механически в) с помощью клея пва г) с помощью крепёжных приспособлений 020 при изготовлении съёмных протезов паковку пластмассы в кювету проводят в стадии а) мягкого теста без зернистости б) мокрого песка в) тянущихся нитей г) резиноподобной 021 процесс полимеризации пластмассы в кювете происходит при температурном режиме а) в соответствии с инструкцией по применению б) 1.5 часа при температуре 100 градусов в) 40 мин при температуре 60 градусов и 1 час при 100 градусах г) 1 час при температуре 60 градусов и 40 мин при 100 градусах 022 после завершения полимеризации кювету необходимо а) оставить на воздухе до полного остывания</p>
--	--	--

		<p>б) сразу открыть в) поместить в холодную воду на 1 час г) поместить в теплую воду на 1 час</p> <p>023 по способу передачи жевательного давления к нефизиологическим протезам относят</p> <p>а) съемные пластиночные б) виниры в) коронки г) бюгельные</p> <p>024 составными элементами частичного съемного протеза являются</p> <p>а) гарнитурные зубы, пластмассовый базис, гнутые кламмера б) зубы, мостовидный протез, фасетки в) опорно-удерживающие кламмера, окклюзионные накладки, дуга, гарнитурные зубы г) цельнолитые кламмера, зубы, пластмассовый базис</p> <p>025 выраженные альвеолярные отростки и бугры, глубокое небо, высоко расположенная переходная складка характеризуют тип челюсти по шредеру</p> <p>а) I б) III в) II г) IV</p>
	<p>Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования Задания на дополнения</p>	<p>1 значительная атрофия альвеолярных отростков и бугров, плоский небный свод и низкое расположение переходной складки характеризуют тип челюсти по шредеру</p> <p>а) III б) II в) IV г) I</p> <p>2 область сагитального небного шва (срединная фиброзная зона) по люнду</p> <p>а) не податлива б) наиболее податлива в) минимально податлива г) обладает средней податливостью</p> <p>3 «болтающийся гребень» по суппли относится к классу</p> <p>а) 4 б) 1 в) 3 г) 2</p> <p>4 подвижность слизистой оболочки полости рта зависит от</p> <p>а) связи ее с мускулатурой б) телосложения в) дефектов зубных рядов</p>

		<p>г) пола пациента</p> <p>5 при помощи анатомо-физиологического метода определяют</p> <p>а) центральное соотношение челюстей б) податливость слизистой оболочки в) степень атрофии альвеолярных отростков г) степень восстановления жевательной эффективности</p> <p>6 Стоматолог-ортопед перед определением центрального соотношения челюстей осмотрел поступившие из зуботехнической лаборатории рабочие модели с восковыми базисами и прикусными валиками. Им было выявлено: неплотное прилегание верхнего и нижнего базисов к модели, отсутствие армирующей проволоки, резкий переход базисов в окклюзионные валики, ширина валиков во фронтальном участке 0,5 мм, в боковом О 1,0 мм. Какие ошибки допущены зубным техником? Что означает термин центральное соотношение челюстей? Можно ли определять на изготовленных валиках центральное соотношение челюстей? Назовите последующий лабораторный этап. Какие ориентиры наносит на восковой базис врач?</p> <p>7 На этапе проверки конструкции протеза выявлено, что зубы верхней челюсти расположены ниже на 4 мм. красной каймы губ. Ваши действия? Что значит определить центральное соотношение беззубых челюстей - определение понятия? Перечислить методы постановки искусственных зубов? Назовите следующий лабораторный этап после примерки конструкции протеза в полости рта? Назовите материалы, которые необходимо зубному технику для выполнения этого лабораторного этапа?</p> <p>8 На 3 этапе лабораторном этапе, зубной техник допустил ошибку, в результате которой при проверке конструкции протеза в полости рта пациента врач выявил, что постановка зубов не соответствует центральному соотношению челюстей.</p>
--	--	--

		<p>На каком этапе техник допустил ошибку? Какую ошибку допустил техник? Назовите все лабораторные этапы? Перечислить методы постановки искусственных зубов? Что означает термин центральное соотношение челюстей? 9 При проверке восковой композиции полного съемного протеза на нижнюю челюсть в полости рта выявлено: нижние передние зубы перекрываются верхними на 2/3, в боковом отделе щель между зубами. Назовите ошибки, выявленные при проверке постановки зубов? Назовите следующий лабораторный этап? Перечислить методы постановки искусственных зубов? Возможные ошибки при постановки искусственных зубов? Что означает термин центральное соотношение челюстей? 10 У больного В., 65 лет в предыдущее посещение врача-ортопеда были получены функциональные оттиски с беззубых челюстей. Назовите последующий клинический этап протезирования данного больного. Что значит определить центральное соотношение беззубых челюстей - определение понятия? Какие задачи стоят перед врачом при определении центрального соотношения челюстей? Какие основные этапы включает «определение центрального соотношения челюстей»? Какой последний этап изготовления полных съемных протезов? 11 Пациент Л., 75 лет, после изготовления полных съемных протезов на верхней и нижней челюсти повторно обратился в клинику с жалобами на отсутствие стабилизации изготовленных протезов и боли в височнонижнечелюстном суставе. Какие ошибки были совершены в ходе протезирования? Предпосылки восстановления окклюзии на съемных протезах? Основные этапы восстановления окклюзии (методы). С какого зуба начинают постановку верхних боковых зубов?</p>
--	--	--

		<p>Какие зубы ставятся в последнюю очередь при изготовлении ПСПП?</p> <p>12 Пациентка Е., 35 лет, обратилась с жалобами на боль в области ВНЧС слева, щелчки в суставе справа, «выбухание» суставной головки слева, асимметрию лица за счет смещения подбородка вправо.</p> <p>Прикус ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием, смещение нижней челюсти вправо на ширину нижнего резца. Имеются мостовидные протезы в области боковых зубов нижней челюсти справа и слева.</p> <p>О какой патологии может идти речь в данной ситуации?</p> <p>Составьте план обследования?</p> <p>Какие возможные причины возникновения данной патологии?</p> <p>Могли ли мостовидные протезы данной пациентки послужить одной из причин возникновения патологии? Почему?</p> <p>Предложите лечебно-диагностическую конструкцию для данной пациентки? Обоснуйте свой выбор.</p> <p>13 Пациент С., 68 лет, обратился в поликлинику для замены своего зубного протеза на нижней челюсти. Объективно: полная вторичная адентия нижней челюсти, атрофия альвеолярного отростка нч второй степени по Оксману. На верхней челюсти полный съемный пластинчатый протез.</p> <p>Составьте план ортопедического лечения.</p> <p>Перечислите методики постановки зубов.</p> <p>Необходимые условия для постановки зубов.</p> <p>Перечислите последовательность постановки зубов при полной адентии.</p> <p>Метод определения центральной окклюзии.</p> <p>14 Пациентка К., 72 года, обратилась в клинику, с просьбой изготовить ей полный съемный пластинчатый протез на н/ч, т.к. у предыдущего появилась отсутствие фиксации и стабилизации</p> <p>Методика снятия оттиска с челюсти при «болтающимся гребне».</p> <p>Последовательность постановки зубов при полной адентии.</p> <p>Метод определения центральной окклюзии.</p> <p>Что такое линия Паунда?</p> <p>Возможные ошибки при протезировании ПСПП.</p> <p>15 Пациент Р., 15 лет, находится на ортодонтическом</p>
--	--	---

		<p>лечении 7 месяцев, в последнее время стал испытывать боли в височнонижнечелюстном суставе, щелканье, чувство дискомфорта.</p> <p>С чем могут быть связаны изменения в суставе?</p> <p>Какие гнатологические аспекты необходимо учитывать при ортодонтическом лечении?</p> <p>Какой фактор может привести к функциональным заболеваниям ВНЧС у подростков?</p> <p>Назовите виды развития челюстей, лицевого скелета и сустава.</p> <p>Назовите симптомы мышечно-суставной дисфункции.</p> <p>16 Пациент С., 57 лет, обратилась в клинику ГОС ВГМУ с жалобами на жжение и боль в языке, ощущение «красного перца» после повторного изготовления съемных пластиночных протезов.</p> <p>Объективно: в полости рта имеются полные съемные пластиночные протезы на верхней и нижней челюстях, гиперемия слизистой оболочки в области протезного ложа на верхней челюсти с четко очерченными границами, отпечатки зубов на языке и слизистой оболочке щеки, сглаженность сосочков языка, протезы изготовлены 3 года назад.</p> <p>Укажите возможные причины данной патологии.</p> <p>Поставьте предварительный диагноз.</p> <p>17 Пациенту с полным отсутствием зубов были изготовлены съемные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти. Пациент предъявляет жалобы на появляющееся к вечеру чувство тяжести, «усталости» жевательных мышц; на «стук» зубов при разговоре и приеме пищи.</p> <p>Какие допущенные ошибки при проведении ортопедического лечения можно предположить?</p> <p>18 Пациенту К. 67 лет, изготавливаются полные съемные протезы на обе челюсти. Для постановки искусственных зубов проводят запись движений нижней челюсти.</p> <p>Какова средняя величина угла сагиттального суставного пути?</p> <p>19 Пациентке А., 65 лет, с полным отсутствием зубов изготавливают</p>
--	--	---

		<p>съемные пластиночные протезы. На клинический этап проверки конструкции съемных протезов из лаборатории поступает артикулятор с установленными гипсовыми моделями с восковыми базисами и искусственными зубами. При смыкании искусственных зубов носогубные и подбородочная складки резко выражены, углы рта опущены. В положении относительного физиологического покоя расстояние между зубами в переднем отделе составляет около 6 мм, верхние зубы не видны из-под верхней губы.</p> <p>Укажите причину такого внешнего вида пациентки.</p> <p>Укажите величину разобшения фронтальных зубов в положении относительного физиологического покоя в норме.</p> <p>Назовите клинический этап, на котором была допущена ошибка.</p> <p>Укажите, есть ли необходимость в повторном определении центрального соотношения челюстей.</p> <p>Укажите, есть ли необходимость в повторном проведении проверки конструкции съемных протезов после исправления допущенной ошибки.</p> <p>20 У пациентки А. при объективном обследовании полости рта была отмечена следующая картина: равномерная резкая атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти, подвижная слизистая оболочка прикреплена почти на уровне гребня альвеолярного отростка.</p> <p>Укажите тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера.</p> <p>21. Пациент Е., 63 лет обратился в клинику с целью протезирования.</p> <p>При обследовании полости рта выявлено полное отсутствие зубов на обеих челюстях. При осмотре альвеолярного отростка нижней челюсти установлено, что альвеолярный отросток полностью атрофирован, уздечки нижней губы и языка сближены, боковые уздечки прикрепляются посредине тела челюсти. Переходная складка не определяется почти на всем протяжении, она лишь несколько выражена в области моляров. Отмечается наличие «болтающегося гребня» слизистой оболочки в области жевательных</p>
--	--	--

		<p>групп зубов слева и справа. На верхней челюсти имеется полный съемный протез, изготовленный год назад. Укажите тип беззубой нижней челюсти по Курляндскому. К какому типу по Суппли может быть отнесена слизистая оболочка.</p> <p>22. Пациентка И., 58 лет, обратилась с жалобами на плохую фиксацию полного съемного протеза на верхней челюсти. Объективно: атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти умеренная, скат его в области верхнечелюстных бугорков справа и слева, резко выражен, с навесом. При осмотре полости рта с наложенным базисом протеза видны слепые ямки. Границы базиса доходят до наиболее выступающих участков ската. Укажите чем можно объяснить появление жалоб пациентки при протезировании. Укажите тактику врача.</p> <p>23. Пациент Н. 60 лет. Жалобы на частые переломы базиса полного съемного протеза верхней челюсти. При осмотре полости рта установлено: умеренная степень атрофии альвеолярного отростка, альвеолярные бугры не выражены, небо средней глубины с выраженным торусом. Ранее изготовленный протез верхней челюсти имеет следы неоднократных починок. Протезы балансируют на челюсти. Укажите тактику врача. Назовите причину перелома. Укажите тип атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти по В.Ю.Курляндскому.</p> <p>24. Пациент 63 года, верхний зубной ряд интактный, на нижней челюсти отмечается полная потеря зубов. При обследовании установлено, что жевательная поверхность зубов 1.7, 1.6, 2.5, 2.6, 2.7 расположена на 3 мм ниже жевательной поверхности рядом стоящих зубов. Зубы устойчивы. Зубы на нижней челюсти удалены месяц назад. Ранее съемными протезами не пользовался. В чем будет заключаться особенность ведения данного больного?</p>
--	--	---

		<p>25. Пациент Н. 60 лет. Пользуется протезом более 7 лет. Жалобы на частые переломы полного съемного протеза верхней челюсти. При осмотре полости рта установлено: умеренная степень атрофии альвеолярного отростка, верхнечелюстные бугры не выражены, небо средней глубины с выраженным торусом. Ранее изготовленный протез верхней челюсти имеет следы неоднократных починок. Протез балансирует на челюсти. Укажите тактику врача.</p>
<p>ПК-2. Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности.</p>	<p>Задания закрытого типа</p>	<p>001 при подозрении на наличия оставшихся не удаленных корней под слизистой оболочкой следует провести аппаратный метод обследования а) панорамную рентгенографию челюсти б) периотестометрию в) пробу ряховского г) определение цвета зубов</p> <p>002 протетическая плоскость в боковых отделах параллельна линии а) камперовской б) улыбки в) зрачковой г) альвеолярного гребня</p> <p>003 при подозрении на наличия оставшихся не удаленных корней под слизистой оболочкой следует провести аппаратный метод обследования а) рентгенографию челюсти б) функциографию в) пробу ряховского г) доплерографию</p> <p>004 по супли плотная с хорошо выраженным подслизистым слоем слизистая оболочка протезного поля относится к классу а) 1 б) 3 в) 4 г) 2</p> <p>005 базис съёмного пластиночного протеза при полном отсутствии зубов изготавливается из а) пластмассы б) воска в) фарфора г) каучука</p> <p>006 искусственные гарнитурные зубы соединяются с базисом пластмассового съемного протеза а) химически б) механически в) с помощью клея г) с помощью крепёжных элементов</p>

		<p>007 частичный съемный пластиночный протез состоит из</p> <p>а) базиса, удерживающих элементов (кламмеров), искусственных зубов</p> <p>б) базиса, удерживающих элементов (кламмеров), цельнокерамических ко) онок</p> <p>в) базиса, удерживающих элементов (кламмеров), ограничителей базиса</p> <p>г) базиса, удерживающих элементов (кламмеров), ответвлений</p> <p>008 граница базиса съемного протеза с вестибулярной стороны проходит</p> <p>а) по переходной складке, обходя подвижные тяжи слизистой оболочки и уздечки</p> <p>б) перекрывая подвижные тяжи слизистой оболочки и уздечки</p> <p>в) перекрывая только уздечки</p> <p>г) перекрывая подвижные тяжи слизистой оболочки</p> <p>009 при изготовлении съемного протеза все сохранившиеся боковые зубы с оральной стороны перекрываются базисом на</p> <p>а) $\frac{2}{3}$</p> <p>б) $\frac{1}{3}$</p> <p>в) $\frac{1}{2}$</p> <p>г) $\frac{3}{4}$</p> <p>010 при ортогнатическом прикусе передние зубы верхней челюсти базис протеза перекрывает на</p> <p>а) $\frac{1}{3}$</p> <p>б) $\frac{1}{2}$</p> <p>в) $\frac{1}{4}$</p> <p>г) $\frac{2}{3}$</p> <p>011 оптимальное расположение кламмерной линии на верхней челюсти</p> <p>а) диагональное</p> <p>б) поперечное</p> <p>в) саггитальное</p> <p>г) вестибулооральное</p> <p>012 оптимальное расположение кламмерной линии на нижней челюсти</p> <p>а) поперечное</p> <p>б) саггитальное</p> <p>в) вестибулооральное</p> <p>г) диагональное</p> <p>013 припасовка частичного съемного пластиночного протеза производится</p> <p>а) врачом в полости рта</p> <p>б) зубным техником на модели</p> <p>в) врачом в полости рта, зубным техником на модели</p> <p>г) врачом сначала на модели, затем в полости рта</p> <p>014 индивидуальная ложка изготавливается из</p> <p>а) пластмассы</p>
--	--	---

		<p>б) гипса в) лавакса г) оттискной массы</p> <p>015 функциональные пробы по гербсту применяют на этапах а) припасовки индивидуальных ложек; получение функциональных оттисков б) припасовки индивидуальных ложек; коррекции протеза в) получение функциональных оттисков; определения центрального соотношения г) припасовки индивидуальных ложек; замены воска на пластмассу</p> <p>016 в первое посещение, при полном отсутствии зубов, после диагностических исследований и принятия решения о протезировании приступают к а) снятию анатомических оттисков для изготовления индивидуальных оттисковых ложек б) определению центрального соотношения при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками в) снятию функциональных оттисков при помощи индивидуальных ложек г) постановке искусственных зубов на воске</p> <p>017 во второе посещение, при изготовлении полных съемных пластиночных протезов, проводят а) припасовку индивидуальных ложек и получение функциональных оттисков б) получение анатомических оттисков в) определение центрального соотношения при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками г) припасовку и наложение полных съемных пластиночных протезов</p> <p>018 первая стадия полимеризации пластмассы а) песочная б) тянущихся нитей в) тестообразная г) затвердевания</p> <p>019 во второе посещение, при изготовлении полных съемных пластиночных протезов, проводят а) припасовку индивидуальных ложек и получение функциональных оттисков б) выверение окклюзионного взаимоотношения с помощью артикуляционной бумаги в) определение цвета и формы искусственных зубов г) припасовку и наложение полных съемных пластиночных протезов</p> <p>020 удержание съемного протеза на челюсти в покое называется а) фиксация б) адгезия</p>
--	--	--

		<p>в) стабилизация г) конгруэнтность</p> <p>021 удержание съемного протеза на челюсти во время функции называется</p> <p>а) стабилизация б) фиксация в) адгезия г) конгруэнтность</p> <p>022 системы крепления в съемной части протеза должны обеспечивать</p> <p>а) надежную фиксацию б) вертикальную опору в) горизонтальную устойчивость г) надежную ретенцию</p> <p>023 покрывные протезы показаны при</p> <p>а) при наличии на челюсти одиночно стоящих зубов или корней с резкой атрофией пародонта б) при наличии на челюсти одиночно стоящих корней с резкой атрофией пародонта в) при плохой гигиене полости рта г) отсутствие одного зуба</p> <p>024 покрывные протезы противопоказаны при</p> <p>а) сомнительном прогнозе функциональной пригодности опорных зубов б) необходимости специальной предварительной подготовки опорных тканей оставшихся зубов в) плохой гигиене полости рта г) при отсутствии мануальных навыках пациента</p> <p>025 элементы, используемые в покрывных протезах</p> <p>а) съемные б) ретенционные в) замковые г) несъемные</p> <p>26. Больная С., 61 год обратилась в клинику с жалобами на «смещение» полных съемных протезов верхней и нижней челюстей при круговых жевательных движениях и при даже незначительной односторонней нагрузке. Из анамнеза: протезы наложены 6 дней назад. Фиксация протезов со слов больной удовлетворительная.</p> <p>Задание: 1) Какой момент, определяющий функциональную эффективность полных съемных протезов, в данном случае нарушен? 2) Факторы, обеспечивающие устойчивость протезов во время жевательной функции.</p>
--	--	--

		<p>3) Алгоритм действия врача по выявлению причин данных жалоб.</p> <p>4) Методы исправления допущенных ошибок.</p> <p>5) Дайте определение понятиям «стабильность» и «стабилизация» полных съемных протезов.</p> <p>27. Больной В., 61 год обратился к стоматологу-ортопеду с жалобами на боли в области вершины альвеолярного отростка верхней челюсти справа. Боль возникает при смыкании искусственных зубных рядов.</p> <p>Объективно: в области вершины альвеолярного отростка справа отмечается участок слизистой оболочки размеров мм, болезненный при пальпации. На базисе протеза в этой области краев или шероховатостей не обнаружено.</p> <p>Задание: 1) Поставьте диагноз.</p> <p>3) Составьте алгоритм действий врача по устранению выявленных жалоб.</p> <p>28. Больному В., 63 года наложены и припасованы съемные протезы на верхнюю и нижнюю челюсть. Проверена коррекция окклюзионных контактов.</p> <p>Задание: 1) Какие наставления о правилах использования протезами вы дадите больному?</p> <p>2) Когда назначите больного на первичную коррекцию протезов?</p> <p>3) Каков план использования протезами в лечении этого периода?</p> <p>4) В какие сроки проводится последующие коррекции протезов?</p> <p>5) После какого числа коррекции возникает необходимость переделки протезов, если жалобы не исчезают?</p> <p>6) Чем отмечается на слизистой протезного ложа участка протеза, причиняющие боли или наminy?</p> <p>7) Каким инструментом удаляются на протезе участки, причиняющие боль?</p> <p>29. Больной Ю., 74 года после наложения полных съемных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти поинтересовалась у врача: 1) каковы сроки адаптации к протезам; 2) факторы, влияющие на сроки адаптации.</p> <p>Задание: 1) Что, по вашему мнению, должен был ответить врач?</p> <p>2) Как изменяются сроки адаптации при повторном протезировании?</p> <p>30. Больной В., 58 лет педагог после наложения полных съемных протезов обратился к врачу с</p>
--	--	---

		<p>просьбой дать совет для ускорения процесса восстановления образования звуков и четкости их произношения.</p> <p>Задание: 1) Опишите рекомендации врача. 2) Какие фазы адаптации различает В.Ю. Курляндский (1962) 3) Дайте характеристику этих фаз и периоды их наступления и окончания. 4) Методы определения жевательной эффективности полных съемных протезов (С.Е. Гельмана, С.И. Рубинова)</p> <p>31. Больная К., 52 года рабочая, обратилась в клинику с жалобами на боли в области уздечки верхней губы и переходной складки слева. День назад были наложены полные съемные протезы.</p> <p>Объективно: При внешнем осмотре – изменений нет. При осмотре слизистой оболочки полости рта установлены гиперемия, отек уздечки верхней губы и гиперемия в области щечного тяжа слева. Губная уздечка верхней губы и щечные тяжи прикреплены на 2 мм выше вершины альвеолярного отростка.</p> <p>При осмотре протезов в полости рта установлено, что фиксация и стабильность протезов удовлетворительная. Граница базиса протеза верхней челюсти удлинены в области уздечки и щечного тяжа.</p> <p>Задание: 1) Поставьте диагноз. 2) Назовите наиболее вероятную причину травм в данном случае. 3) Выберите метод коррекции протезов и обоснуйте его. 4) Границы базисов верхней и нижней челюсти. 5) При каком типе беззубой верхней челюсти можно уменьшить границы протеза? Обоснуйте это.</p>
	<p>Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования Задания на дополнения</p>	<p>1. преимущество замковых креплений а) опорный зуб покрывается коронкой б) жесткая фиксации в) возможность активации г) наличие высокотехнологичного оборудования и высокая стоимость самого замкового крепления</p> <p>2. телескопическая коронка - это а) система из двух коронок, одна из которых зацементирована на отпрепарированном опорном зубе, другая находится в каркасе съемной части протеза б) конусная первичная коронка в) система из коронки, которая зацементирована на</p>

		<p>опорном зубе и магнитного фиксатора, находящегося в съёмной части протеза</p> <p>г) система из коронки, которая зацементирована на опорном зубе и механического устройства, находящегося в съёмной части протеза</p> <p>д) фрагмент коронки зуба</p> <p>3. телескопическая система фиксации с конусными стенками и фрикционными штифтами показана</p> <p>а) в любых случаях протезирования съёмными конструкциями</p> <p>б) в любых случаях протезирования съёмными конструкциями при наличии на челюсти одиночно стоящих зубов</p> <p>в) в любых случаях протезирования съёмными конструкциями при наличии на челюсти одиночно стоящих зубов со степенью атрофии до 2/3 длины корня.</p> <p>г) при высоте первичной коронки не менее 5мм</p> <p>4. первая коррекция покрывного протеза проводится</p> <p>а) на следующий день после наложения протеза</p> <p>б) на основании жалоб пациента</p> <p>в) через неделю после наложения протеза</p> <p>г) через месяц после наложения протеза</p> <p>5 подготовительный этап реабилитации больных с одиночно сохранными на челюстях зубами и корнями включает в себя</p> <p>а) выяснение финансовых возможностей пациента</p> <p>б) санационные мероприятия</p> <p>в) восстановление высоты нижнего отдела лица с помощью временных съёмных зубных протезов</p> <p>г) подготовка опорных зубов под штифтовые конструкции</p> <p>6. Больной К., 69 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на полное отсутствие зубов на обеих челюстях, невозможность пережевывания пищи. Имеющиеся заболевания: сахарный диабет, хронический гастрит, почечно-каменная болезнь, анемия. Из анамнеза заболевания: зубы удалял в связи с их значительной подвижностью. Задание: какие из вышеперечисленных соматических заболеваний могут оказать влияние на функциональную эффективность протезирования? Обоснуйте ответ.</p> <p>7. Больная С., 75 лет обратилась к врачу стоматологу-ортопеду с жалобами на полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти.</p>
--	--	---

		<p>На состояние каких систем и органов врачу следует обратить особое внимание при сборе анамнеза жизни у данной больной, чтобы обеспечить успех лечения? Обоснуйте ответ.</p> <p>8. При сборе анамнеза заболевания врач попросил пациента с полным отсутствием зубов ответить на следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Когда впервые начали беспокоить зубы?2. Какие жалобы предъявлял больной при этом?3. Какое проводилось лечение терапевтическое и хирургическое?4. Когда впервые проводилось ортопедическое лечение, причины, основные конструкции протезов? <p>Полностью ли провел врач сбор анамнеза заболевания?</p> <p>Если нет, то на какие основные вопросы врача необходимо было еще ответить больному?</p> <p>9. Больной П. 72 года обратился с жалобой на эстетические нарушения внешнего вида. Эти нарушения больной заметил 1,5 года назад, пользуясь полными съемными протезами в течении 7 лет. Других жалоб не предъявляет.</p> <p>При внешнем осмотре врач констатировал: носогубные и подбородочные складки резко выражены, углы рта опущены, губы смыкаются с некоторым напряжением, нижняя челюсть слегка выступает.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Всегда ли характерна такая клиническая картина для пациентов, пользующихся полными съемными протезами?2. Каковы причины изменений анатомических ориентиров приротовой области у данного пациента? Обоснуйте ответ. <p>10. С целью выяснения объективных факторов, влияющих на успех протезирования пациенту Р. обратившемуся в клинику с жалобами на полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, врачом были заданы следующие вопросы : причины отсутствия зубов (этиологический фактор) и состояние некоторых систем и органов.</p> <p>Какие еще вопросы следовало задать пациенту, при сборе анамнеза жизни и заболевания (при субъективном обследовании, при опросе), чтобы полностью выяснить патогенез заболевания?</p> <p>11. Больной М, 62 г. обратился в клинику с жалобой на затрудненное пережевывание пищи имеющимися полными съемными протезами верхней и нижней челюстей, быструю «утомляемость» жевательных мышц, эстетический дефект.</p>
--	--	---

		<p>Из анамнеза: протезами пользуется в течении 8,5 лет. Предъявляемые жалобы появились года 1,5 назад.</p> <p>Объективно: носогубные складки резко выражены, углы рта опущены, подбородок выступает значительная стираемость искусственных пластмассовых зубов протеза.</p> <p>Задание: 1. Поставить предварительный диагноз. 2. Какие еще исследования надо провести для постановки окончательного диагноза? 3. Какие изменения произошли в ВНЧС?</p> <p>12. Больной В. 72 года обратился в клинику с целью протезирования.</p> <p>Из анамнеза: 7 месяцев назад были удалены оставшиеся на челюстях зубы в связи с их значительной подвижностью. Не протезировался.</p> <p>Объективно: имеется ЭМГ до удаления оставшихся зубов и ЭМГ в момент обращения к стоматологу – ортопеду.</p> <p>Вопросы: 1. Что регистрирует ЭМГ (ответ: функциональное состояние жевательных мышц путем записи их биопотенциалов). 2. По каким показателям проводится анализ ЭМГ (ответ : измерение амплитуды биопотенциалов частоты колебания в 1, формы кривой ЭМГ, отношения активной фазы к фазе покоя). 3. Как изменилась биоэлектрическая активность жевательных мышц в течение этих 7 месяцев ответ – снизилась; фаза биоэлектрического покоя преобладает над периодом активности.</p> <p>13. У пациентки С., 73 года при объективном обследовании состояния костной ткани альвеолярного отростка беззубой верхней челюсти – высокий альвеолярный отросток, равномерно покрытый плотной слизистой оболочкой, хорошо выражены верхнечелюстные бугры, глубокое небо, слабо выраженный торус, высокое расположение переходной складки и точек прикрепления уздечки и щечных складок.</p> <p>Задание: 1. В чем преимущество использования классификации при оценке состояния беззубых челюстей? 2. Определите тип беззубой верхней челюсти в соответствии с классификацией Шредера. 3. Существует ли зависимость между временем после удаления зубов и степенью атрофии альвеолярного отростка (части)? Если да, то какая?</p>
--	--	---

		<p>4. Сколько типов беззубой верхней челюсти представлены в классификации Шредера, их характеристика?</p> <p>5. Какой тип беззубой верхней челюсти по Шредеру наименее благоприятен для фиксации протеза?</p> <p>14. У пациентки С., 73 лет при объективном обследовании состояния костной ткани альвеолярной части беззубой нижней челюсти выявлено: резкая равномерная атрофия всей альвеолярной части, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне верхнего края челюсти, высокое прикрепление уздечки и щечных тяжей.</p> <p>Задание: 1. Определить тип беззубой верхней челюсти в соответствии с классификацией Келлера.</p> <p>2. Сколько типов беззубой нижней челюсти представлены в классификации Келлера, их характеристика?</p> <p>3. Какой тип беззубой нижней челюсти по Келлеру наиболее благоприятен для фиксации протеза?</p> <p>4. Какой еще фактор, кроме типа беззубой челюсти, имеет значение для фиксации протеза на беззубой челюсти?</p> <p>15. В зависимости от степени атрофии предложены различные формы вестибулярного ската альвеолярного отростка (части) беззубых челюстей.</p> <p>Задание: 1. Какие формы вестибулярного ската беззубой челюсти Вы знаете?</p> <p>2. Какая форма вестибулярного ската наиболее благоприятна для достижения фиксации протеза на беззубой челюсти?</p> <p>3. Выберите правильный ответ.</p> <p>Наиболее благоприятными для обеспечения восприятия и обеспечения фиксации жевательного давления являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - альвеолярный отросток (часть) умеренной высоты и широкий; - альвеолярный отросток (часть) не очень высокий и узкий; - альвеолярный отросток (часть) умеренной высоты и узкий; - альвеолярный отросток не очень высокий и узкий. <p>16. В процессе объективного обследования пациентов с полным отсутствием зубов большое значение придается определению морфологических и функциональных особенностей строения тканей протезного ложа.</p>
--	--	--

		<p>1. На какие анатомо-топографические зоны(области) подразделяется протезное ложе верхней челюсти?</p> <p>2. Определите границы каждой из этих зон.</p> <p>3. Какие анатомические образования находятся в каждой зоне, которые необходимо учитывать при получении оттисков и оформлении границ полного съемного протеза на верхней челюсти?</p> <p>17. Одной из важных анатомо-топографических зон протезного ложа верхней челюсти являются твердое и мягкое небо.</p> <p>1. Какие анатомические образования имеются на твердом небе, которые необходимо учитывать при конструировании полных съемных протезов на верхнюю челюсть?</p> <p>2. Формы небного турса и варианты локализации (по К.Л. Хайту).</p> <p>3. Способы изоляции небного турса (лабораторный и клинические).</p> <p>4. Вибрирующая зона «А» линия «А», определение понятий; вариации расположения линии «А» в зависимости от формы костной основы твердого неба.</p> <p>5. Максимальная ширина зоны «А» (по Ш.И. Городецкому).</p> <p>18. Анатомо-топографические особенности строения мягкого неба:</p> <p>а) какие образования на мягком небе служат ориентиром для определения границы заднего края полного съемного протеза верхней челюсти?</p> <p>б) на сколько миллиметров дистальный край полного протеза должен перекрывать слепые ямки.</p> <p>в) продолжите предложение: чем выше небный свод, тем располагается линия «А» и тем ее изгиб;</p> <p>г) какие формы ската мягкого неба различают?</p> <p>19. Анатомо-топографические особенности строения нижней беззубой челюсти.</p> <p>а) На какие анатомо-топографические зоны (области) подразделяется беззубая нижняя челюсть?</p> <p>б) Определите границы каждой из этих зон (областей).</p> <p>в) Какие анатомические образования находятся в каждой из этих зон (областей), которые необходимо учитывать при получении оттисков и оформлении краев полного съемного протеза на нижнюю челюсть.</p> <p>г) Топография «щечного кармана» (щели) и его функциональное значение.</p>
--	--	---

		<p>д) Что представляет собой «зона модиолуса», какие мышцы участвуют в его образовании, функциональное значение?</p> <p>е) Строение слизистого бугорка ретромолярной зоны (области).</p> <p>ж) Крыло-нижнечелюстная складка, прикрепление, функциональное значение.</p> <p>з) Обоснование необходимости перекрытия ретромолярного бугорка краем протеза.</p> <p>20. Позадиаальвеолярная и собственно подъязычная область.</p> <p>1) Методика определения возможности создания «крыла» протеза в позадиаальвеолярной области.</p> <p>2) Внутренняя косая линия – варианты расположения по отношению к вершине альвеолярной части. Способы устранения травмы слизистой оболочки в этой области базисом протеза.</p> <p>3) Экзостозы, определение понятия, топография (расположения). Действия врача и зубного техника при наличии экзостозов.</p> <p>21. У больного Ф., 62 лет с полным отсутствием зубов на верхней челюсти имеется рыхлая, резкоподатливая, гиперемированная, хорошо увлажненная слизистая оболочка.</p> <p>Задание: 1) К какому классу относил Суппли такую слизистую оболочку?</p> <p>2) Как назвал он этот класс?</p> <p>3) При каких заболеваниях наиболее часто встречается такой класс слизистой?</p> <p>4) Какие классы слизистой протезного ложа выделил Суппли, их название и характеристика.</p> <p>5) Какой класс наиболее благоприятен для протезирования?</p> <p>22. У больного С., 65 лет с полным отсутствием зубов на нижней челюсти имеется в области отсутствующих передних зубов, легко смещающаяся в сторону при захвате пинцетом слизистая оболочка.</p> <p>Задание: 1) К какому классу относил Суппли такую слизистую оболочку протезного ложа?</p> <p>2) Как он назвал этот класс?</p> <p>3) В каких областях протезного ложа наиболее часто встречается этот класс?</p> <p>4) При каких заболеваниях зубочелюстной системы встречается этот класс?</p> <p>5) Объясните патогенез данного класса слизистой оболочки.</p> <p>6) Чего лишены мягкие ткани, находящиеся на вершине альвеолярного отростка</p>
--	--	---

		<p>(части) в данном клиническом случае.</p> <p>23. С целью детального изучения степени податливости слизистой оболочки протезного ложа больного К., 69 лет было применено устройство, предложенное А.П. Вороновым и полученные следующие параметры: в области.... слизистая протезного ложа обладает наименьшей податливостью, ее величина равна...., а в области... наибольшей податливостью, ее величина.</p> <p>Задание: 1) На какие зоны Люнд делит всю слизистую оболочку протезного ложа, их топография, характеристика.</p> <p>2) Чем Люнд объяснял различную степень податливости слизистой оболочки?</p> <p>24. При внутриротовом обследовании ротовой полости больного У., 53лет врач особое внимание уделил степени податливости слизистой протезного ложа.</p> <p>Задание: 1) Обоснуйте необходимость проведения данного обследования у больного.</p> <p>2) Какие способы определения степени податливости слизистой вы знаете?</p> <p>3) Дайте определение понятию «буферные зоны» (по Гаврилову).</p> <p>4) Чем объяснил Е.И. Гаврилов различную степень податливости слизистой оболочки протезного ложа.</p> <p>5) Как называется прибор для определения порога болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа?</p> <p>6) Какое клиническое значение имеют данные о чувствительности слизистой оболочки?</p> <p>25. Больная Т., 61 год, обратилась в клинику с жалобами на плохую фиксацию во время разговора, изготовленного 2 дня назад полного съемного протеза верхней челюсти.</p> <p>Объективно: II тип беззубой челюсти по Шредеру; I класс слизистой оболочки по Суппли.</p> <p>Граница протеза с вестибулярной стороны не покрывает пассивно-подвижную слизистую и не контактирует с куполом переходной складки.</p> <p>Вопросы: 1) Дайте определение понятию «фиксация» полного съемного протеза.</p> <p>2) Перечислите методы фиксации протезов при полном отсутствии зубов.</p> <p>3) Нарисуйте схему неправильного и правильного расположения края протеза на верхней челюсти.</p>
--	--	---

		<p>Задание: 1) В чем заключена ошибка, допущенная врачом? 2) Какими методами можно исправить допущенную ошибку?</p> <p>26. Больная З. 75 лет, обратилась с жалобами на плохую фиксацию съемного протеза в покое и во время разговора. Анамнез: протез изготовлен 2 недели назад; фиксация протеза сразу была неудовлетворительной. Объективно: I тип беззубой челюсти по Шредеру, II класс слизистой оболочки по Суппли. Форма вестибулярного ската - с навесами. Небный свод глубокий. При наложении протеза на челюсть границы его с вестибулярной стороны доходят до наиболее выступающих участков ската, особенно в области верхнечелюстных бугров. Вопросы: 1) Правильно ли оформлены границы базиса протеза у данной больной? 2) Каковы должны быть границы края протеза с вестибулярной стороны в данном клиническом случае? 3) За счет каких факторов должен фиксироваться протез верхней челюсти?</p> <p>Задание: 1) Нарисуйте топографию слизистой оболочки при полном отсутствии зубов: а) неподвижную, б) пассивно-подвижную, в) активно-подвижную. 2) Нарисуйте схему границы края протеза с вестибулярной стороны у данного больного.</p> <p>27. Больная Щ., 56 лет обратилась с жалобами на «сбрасывание» полного съемного протеза верхней челюсти при широком открывании рта и «резких движениях губ и щек». В покое протез фиксируется удовлетворительно. Объективно: I тип беззубой челюсти по Шредеру. I класс слизистой оболочки по Суппли. Границы протеза верхней челюсти с вестибулярной стороны покрывает пассивно-подвижную слизистую оболочку, несколько сдавливая ее и контактирует с куполом переходной складки. По границе базиса протеза с вестибулярной стороны не учтены анатомические образования слизистой. Вопросы: 1) Какие анатомические образования слизистой оболочки имеются на верхней челюсти в области преддверия полости рта, где она располагается? 2) при взаимодействии с круговой мышцей рта, они обуславливают движение губ -</p>
--	--	---

		<p>..., при взаимодействии с щечными мышцами – смещают -...</p> <p>3) Когда учитывается движение названных мышц?</p> <p>4) Какое анатомическое образование способствует сбрасыванию протеза при сильном открывании рта; где оно расположено?</p> <p>Задание: 1) Как исправить допущенные ошибки?</p> <p>28. Больная Л., 62 лет обратилась с жалобами на «опрокидывание» дистального края полного съемного протеза верхней челюсти при откусывании пищи.</p> <p>Объективно: форма ската мягкого неба пологая. При надавливании на режущие края верхних передних зубов протеза в вестибулярном направлении дистальный край протеза смещается вниз. Дистальный край протеза не доходит до слепых ямок на 1мм.</p> <p>Задание: 1) Нарисуйте варианты классификации линии «А».</p> <p>2) Нарисуйте формы ската мягкого неба.</p> <p>3) Обоснуйте причину «опрокидывания» дистального края протеза.</p> <p>4) Как исправить допущенную ошибку?</p> <p>Вопросы: 1) Где должен проходить дистальный край съемного протеза верхней челюсти?</p> <p>2) На сколько миллиметров край протеза должен перекрывать слепые ямки?</p> <p>3) От чего зависит степень возможного удлинения дистального края протеза верхней челюсти?</p> <p>29. Больной Л., 67 лет обратился с жалобами на неудовлетворительную фиксацию полного съемного протеза верхней челюсти.</p> <p>Из анамнеза выяснилось: протез наложен 2 дня назад.</p> <p>Объективно: II тип беззубой полости по Шредеру. II тип слизистой по Суппли. Вестибулярный скат альвеолярного отростка – пологий. Край протеза доходит до верхней границы нейтральной зоны.</p> <p>Вопросы: 1) Методы укрепления полных протезов на челюстях.</p> <p>2) Сущность этих методов.</p> <p>3) Факторы, влияющие на силу прилипания.</p> <p>4) Величина (в среднем) сила прилипания, функциональной присасываемости.</p> <p>Задание: 1) Методики улучшения фиксации протеза данной больной.</p> <p>30. Больной Т., 66 лет обратился с жалобами на смещение полного съемного протеза вверх и вперед при минимальном открывании рта.</p> <p>Объективно: II беззубой челюсти по Келлеру. II тип слизистой оболочки по Суппли.</p>
--	--	---

		<p>Задание: 1) Причины смещения протеза вперед и вверх. 2) Как устранить смещение протеза? Вопросы: 1) Какими вспомогательными средствами можно улучшить фиксацию протезов (общее название группы)? 2) В каких фармакологических формах выпускаются эти материалы? 3) Сколько раз в сутки необходимо наносить эти вещества на базис протеза для получения фиксирующего эффекта?</p> <p>31. Больная В., 62 лет обратилась с целью протезирования. Из анамнеза: съемными протезами не пользовалась. Сопутствующих заболеваний не отмечает. Объективно: лицо симметрично, при внешнем осмотре патология не обнаружена. При осмотре полости рта: I тип беззубой верхней челюсти, III тип беззубой нижней челюсти. Резко выраженный небный торус. Слизистая над торусом не изменена. Диагноз: полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях.</p> <p>Задание: 1) Составьте алгоритм последующих клинических этапов протезирования. Вопросы: 1) Дайте определение понятиям «оттиск»; «стандартная оттискная ложка». 2) Какими оттискными материалами целесообразно получать анатомические (предварительные, ситуационные) оттиски? 3) Почему оттискная ложка для получения оттиска альгинатной массой не перфорирована? 4) Основные этапы получения анатомического оттиска.</p> <p>32. Больному Т., 65 лет проводится ортопедическое лечение в связи с полным отсутствием зубов на верхней и нижней челюстях. В прошлое посещение в соответствии с записью в амбулаторной карте ему получены анатомические оттиски с беззубых челюстей стандартными оттискными ложками альгинатной массой «Уреен».</p> <p>Задание: 1) Укажите дальнейшие действия зубного техника, врача (второе посещение) 2) Обоснуйте необходимость изготовления индивидуальных ложек.</p> <p>Вопросы: 1) Материалы для изготовления индивидуальных ложек</p>
--	--	--

		<p>(по группам) и основные представители, их характеристика.</p> <p>2) Методы изготовления индивидуальных ложек на беззубые челюсти.</p> <p>3) Каким оттискным материалом целесообразно получать оттиски при значительной атрофии альвеолярной части? Обоснуйте.</p> <p>33. Больной А., 66 лет проводится припасовка жесткой индивидуальной ложки на беззубую верхнюю челюсть.</p> <p>Объективно: I тип беззубой челюсти по Шредеру. II класс слизистой оболочки протезного ложа по Суппли. Вестибулярный скат альвеолярного отростка – пологий</p> <p>Задание: 1) Опишите границы индивидуальной ложки на верхнюю челюсть с вестибулярной и небной стороны при данных анатомо-топографических условиях.</p> <p>2) Составьте алгоритм припасовки и индивидуальной ложки по Гербсту и методику ее коррекции.</p> <p>Вопросы: 1) Каким инструментарием можно проводить коррекцию ложки?</p> <p>2) Если ложка при первоначальном наложении на беззубую верхнюю челюсть не фиксируется при полуоткрытом рте следует подумать о...?</p> <p>34. Больному П., 72 лет при припасовке жесткой индивидуальной ложки на беззубую верхнюю челюсть с помощью функциональных проб по Гербсту выяснилось: 1. смещение оттисковой ложки при открывании рта (проба 2); 2. сбрасывание ложки при вытягивании губ трубочкой (звук «у») (проба 3).</p> <p>Задание: 1. Причина смещения ложки при пробе 2 область коррекции.</p> <p>2. Причина сбрасывания ложки при пробе 3, область (зона) коррекции.</p> <p>Вопросы: 1. Толщина краев индивидуальной ложки, необходимая для создания объемности оттиска.</p> <p>2. Целью припасовки индивидуальной ложки является...? (создание условий для функционального присасывания протеза).</p> <p>3. Критерии в оценке качества припасовки индивидуальной ложки? (фиксация ложки на челюсти при разговоре, ограниченном открывании рта, проглатывании слюны).</p> <p>35. Больному В., 69 лет в процессе припасовки жесткой индивидуальной ложки на беззубую</p>
--	--	---

		<p>нижнюю челюсть с помощью функциональных проб по Герберу выяснилось: после введения ложки в полость рта и наложении на протезное ложе при полуоткрытом рте ложка не остается на месте.</p> <p>Задание: 1) Каковы действия врача? После соответствующей коррекции, а именно какой? ложка фиксируется на челюсти. При проведении 2-ой пробы – глотание – ложка «сбрасывалась». Причина «сбрасывания» ложки и зона коррекции.</p> <p>Вопросы: 1) Оттискные материалы, используемые для получения оттисков (анатомических и функциональных) их характеристика.</p> <p>2) Классификация оттисков по Е.И. Гаврилову.</p> <p>36. Больной П., 69 лет протезируется полным съемным протезом на верхнюю челюсть. Проводится клинический этап - получение функционального оттиска.</p> <p>Объективно: II тип беззубой челюсти по Гербсту. II класс слизистой оболочки протезного ложа по Суппли. Небный свод не глубокий, торус не пальпируется. Врач счел целесообразным получить компрессионный оттиск.</p> <p>Вопросы: 1) Согласны ли Вы с мнением врача? Какой функциональный оттиск по-вашему мнению целесообразно получить на основании данных клинического обследования?</p> <p>2) Опишите методику получения этого оттиска. Какие оттискные материалы нужно применять в данном случае?</p> <p>37. Больной К., 75 лет протезируется полным съемным протезом на верхнюю челюсть. Проводится этап - получение функционального оттиска.</p> <p>Объективно: III тип беззубой челюсти по Шредеру. I класс слизистой по Суппли. Небо плоское, торус хорошо выражен.</p> <p>Задание: 1) Какой функциональный оттиск необходимо получить при данной клинической картине?</p> <p>2) Опишите этапы получения такого оттиска.</p> <p>3) Обоснуйте целесообразность получения такого оттиска.</p> <p>38. Больной А., 73 лет протезируется полными съемными протезами на верхнюю челюсть. Врачом проводится клинический этап получения функционального оттиска.</p> <p>Объективно: II тип беззубой челюсти по Шредеру. В задней трети твердого неба слизистая</p>
--	--	--

		<p>оболочка обладает значительной податливостью («подушки»).</p> <p>Задание: 1) Особенности получения функционального оттиска данному больному?</p> <p>1) Обоснуйте правильность выбранного Вами метода получения оттиска.</p> <p>39. Больной В., 59 лет протезируется полным съемным протезом на нижнюю челюсть. Необходимо получить функциональный оттиск. Объективно: III тип беззубой челюсти по Келлеру. III класс слизистой в области передней части альвеолярного отростка. (???)</p> <p>Задание: 1) Особенности подготовки анатомической модели.</p> <p>2) Особенности подготовки жесткой индивидуальной ложки.</p> <p>3) Материалы, применяемые в данной методике получения функционального оттиска.</p> <p>4) Обоснуйте правильность выбора Вашей методики получения оттиска.</p> <p>40. Больной С., 74 лет протезируется полным съемным протезом на нижнюю челюсть. На предыдущем приеме врачом были получены анатомические оттиски с верхнего зубного ряда (имеется частичный пластиночный протез, изготовленный 0,5 года назад; больной пользуется им хорошо) и предварительный оттиск с нижней челюсти альгинатной массой.</p> <p>Объективно: I тип беззубой челюсти по Келлеру. II класс по Суппли.</p> <p>Задание: 1) Опишите последующие лабораторные и клинические этапы протезирования данного больного (до этапа определения центрального соотношения).</p> <p>2) Каким материалом считаете целесообразно получить функциональный оттиск с нижней челюсти у данного больного?</p> <p>3) Обоснуйте ваше решение.</p> <p>4) Что представляет собой «функционально-тонический» оттиск (метод «объемного моделирования»). Какой материал используется для его получения? Показания и применение данного метода.</p> <p>41. Больной К., 68 лет протезируется полными съемными протезами на верхней и нижней челюсти. На предыдущем посещении врача-ортопеда были получены анатомические оттиски.</p> <p>Задание: 1) Назовите последующий этап протезирования.</p>
--	--	--

		<p>2) Назовите общепринятые в настоящее время два способа получения функциональных компрессионных оттиска.</p> <p>3) Какой способ является оптимальным?</p> <p>4) Что необходимо изготовить в лаборатории для проведения этого способа?</p> <p>42. У больного К., 68 лет в предыдущее посещение врача-ортопеда были получены функциональные оттиски с беззубых челюстей. Задание: 1) Назовите последующий лабораторный этап изготовления полных съемных протезов.</p> <p>2) Назовите материалы, которые необходимо зубному технику для выполнения этого лабораторного этапа.</p> <p>3) Назовите последующий клинический этап протезирования данного больного.</p> <p>4) Определите список материалов, аппаратов и инструментария, необходимые врачу для проведения данного этапа.</p> <p>2. У больного В., 70 лет в предыдущее посещение врача-ортопеда были получены функциональные оттиски с беззубых челюстей. Задание: 1) Назовите последующий клинический этап протезирования данного больного.</p> <p>2) Что значит определить центральное соотношение беззубых челюстей - определение понятия.</p> <p>3) Какие задачи стоят перед врачом при определении центрального соотношения челюстей?</p> <p>4) Какие основные этапы включает «определение центрального соотношения челюстей»?</p> <p>43. Больной Л., 56 лет протезируется в связи с полным отсутствием зубов на обеих челюстях. В предыдущее посещение ему были получены анатомические оттиски. Из лаборатории врачом для проведения последующего клинического этапа получены жесткие индивидуальные ложки с восковыми окклюзионными валиками. Задание: 1) Какие функциональные оттиски (по степени давления слизистой протезного ложа) будет получать врач?</p> <p>2) Опишите этапы получения таких оттисков.</p> <p>3) Каким методом врачу целесообразно определять высоту нижнего отдела лица?</p> <p>4) За счет чего в данном случае будет передаваться давление на оттискную массу и</p>
--	--	---

		<p>индивидуальную ложку?</p> <p>44. Больной Щ., 59 лет с диагнозом «полное отсутствие зубов на обеих челюстях» назначен врачом-ортопедом на прием с целью определения центрального соотношения зубов анатомофизиологическим методом. Задание: 1) В каких плоскостях проводится определение центрального соотношения беззубых челюстей? 2) Что конкретно определяется в каждой из плоскостей? 3) Анатомические признаки правильности определения высоты нижнего отдела лица (высота прикуса). 4) Физиологические основы определения высоты нижнего отдела лица. 5) Приемы, способствующие правильному установлению центрального положения, нижней челюсти в сагиттальной и трансверзальной плоскостях.</p> <p>45. Больной В., 62 года протезируется в связи с полным отсутствием зубов на верхней и нижней челюстях. В данное посещение врачу предстоит определить центральное соотношение челюстей. Задание: 1) Дайте определение понятия «высота нижнего отдела лица» в положении центрального соотношения (h_0). 2) Дайте определение понятию «высота нижнего отдела лица в положении физиологического покоя (h_n). 3) Чему в среднем равна разница между h_0 и h_n? 4) С чего начинается определение высоты верхнего прикусного валика. 5) Как определяется уровень окклюзионной (протетической плоскости) и каким методом она формируется? 6) Каким аппаратом можно оформлять окклюзионную плоскость?</p> <p>46. Больному В., 67 лет с диагнозом полное отсутствие зубов на обеих частях проводится клинический этап – определение центральной окклюзии анатомо-физиологическим методом. Врачом-ортопедом построена протетическая плоскость. Задание: 1) Дальнейшие действия врача по определению центрального соотношения беззубых частей. 2) Каким образом проводится фиксация центрального соотношения челюстей?</p>
--	--	---

		<p>3) Какие ориентировочные линии наносят на окклюзионные валики и их назначение?</p> <p>4) Как проверяется правильность фиксации центрального соотношения?</p> <p>47. Больному Л., 63 года для определения высоты нижнего отдела лица в положении центрального соотношения врачом-ортопедом применен атропометрический метод Контаровича. Задание: 1) В чем суть этого метода? 2) Какие антропометрические методы определения высоты нижнего отдела лица Вы знаете, сущность этих методов.</p> <p>48. Больному Т., 71 год определение центрального соотношения беззубых челюстей проводится функционально-физиологическим методом. Задание: 1) В чем сущность этого метода? 2) Опишите метод определения центрального соотношения с помощью аппарата АОЦО (кратко).</p> <p>49. Больному К., 73 года определение центрального соотношения беззубых челюстей проводится функционально-рефлекторным методом. Задание: 1) Как определяется высота нижнего отдела лица при этом методе. 2) Как устанавливается положение нижней челюсти при этом методе? 3) Какой рефлекс играет ведущую роль в установке нижней челюсти в положении центрального соотношения?</p> <p>50. У больного С., 51 год с диагнозом «полное отсутствие зубов» на обеих челюстях в предыдущее посещение врача-ортопеда зафиксировано центральное соотношение челюстей анатомо-физиологическим методом. Задание: 1) Назовите последующие лабораторные этапы ортопедического лечения полных съемных протезов (до последующего клинического этапа). 2) В какие аппараты можно загипсовать модели, зафиксированные в клинике в положении центрального соотношения. Дайте характеристики этим аппаратам.</p> <p>51. В зуботехническую лабораторию поступила зафиксированные в положении центрального соотношения модели больного С., 59 лет у которого полностью отсутствуют зубы на верхней и нижней челюстях. Задание: 1) Какие ориентиры на зафиксированных центральном положении беззубых моделях с</p>
--	--	---

		<p>восковыми базами и окклюзионными валиками получил зубной техник от врача для конструирования искусственных зубных рядов?</p> <p>2) Взаимосвязь между формой лица и зубов по Уильямсу.</p> <p>3) Способы постановки искусственных зубных рядов.</p> <p>52. Больной Т., 68 лет обратился в клинику с жалобами на «балансирование» полных съемных протезов во время жевательных движений. Из анамнеза выяснено: полными протезами пользуется 8 дней. «Балансирование», «опрокидывание» протезов во время еды заметил сразу. Фиксация протезов верхней челюсти - хорошая, нижней челюсти – удовлетворительная. Задание: 1) Какой важный функциональный аспект нарушен врачом и зубным техником при постановке искусственных зубов?</p> <p>53. При проведении аттестации врачей – стоматологов-ортопедов и зубных техников комиссия выявила недостаточное знание законов артикуляции и окклюзии и возможностей их использования при конструировании зубных протезов. Задание: 1) Как называется наука, изучающая объективные закономерности механических движений материальных тел.</p> <p>2) Дайте определение понятиям «окклюзия», «артикуляция», центральная окклюзия. Определение понятия центр окклюзии по Гизи.</p> <p>3) Вертикальные движения нижней челюсти: мышцы, движения в суставах и зубных рядах.</p> <p>54. На ИГА по ортопедической стоматологии комиссия выявила недостаточное знание студентами биомеханики нижней челюсти. Задание: 1) Сагиттальные движения нижней челюсти: мышцы, окклюзионная поверхность и окклюзионная плоскость. Протетическая плоскость. Движения в суставах и зубных рядах. Окклюзионные кривые Шпее и Уилсона, их назначение по мысли этих авторов.</p> <p>2) Законы Бонвилля и Ганау.</p> <p>55. На зачете по теме «Биомеханика жевательного аппарата». Студент К., не смог ответить на вопрос: «Трансверзальные движения нижней челюсти».</p> <p>Задание: 1) Результатом сокращения каких мышц являются боковые движения нижней челюсти.</p>
--	--	---

		<p>2) Какая мышца сокращена при движении нижней челюсти вправо?</p> <p>3) Какие стороны принято различать при боковых движениях нижней челюсти?</p> <p>4) Боковые движения нижней челюсти, характеристика движений в суставе и зубных рядах.</p> <p>56. При конструировании искусственных зубных рядов стоматолог-ортопед и зубной техник руководствовались основными положениями теории балансирования.</p> <p>Задание: 1) Важнейшие представители теории балансирования.</p> <p>2) Основные требования теории балансирования.</p> <p>3) Кардинальный признак физиологической артикуляции по Бонвиллю.</p> <p>4) Каким образом врач и зубной техник на практике реализуют основные положения теории балансирования?</p> <p>5) Показания к применению аналитической постановки по Гизи.</p> <p>6) Критика теории балансирования.</p> <p>57. По конструированию искусственных зубных рядов стоматолог-ортопед и зубной техник руководствовались основными положениями сферической теории артикуляции.</p> <p>Задание: 1) Кто разработал сферическую теорию артикуляции?</p> <p>2) Основные положения этой теории.</p> <p>3) Математические обоснования сферической теории.</p> <p>4) Радиус сферической поверхности, предложенный автором.</p> <p>5) Методика постановки искусственных зубов по сферическим поверхностям при наклоне межальвеолярных линий в области боковых зубов более 16.</p> <p>6) Виды постановочных пластинок.</p> <p>7) В каких приборах можно проводить постановку искусственных зубов по сферическим поверхностям?</p> <p>58. Больной К., 59 лет протезируется полными съемными протезами по верхнюю и нижнюю челюсть. Лечащий врач стоматолог-ортопед в связи с значительной степенью атрофии альвеолярного отростка и альвеолярной части решил проводить конструирование искусственных зубных рядов по индивидуальным сферическим поверхностям.</p> <p>Задание: 1) Опишите алгоритм действий врача по созданию индивидуальных окклюзионных сферических поверхностей и зубного техника по постановке искусственных зубных</p>
--	--	--

		<p>рядов.</p> <p>2) В каком аппарате проводится постановка зубов, по сферическим поверхностям?</p> <p>3) При каком соотношении беззубых челюстей показан метод постановки зубов по сферической поверхности?</p> <p>59. Зубной техник Л., широко использует в своей практике способ постановки искусственных зубов, предложенный М.Е. Васильевым.</p> <p>Задание: 1) В чем суть этого способа?</p> <p>2) Каковы взаимоотношения оси искусственных зубов с вершиной альвеолярного отростка и альвеолярной части челюстей?</p> <p>3) Что обеспечивают такие взаимоотношения?</p> <p>4) Каковы взаимоотношения режущих краев и жевательной поверхности искусственных зубов с горизонтальной плоскостью.</p> <p>5) Что обеспечивает такие взаимоотношения?</p> <p>6) Что такое «функциональный разбег»?</p> <p>60. У Больного Ц., 63 года при объективном обследовании выявлено: прогенический профиль лица; значительная атрофия альвеолярной части нижней челюсти (II тип по Келлеру).</p> <p>Задание: 1) Чем можно объяснить такое соотношение челюстей?</p> <p>2) Как производится постановка искусственных зубов при нерезко выраженном прогеническом соотношении челюстей?</p> <p>3) Как производится постановка искусственных зубов при выраженном прогеническом соотношении челюстей?</p> <p>61. У больного Щ., 74 года при объективном обследовании выявлено прогнатическое соотношение челюстей.</p> <p>Задание: 1) Когда встречается такое соотношение?</p> <p>2) Особенности постановки искусственных зубов при прогнатии.</p> <p>1. Больной Т., 68 лет с диагнозом «полное отсутствие зубов на обеих челюстях» проводится клинический этап: Проверка конструкции протезов.</p> <p>Задание: 1) Из каких основных моментов складываются клинический этап «проверка конструкции протезов» при полном отсутствии зубов?</p> <p>2) На что следует обратить внимание при оценке качества моделей?</p> <p>3) Какие требования предъявляются к постановке искусственных зубов в окклюдаторе или артикуляторе?</p> <p>4) Какие требования предъявляются к восковому базису?</p>
--	--	--

		<p>5) Что контролируется при проверке воскового базиса с зубами в полости рта?</p> <p>62. При проверке конструкции полных съемных протезов в клинике врач отметил: несколько «удивленное» лицо; носогубные и подбородочные складки сглажены; «стук» зубов при разговорной пробе; щель в переднем отделе при разговорной пробе – менее 5мм, отсутствие просвета в состоянии физиологического покоя. Задание: 1) Допущена ли ошибка врачом? Если да, то, на каком этапе? 2) В чем заключается ошибка? 3) Как исправить данную ошибку (варианты).</p> <p>63. При проверке конструкции полных съемных протезов в полости рта стоматологом-ортопедом выявлены нарушения, связанные с положением высоты нижнего отдела лица (межальвеолярного пространства) Задание: 1) Опишите эстетические и функциональные нарушения, возникшие в результате понижения высоты нижнего отдела лица. 2) Как исправить возникшую ошибку (варианты)? 3) Возможные клинические симптомы, связанные с понижением высоты нижнего отдела лица.</p> <p>64. При проверке конструкции полных съемных протезов в полости рта больного С., 64 года врачом выявлены нарушения, связанные с сдвигом нижней челюсти вперед. Задание: 1) Опишите отражение этой ошибки в клинике (в положении центральной окклюзии). 2) Признак, по которому можно определить причину ошибки. 3) Как исправить эту ошибку (варианты).</p> <p>65. При определении и фиксации центрального соотношения беззубых челюстей у больного О., 53 года произошло неправильное смыкание прикусных валиков. Задание: 1) На каком этапе будет выявлена допущенная врачом ошибка. 2) В чем причина ошибки, если ее отражение в клинике (в положении центральной окклюзии) проявилась в виде: повышение прикуса на высоту бугров; преимущественно бугорковым смыкании; прогеническом соотношении искусственных зубных рядов. 3) Опишите признак, по которому можно определить причину ошибки. 4) Как исправить допущенную ошибку?</p> <p>66. При проверке конструкции полных съемных протезов больной Г., 78 лет врач обнаружил в</p>
--	--	---

		<p>положении центральной окклюзии смыкание зубов преимущественно бугорковое; вертикальная щель между передними зубами.</p> <p>Задание: 1) Объясните возможные причины ошибок и их последствия.</p> <p>2) Опишите отражение ошибок в клинике (в положении центральной окклюзии).</p> <p>3) Опишите признаки, по которым можно определить причины ошибок.</p> <p>4) Как исправить допущенную ошибку?</p> <p>67. При проверке конструкции полных съемных протезов в полости рта (в положении центральной окклюзии) у больного П., 61 год врач обнаружил смыкание зубов преимущественно слева; просвет между зубами справа.</p> <p>Задание: 1) Объясните причины ошибки и следствие этой ошибки.</p> <p>2) Опишите признаки, по которым можно определить причину ошибки.</p> <p>3) Опишите признаки, по которым можно диагностировать эту ошибку в клинике.</p> <p>4) Как исправить эту ошибку?</p> <p>68. При проверке конструкции полных съемных протезов в полости рта у больного Г., 64 года врач обнаружил в положении центральной окклюзии: прогнатическое соотношение зубных рядов; преимущественное смыкание боковых зубов; просвет между передними зубами; повышение прикуса.</p> <p>Задание: 1) Объясните причину ошибки.</p> <p>2) При каких анатомических условиях в полости рта наиболее часто возникает эта ошибка?</p> <p>3) Опишите признаки, по которым можно диагностировать эту ошибку.</p> <p>4) Как исправить эту ошибку?</p> <p>5) Какую модель надо отнять от окклюдатора (артикулятора) и загипсовать в новом положении при обнаружении и исправлении ошибки?</p> <p>69. После фиксации центрального соотношения беззубых челюстей на вестибулярные поверхности верхнего и нижнего окклюзионного валика наносят ряд линий, служащих ориентиром для постановки зубов.</p> <p>Задание: 1) Как называются эти линии?</p> <p>2) Что служит ориентиром для их нанесения?</p> <p>3) Какие указания они дают зубному технику?</p> <p>70. Больной В., 67 лет с диагнозом «полное отсутствие зубов на обеих челюстях» пришел на прием к стоматологу-ортопеду для проведения клинического этапа «наложение протезов».</p>
--	--	--

		<p>Задание: 1) Определить алгоритм действия врача при проведении данного этапа.</p> <p>2) Как проверяют фиксацию протеза верхней челюсти?</p> <p>3) Как проверяют силу удерживающего заднего клапана верхнего протеза?</p> <p>4) Как проверяют степень фиксации базиса нижнего протеза в дистальных отделах?</p> <p>5) Каким образом проверяют степень фиксации базисов верхней и нижней челюстей в лицевом участке.</p> <p>6) Каким образом сам больной может проверить степень фиксации протезов?</p> <p>71. Больному М., 63 года стоматологом-ортопедом проведено наложение полных съемных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти. Врачом проведена оценка фиксации протезов – на верхней челюсти хорошая, на нижней челюсти – удовлетворительная.</p> <p>Задание: 1) Какой еще показатель функциональной ценности протезов, кроме степени фиксации надо проверить у больного?</p> <p>2) Алгоритм проведения проверки этого показателя.</p> <p>3) Анализ полученных результатов.</p> <p>4) Методика исправления выявленных ошибок и их профилактика.</p> <p>72. Больной М., 62 года обратился к стоматологу-ортопеду с жалобами на чувство «недостаточно плотного» смыкания боковых искусственных зубов справа в положении центральной окклюзии, затрудненное пережевывание этой стороной. Из анамнеза выяснено: полные протезы наложены 3 дня назад. Фиксация протезов, со слов больного, хорошая.</p> <p>Задание: 1) Как объективно определить обоснованность жалоб больного?</p> <p>2) В чем заключается причины данной ошибки?</p> <p>3) Можно ли исправить отражение ошибки в клинике и в каком случае?</p> <p>4) Опишите клинико-лабораторные этапы исправления ошибки.</p> <p>73. Больной П., 68 лет обратился к стоматологу-ортопеду с жалобами на «затрудненное перемещение искусственных зубов нижней челюсти по отношению к верхним во время боковых и переднезадних артикуляционных движений». «Сбрасывание протезов при контактных артикуляционных движениях», особенно протеза нижней челюсти. Из анамнеза выяснено: полные съемные протезы наложены неделю назад. Фиксация протезов со слов больного хорошая.</p>
--	--	---

		<p>Задание: 1) Какова причина возникших жалоб? 2) Как устранить «сбрасывающие» моменты? 74 Больной Ш., 60 лет обратился в клинику с жалобами на «прикусывания языка» во время разговора и приема пищи. Из анамнеза: полные протезы на обе челюсти наложены 5 дней назад. Ранее пользовался полными съемными протезами в течение 4 лет.</p> <p>Задание: 1) Объясните возможные причины возникшей жалобы. 2) Опишите варианты устранения возникших жалоб.</p> <p>75. Больная О., 61 год обратилась в клинику с жалобами на плохое «укрепление» протеза нижней челюсти во время разговора, незначительном открывании рта.</p> <p>Задание: 1) Какой момент, определяющий функциональную ценность полных съемных протезов, в данном случае нарушен? 2) Какие средства используют для «укрепления» полных съемных протезов? 3) Каков алгоритм действия врача в данном случае? 4) Дайте определение понятию «фиксация» полных съемных протезов.</p>
--	--	--

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
<p>Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует 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.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом</p>	<p>Обучающийся демонстрирует 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.</p>

		практическом навыке	
--	--	------------------------	--

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) 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 серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа
---------------------	---	--	---

Критерии оценивания 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, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
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