**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –**

филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

**«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ**

**МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель директора по УВР

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М.В. Черников

«31» августа 2022 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Пародонтология»**

**ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «Стоматология»**

Пятигорск, 2022

**РАЗРАБОТЧИКИ:**

**профессор кафедры, д.м.н. Чижикова Т.С., доцент, к.м.н. Чижикова Т.В., доцент, к.м.н. Игнатиади О.Н., старший преподаватель Кокарева А.В.**

**РЕЦЕНЗЕНТ**

**профессор кафедры стоматологии общей практики и детской стоматологии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., доцент ДоменюкД.А.**

**В рамках дисциплины формируются следующие компетенции, подлежащие оценке настоящим ФОС:**

*- способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1);*

*- готовность к ведению медицинской документации (ОПК-6);*

*- готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач (ОПК-8);*

*- способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);*

*- готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания (ПК-5);*

*- способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра (ПК-6);*

*- способность к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями (ПК-8).*

1. **ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГОКОНТРОЛЯУСПЕВАЕМОСТИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ**

**РАЗДЕЛ 1** Понятие о пародонтальном комплексе, особенности функционирования и биомеханики пародонта.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущегоконтроля успеваемостистудента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Понятие о пародонтальном комплексе, особенности функционирования и биомеханики пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**РАЗДЕЛ 2** Обследование пациента с патологией

пародонта. Протокол осмотра пародонтологического больного.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**РАЗДЕЛ 3** Классификация, этиология и патогенез

болезней пародонта.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**РАЗДЕЛ 4** Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика заболеванийпародонта

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Клиниказаболеванийпародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Диагностика заболеванийпародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Дифференциальная диагностика заболеванийпародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**РАЗДЕЛ 5** Составление плана лечения пациентов с

патологией пародонта.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Составление плана лечения пациентов с  патологией пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**РАЗДЕЛ 6** Современные методы удаления зубных

отложений.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Современные методы удаления зубных  отложений. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**РАЗДЕЛ 7** Консервативное лечение воспалительных заболеваний пародонта.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Консервативное лечение воспалительных заболеваний пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**РАЗДЕЛ 8** Консервативное лечение пародонтоза, генерализованной рецессии.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Консервативное лечение пародонтоза, генерализованной рецессии. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**РАЗДЕЛ 9** Консервативное лечение других болезней

Пародонта (идиопатических заболеваний пародонта, пародонтом).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Консервативное лечение других болезней пародонта (идиопатических заболеваний пародонта, пародонтом). | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**РАЗДЕЛ 10** Основные принципы ортопедического леченияпациентов с патологией пародонта.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Основные принципы ортопедического леченияпациентов с патологией пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**РАЗДЕЛ 11**Методы санации пародонтального кармана.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Методы санации пародонтального кармана. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**РАЗДЕЛ 12** Зубосохраняющие методики

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Зубосохраняющие методики | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**РАЗДЕЛ 13** Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**РАЗДЕЛ 14** Неотложные состояния в пародонтологии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Неотложные состояния в пародонтологии | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**РАЗДЕЛ 15** Диспансеризация больных с заболеваниями пародонта. Организация пародонтологического

кабинета.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы для текущего контроля успеваемости студента** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Диспансеризация больных с заболеваниями пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Организация пародонтологического  кабинета. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Обследование пациента с патологией  пародонта. | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Протокол осмотра пародонтологического больного | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Классификация, этиология и патогенез  болезней пародонта.Итоговое занятие | ОК-1; ОПК-6; ОПК-8; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 |

**Примеры типовых контрольных заданий или иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в ходе текущегоконтроля успеваемости студентов.**

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 1**Понятие о пародонтальном комплексе, особенности функционирования и биомеханики пародонта.

**Текущий контроль успеваемости по теме**Понятие о пародонтальном комплексе, особенности функционирования и биомеханики пародонта.

**1. Пародонтом называют комплекс тканей, состоящий из:**

1) десны, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба

2) десны, костной ткани альвеолы, периодонта и цемента корня зуба

3) десны, костной ткани альвеолы, шарпеевских волокон и цемента корня зуба

4) десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба

5) десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и клеточного цемента корня зуба

**2. Функция пародонта, которая проявляется в сохранении целостности его структурных компонентов при внешних воздействиях:**

1) барьерная

2) трофическая

3) пластическая

4) регулирующая, нейросенсорная

5) амортизирующая, опорно-удерживающая

**3. Функция пародонта, которая связана с поддержанием и восстановлением микроциркуляции в состояниях функциональной нагрузки и физиологического покоя:**

1) барьерная

2) трофическая

3) пластическая

4) регулирующая, нейросенсорная

5) амортизирующая, опорно-удерживающая

**4. Функция пародонта, которая направлена на своевременное восстановление структурных компонентов, утраченных в процессе жизнедеятельности, создание новых функциональных единиц, необходимых для адаптации к возникающим нагрузкам:**

1) барьерная

2) трофическая

3) пластическая

4) регулирующая, нейросенсорная

5) амортизирующая, опорно-удерживающая

**5. Функция пародонта, которая состоит в рефлекторной регуляции трофики тканей и жевательного давления при реализации пародонто-мускуляторного рефлекса:**

1) барьерная

2) трофическая

3) пластическая

4) регулирующая, нейросенсорная

5) амортизирующая, опорно-удерживающая

**6. Функция пародонта, которая направлена на удержание зуба в альвеоле, поддержании зубодесневого соединения, перераспределении жевательного давления на стенки альвеолы:**

1) барьерная

2) трофическая

3) пластическая

4) регулирующая, нейросенсорная

5) амортизирующая, опорно-удерживающая

**7. Мягкотканное анатомическое образование в полости рта, состоящее из многослойного плоского ороговевающего эпителия, собственной пластинки с поверхностным сосочковым и более глубоким сетчатым слоем:**

1) десна

2) твердое небо

3) переходная складка

4) слизистая оболочка альвеолярного отростка

5) слизистая оболочка дорзальной поверхности языка

**8. Часть десны, которая лежит непосредственно на надкостнице вестибулярного и орального скатов альвеолярной кости:**

1) край десны

2) межзубная десна

3) маргинальная десна

4) прикрепленная десна

5) слизисто-десневая граница

**9. Часть десны, непосредственно окружающая зуб и прикрепленная к нему на участке от десневого края до десневого желобка:**

1) круговая

2) свободная

3) межзубная

4) прикрепленная

5) кератинизированная

**10. Непрерывное углубление на десне, которое повторяет контур десневого края, лежит апикальнее его и определяется визуально:**

1) рецессия десны

2) десневая борозда

3) десневой желобок

4) зубо-десневое соединение

5) слизисто-десневая граница

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 2** Обследование пациента с патологией

пародонта. Протокол осмотра пародонтологического больного.

**Текущий контроль успеваемости по теме** Обследование пациента с патологией

пародонта.

**1. Функция пародонта, которая направлена на своевременное восстановление структурных компонентов, утраченных в процессе жизнедеятельности, создание новых функциональных единиц, необходимых для адаптации к возникающим нагрузкам:**

1) барьерная

2) трофическая

3) пластическая

4) регулирующая, нейросенсорная

5) амортизирующая, опорно-удерживающая

**2. Функция пародонта, которая состоит в рефлекторной регуляции трофики тканей и жевательного давления при реализации пародонто-мускуляторного рефлекса:**

1) барьерная

2) трофическая

3) пластическая

4) регулирующая, нейросенсорная

5) амортизирующая, опорно-удерживающая

**3. Функция пародонта, которая направлена на удержание зуба в альвеоле, поддержании зубодесневого соединения, перераспределении жевательного давления на стенки альвеолы:**

1) барьерная

2) трофическая

3) пластическая

4) регулирующая, нейросенсорная

5) амортизирующая, опорно-удерживающая

**4. Клиническим признаком пародонтального кармана является погружение измерительного инструмента между поверхностью зуба и тканями паро-донта от края десны в апикальном направлении на глубину (мм):**

1) 1 и более

2) 2 и более

3) 3 и более

4) 4 и более

5) 5 и более

**5. Измерение, проведенное от цементо-эмалевой границы до дна пародонтального кармана:**

1) ложный карман

2) клиническая десневая борозда

3) глубина пародонтального кармана

4) обнажение поверхности корня зуба

5) потеря пародонтального прикрепления

**6. Индекс ПМА отражает распространенность:**

1) гингивита

2) пародонтита

3) пародонтоза

4) пародонтомы

5) пародонтолиза

**7. Причиной воспаления в пародонте является:**

1) микробная зубная бляшка и травма тканей пародонта

2) травма тканей пародонта и нарушение обмена веществ

3) уменьшение секреции слюны и эндокринная патология

4) чрезмерное потребление мягкой пищи и нарушение обмена веществ

5) нависающий край пломбы зуба и чрезмерное потребление мягкой пищи

**8. Клиническая десневая борозда соответствует погружению градуированного зонда между поверхностью зуба и десной в апикальном направлении на глубину менее (мм):**

1) 5

2) 4

3) 3

4) 2

**5) 1**

**9. Клинически определяемая граница между десной и слизистой оболочкой альвеолярного отростка:**

1) линия улыбки

2) десневой желобок

3) переходная складка

4) цементо-эмалевое соединение

5) слизисто-десневое соединение

**10. Соединительно-тканное образование, заключенное между кортикальной пластинкой альвеолы и цементом корня зуба до вершины альвеолы, которое проникает в цемент корня зуба, прободая кортикальную кость альвеолы:**

1) пародонт

2) периодонт

3) пародонтальное прикрепление

4) соединительно-тканное прикрепление

5) надальвеолярный волокнистый аппарат

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 2** Обследование пациента с патологией

пародонта. Протокол осмотра пародонтологического больного.

**Текущий контроль успеваемости по теме** Протокол осмотра пародонтологического больного.

**1. Мягкотканное анатомическое образование в полости рта, состоящее из многослойного плоского ороговевающего эпителия, собственной пластинки с поверхностным сосочковым и более глубоким сетчатым слоем:**

1) десна

2) твердое небо

3) переходная складка

4) слизистая оболочка альвеолярного отростка

5) слизистая оболочка дорзальной поверхности языка

**2. Часть десны, которая лежит непосредственно на надкостнице вестибулярного и орального скатов альвеолярной кости:**

1) край десны

2) межзубная десна

3) маргинальная десна

4) прикрепленная десна

5) слизисто-десневая граница

**3. Часть десны, непосредственно окружающая зуб и прикрепленная к нему на участке от десневого края до десневого желобка:**

1) круговая

2) свободная

3) межзубная

4) прикрепленная

5) кератинизированная

**4. Причиной воспаления в пародонте является:**

1) микробная зубная бляшка и травма тканей пародонта

2) травма тканей пародонта и нарушение обмена веществ

3) уменьшение секреции слюны и эндокринная патология

4) чрезмерное потребление мягкой пищи и нарушение обмена веществ

5) нависающий край пломбы зуба и чрезмерное потребление мягкой пищи

**5. Индекс ПМА отражает распространенность:**

1) гингивита

2) пародонтита

3) пародонтоза

4) пародонтомы

5) пародонтолиза

**6. Ранним клиническим признаком воспаления пародонта является:**

1) клинический карман 3 мм

2) симптом кровоточивости десны

3) патологическая подвижность зуба

4) неудовлетворительная гигиена полости рта

5) изменение цвета и формы десневого сосочка

**7. Упрощенный индекс гигиены OHI-S по Греену-Вермиллиоиу определяют на:**

1) вестибулярной поверхности зубов 16, 26, 36, 46 и оральной поверхности зубов 11, 21

2) вестибулярной поверхности зубов 36, 46 и оральной поверхности зубов 16, 11, 26, 31

3) вестибулярной поверхности зубов 11, 21 и оральной поверхности зубов 16, 26, 36, 46

4) вестибулярной поверхности зубов 16, 11, 26, 31 и оральной поверхности зубов 36, 46

5) вестибулярной поверхности зубов 16, 11, 46 и оральной поверхности зубов 26, 31, 36

**8. Индекс API (индекс налета аппроксимальных поверхностей) по Лангу определяют:**

1) со стороны преддверия рта в I и II квадрантах, на оральной поверхности в III и IV квадрантах

2) со стороны преддверия рта в I и III квадрантах, на оральной поверхности в II и IV квадрантах

3) со стороны преддверия рта в I и IV квадрантах, на оральной поверхности в II и III квадрантах

4) со стороны преддверия рта в III и IV квадрантах, на оральной поверхности в I и II квадрантах

5) со стороны преддверия рта в II и IV квадрантах, на оральной поверхности в I и III квадрантах

**9. Модифицированный индекс SBI (индекс кровоточивости десневой борозды) по Мюлеману определяют:**

1) со стороны преддверия рта в I и II квадрантах, на оральной поверхности в III и IV квадрантах

2) со стороны преддверия рта в I и III квадрантах, на оральной поверхности в II и IV квадрантах

3) со стороны преддверия рта в I и IV квадрантах, на оральной поверхности в II и III квадрантах

4) со стороны преддверия рта в III и IV квадрантах, на оральной поверхности в I и II квадрантах

5) со стороны преддверия рта в II и IV квадрантах, на оральной поверхности в I и III квадрантах

**10. При регистрации пародонтального индекса (PI) по Расселу используется дополнительный метод исследования:**

1) полярометрия

2) рентгенография

3) эхоостеометрия

4) реопародонтография

5) электроодонтометрия

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 3**Классификация, этиология и патогенез

болезней пародонта.

**Текущий контроль успеваемости по теме** Классификация, этиология и патогенез

болезней пародонта.

**1. Непрерывное углубление на десне, которое повторяет контур десневого края, лежит апикальнее его и определяется визуально:**

1) рецессия десны

2) десневая борозда

3) десневой желобок

4) зубо-десневое соединение

5) слизисто-десневая граница

**2. Клиническая десневая борозда соответствует погружению градуированного зонда между поверхностью зуба и десной в апикальном направлении на глубину менее (мм):**

1) 5

2) 4

3) 3

4) 2

5) 1

**3. Клинически определяемая граница между десной и слизистой оболочкой альвеолярного отростка:**

1) линия улыбки

2) десневой желобок

3) переходная складка

4) цементо-эмалевое соединение

5) слизисто-десневое соединение

**4. Гингивит - это заболевание:**

1) воспалительное

2) воспалительно-дистрофическое

3) дистрофическое

4) инфекционное

5) опухолевидное

**5. Альвеолярная десна - это:**

1) десневой сосочек и десна вокруг зуба

2) десна, окружающая зуб

3) десна, покрывающая альвеолярный отросток

4) десна, покрывающая альвеолярный отросток и переходная складка

5) десна, покрывающая альвеолярный отросток и небо

**6. Маргинальная десна - это:**

1) десневой сосочек и десна вокруг зуба

2) десна, окружающая зуб

3) десна, покрывающая альвеолярный отросток

4) десна, покрывающая альвеолярный отросток и переходная складка

5) десна, покрывающая альвеолярный отросток и небо

**7. Альвеолярная десна состоит из:**

1) эпителия и надкостницы

2) эпителия и собственного слизистого слоя

3) эпителия, собственного слизистого и подслизистого слоя

4) эпителия,надкостницы и альвеолярной кости

5) эпителия, надкостницы и подслизистого слоя

**8. При катаральном гингивите количество десневой жидкости:**

1) увеличивается

2) уменьшается в 2 раза

3) уменьшается в 4 раза

4) не изменяется

**9. Индекс CPITN определяется с помощью зонда:**

1) стоматологического

2) серповидного

3) штыковидного

4) пуговчатого

5) не требует применения инструмента

**10. Индекс CPITN у взрослых- это показатель:**

1) зубного налета

2) зубного камня

3) кровоточивости

4) ггародонтальных карманов

5) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 4**Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика заболеваний пародонта

**Текущий контроль успеваемости по теме** Клиника заболеваний пародонта.

**1. Клинически определяемая граница между десной и слизистой оболочкой альвеолярного отростка:**

1) линия улыбки

2) десневой желобок

3) переходная складка

4) цементо-эмалевое соединение

5) слизисто-десневое соединение

**2. Соединительно-тканное образование, заключенное между кортикальной пластинкой альвеолы и цементом корня зуба до вершины альвеолы, которое проникает в цемент корня зуба, прободая кортикальную кость альвеолы:**

1) пародонт

2) периодонт

3) пародонтальное прикрепление

4) соединительно-тканное прикрепление

5) надальвеолярный волокнистый аппарат

**3. Зубные альвеолы отделены друг от друга перегородками:**

1) межзубными

2) межкорневыми

3) кортикальными

4) вестибулярными

5) аппроксимальными

**4. Катаральный гингивит легкой степени включает воспаление десны:**

1) папиллярной

2) папиллярной и маргинальной

3) маргинальной и альвеолярной

4) альвеолярной, маргинальной и папиллярной

5) папиллярной и альвеолярной

**5. Контрольное обследование послеоперационной области после кюретажа целесообразно провести через:**

1) 1 неделю

2) 10 дней

3) 1 месяц

4) 6 месяцев

5) 1 год

**6. Количественную выраженность катарального гингивита можно определить с помощью индекса:**

1) ПМА

2) Грина-Вермильона

3) пародонтального

4) CPITN

5) верно 2) и 3)

**7. Катаральный гингивит средней степени тяжести включает воспаление десны:**

1) папиллярной

2) папиллярной и маргинальной

3) маргинальной и альвеолярной

4) альвеолярной, маргинальной и папиллярной

5) папиллярной и альвеолярной

**8. Воспаление десны - характерный признак:**

1) пародонтоза

2) пародонтита

3) паротита

4) фиброматоза десны

5) верно 3) и 4)

**9. Наличие ложного десневого кармана характерно для:**

1) пародонтита

2) пародонтоза

3) гипертрофического гингивита

4) катарального гингивита

5) язвенно-некратического гингивита

**10. Ранним клиническим признаком воспаления в десне является:**

1) деформация десневых сосочков

2) карман до 3 мм

3) карман 4 мм

4) кровоточивость при зондировании

5) карман 5 мм и более

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 4** Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика заболеваний пародонта

**Текущий контроль успеваемости по теме** Диагностика заболеваний пародонта.

1. **Осмотр и инструментальное исследование пародонта позволяет определить:**

1. содержимое пародонтальных карманов
2. уровень резорбции альвеолярной кости
3. регионарную гемодинамику в пародонте
4. парциальное давление кислорода в тканях
5. интенсивность и распространенность воспалительных изменений

2. **Зондирование дает возможность**

1) определить глубину пародонтального кармана

2) обнаружить кариозную полость

3) выявить сообщение кариозной полости с полостью зуба

4) оценить состояние верхушечного периодонта

5) выявить патологию прикуса

3**. Рентгенологический метод исследования позволяет определить:**

1. содержимое пародонтальных карманов
2. уровень резорбции альвеолярной кости
3. регионарную гемодинамику в пародонте
4. парциальное давление кислорода в тканях
5. интенсивность и распространенность воспалительных изменений

**4. Клинические признаки хронического катарального гингивита:**

1) кровоточивость при зондировании папиллярной и маргинальной десны

2) подцесневой зубной камень

3) карманы до 5 мм

4) обнажение корней

5) некроз десневого сосочка

**5. Клинический признак гипертрофического гингивита отечной формы:**

1) разрастание неизмененной в цвете десны

2) деформация и отек десневых сосочков

3) отсутствие кровоточивости

4) участки некроза папиллярной десны

5) участки некроза маргинальной десны

**6. Индекс CPITN определяется с помощью зонда:**

1) стоматологического

2) серповидного

3) штыковидного

4) пуговчатого

5) не требует применения инструмента

**7. Индекс CPITN у взрослых- это показатель:**

1) зубного налета

2) зубного камня

3) кровоточивости

4) ггародонтальных карманов

5) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

**8. Индекс ПМА определяет тяжесть:**

1) гингивита

2) пародонтита

3) пародонтоза

4) пародонтолиза

5) стоматита

**9. На рентгенограмме при гипертрофическом гингивите резорбция межальвеолярной перегородки:**

1) отсутствует

2) на 1/3 длины корня зуба

3) на 1/2 длины корня зуба

4) на 2/3 длины корня зуба

5) на 3/4 длины корня зуба

**10. На рентгенограмме при катаральном гингивите резорбция межальвеолярной перегородки:**

1) на 1/3 длины корня зуба

2) на 1/2 длины корня зуба

3) на 2/3 длины корня зуба

4) на 3/4 длины корня зуба

5) отсутствует

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 4** Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика заболеваний пародонта

**Текущий контроль успеваемости по теме** Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта.

1**. Полярография тканей пародонта позволяет определить:**

1. содержимое пародонтальных карманов
2. уровень резорбции альвеолярной кости
3. регионарную гемодинамику в пародонте
4. парциальное давление кислорода в тканях
5. интенсивность и распространенность воспалительных изменений

2. **Реопародонтографияпозволяетопределить:**

1. содержимое пародонтальных карманов
2. уровень резорбции альвеолярной кости
3. регионарную гемодинамику в пародонте
4. парциальное давление кислорода в тканях
5. интенсивность и распространенность воспалительных изменений

3**. Воспалительную резорбцию дна альвеолярной перегородки определяют в результате:**

1. зондирования пародонтального кармана
2. реографического исследования тканей пародонта
3. рентгенологического исследования челюстных костей
4. эхостереометрического исследования альвеолярной кости
5. определения индексов кровоточивости десны при зондировании

**4. Глубина пародонтального кармана до 4 мм характерна для:**

1) пародонтита легкой степени

2) пародонтита средней степени

3) пародонтита тяжелой степени

4) пародонтоза средней степени

5) пародонтоза тяжелой степени

**5. Глубина пародонтального кармана до 5 мм характерна для:**

1) пародонтита легкой степени

2) пародонтита средней степени

3) пародонтита тяжелой степени

4) пародонтоза средней степени

5) пародонтоза тяжелой степени

**6. Глубина пародонтального кармана более 5 мм характерна для:**

1) пародонтита легкой степени

2) пародонтита средней степени

3) пародонтита тяжелой степени

4) пародонтоза средней степени

5) пародонтоза тяжелой степени

**7. Подвижность зубов при пародонтите легкой степени:**

1) I-II степени

2) II-III степени

3) III степени

4) более III степени

5) отсутствует

**8. Подвижность зубов при пародонтите средней степени:**

1) I—II степени

2) II—III степени

3) III степени

4) более III степени

5) отсутствует

**9. Подвижность зубов при пародонтите тяжелой степени:**

1) I—II степени

2) Н-Ш степени

3) III степени

4) более III степени

5) отсутствует

**10. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/3 соответствует:**

1) пародонтиту легкой степени

2) пародонтиту средней степени

3) пародонтиту тяжелой степени

4) пародонтозу средней степени

5) пародонтозу тяжелой степени

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 5** Составление плана лечения пациентов с

патологией пародонта.

**Текущий контроль успеваемости по теме** Составление плана лечения пациентов спатологией пародонта.

1. **Для определения тяжести пародонтита и пародонтоза необходимо определить:**

1. уровень альвеолярной кости
2. размер обнажения корня зуба
3. глубину пародонтапьного кармана
4. размер гипертрофированной десны
5. патологическую подвижность зуба

2. **Упрощенный индекс гигиены OHI-S по Грину-Вермиллиону определяют на:**

1. вестибулярной поверхности зубов 16, 26, 36, 46 и оральной поверхности зу­бов 11,21
2. вестибулярной поверхности зубов 36, 46 и оральной поверхности зубов 16,  
   11,26,31
3. вестибулярной поверхности зубов 11, 21 и оральной поверхности зубов 16,  
   26,36,46
4. вестибулярной поверхности зубов 16, 11, 26, 31 и оральной поверхности зу­бов 36, 46
5. вестибулярной поверхности зубов 16, 11, 46 и оральной поверхности зубов  
   26,31,36.

3. **При регистрации пародонтального индекса (PI) по Расселу используется дополнительный метод исследования:**

1. полярометрия
2. рентгенография
3. эхоостеометрия
4. реопародонтография
5. электроодонтометрия

**4. Первый этап плана лечения пародонтита:**

1) медикаментозное противовоспалительное лечение

2) ортодонтическое лечение

3) ортопедическое лечение

4) профессиональная гигиена полости рта

5) хирургическое лечение

**5. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:**

1) жалобы пациента

2) длительность заболевания

3) кровоточивость десны при чистке зубов

4) глубина пародонтального кармана

5) степень подвижности зубов

**6. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 4 мм:**

1) кюретаж карманов или операция «открыйкюретаж»

2) операция «открытый кюретаж»

3) лоскутная операция

4) гингивотомия

5) гингивэктомия

**7. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 5 мм:**

1) кюретаж карманов

2) операция «открытый кюретаж»

3) лоскутная операция

4) гингивотомия

5) гингивэктомия

**8. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана более 5 мм**:

1) кюретаж карманов

2) операция «открытый кюретаж»

3) лоскутная операция

4) гингивотомия

5) гингивэктомия

**9. Вид хирургического вмешательства при вскрытии пародонтального абсцесса:**

1) гингивотомия

2) гингивэктомия

3) лоскутная операция

4) экстирпация зуба

5) кюретаж

**10. При хроническом генерализованном пародонтите в стадии ремиссии рекомендуется:**

1) диспансеризация

2) антибактериальная терапия

3) десенсибилизирующая терапия

4) прием фторсодержащих таблеток

5) герметизация фиссур зубов

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 6**Современные методы удаления зубных

отложений.

**Текущий контроль успеваемости по теме** Современные методы удаления зубных

отложений.

Вариант 1.

Моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы: пациент

обратился в клинику с жалобами, характерными для катарального гингивита (изложение жалоб, сбор анамнеза, знание и умение заполнять меддокументацию на стоматологического пациента, доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации, знание методики проведения профессиональной гигиены полости рта; результаты индексной оценки состояния пародонта, данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 7** Консервативное лечение воспалительных заболеваний пародонта.

**Текущий контроль успеваемости по теме** Консервативное лечение воспалительных заболеваний пародонта.

Вариант 2.

Моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы: пациент

обратился в клинику с жалобами, характерными для гипертрофического гингивита (изложение жалоб, сбор анамнеза, знание и умение заполнять меддокументацию на стоматологического пациента, доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации, знание методики проведения профессиональной гигиены полости рта; результаты индексной оценки состояния пародонта, данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 8** Консервативное лечение пародонтоза, генерализованной рецессии.

**Текущий контроль успеваемости по теме** Консервативное лечение пародонтоза, генерализованной рецессии.

Вариант 3.

Моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы: пациент

обратился в клинику с жалобами, характерными для хронического пародонтита легкой степени тяжести (изложение жалоб, сбор анамнеза, знание и умение заполнять меддокументацию на стоматологического пациента, доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации, знание методики проведения профессиональной гигиены полости рта; результаты индексной оценки состояния пародонта, данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 9** Консервативное лечение других болезней

Пародонта (идиопатических заболеваний пародонта, пародонтом).

**Текущий контроль успеваемости по теме** Консервативное лечение других болезней

Пародонта (идиопатических заболеваний пародонта, пародонтом).

1. Больному 45 лет, обратился с жалобами на подвижность зубов. Считает себя больным в течение нескольких лет. При осмотре: цвет дёсен бледный. Обнажение корней зубов до 2/з длины, патологическая подвижность зубов I - II степени.

• Поставьте предварительный диагноз.

• Какие дополнительные исследования нужно провести?

• Наметьте план лечения.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 10** Основные принципы ортопедического лечения пациентов с патологией пародонта.

**Текущий контроль успеваемости по теме** Основные принципы ортопедического лечения пациентов с патологией пародонта.

1. Больная 40 лет, жалуется на обнажение корней зубов, при осмотре обнаружено обнажение корней зубов, при осмотре обнаружено обнажение корней зубов до '/з длины корня. Цвет дёсен бледный. На рентгенограмме - уменьшение высоты межальвеолярных перегородок с уплотнением края альвеолярной кости. Из общих заболеваний –гипертоническая болезнь, атеросклероз.

• Поставьте предварительный диагноз.

• Наметьте план лечения.

• Назначьте больному физиотерапевтические методы лечения.

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 11**Методы санации пародонтального кармана.

**Текущий контроль успеваемости по теме** Методы санации пародонтального кармана.

**1. При рецессии десны количество десневой жидкости:**

1) увеличивается

2) не изменяется

3) уменьшается в 2 раза

4) уменьшается в 4 раза

5) определить невозможно

**2.Рецессия десны характерна для:**

1)катарального гингивита

2)гипертрофического гингивита

3)язвенно-некротического гингивита

4)пародонтита

5)пародонтоза

**3.В классификации краевой рецессии тканей пародонта по Миллеру выделяют классы:**

1)1

2)11

3)III

4)IV

5)все вышеперечисленное

**4. Удаление наддесневого зубного камня проводят:**

1) до кюретажа карманов

2) в процессе кюретажа

3) после кюретажа

4) не имеет значения

5) не проводят

**5. Удаление поддесневого зубного камня проводят:**

1) до кюретажапародонтальных карманов

2) в процессе кюретажа

3) непосредственно после кюретажа

4) спустя 7 дней после кюретажа

5) не проводят

**6. Метронидазол является средством этиотропного лечения:**

1) пародонтита

2) гипертрофического гингивита

3) катарального гингивита

4) язвенно-некротического гингивита

5) фиброматоза

**7. Пародонт - это:**

1) зуб, десна, периодонт

2) десна, периодонт, кость альвеолы

3) десна, периодонт, кость альвеолы, цемент корня

4) десна, периодонт, кость альвеолы, дентин корня

5) десна, кость альвеолы

**8. Пародонтальные карманы при пародонтозе:**

1) 3 мм

2) до 5 мм

3) более 5 мм

4) отсутствуют

5) более 10 мм

**9. Для определения тяжести пародонтита необходимо провести исследование:**

1) подвижности зубов

2) глубины пародонтальных карманов

3) потери пародонтального прикрепления

4) рентгенологическое

5) верно 1), 2) и 4)

**10. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:**

1) жалобы больного

2) глубина пародонтального кармана

3) длительность болезни

4) общее состояние больного

5) наличие поддесневого зубного камня

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 12** Зубосохраняющие методики.

**Текущий контроль успеваемости по теме**Зубосохраняющие методики.

**1.В классификации краевой рецессии тканей пародонта по Миллеру выделяют классы:**

1)1

2)11

3)III

4)IV

5)все вышеперечисленное

**2.Рецессия десны проявляется на поверхностях зубов:**

1)только на вестибулярной

2)только на оральной

3)как на вестибулярной, так и на оральной

4)на жевательной

5)на контактной

**3. Показания к хирургическому лечению рецессии десны:**

1)эстетическое закрытие оголенных корней передних зубов

2)очаговая деминерализация эмали

3)средний кариес корня зуба 3.6

4)клиновидный дефект зубов 2.4, 2.5

5)эрозии эмали зубов 1.1,2.1

**4. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 4 мм:**

1) кюретаж карманов или операция «открыйкюретаж»

2) операция «открытый кюретаж»

3) лоскутная операция

4) гингивотомия

5) гингивэктомия

**5. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 5 мм:**

1) кюретаж карманов

2) операция «открытый кюретаж»

3) лоскутная операция

4) гингивотомия

5) гингивэктомия

**6. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана более 5 мм:**

1) кюретаж карманов

2) операция «открытый кюретаж»

3) лоскутная операция

4) гингивотомия

5) гингивэктомия

**7. Вид хирургического вмешательства при вскрытии пародонтального абсцесса:**

1) гингивотомия

2) гингивэктомия

3) лоскутная операция

4) экстирпация зуба

5) кюретаж

**8. При хроническом генерализованном пародонтите в стадии ремиссии рекомендуется:**

1) диспансеризация

2) антибактериальная терапия

3) десенсибилизирующая терапия

4) прием фторсодержащих таблеток

5) герметизация фиссур зубов

**9. Ортодонтическое или ортопедическое лечение при пародонтозе проводят:**

1) до операций по пластике уздечек и предверия полости рта

2) после операций по пластике уздечек и предверия полости рта

3) до рентгенологического исследования

4) после рентгенологического исследования

5) до индексной оценки состояния пародонта

**10. Удаление наддесневого зубного камня проводят:**

1) до кюретажа карманов

2) в процессе кюретажа

3) после кюретажа

4) не имеет значения

5) не проводят

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 13** Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта.

**Текущий контроль успеваемости по теме** Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта.

**1. Ранним клиническим признаком воспаления в десне является:**

1. деформациядесневыхсосочков
2. кармандо 3 мм
3. карман 4 мм
4. кровоточивостьпризондировании
5. карман 5 мм и более

**2. Наличие ложного десневого кармана характерно для:**

1. пародонтита
2. пародонтоза
3. гипертрофическогогингивита
4. катаральногогингивита
5. язвенно-некратическогогингивита

**3. Клинический признак гипертрофического гингивита фиброзной формы:**

1. разрастаниенеизмененной в цветедесны
2. деформация и отекдесневыхсосочков
3. отсутствиекровоточивости
4. участкинекрозапапиллярнойдесны
5. участкинекрозамаргинальнойдесны

**4. Удаление наддесневого зубного камня проводят:**

1) до кюретажа карманов

2) в процессе кюретажа

3) после кюретажа

4) не имеет значения

5) не проводят

**5. Удаление поддесневого зубного камня проводят:**

1) до кюретажапародонтальных карманов

2) в процессе кюретажа

3) непосредственно после кюретажа

4) спустя 7 дней после кюретажа

5) не проводят

**6. Метронидазол является средством этиотропного лечения:**

1) пародонтита

2) гипертрофического гингивита

3) катарального гингивита

4) язвенно-некротического гингивита

5) фиброматоза

**7. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 5 мм:**

1) кюретаж карманов

2) операция «открытый кюретаж»

3) лоскутная операция

4) гингивотомия

5) гингивэктомия

**8. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана более 5 мм**:

1) кюретаж карманов

2) операция «открытый кюретаж»

3) лоскутная операция

4) гингивотомия

5) гингивэктомия

**9. Вид хирургического вмешательства при вскрытии пародонтального абсцесса:**

1) гингивотомия

2) гингивэктомия

3) лоскутная операция

4) экстирпация зуба

5) кюретаж

**10. При хроническом генерализованном пародонтите в стадии ремиссии рекомендуется:**

1) диспансеризация

2) антибактериальная терапия

3) десенсибилизирующая терапия

4) прием фторсодержащих таблеток

5) герметизация фиссур зубов

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 14** Неотложные состояния в пародонтологии.

**Текущий контроль успеваемости по теме** Неотложные состояния в пародонтологии.

**1. Клинический признак гипертрофического гингивита отёчной формы:**

1. кровоточивость десны при чистке зубов и откусывании пищи
2. разрастание не измененной в цвете десны
3. резкая гиперемия и отек десневых сосочков
4. больприжевании
5. участкинекрозамаргинальнойдесны

**2.Промываниепародонтальногокарманаосуществляют:**

1. припроведенииротовойванны
2. длянанесениялечебнойповязки
3. активнымполосканиемполостирта
4. антисептическим раствором при помощи шприца с затупленной иглой
5. припроведенииорошения

**3. Лечебную повязку наносят для:**

1. изолирования просвета пародонтального кармана
2. продления действия лекарственного препарата
3. защиты раневой поверхности от действия факторов полости рта
4. изоляции микроорганизмов кармана с целью предотвращения генерализации инфекции
5. прекращенияоттокаизпародонтальногокармана

**4. Первый этап плана лечения пародонтита:**

1) медикаментозное противовоспалительное лечение

2) ортодонтическое лечение

3) ортопедическое лечение

4) профессиональная гигиена полости рта

5) хирургическое лечение

**5. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:**

1) жалобы пациента

2) длительность заболевания

3) кровоточивость десны при чистке зубов

4) глубина пародонтального кармана

5) степень подвижности зубов

**6. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 4 мм:**

1) кюретаж карманов или операция «открыйкюретаж»

2) операция «открытый кюретаж»

3) лоскутная операция

4) гингивотомия

5) гингивэктомия

**7. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 5 мм:**

1) кюретаж карманов

2) операция «открытый кюретаж»

3) лоскутная операция

4) гингивотомия

5) гингивэктомия

**8. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана более 5 мм**:

1) кюретаж карманов

2) операция «открытый кюретаж»

3) лоскутная операция

4) гингивотомия

5) гингивэктомия

**9. Вид хирургического вмешательства при вскрытии пародонтального абсцесса:**

1) гингивотомия

2) гингивэктомия

3) лоскутная операция

4) экстирпация зуба

5) кюретаж

**10. При хроническом генерализованном пародонтите в стадии ремиссии рекомендуется:**

1) диспансеризация

2) антибактериальная терапия

3) десенсибилизирующая терапия

4) прием фторсодержащих таблеток

5) герметизация фиссур зубов

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 15** Диспансеризация больных с заболеваниями пародонта. Организация пародонтологического

кабинета.

**Текущий контроль успеваемости по теме** Диспансеризация больных с заболеваниями пародонта.

**1.Аппликацию целесообразно проводить при местном лечении:**

1. фиброматозадёсен
2. пародонтальнойкисты
3. катаральногогингивита
4. хроническогопародонтита
5. язвенногогингивита

**2.Изолирующуюповязкунакладываютдля:**

1. прекращенияоттокаизпародонтальногокармана
2. защиты послеоперационной раны и сохранения кровяного сгустка
3. приподготовке к физиотерапии
4. изоляции микроорганизмов кармана с целью предотвращения генерализации инфекции
5. приподготовке к хирургическомулечению

**3.Для нанесения лекарственного препарата на десну в виде мази целесообразно применить:**

1. аппликацию
2. ротовуюванну
3. внесениепрепарата в карман
4. промываниекарманамазямиизшприца
5. орошение

**4. Характерный тип снижения высоты межзубных перегородок при пародонтозе:**

1) вертикальный

2) горизонтальный равномерный

3) горизонтальный неравномерный

4) смешанный

5) верно 1)и 4)

**5. Пародонтит тяжелой степени дифференцируют с:**

1) катаральным гингивитом

2) гипертрофическим гингивитом

3) пародонтитом средней степени тяжести

4) пародонтозом

5) фиброматозом

**6. Дифференциальную диагностику пародонтоза проводят с:**

1) хроническим катаральным гингивитом

2) хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени

3) хроническим генерализованным пародонтитом в стадии ремиссии

4) острым пародонтитом

5) верно 1) и 4)

**7. Кюретажпародонтального кармана обеспечивает удаление:**

1) наддесневого и поддесневого зубного камня

2) поддесневого зубного камня и грануляций

3) поддесневого зубного камня, грануляций и десневого эпителия

4) наддесневого зубного камня и десневого эпителия

**8. Пародонтальную повязку применяют для:**

1) шинирования зубов перед операцией

2) шинирования зубов после операции

3) защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретажа

4) заполнения кармана во время гингивэктомии

5) верно 1) и 2)

**9. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:**

1) жалобы больного

2) глубина пародонтального кармана

3) длительность болезни

4) общее состояние больного

5) наличие поддесневого зубного камня

10. При глубине пародонтального кармана менее 5 мм целесообразно провести:

1) кюретаж

2) открытый кюретаж

3) лоскутную операцию

4) костную пластику

5) гингивотомию

**Примеры заданий текущего контроля успеваемости по разделу 15** Диспансеризация больных с заболеваниями пародонта. Организация пародонтологическогокабинета.Итоговое занятие

**Текущий контроль успеваемости по теме** Организация пародонтологического

кабинета.

**1. Площадь стоматологического кабинета должна составлять минимально на одно кресло (м ):**

1) 18

2) 16,5

3) 15

4) 14

5) 9

**2. Высота потолка в стоматологическом кабинета должна быть не менее (м):**

1) 4,5

2) 3,3

3) 3,0

4) 2,8

5) 2,0

**3. Коэффициент отражения света с поверхностей стен в стоматологическом кабинете не должен быть ниже (%):**

1) 10

2) 20

3) 30

4) 40

5) 50

**4. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре:**

1) 125°С - 45 мин

2) 160°С-40 мин

3) 180°С-45 мин

4) 180°С-60 мин

5) 200°С-90 мин

**5. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают:**

1) зеркала, изделия из стекла

2) наконечники

2) боры

3) одноразовые шприцы

4) перевязочный материал

**6. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:**

1) пинцет, зонд

2) зеркало, пинцет

3) зонд, шприц

4) зеркало, шприц

5) ватные шарики

**7. Автоклавированием стерилизуются:**

1) зеркала

2) марлевые тампоны, наконечники

3) одноразовый шприц

4) пластмассовый шпатель

5) боры

**8. В глассперленовом стерилизаторе обрабатываются:**

1) лотки

2) эндодонтический инструментарий

3) шовный материал

4) зеркала

5) наконечники

**9. Температурный режим, поддерживаемый в стоматологическом кабинете в холодное время года (градусов):**

1) 15-16

2) 17-18

3) 18-23

4) 23-28

5) 28-30

**10. Целью использования аппарата «Ассистина» является:**

1) стерилизация наконечников

2) предстерилизационная очистка и смазывание наконечников

3) дезинфекция боров

4) дезинфекция эндодонтического инструментария

5) стерилизация боров

**Ситуационная задача 1.**

Девочка 13 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на увеличение объѐма десен, которое появилось год назад и сопровождается обильной кровоточивостью. Зубы чистит нерегулярно. Объясняет это тем, что щадит десну. При осмотре выявлена кровоточивость десны, зубодесневые сосочки увеличены в объѐме, деформированы.

Вопросы:

1. Назовите методы обследования.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Выскажите предположение о диагнозе.

4. Составьте план комплексного лечения.

5. Консультации каких специалистов Вы рекомендуете пациенту?

**Ситуационная задача 2.**

В стоматологическую клинику обратилась пациентка В. 58 лет с жалобами на эстетический дефект, затруднѐнное пережѐвывание пищи, дефект штампованных коронок на нижней челюсти, кровоточивость дѐсен и запах изо рта. Анамнез заболевания: 15 лет назад пациентка протезировалась в городской поликлинике. Были изготовлены штампованно-паяные мостовидные протезы с пластмассовой облицовкой на вестибулярной поверхности с нитрид-титановым напылением на верхнюю челюсть; штампованно-паяные мостовидные протезы с нитрид- титановым напылением на нижнюю челюсть, один из которых имеет консольный мостовидный протез без дистальной опоры.

Мягкие зубные отложения на зубах нижней челюсти. Неудовлетворительная гигиена полости рта. Прикус: ортогнатический. Слизистая оболочка рта: гиперемирована, отѐчна в области всех зубов нижней и в области коронок верхней челюсти. Кариозные поражения 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 зубов. Оголение корней 3.2, 3.1,4.1, 4.2, 4.8 зубов. Подвижность 4.1 зуба II степени. Повышенная стѐртость 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 на ⅓ коронки зуба. Веерообразное расхождение 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 зубов с вестибулярным наклоном. Тремы между 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 зубами. Дефект штампованных коронок на 3.4, 3.3, 4.3 зубах (окклюзионные поверхности коронок стерты), снижением нижнего отдела лица. Изменение цвета пластмассовой облицовки на мостовидном протезе верхней челюсти. Категорически отказывается от применения имплантатов в полости рта.

Вопросы:

1. Перечислите степени атрофии костной ткани при пародонтите и дайте их краткую характеристику.

2. Перечислите формы повышенного стирания зубов.

3. Поставьте диагноз.

4. Предложите комплексный вариант лечения с использованием металлокерамических коронок, мостовидных протезов и бюгельных протезов.

5. Укажите сроки профилактического осмотра пациентов.

**Ситуационная задача 3.**

Больной К. 50 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на жжение, сухость слизистой оболочки рта, кровоточивость дѐсен при чистке зубов. Анамнез заболевания: заболевание, появившееся 2 года назад, связывает со стрессом. Несколько раз обращался к врачу, после проводимого лечения наступало незначительное улучшение. Анамнез жизни: страдает около 5 лет гипертонической болезнью II стадии 3 степени, группа риска высокая, 2 года назад диагностирован сахарный диабет, тип 2, средней степени тяжести. Лечится по поводу заболеваний нерегулярно, диету не соблюдает, АД и глюкозу крови не контролирует. Объективно: гигиенический индекс по Грину-Вермильону (OHI-S) = 2,5. Слизистая оболочка дѐсен обоих челюстей цианотичная, отѐчная, кровоточит при зондировании. В области передней группы зубов верхней и нижней челюсти имеются пародонтальные карманы глубиной до 5-6 мм, подвижность зубов 1 степени, обильные зубные отложения. При осмотре зубного ряда: 2.4, 3.7 – искусственные стальные штампованные коронки, 3.5, 4.4 – искусственные золотые штампованные коронки, пломбы из амальгамы в 1.7, 1.6, корень 4.5 зуба – при зондировании корня определяется размягчѐнный дентин. На ортопантомограмме: снижение высоты межальвеолярных перегородок до ½ длины корней зубов, в области верхушки корня 4.5 зуба определяется разряжение костной ткани округлой формы с чѐткими контурами размер 0,4×0,5, пломбировочный материал в канале не прослеживается. АД – 160/100 мм рт. ст., глюкоза крови –11,2 ммоль/л. Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Составьте план лечения.

5. Укажите группы лекарственных средств для местного использования.

**Ситуационная задача 4.**

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная К. 35 лет с жалобами на оголение края искусственной коронки 1.1, 1.2 и 2.1, 2.2 зубов кровоточивость и болезненность при чистке зубов, необычный вид десны, и неприятный запах изо рта. Анамнез заболевания: оголение края коронок у 1.1, 1.2 и 2.1, 2.2 зубов. Кровоточивость и болезненность появились после протезирования зубов, два года назад.

Десневые сосочки в области фронтальных 1.1, 1.2 и 2.1, 2.2 зубов верхней челюсти, отѐчны, цианотичны, определяется болезненность и кровоточивость при зондировании пришеечной области 1.1, 1.2 и 2.1, 2.2 зубов. Отмечается безуступнаяпрепаровка у всех 4 зубов (1.2, 1.1, 2.1, 2.2), покрытых искусственными коронками из металлокерамики. Коронки изготовлены единым блоком, при этом отмечается отсутствие места для десневых сосочков. Отмечается оголение краѐв коронок от 0,5-0,8 мм. Гигиена полости рта неудовлетворительная. Отмечается реакция на температурные раздражители. Рентген контроль 1.1, 1.2 и 2.1, 2.2 зубов выявил, что эндодонтического лечения ранее у этих зубов не проводилось. Мостовидные протезы на +25+27 и 45+47 в удовлетворительном состоянии отмечается достаточное промывное пространство для эффективного гигиенического ухода. Соотношение края коронок мостовидных протезов с десневыми краями опорных зубов удовлетворительное.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

3. Составьте план ортопедического лечения.

4. Составьте план терапевтического лечения.

5. Перечислите клинические этапы лечения с помощью металлокерамических коронок для этого пациента.

**Ситуационная задача 5.**

Пациент 40 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на жжение, сухость слизистой оболочки рта, кровоточивость дѐсен при чистке зубов. Заболевание, появившееся 2 года назад, связывает со стрессом. Несколько раз обращался к врачустоматологу, после проводимого лечения наступало незначительное улучшение. В анамнезе жизни: диагноз «гипертоническая болезнь» поставлен 5 лет назад, группа риска высокая, 2 года назад диагностирован сахарный диабет, тип 2, средней степени тяжести. Лечится по поводу заболеваний нерегулярно, диету не соблюдает, АД и глюкозу крови не контролирует. Объективно: гигиенический индекс по Грину-Вермильону (OHI-S) = 2,5. Слизистая оболочка дѐсен обоих челюстей цианотична, отѐчна, кровоточит при зондировании. В области передней группы зубов верхней и нижней челюсти имеются пародонтальные карманы глубиной 5,5 мм, подвижность 2-3 степени, обильные зубные отложения. При осмотре зубного ряда: у 2.4, 3.7 зубов – искусственные стальные штампованные коронки, у 3.5, 4.4 зубов - искусственные золотые штампованные коронки, пломбы из амальгамы в 1.7, 1.6 зубах. На ортопантомограмме – снижение высоты межальвеолярных перегородок на ⅔ длины корней зубов. АД – 160/100 мм рт.ст., глюкоза крови – 11,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Составьте план лечения данного пациента.

5. Укажите группы лекарственных средств для местного использования.

1. **ВОПРОСЫ К ИТОГОВОМУ ЗАНЯТИЮ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросыдля итогового занятия** | **Проверяемыекомпетенции** |
| 1 | Понятие о пародонтальном комплексе, особенности функционирования и биомеханики пародонта. | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,1112,13,14,15,17, 18,19 |
| 2 | Обследование пациента с патологией пародонта. | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,1112,13,14,15,17, 18,19 |
| 3 | Протокол осмотра пародонтологического больного. | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,1112,13,14,15,17, 18,19 |
| 4 | Классификация, этиология и патогенез болезней пародонта. | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,1112,13,14,15,17, 18,19 |
| 5 | Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика заболеваний пародонта. | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,1112,13,14,15,17, 18,19 |
| 6 | Составление плана лечения пациентов с патологией пародонта. | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,1112,13,14,15,17, 18,19 |
| 7 | Современные методы удаления зубных отложений. | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,1112,13,14,15,17, 18,19 |
| 8 | Консервативное лечение воспалительных заболеваний пародонта. | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,1112,13,14,15,17, 18,19 |
| 9 | Консервативное лечение пародонтоза,  генерализованной рецессии.  Консервативное лечение других болезней пародонта (идиопатических заболеваний пародонта, пародонтом). | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,1112,13,14,15,17, 18,19 |
| 10 | Основные принципы ортопедического лечения пациентов с патологией пародонта. | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,1112,13,14,15,17, 18,19 |
| 11 | Методы санации пародонтального кармана. | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,1112,13,14,15,17, 18,19 |
| 12 | Зубосохраняющие методики. | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,1112,13,14,15,17, 18,19 |
| 13 | Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта. | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,1112,13,14,15,17, 18,19 |
| 14 | Неотложные состояния в пародонтологии | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,11,12,13,14,15,17, 18,19 |
| 15 | Диспансеризация больных с заболеваниями пародонта. Организация пародонтологического кабинета. | ОК-1, 2, 3, 7 ОПК- 1,4,5,6,7,8, 9,11 ПК-1,2,4,5,6,8,9,1112,13,14,15,17, 18,19 |

Примеры типовых контрольных заданий или иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в ходе промежуточной аттестации студентов.

**Итоговое занятие по дисциплине «Пародонтология»**

**Специальность «Стоматология»**

**Вариант №0**

1. Классификация, этиология и патогенез болезней пародонта.
2. Обследование пациента с патологией пародонта.
3. Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта.
4. **КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА СТУДЕНТА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА** | **Оценка ЕСТS** | **Баллы**  **в БРС** | **Уровень сформиро-ванности компетенцнй по дисциплине** | **Оценка** |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позициюстудента.  В полной мере овладел компетенциями. | А | 100-96 | Высокий | 5 (отлично) |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позициюстудента.  В полной мере овладел компетенциями. | В | 95-91 | Высокий | 5 (отлично) |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя.  В полной мере овладел компетенциями. | С | 90-76 | Средний | 4 (хорошо) |
| Дан недостаточно полный и последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложенв терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которыестудент затрудняется исправить самостоятельно.  Слабо овладел компетенциями. | D | 75-66 | Низкий | 3 (удовлетвори-тельно) |
| Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания студентом их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Слабо овладел компетенциями. | Е | 65-61 | Крайне  низкий | 3 (удовлетвори-тельно) |
| Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другиевопросы дисциплины.  Компетенции не сформированы. | F | 60-0 | Не сформирована | 2 (неудовлветвори-тельно) |