

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



## РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Наименование дисциплины (вариативная часть): **Стоматология хирургическая**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.77 «Ортодонтия»**

Квалификация (степень) выпускника: **врач–ортодонт**

Кафедра: **Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии Института ИМФО**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2022, 2023 годов поступления (актуализированная редакция)

Семинары: 2 (з.е.) 72 часа

Самостоятельная работа: 1 (з.е.) 36 часа

Форма контроля: зачет

Всего: 3 (з.е.) 108 часов

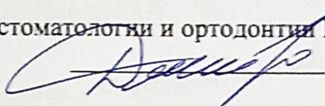
Волгоград, 2023

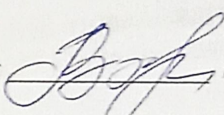
Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Дмитриенко С.В.	заведующий кафедрой	д.м.н./профессор	Ортопедической стоматологии и ортодонтии Института НМФО
2.	Мансур Ю.П.	доцент	к.м.н.	Ортопедической стоматологии и ортодонтии Института НМФО

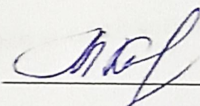
Рабочая программа дисциплины «Стоматология хирургическая» относится к блоку Б1.  
Дисциплина по выбору.

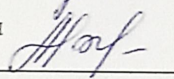
Актуализация рабочей программа обсуждена на заседании кафедры протокол № 12 от «30» июня 2023 года

Заведующего кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии Института НМФО,  
д.м.н., профессор  /С.В.Дмитриенко/

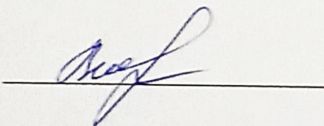
Рецензент:  
заведующий кафедрой ортодонтии ВолГМУ, к.м.н., доцент  /М.В. Вологина/

Актуализация рабочей программы согласована с учебно-методической комиссией  
Института НМФО ВолГМУ, протокол № 1 от «29» 08 2023 года

Председатель УМК  М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения  
и производственной практики  М.Л. Науменко

Актуализация рабочей программы утверждена на заседании Ученого совета Института  
НМФО протокол №/от «29» 08 2023 года

Секретарь Ученого совета  В.Д. Заклякова

## Содержание

	Пояснительная записка
1	Цель и задачи дисциплины
2	Результаты обучения
3	Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы
4	Общая трудоемкость дисциплины
5	Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся
6	Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций
7	Содержание дисциплины
8	Образовательные технологии
9	Оценка качества освоения программы
10	Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины
11	Материально-техническое обеспечение дисциплины
12	Приложения
12.1	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
12.3	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

## **Пояснительная записка**

Рабочая программа дисциплины (вариативная часть) разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре 14.01.00 «Клиническая медицина» профиля подготовки 31.08.77 «ОРТОДОНТИЯ» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки РФ № 1117 от «26» августа 2014 г., зарегистрирован в Минюсте РФ № 34414 от «23» октября 2014 г., является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения по дисциплине «Ортодонтия» в послевузовском профессиональном образовании врачей.

### **1. Цель и задачи дисциплины «Ортодонтия»**

Целью освоения дисциплины «Ортодонтия» является формирование компетенций выпускника по направлению подготовки 31.08.74 «Стоматология хирургическая», обеспечивающих их готовность и способность к охране здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной хирургической помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

#### **Задачи дисциплины выбора «Стоматология хирургическая»:**

1. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.

2. Подготовить врача-ортодонта к самостоятельной профессиональной деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациента.

3. Сформировать систему общих и специальных знаний, умений,

позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

4. Сформировать базовые, фундаментальные медицинские знания, формирующие профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи:

– **профилактическая деятельность:**

- предупреждение возникновения стоматологических заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- участие в проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях стоматологической заболеваемости различных возрастно-половых групп и ее влияния на состояние их здоровья;

– **диагностическая деятельность:**

- диагностика стоматологических заболеваний и патологических состояний пациентов;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;

– **лечебная деятельность:**

- оказание ортодонтической стоматологической помощи пациентам;
- участие в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

– **реабилитационная деятельность:**

- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями;

– **психолого-педагогическая деятельность:**

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

- **организационно-управленческая деятельность:**
- применение основных принципов организации оказания стоматологической помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях стоматологического профиля благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ведение учетно-отчетной документации в медицинских организациях;
- организация проведения медицинской экспертизы;
- участие в организации оценки качества оказания стоматологической помощи пациентам;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

## **2. Результаты обучения**

В результате освоения дисциплины «**Стоматология хирургическая**» обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

### **универсальные компетенции (УК)**

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

### **профессиональные компетенции (ПК):**

#### профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);

#### диагностическая деятельность:

- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных

состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК- 5);

- готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК12).

**Формирование вышеперечисленных универсальных и профессиональных компетенций врача-ортодонта предполагает овладение ординатором системой следующих знаний, умений и владений:**

**Знания:**

- эпидемиологию стоматологических заболеваний в РФ и в данном конкретном регионе, где работает врач (ПК1, ПК2);

- теоретические и экспериментальные методы для внедрения собственных и заимствованных результатов иных исследований в клиническую практику (УК1);

- основы нормальной и патологической анатомии и физиологии, взаимосвязь функциональных систем организма (ПК1);

- теоретические основы стоматологии (ПК1);

- классификации стоматологических заболеваний (ПК1);

- этиологические факторы, патогенетические механизмы и клинические проявления основных стоматологических заболеваний (ПК1);

- генетические аспекты развития стоматологических заболеваний (ПК1);

- виды диагностики, лечения, профилактики стоматологических заболеваний (ПК2,ПК5,ПК9);

- функциональные методы исследования в стоматологии (ПК5);
- дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний (ПК1, ПК5);
- организацию и оказание неотложной помощи на стоматологическом приеме (ПК5);

### **Умения:**

- получать исчерпывающую информацию о заболевании (ПК1);
- выявлять возможные причины стоматологического заболевания: применять объективные методы обследования больного, выявлять характерные признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи (ПК1, ПК5);
- оценивать тяжесть состояния пациента, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи (ПК6, ПК9);
- проводить мероприятия по профилактике основных стоматологических заболеваний (ПК2);
- выработать план ведения пациента в амбулаторно-поликлинических учреждениях, определять необходимость применения специальных методов обследования (ПК5, ПК9);
- интерпретировать результаты лабораторно-клинических методов исследования (ПК5);
- проводить специальную диагностику заболевания (ПК5);
- давать оценку результатам стоматологического обследования, в том числе с учетом возрастных особенностей (ПК12);

### **Владения:**

- методикой сбора и анализа жалоб, анамнеза, в том числе аллергологического (ПК-1);
- методом определения факторов риска возникновения заболеваний со стороны зубочелюстной системы (ПК-10);
- ранней диагностики, дифференциальной диагностики заболеваний зубочелюстной системы (ПК-5);
- методами профилактики зубочелюстных аномалий полости рта (ПК-7);



- диспансеризации пациентов и семей с наследственной патологией, с подозрением на наследственные нарушения или их носительство; пациентов из группы риска по врожденной и наследственной патологии (ПК-10);
- методикой сбора анамнеза жизни пациента и анамнеза заболевания; методикой проведения осмотра пациентов; определения объема и последовательности специальных диагностических мероприятий; анализа полученных клинико-лабораторных данных; оценкой необходимости участия врачей смежных специальностей (ПК-1, ПК - 5) ;
- методикой постановки диагноза с учетом международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-5);
- методикой оценки объема ортодонтического лечения с целью выбора адекватного метода лечения (ПК-7);
- методикой оказания экстренной помощи пострадавшим с травмой лица в амбулаторных условиях; проведения первичной хирургической обработки ран лица в амбулаторных условиях; проведения мероприятия в случае развития шока, асфиксии или кровотечения (ПК-7);
- методами проведения реабилитационных мероприятий (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных зубочелюстных аномалиях; методикой определения показаний и противопоказаний к назначению медикаментозных средств, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии (ПК-7, ПК - 9);
- методикой организации потока пациентов, методикой расчёта потребности в различных видах челюстно-лицевой помощи (ПК-12);
- основными статистические показатели здоровья населения различных возрастных групп, частоты встречаемости патологий зубочелюстной системы; популяционно-статистическими методами (ПК-12);
- теоретическими и практическими аспектами медицинской экспертизы нетрудоспособности (ПК-6).

## Содержание и структура компетенций

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции	
		знать	уметь
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<p>1 - основные понятия, используемые в хирургической стоматологии;</p> <p>2 – анатомо-топографические особенности челюстно-лицевой области;</p> <p>3 - основные функции челюстно-лицевой области, ее взаимосвязь с другими органами и системами;</p> <p>4 - научные идеи и тенденции развития хирургической стоматологии.</p>	<p>1 - критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника;</p> <p>2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач;</p> <p>3 - управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, множественных источников);</p> <p>4 - использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и выборе тактики лечения.</p>
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	<p>1 - этиологию и патогенез воспалительных, травматических, диспластических, неопластических, дисэмбриогенетических стоматологических заболеваний и травм челюстно-лицевой области ;</p> <p>2 - этапы формирования зубочелюстной системы.</p> <p>3 - ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических стоматологических заболеваний.</p> <p>4 - виды и показания к хирургической стоматологической помощи.</p>	<p>1 -проводить консультации пациентов по вопросам заболевания и проводимого лечения;</p> <p>2 - проводить беседы с пациентами по вопросам профилактики стоматологических заболеваний;</p> <p>3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия стоматологического здоровья.</p>
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	<p>1 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических стоматологических заболеваний.</p> <p>2 - виды и показания к хирургическому лечению.</p>	<p>1 - проводить консультации с пациентами по вопросам стоматологического заболевания и проводимого лечения;</p> <p>2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первично и вторичной профилактики стоматологических заболеваний;</p> <p>3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом состояния больного и тяжести течения заболевания.</p>
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	<p>1 - типовую учетно-отчетную медицинскую документацию медицинских учреждений;</p> <p>2 - экспертизу временной и стойкой трудоспособности.</p>	<p>1 - анализировать и оценивать качество медицинской помощи населению, вести медицинскую документацию.</p>
ПК-5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	<p>1 - возрастные особенности строения челюстно-лицевой области.</p> <p>2 – основные, дополнительные, специальные методы диагностики заболеваний и травм ЧЛЮ.</p> <p>3 – этиологию ,патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических стоматологических заболеваний ЧЛЮ.</p> <p>4 - виды и показания хирургическому лечению.</p>	<p>1 - интерпретировать результаты оценки иммунного статуса при воспалительных заболеваниях ЧЛЮ;</p> <p>2 - обосновать необходимость полного обследования пациента с воспалительными, травматическими, опухолевыми заболеваниями ЧЛЮ;</p>

ПК-6	готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	1-виды медико-социальной экспертизы. 2- понятие временной нетрудоспособности. 3- понятие стойкой нетрудоспособности. 4 – ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при основных стоматологических заболеваниях.	1 - анализировать и оценивать качество медицинской помощи населению, ведение медицинской документацию. 2- оформлять листок нетрудоспособности
ПК-7	готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи	1 - возрастные особенности строения ЧЛЮ 2 - общие закономерности патогенеза наиболее распространенных стоматологических заболеваний ; 3 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний ЧЛЮ. 4 - виды и показания к хирургическому лечению.	1 -обосновать необходимость применения лекарственных препаратов при лечении гнойно-воспалительных заболеваний и развития возможных осложнений 2 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом степени тяжести заболевания, травмы и т.д. 3 - оказать неотложную помощь больным заболеваниями ЧЛЮ в острой стадии. 4 – оказать полный объем хирургической помощи при возникновении воспалительных опухолевых заболеваний и травм ЧЛЮ 5- обосновывать проведение дентальной имплантации, зубосохранительных операции и т.д. 6- оценить объем операционной помощи с целью выбора адекватного обезболивания, объем кровопотери, определить необходимые методы её коррекции;
ПК-9	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	1- использовать теоретические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения заболеваний челюстно-лицевой области.	1- Применять методы физиотерапии, диетотерапии, психотерапии, физкультуры и физиотерапии при распространенных стоматологических заболеваний взрослых и детей; 2- определять показания и противопоказания к применению физиотерапии, комплекса реабилитационных мероприятий при распространенных стоматологических заболеваний
ПК-10	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	1 патогенез и исходы основных заболеваний челюстно-лицевой области (воспалительные, травматические, опухолевые, дистрофические и др.) 2- механизмы влияния неблагоприятных факторов внешней среды (экогенных, профессиональных и др.) на зубочелюстную систему 3- принципы ведения здорового образа жизни	1 - проводить беседы с пациентами и членами их семей о ведении здорового образа жизни, об отказе от вредных привычек, о минимизировании влияния неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье, о профилактике стоматологических заболеваний
ПК-12	готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1-основные понятия качества медицинской помощи. 2 – организация внутреннего контроля качества медицинской помощи в стоматологической организации. 3- Стандарты оказания медицинской помощи. 4- Клинические рекомендации (протоколы лечения) по основным стоматологическим заболеваниям	1- Выполнять полный объем обследования, диагностики и лечения стоматологических заболеваний согласно стандартам оказания медицинской помощи. Протоколам лечения и сложившейся клинической практики. 1. Грамотно оформлять необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством здравоохранению (медицинскую карту стоматологического больного формы 037, форму 039 и др)

### **3. Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы**

Дисциплина «Стоматология хирургическая» относится к блоку Б1 вариативной части дисциплина выбора (Б1.В.ОД.2) ОПОП.

**4. Общая трудоемкость дисциплины** составляет 3 зачетных единиц, 108 академических часов (72 академических часов аудиторной и самостоятельной работы 36 часов), в том числе аудиторные часы, проводимые в интерактивной форме – 27 часов (25%).

**5. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся.**

Виды учебной работы	Всего часов	Курс	
		1	2
Лекции	0	0	0
Семинары	72	72	0
Самостоятельная работа (всего)	36	36	0
<b>Общая трудоемкость:</b>	<b>часы</b>	108	108
	<b>зачетные единицы</b>	3	3

**6. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций**

	Наименование разделов дисциплины (модулей) и тем	Аудиторные занятия		Всего часов на аудиторную работу	Самостоятельная работа студента	Экзамен	Итого часов	Формируемые компетенции по ФГОС															Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Текущий и рубежный контроль успеваемости			
		лекции	семинары					УК			ПК													Формы контроля	Рубежный контроль		
								1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			Экзамен	Зачет	Зачет с оценкой
Б.1.В.ОД. 2	Стоматология хирургическая		72		36		108	+				+	+				+	+					Р,С	ЗС,Т,С			+
Б.1.В.ОД. 2.1	Раздел 1 Общее и местное обезболивание в стоматологии		8		4			+														+	Р, С	ЗС,Т,С		+	
Б.1.В.ОД. 2.2	Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛЮ»		8		4			+															С	СЗ,Т,С		+	
Б.1.В.ОД. 2.3	Раздел 3 БОЛЕЗНИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ		8		4			+															С	ЗС,Т,С		+	
Б.1.В.ОД. 2.4	Раздел 4 Заболевания и повреждения нервов лица и ВНЧС.		8		4			+														+	Р, С	ЗС,Т,С		+	



## 7. Содержание дисциплины «Хирургическая стоматология»

### Б.1.В.ОД.2.1Общее и местное обезболивание в стоматологии.

№№ п/п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	<p>Тема 1. Показания и виды местного обезболивания. Клинико-фармакологическая характеристика местных анестетиков. Премедикация, показания, виды, препараты, используемые для премедикации.</p> <p>Тема 2.Местное обезболивание в хирургической стоматологии. Виды местного обезболивания на верхней челюсти. Виды местного обезболивания на нижней челюсти. Местные осложнения местного обезболивания. Клиника, диагностика и лечение, профилактика. Блокады по Берше, по Берше-Дубову, по Берше-Дубову-Уварову. Стволовые анестезии для отключения 2 и 3 ветви тройничного нерва</p>		4	2	ЗС,Т	УК-1, ПК-1, ПК-5 ПК-12
	<p>Тема 1.Общее обезболивание в хирургической стоматологии. Показания к проведению.</p> <p>Тема 2. Общие осложнения при проведении местного обезболивания в хирургической стоматологии (обморок, коллапс, гипертонический криз, анафилактический шок и т.д.)</p>		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12

### Б.1.В.ОД.2.2 Воспалительные заболевания ЧЛЮ.

№№ п/п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в	Форма контроля	Компетенции

		часах)				
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	<p>Тема 1. Особенности диагностики, клинического течения одонтогенных абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области.</p> <p>Тема 2. Принципы топической диагностики абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области. Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных процессов.</p> <p>Тема 3. Абсцессы и флегмоны около верхней челюсти.</p> <p>Тема 4. Абсцессы и флегмоны около нижней челюсти.</p> <p>Тема 5. Осложнения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика и лечение.</p> <p>Тема 6. Общие принципы лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области.</p>		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
2.	<p>Тема 1. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>Тема 2. Перфоративный верхнечелюстные синуситы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p>		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12

### **Б.1.В.ОД.2.3 ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗ.**

№№ п/п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	Тема 1 Этиология, патогенез, диагностика и лечение острых воспалительных заболеваний		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2;



	слюнных желез. Тема 2. Дифференциальная диагностика острых воспалительных заболеваний слюнных желез.					ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
2.	Тема 1. Этиология, патогенез, диагностика и лечение хронических воспалительных заболеваний слюнных желез. Тема 2. Дифференциальная диагностика хронических воспалительных заболеваний слюнных желез.		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12

#### **Б.1.В.ОД.2.4 ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВОВ И ВНЧС.**

№№ п/п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	Тема 1. Этиология, патогенез, диагностика и лечение заболеваний нервов лица. Тема 2. Этиология, патогенез, диагностика и лечение повреждений нервов лица.		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
2.	Тема 1. Этиология, патогенез, диагностика и лечение заболеваний ВНЧС. Тема 2. Болевая мышечная дисфункция ВНЧС. Клиника, диагностика, лечение.		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12

#### **Б.1.В.ОД.2.5 ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ.**

№№ п/п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	Тема 1. Современные виды дентальных имплантатов, их характеристика, показания к выбору.		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2;

	Тема 2. Показания и противопоказания к дентальной имплантации. Тема 3. Методы одномоментной дентальной имплантации.					ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
2.	Тема 1. Подготовка полости рта к дентальной имплантации: синус-лифтинг. Тема 2 Подготовка полости рта к дентальной имплантации: повышение высоты альвеолярного гребня. Тема 3. Подготовка полости рта к дентальной имплантации: санация полости рта.		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12

#### **Б.1.В.ОД.2.6 БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА.**

№№ п/п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	Тема 1. Этиология, патогенез воспалительных заболеваний пародонта. Тема 2. Клиническая картина, методы диагностики заболеваний пародонта. Тема 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Тема 4. Хирургические методы в лечении заболеваний пародонта.		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
2.	Тема 1. Использование биокомпозиционных материалов при хирургическом лечении заболеваний пародонта. Тема 2. Классификация биокомпозиционных материалов. Показания к применению. Тема 3. Методы направленной регенерации костной ткани при лечении заболеваний пародонта. Тема 4. Ошибки и осложнения при хирургической лечении заболеваний пародонта.		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12

#### **Б.1.В.ОД.2.7 Огнестрельные и неогнестрельные повреждения челюстно-лицевой области.**

№№ п/п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	Тема 1. Анатомо-физиологические особенности строения челюстно-лицевой области. Тема 2. Неогнестрельные повреждения мягких тканей лица. Тема 3. Неогнестрельные повреждения костей лица. Тема 4. Хирургические методы лечения неогнестрельных повреждений ЧЛО.		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
2.	Тема 1. Огнестрельные повреждения мягких тканей лица. Клиника, диагностика. Тема 2. Огнестрельные повреждения костей лица. Клиника. Диагностика. Тема 3. Консервативные методы лечения повреждений костей лица. Тема 4. Хирургические методы лечения повреждений костей лица.		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12

**Б.1.В.ОД.2.8 Опухоли и опухолеподобные образования и кисты лица и шеи.**

№№ п/п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	Тема 1. Современные способы диагностики опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области в условиях поликлиники. Тема 2. Критерии доброкачественности и злокачественности. Классификация опухолевых процессов ЧЛО.		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12

	Тема 3. Маршрутизация пациентов с опухолевыми процессами ЧЛЮ.					
2.	Тема 1. Клинические особенности проявлений различных видов опухолей и опухолеподобных образований в зависимости от локализации, размера и уровня их дифференцировки. Тема 2. Классификация TNM. Тема 3. Теории канцерогенезе злокачественных новообразований. Тема 4. Кистозные образования ЧЛЮ.		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12

**Б.1.В.ОД.2.9 Восстановительная хирургия лица и челюстей.**

№№ п/п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа		
1.	Тема 1. Этиология и патогенез возникновения дефектов и деформаций челюстно-лицевой области. Классификация дефектов и деформаций ЧЛЮ. Тема 2. Врожденные и приобретенные деформации челюстно-лицевой области. Клиника и диагностика. Тема 3. Особенности планирования восстановительных операций в челюстно-лицевой области. Показания и противопоказания к восстановительным операциям. Тема 4. История развития восстановительной хирургии. Тема 5. Химические и термические травмы челюстно-лицевой области. Тема 6. Основные принципы восстановительной и реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области.		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
2.	Тема 1. Принципы пластической хирургии по А.А. Лимбергу. Тема 2. Принципы пластической хирургии по В.А. Филатову.		4	2	ЗС,Т	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5;

	Тема 3. Пластика местными тканями. Показания, противопоказания. Тема 4 Пластика стебельчатым лоскутом. Показания, противопоказания. Тема 5. Свободная пересадка тканей. Показания, противопоказания. Тема 6. Характеристика, клиника и диагностика осложнений во время проведения восстановительных операций. Тема 7. Реабилитация пациентов с дефектами и деформациями лица.						ПК-6; ПК-9; ПК-12
--	---	--	--	--	--	--	-------------------------

## 8. Образовательные технологии

В ходе изучения дисциплины используются следующие образовательные технологии: лекция, семинарское занятие, самостоятельная работа ординаторов:

- Лекции проводятся с использованием дополнительного оборудования в виде мультимедийной системы для обеспечения наглядности учебного материала. Расписание лекций формируется подразделением/ями, реализующими дисциплину, в начале учебного года в соответствии с учебно-тематическим планом дисциплины и размещается в ЭИОС.

- Семинарские занятия имеют целью закрепить теоретические знания, сформировать у ординатора необходимые профессиональные умения и навыки клинического мышления. С этой целью в учебном процессе используются интерактивные формы занятий: дискуссия, решение ситуационных задач и разбор конкретных ситуаций. Расписание семинарских занятий формируется подразделением/ями, реализующими дисциплину, в начале учебного года в соответствии учебно-тематическим планом дисциплины и размещается в ЭИОС.

- В рамках изучения дисциплины предусмотрена возможность обучения на научно-практических конференциях, съездах и симпозиумах, мастер-классах экспертов и специалистов в области стоматологии. Самостоятельная работа ординаторов направлена на совершенствование навыков и умений, полученных во время аудиторных занятий, а также на развитие навыков самоорганизации и самодисциплины. Поддержка самостоятельной работы заключается в непрерывном

развитии у ординатора рациональных приемов познавательной деятельности, переходу от деятельности, выполняемой под руководством преподавателя, к деятельности, организуемой самостоятельно. Контроль самостоятельной работы организуется как единство нескольких форм: самоконтроль, взаимоконтроль, контроль со стороны преподавателя.

## 9. Оценка качества освоения программы

Оценка качества освоения программ ординатуры обучающимися включает текущий контроль успеваемости, промежуточную аттестацию обучающихся и государственную итоговую аттестацию.

1. Текущий контроль успеваемости - контроль знаний обучающихся в процессе освоения дисциплины.

### Формы текущего и рубежного контроля успеваемости:

ЗС – решение ситуационных задач,

С – собеседование по контрольным вопросам,

Т – тестирование,

Р – реферат.

### Перечень оценочных средств

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Форма контроля успеваемости	Перечень оценочных средств (ФОС)	Оцениваемые компетенции
Б.1.В.ОД.2.1	Раздел 1 «Местное и общее обезболивание в стоматологии»	Зачет	1. Банк тестовых заданий; 2. Банк ситуационных клинических задач	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
Б.1.В.ОД.2.2	Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛЮ»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
Б.1.В.ОД.2.3	Раздел 3 «Заболевания слюнных желез»»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
Б.1.В.ОД.2.4	Раздел 4 «Заболевания и повреждения нервов и ВНЧС»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
Б.1.В.ОД.2.5	Раздел 5 «Дентальная имплантация»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12

Б.1.В.ОД.2.6	Раздел 6 «Заболевания пародонта»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
Б.1.В.ОД.2.7	Раздел 7 «Огнестрельные и неогнестрельные повреждения ЧЛО»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
Б.1.В.ОД.2.8	Раздел 8 «Опухоли и опухолеподобные образования ЧЛО»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
Б.1.В.ОД.2.9	Раздел 9 «Восстановительная хирургия лица и челюстей»	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12
Б.1.В.ОД.2	Дисциплина "Стоматология хирургическая"	Зачет с оценкой	1.Банк тестовых заданий; 2. Перечень вопросов для устного собеседования	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-12

Прием зачетов проводится на последнем занятии раздела дисциплины, в котором предусмотрена данная форма контроля успеваемости. Сроки зачетов устанавливаются расписанием. Зачеты принимают преподаватели, руководившие практикой по данной дисциплине. Форма и порядок проведения зачета определяется кафедрой самостоятельно в зависимости от содержания дисциплины, целей и особенностей ее изучения, используемой технологии обучения. Зачеты по дисциплинам и практикам являются недифференцированными и оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено». Результаты сдачи зачетов заносятся в зачетную ведомость.

Критерии оценки сформированности компетенций в результате освоения дисциплины и шкала оценивания:

Перечень компетенций	Критерии их сформированности	Оценка по 5-ти бальной шкале	Аттестация
УК-1, ПК-1,2,5,6, 9,12	Знания, умения и навыки сформированы на продвинутом уровне	Отлично (5)	Зачтено
УК-1, ПК-1,2,5,6, 9,12	Знания, умения и навыки сформированы на повышенном уровне	Хорошо (4)	

УК-1, ПК-1,2,5,6, 9,12	Знания, умения и навыки сформированы на базовом уровне	Удовлетворительно (3)	
УК-1, ПК-1,2,5,6, 9,12	Знания, умения и навыки сформированы на уровне ниже базового	Неудовлетворительно (2)	Не зачтено

Государственная итоговая аттестация является завершающей стадией контроля качества подготовки специалистов. Целью ГИА является установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО. При успешной сдаче аттестационных испытаний решением государственной экзаменационной комиссии обучающемуся присваивается квалификация «врач-стоматолог-ортодонт» и выдается диплом об окончании ординатуры. Обучающиеся, не прошедшие государственной итоговой аттестации или получившие на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, вправе пройти государственную итоговую аттестацию в сроки, определяемые порядком проведения государственной итоговой аттестации по соответствующим образовательным программам.



## 10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

1. **Хирургическая стоматология** [Текст] : учебник для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по спец. 060105.65 "Стоматология" по дисц. "Хирург. стоматология" / В. В. **Афанасьев** [и др.]; под общ. ред. В. В. **Афанасьева**. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 880 с. : ил., цв. ил. + 1 CD-ROM.

2. Афанасьев В.В. **Военная стоматология и челюстно-лицевая хирургия** [Текст] : учеб. пособие по спец. 06010565- **Стоматология** / В. В. Афанасьев, А. А. Останин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 238, [3] с.

3. Военная стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В. В. Афанасьев, А.А. Останин. — 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439074.html>

4. Хирургическая стоматология [Электронный ресурс] : учебник для студ. учреждений высш. проф. образования, обучающихся по спец. 060105.65 "Стоматология" / [авт. кол. : В. В. Афанасьев, М. Р. Абдусаламов, В. В. Богатов и др.] ; под общ. ред. В. В. Афанасьева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 880 с. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

### б) Дополнительная литература:

1. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Тематические тесты. Часть 2. [Электронный ресурс] / под ред. А. М. Панина, В.В. Афанасьева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970412466.html>

2. Хирургическая стоматология. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез [Электронный ресурс] / Под ред. А.М. Панина - М. : Литтерра, 2011. - (Серия "Библиотека стоматолога"). - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423500016.html>

3. Травматология челюстно-лицевой области [Электронный ресурс] : рук. / Афанасьев В.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 256 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414781.html>

4. Военная стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Афанасьев В.В., Останин А.А. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN978970411650.html>

5. Заболевания пародонта. Современный взгляд на клинико-диагностические и лечебные аспекты / Янушевич О. О., Гринин В. М., Почтаренко В. А., Рунова Г. С. ; под ред. О. О. Янушевича - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 160 с. (Библиотека

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970410370.html>

б.Афанасьев В. В. Ксеростомия (сухость полости рта). Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение / В. В. Афанасьев, М. Л. Павлова, Х. А. Ордашев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 160 с. – Режим доступа:

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447475.html>

1. Ю.А.Македонова, О.Ю.Афанасьева, О.Н.Куркина, С.В.Ставская. Основные вопросы хирургии полости рта. Учебное пособие Волгоград, 2021.

<http://vocmp.oblzdrav.ru/uchebnoe-posobie-osnovnye-voprosy-amb.html>

2. Ю.А.Македонова, О.Ю.Афанасьева, О. Н. Куркина, С. В. Дьяченко, Л.М.Гаврикова, Александрина Е.С., Ставская С.В. Хирургические методы лечения хронического периодонтита. Учебное пособие Волгоград, Изд-во ВолгГМУ, 2021 – 68 с.

3. Реципрокные факторы риска: заболевания слизистой полости рта и сопутствующая патология / Ю.А.Македонова, Л.М.Гаврикова, О.Ю.Афанасьева, О.Н.Куркина, С.В.Дьяченко, Е.С.Александрина, С.В.Ставская, М.В.Кабытова // Учебное пособие — Волгоград, 2021. – 100 с.

### **в) Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:**

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

Ссылка на информационный ресурс	Доступность
<a href="http://www.allergya.ru/">http://www.allergya.ru/</a>	Свободный доступ
<a href="http://www.spbraaci.ru/">http://www.spbraaci.ru/</a>	Свободный доступ
<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</a>	Свободный доступ
<a href="http://www.ginasthma.org">www.ginasthma.org</a>	Свободный доступ

Ссылка на информационный ресурс	Доступность
<a href="http://www.ipopi.org/">http://www.ipopi.org/</a>	Свободный доступ

### **Периодические издания (специальные, ведомственные журналы):**

1. Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2012.
2. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета: научно-практический журнал. - Волгоград : ВолгГМУ.
3. Вестник Российской Академии медицинских наук: научно-практический журнал / РАН. - М. : Медицина.
4. Волгоградский научно-медицинский журнал: научно-практический журнал / ГУ "Волгоградский мед.науч.центр". - Волгоград : ВолгГМУ.
5. Лекарственный вестник: научно-информационный журнал /Волгогр. регион. отд-ние общерос. обществ. орг. «Российская медицинская ассоциация», ВолгГМУ, Ком. по здравоохранению администрации Волгогр. обл., Департамент здравоохранения администрации Волгограда. - Волгоград: ВолгГМУ

### **в) Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:**

#### *Профессиональные базы данных*

1. [www/lanbook.ru](http://www.lanbook.ru) - Сетевая электронная библиотека (СЭБ) «ЭБС Лань» (профессиональная база данных)
2. [www.books-up.ru](http://www.books-up.ru) - ЭБС Букап, коллекция Большая медицинская библиотека (профессиональная база данных)
3. <http://www.who.int/ru/> - Всемирная организация здравоохранения (профессиональная база данных)
4. <http://www.femb.ru/feml/> - Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (профессиональная база данных)
5. <http://cyberleninka.ru/> - КиберЛенинка - научная электронная библиотека открытого доступа (профессиональная база данных)

6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - PubMed - бесплатная версия базы данных MEDLINE, крупнейшей библиографической базы Национального центра биотехнологической информации (NCBI) на основе раздела «биотехнология» Национальной медицинской библиотеки США (NLM) (профессиональная база данных)

7. <https://www.sciencedirect.com/browse/journals-and-books?accessType=openAccess> - ScienceDirect - ведущая информационная платформа компании Elsevier, содержащая 25% мировых научных публикаций (профессиональная база данных)

8. <http://www.oxfordjournals.org/en/oxford-open/index.html> - Oxford University Press – открытые ресурсы одного из крупнейших издательств в Великобритании, крупнейшего университетского издательства в мире (профессиональная база данных)

9. <https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html> - Wiley - открытые ресурсы одного из старейших академических издательств в мире, содержащего более 20000 книг научной направленности, более 1500 научных журналов, энциклопедии и справочники, учебники и базы данных с научной информацией (профессиональная база данных)

10. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen> - журналы JAMA Network издаются самой большой ассоциацией врачей в США (профессиональная база данных)

11. [https://www.elibrary.ru/projects/subscription/rus\\_titles\\_free.asp](https://www.elibrary.ru/projects/subscription/rus_titles_free.asp) - научная электронная библиотека eLibrary - крупнейший российский информационно-аналитический портал в области науки, технологии, медицины и образования (профессиональная база данных)

*Информационные системы по Covid-19 (для клинических дисциплин)*

1. <https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> – Всемирная организация здравоохранения, раздел «Коронавирус COVID-19»

2. <https://academic.oup.com/journals> – Oxford University Press. Access to OUP resources on COVID-19, other coronaviruses, and related topics

3. <https://www.cambridge.org/core/browse-subjects/medicine/coronavirus-free-access-collection> – Открытый доступ к статьям из журналов и главам из книг по теме COVID-19

4. [https://clarivate.com/coronavirusresources/?utm\\_campaign=clarivate&utm\\_content=Clarivate\\_Analytics\\_Organic\\_Social\\_Media\\_Social\\_XBU\\_Global\\_2019&utm\\_medium=webofscience&utm\\_source=clarivatesprout&fbclid=IwAR3F3QHto7DZE4bww2ABe-VqNXSBS2kFkNovzH6o9w7QGhIQMf5](https://clarivate.com/coronavirusresources/?utm_campaign=clarivate&utm_content=Clarivate_Analytics_Organic_Social_Media_Social_XBU_Global_2019&utm_medium=webofscience&utm_source=clarivatesprout&fbclid=IwAR3F3QHto7DZE4bww2ABe-VqNXSBS2kFkNovzH6o9w7QGhIQMf5) – Актуальная информация по COVID-19 в базе данных Cortellis Drug Discovery Intelligence

5. <https://www.thieme.com/resources/1721-coronavirus> – статьи из специализированных медицинских журналов издательства Thieme, таких как Seminars in Respiratory и Critical Care Medicine

6. <https://www.elsevier.com/connect/coronavirus-information-center> – Бесплатный доступ к исследованиям по COVID-19. Доступно более 19,800 статей на ScienceDirect Coronavirus hub

7. [https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19?fbclid=IwAR1JbfsOEtFS821jJhPLLboZIXmj8JguETxnfZbqF9BYguPcQUTr0rb6\\_c#H2995362393](https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19?fbclid=IwAR1JbfsOEtFS821jJhPLLboZIXmj8JguETxnfZbqF9BYguPcQUTr0rb6_c#H2995362393) – Актуальная клиническая информация в теме по коронавирусу на сайте UpToDate

8. [https://novelcoronavirus.onlinelibrary.wiley.com/?elq\\_cid=25055210&elq\\_mid=43537&fbclid=IwAR3nfyZSyd-rtfk6\\_gNZgP9M2Xv-FXA5xhpz2Z7Mhbd0ddFgBIC9lQQLeNo&utm\\_campaign=27359&utm\\_content=COVID-19+Emergency+Communication+for+Agents+Research&](https://novelcoronavirus.onlinelibrary.wiley.com/?elq_cid=25055210&elq_mid=43537&fbclid=IwAR3nfyZSyd-rtfk6_gNZgP9M2Xv-FXA5xhpz2Z7Mhbd0ddFgBIC9lQQLeNo&utm_campaign=27359&utm_content=COVID-19+Emergency+Communication+for+Agents+Research&) – доступ более чем к 5 000 статей по COVID-19 на платформе Wiley Online Library

9. [http://tools.ovid.com/coronavirus/?utm\\_source=press-release&utm\\_medium=website&utm\\_campaign=coronavirus-pr&fbclid=IwAR3ITUPL2ftd9uA2V-qS7T9wEJiEL8aK4IBVYkne2mg6OmRjiE5iSc1tJ40](http://tools.ovid.com/coronavirus/?utm_source=press-release&utm_medium=website&utm_campaign=coronavirus-pr&fbclid=IwAR3ITUPL2ftd9uA2V-qS7T9wEJiEL8aK4IBVYkne2mg6OmRjiE5iSc1tJ40) – Ресурсы открытого доступа от основных поставщиков научной медицинской информации в мире.

10. [https://www.emeraldgroupublishing.com/promo/coronavirus.htm?utm\\_source=facebook&utm\\_medium=social&utm\\_campaign=bnd\\_Coronavirus\\_landing%20page\\_20200206\\_free&fbclid=IwAR1MZWl\\_HkYVEDL1OgNn3DlmK7sWp7Q7ml7LDL3xTfcNM](https://www.emeraldgroupublishing.com/promo/coronavirus.htm?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=bnd_Coronavirus_landing%20page_20200206_free&fbclid=IwAR1MZWl_HkYVEDL1OgNn3DlmK7sWp7Q7ml7LDL3xTfcNM)

WczS3dyC1eYgnc – Менеджмент во время эпидемий и исследования, посвященные COVID-19

11. <https://www.cabdirect.org/GlobalHealth?fbclid=IwAR2oP5gzNhGjNVnAT0ARsqTooP8XumPddYxBy5CuhNYOwXfk2StpYbT33j4/news/66679> – COVID-19 Free Access CABI (общественное здоровье, охрана окружающей среды)

## **11. Материально-техническое обеспечение дисциплины**

Для семинарских занятий используются учебные комнаты кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии, а также специализированные помещения отделений клинических баз: ГАУЗ «Волгоградская областная клиническая поликлиника».

Перечень материально-технических средств для:

- чтения лекций: мультимедийные комплексы; проекционная аппаратура, аудиосистема;
- проведения семинарских занятий: мультимедийные комплексы, аудио- и видеоаппаратура и другие технические средства обучения;

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Комплекты основных учебных документов. Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам.

## 12. Приложения

### 12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»

#### Банк тестовых заданий (с ответами):

<p><b>Б.1.В.ОД.2.1</b> Раздел 1 «Местное и общее обезболивание в стоматологии»</p>	<p>1 ЛИДОКАИН ОТНОСИТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) к амину</li><li>б) к эфиру</li><li><b>в) к амиду</b></li><li>г) к производному изохинолина</li><li>д) к ацмантильному радикалу</li></ul> <p>2 КАКОЙ ИЗ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЭФИРОМ ПАРААМИНОБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) азакаин</li><li>б) совкаин</li><li>в) новокаинамид</li><li><b>г) новокаин</b></li><li>д) мезокаин</li></ul> <p>3 ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ВЕТВИ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА ИННЕРВИРУЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) слизистую оболочку ретромолярной области</li><li><b>б) слизистую оболочку миндалин и дужек мягкого нёба</b></li><li>в) слизистую оболочку задней части носовой полости</li><li>г) моляры нижней челюсти</li><li>д) моляры верхней и нижней челюсти</li></ul> <p>4 БЛУЖДАЮЩИЙ НЕРВ - ЭТО КАКАЯ ПАРА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) V пара</li><li>б) VII пара</li><li>в) IX пара</li><li><b>г) X пара</b></li><li>д) XII пара</li></ul> <p>5 ПОДЪЯЗЫЧНЫЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЕТ МЫШЦЫ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>а) всего языка</b></li><li>б) соответствующей половине языка</li><li>в) передней части языка</li><li>г) задней части языка</li><li>д) дно полости рта</li></ul> <p>6 КОМПАКТНАЯ ПЛАСТИНКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ТАКОВОЙ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) менее плотная и менее толстая</li><li><b>б) более плотная и более толстая</b></li><li>в) менее плотная и более толстая</li><li>г) более плотная и менее толстая</li><li>д) одинаковой толщины</li></ul> <p>7 ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПО ЕГОРОВУ - ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) разновидность интраоральной анестезии</li><li><b>б) разновидность губеральной анестезии</b></li><li>в) обезболивание у верхнего зубного сплетения</li><li>г) один из видов палатинальной анестезии</li><li>д) разновидность инфильтрационной анестезии</li></ul> <p>8 ВЕРХНЕЕ ЗУБНОЕ СПЛЕТЕНИЕ ОБРАЗОВАНО:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) передними и средними луночковыми нервами</li></ul>
--	---



- б) средними и задними луночковыми нервами
- в) передними, средними и задними луночковыми нервами**
- г) венами верхней челюсти
- д) артериями верхней челюсти

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

- а) 1-2 мм
- б) 2-3 мм
- в) около 5 мм**
- г) до 1 см
- д) до 1,5 см

10 ЗОНА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РЕЗЦОВОЙ АНЕСТЕЗИИ:

- а) слизистая оболочка в пределах резцов одной стороны
- б) слизистая оболочка в пределах резцов двух сторон
- в) слизистая оболочка в пределах резцов и клыков одной стороны
- г) слизистая оболочка в пределах резцов и клыков с обеих сторон**
- д) слизистая оболочка в пределах моляров

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

- а) нижнечелюстное возвышение
- б) над вершиной большого позадиомолярного треугольника
- в) крыловидно-нижнечелюстная складка
- г) область суставного (мышцелкового) отростка нижней челюсти
- д) место, где слизистая оболочка щеки переходит в позадиомолярную верхнечелюстную область**

12 МЕНТАЛЬНОЕ ОТВЕРСТИЕ НАХОДИТСЯ:

- а) под клыком
- б) под первым премоляром
- в) под вторым премоляром или между первым и вторым премоляром**
- г) между вторым премоляром и первым моляром
- д) между первым и вторым моляром

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

- а) адреналин или норадреналин
- б) атропин или метацин
- в) метазон или фелипрессин**
- г) супрастин
- д) кеторолак

14 ДЛЯ ПРЕМЕДИКАЦИИ ПРИ ФТОРОТАНОВОМ НАРКОЗЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- а) адреналин
- б) норадреналин
- в) мезатон
- г) промедол**
- д) мышечные релаксанты

15 КАКОЙ ИЗ МЫШЕЧНЫХ РЕЛАКСАНТОВ ОТНОСИТСЯ К РЕЛАКСАНТАМ ДЕПОЛЯРИЗУЮЩЕГО ТИПА:

- а) тубакурарин
- б) дитилин**
- в) ардуан
- г) квалидил
- д) хлоропирамин

16 ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПРИ НАРКОЗЕ СЛЕДУЕТ

НАЗНАЧАТЬ:

- а) анальгетики
- б) барбитураты**
- в) мышечные релаксанты
- г) антигистаминные
- д) антибиотики

17 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ БОЛЕЕ МОЩНЫМ НАРКОТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ:

- а) фторотан
- б) эфир для наркоза
- в) метоксифлуран
- г) трихлорэтилен
- д) закись азота

18 КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ РАССЛАБЛЯЮТ СКЕЛЕТНУЮ И ДЫХАТЕЛЬНУЮ МУСКУЛАТУРУ:

- а) анальгетики
- б) барбитураты
- в) аналептики
- г) релаксанты**
- д) антигистаминные препараты

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

- а) фторотан
- б) эфир для наркоза
- в) метоксифлуран
- г) трихлорэтилен
- д) **закись азота**

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

- а) транквилизатор + миотропный спазмолитик
- б) анальгетик + антигистаминный препарат
- в) транквилизатор + анальгетики
- г) миотропный спазмолитик + антигистаминный препарат
- д) транквилизатор + ненаркотический анальгетик

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

- а) седуксен**
- б) атропин
- в) папаверин
- г) анальгин
- д) супрастин

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

- а) транквилизаторы
- б) спазмолитики
- в) ненаркотические анальгетики**
- г) антигистаминные препараты
- д) антибиотики

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

- а) транквилизаторы
- б) спазмолитики
- в) **ненаркотические анальгетики**

	<p>г) <b>антигистаминные препараты</b>  д) антибиотики</p> <p>24 МЕСТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОВОДНИКОВОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ</p> <p>а) <b>неврит</b>  б) невралгия  в) вазопатия  г) альвеолит  д) остеомиелит</p>
<p><b>Б.1.В.Од.2.2</b> Раздел 2  «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области»</p>	<p>25. ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:</p> <p>а) прямые щипцы  б) прямой элеватор  в) S-образные щипцы с шипом  г) <b>штыковидные щипцы</b>  д) штыковидный элеватор</p> <p>26. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:</p> <p>а) клювовидные  б) <b>штыковидные</b>  в) S-образные сходящиеся  г) S-образные с шипом справа  д) S-образные несходящиеся</p> <p>27. ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а) <b>выбор обезболивания</b>  б) пол  в) время суток  г) опыт врача  д) стоимость лечения</p> <p>28. ПРОВЕДИТЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ПОДГОТОВКУ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ:</p> <p>а) морфиноподобные препараты  б) снотворные  в) <b>седативные</b>  г) нейролептики  д) наркотические анальгетики</p> <p>29. ПРИ КАКИХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДИТСЯ ТОЛЬКО В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА:</p> <p>а) тиреотоксикоз  б) аллергическая реакция на сульфаниламиды  в) хронический гепатит  г) <b>гемофилия, тромбопения</b>  д) сахарный диабет в стадии компенсации</p> <p>30. КАКИЕ ИЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ:</p> <p>а) хронический гастрит  б) <b>острый септический эндокардит</b>  в) хронический панкреатит  г) хронический тонзилит  д) постинфарктное состояние (8 месяцев)</p> <p>31. БОЛЬНЫМ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ КАКОЙ АНЕСТЕТИК ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:</p> <p>а) <b>1% р-р тримекаина</b></p>

- б) 2% р-р новокаина
- в) 2% р-р лидокаина
- г) 2% р-р новокаина + 0,1% р-р адреналина
- д) 40% р-р глюкозы

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

- а) тиреотоксикоз
- б) аллергическая реакция на сульфаниламиды
- в) хронический гепатит
- г) сахарный диабет в стадии компенсации
- д) **инфарк в анамнезе 2 месяца назад**

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

- а) паротит
- б) **отлом бугра верхней челюсти**
- в) невралгия тройничного нерва
- г) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
- д) артрит височно-нижнечелюстного сустава

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

- а) синусит
- б) периостит
- в) альвеолит
- г) остеомиелит
- д) **перелом нижней челюсти**

35 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:

- а) **периостотомию с двух сторон альвеолярного отростка**
- б) периостотомию с одной стороны альвеолярного отростка
- в) секвестрэктомию
- г) резекцию верхушки корня причинного зуба
- д) цистэктомию

36 НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- а) **длительным рефлекторным спазмом сосудов с нарушением кровообращения**
- б) акупоркой сосудов микробным эмболом
- в) сенсibilизацией организма и возникновением асептического воспаления
- г) токсическим повреждением нижнего альвеолярного нерва
- д) септицемией

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

- а) **в острой стадий**
- б) в подострой стадии
- в) хроническом с преобладанием деструктивных процессов
- г) хроническом с преобладанием продуктивных, гиперпластических процессов
- д) после секвестрэктомии

38. СЕКВЕСТРЭКТОМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОКАЗАНА В ПЕРИОД:

- а) физиолечения
- б) формирования секвестра
- в) **сформировавшегося секвестра**
- г) антибактериальной терапии
- д) реабилитации

	<p>39. ОТДАЛЕННЫМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) диплопия</li> <li>б) ксеростомия</li> <li><b>в) деформация челюсти</b></li> <li>г) паралич лицевого нерва</li> <li>д) выворот губ</li> </ul> <p>40. МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) диплопия</li> <li>б) ксеростомия</li> <li><b>в) патологический перелом</b></li> <li>г) паралич лицевого нерва</li> <li>д) выворот губ</li> </ul> <p>41 ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) возраст больного</li> <li>б) острый лимфаденит</li> <li>в) травма плохо изготовленным протезом</li> <li><b>г) зуб или корень зуба в линии перелома</b></li> <li><b>д) сила и направление повреждающего фактора</b></li> </ul> <p>42 ПРИ ОСТРОМ ГАЙМОРИТЕ КАКАЯ ЧАСТЬ ЛИЦА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИПУХАЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) нижнее веко</li> <li><b>б) подглазничная область</b></li> <li>в) щечная область</li> <li>г) скуловая область</li> <li>д) поднижнечелюстная</li> </ul> <p>43 ПРИ ИЗУЧЕНИИ РЕНТГЕНОГРАММ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ СРАВНЕНИЕ ПНЕВМАТИЗАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ С:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а) лобными пазухами</b></li> <li>б) решетчатым лабиринтом</li> <li>в) орбитами</li> <li>г) носовой полостью</li> <li>д) полостью рта</li> </ul> <p>44. ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ НОСА ЧЕРЕЗ СОУСТЬЕ, РАСПОЛОЖЕННОЕ В НОСОВОМ ХОДУ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) верхнем</li> <li><b>б) среднем</b></li> <li>в) нижнем</li> <li>г) левым</li> </ul> <p>правы</p>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.4</b> Раздел 4 «Заболевания нервов и ВНЧС»</p>	<p>45. НЕВРИТ-ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) интенсивная боль по ходу нерва с гипер- или гипоестезией в зоне его иннервации;</li> <li>б) повреждение нерва с выпадением функции в зоне иннервации</li> <li>в) аллергическая реакция на анестетик</li> <li>г) хроническое заболевание</li> <li>д) реакция сосудов на введение анестетика</li> </ul> <p>46. НЕВРАЛГИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) интенсивной болью по ходу нерва с гипер- или гипоестезией в зоне его иннервации</li> <li>б) повреждением нерва с выпадением функции в зоне иннервации.</li> <li>в) отсутствием симптомов</li> <li>г) повышением температуры, ознобом</li> </ul>

д) «крапивницей»

47. БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ I ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА  
РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ

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

48. БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ II ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА  
РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ

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

49. БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ III ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА  
РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ

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

50. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

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

51. ДИАГНОЗ АРТРИТА ВНЧС СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ

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

52. ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

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

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

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

54. К ВНУТРИСУСТАВНОМУ ДИСКУ И КАПСУЛЕ ВНЧС ПРИКРЕПЛЯЕТСЯ

1. жевательная мышца
2. глубокие слои височной мышцы
3. латеральная крыловидная мышца +
4. медиальная крыловидная мышца
5. двубрюшная мышца

<p><b>Б.1.В.ОД.2.5</b> Раздел 5 «Дентальная имплантация»</p>	<p>55. Остеоинтеграция – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прямая структурная и функциональная связь между высокодифференцированной живой костью и поверхностью опорного имплантата, выявляемая на уровне световой микроскопии. +</li> <li>2. Реакция организма на внедрение инородного тела, состоит в формировании фиброзной капсулы вокруг него.</li> <li>3. Процесс образования соединительной ткани на поверхности имплантата.</li> <li>4. Реакция кости на инородное тело, которое инкапсулируется посредством костного рубца.</li> <li>5. Снижение общего объема костной ткани.</li> </ol> <p>56. К биоинертным материалам относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нержавеющая сталь.</li> <li>2. Хромокобальтовые сплавы.</li> <li>3. Титан, цирконий. +</li> <li>4. Гидроксиапатит.</li> <li>5. Серебряно-палладиевые сплавы.</li> </ol> <p>57. К биотолерантным материалам относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нержавеющая сталь. +</li> <li>2. Титан и его сплавы.</li> <li>3. Цирконий.</li> <li>4. Тантал.</li> <li>5. Трикальцийфосфат.</li> </ol> <p>58. К местному противопоказанию для проведения дентальной имплантации относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Локализованный пародонтит.</li> <li>2. Множественный кариес.</li> <li>3. Патологическая стираемость твердых тканей зубов со снижением высоты прикуса. +</li> <li>4. Отсутствие одного зуба.</li> <li>5. Полная адентия.</li> </ol> <p>59. Контактный остеогенез – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Процесс регенерации костной ткани вокруг имплантата.</li> <li>2. Процесс регенерации костной ткани непосредственно на поверхности имплантата. +</li> <li>3. Восстановление участков кости после травмы.</li> <li>4. Неадекватная минерализация органического костного матрикса при сохраняющейся в норме скелетной массе.</li> <li>5. Снижение функциональной нагрузки на костную ткань.</li> </ol> <p>60. Препарирование ложа под винтовые или цилиндрические имплантаты следует производить специально предназначенными для этого сверлами со следующей скоростью вращения, об/мин:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 200-300.</li> <li>2. 500-800.</li> <li>3. 1000-1500. +</li> <li>4. 3000-5000.</li> <li>5. 30000- 35000.</li> </ol> <p>61. Чем определяется усилие затягивание винта, фиксирующего супраструктуру к имплантату?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тактильными ощущениями врача.</li> <li>2. Степенью подвижности супраструктуры.</li> </ol>

3. Инструкциями по применению элементов системы имплантатов. +  
 4. Показаниями динамометрического ключа.  
 5. Приблизительно 30-40 дин/см.
62. О чем свидетельствует эффект «проваливания» при формировании ложа имплантата на верхней челюсти?  
 1. О перфорации верхнечелюстной пазухи.  
 2. О перфорации полости носа.  
 3. О перфорации поднутрения стенки альвеолярного отростка.  
 4. О выходе инструмента за пределы костной ткани. +  
 5. О переломе бора.
63. Что может привести к парестезии нижней губы после имплантации на нижней челюсти?  
 1. Травма нижнего луночкового нерва при формировании ложа для имплантата.  
 2. Сдавление нервного ствола установленным имплантатом.  
 3. Инъекционной травмой нервного ствола.  
 4. Травмой подбородочного нерва крючком при работе ассистента.  
 5. Все перечисленные факторы. +
64. Аллогенный материал это –  
 1. Специально обработанная трупная кость. +  
 2. Остеопластический материал синтетического происхождения.  
 3. Материал животного происхождения.  
 4. Субстрат для изготовления имплантатов.  
 5. Тонкая прослойка соединительной ткани на границе имплантата и костного ложа.
65. Ксеногенный материал это -  
 1. Специально обработанная трупная кость.  
 2. Остеопластический материал синтетического происхождения.  
 3. Материал животного происхождения. +  
 4. Субстрат для изготовления имплантатов.  
 5. Тонкая прослойка соединительной ткани на границе имплантата и костного ложа.
66. Аллопластический материал это -:  
 1. Специально обработанная трупная кость.  
 2. Остеопластический материал синтетического происхождения. +  
 3. Материал животного происхождения.  
 4. Субстрат для изготовления имплантатов.  
 5. Тонкая прослойка соединительной ткани на границе имплантата и костного ложа.
67. Основоположником и разработчиком имплантатов пластиночной конструкции считается:  
 1. Карл Миш.  
 2. Чарльз Бабуш.  
 3. Марсель Миргазизов.  
 4. Пер-Ингвар Бранемарк.  
 5. Леонард Линков. +
68. Направленная тканевая регенерация - это:  
 1. Создание оптимальных условий для роста и созревания (развития) органотипичной костной ткани в области костных дефектов с применением мембранной техники. +  
 2. Комбинирование остеоиндуктивных и остокондуктивных материалов с целью оптимизации репаративных процессов в области костных дефектов.  
 3. Использование титановой сетки для избирательного прорастания костной ткани в полость дефекта.  
 4. Изоляция дефекта от окружающих его структур бедной тромбоцитарной плазмой.  
 5. Применение свободного соединительнотканного трансплантата в комбинации с костной стружкой.
69. Допустимой скоростью резорбции костной ткани вокруг винтового имплантата в



каждый последующий год после первого года функционирования является

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

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

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

71. Что такое абатмент?

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

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

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

73. Согласно определению Европейской федерации пародонтологов, периимплантит – это

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

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

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

75. Высокую биосовместимость титана связывают

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

76. К осложнениям имплантации относятся

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

77. Факторами, определяющими успех имплантации, являются

- 1) биосовместимость материала

	<p>2) структура поверхности 3) состояние ложа имплантата 4) техника операции 5) все вышеперечисленное</p> <p>78. Осложнениями, вызываемыми неправильной протезной конструкцией с опорой на имплантаты, являются 1) перегрузка имплантата 2) перелом имплантата 3) перегрузка опорных зубов 4) атрофия костной ткани 5) все вышеперечисленное</p> <p>79. Наиболее широко используются в клинике 1) внутрикостные винтовые имплантаты 2) внутрикостные пластиночные и винтовые имплантаты 3) внутрислизистые имплантаты 4) субпериостальные имплантаты 5) эндодонто-эндоссальные имплантаты</p>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.7</b> Раздел 7 «Огнестрельные и неогнестрельные повреждения мягких тканей и костей лица»</p>	<p>80. Какие шины применяют при лечении переломов челюстей: <b>1) гнутые из алюминиевой проволоки;</b> 2) шины из быстротвердеющих пластмасс; <b>3) стандартные шины назубные ленточные;</b> 4) сочетание проволочных шин с быстро твердеющими пластмассовыми; 5) шина Ванкевич.</p> <p>81. Тактика врача в отношении зубов вклиненных в щель перелома, когда они препятствуют вправлению отломков: а) консервативное лечение; б) шинирование самотвердеющей пластмассой; в) лечение с применением антибиотиков; <b>г) удаление;</b> д) перемещение с помощью репонирующего аппарата.</p> <p>83. Повреждения ЧЛЮ по механизму ранения делятся на: а) неогнестрельные и огнестрельные; б) одиночные и множественные; в) проникающие и непроникающие в полости ЧЛЮ; г) комбинированные; д) <b>изолированные и сочетанные.</b></p>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.8</b> Раздел 8 «Опухоли и опухолеподобные новообразования ЧЛЮ»</p>	<p>84. . Этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является: 1) гиперсаливация 2) частичная адентия 3) массивные зубные отложения 4) <b>хроническая травма слизистой оболочки</b> 5) заболевания желудочно-кишечного тракта</p> <p>85. При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить к: <b>1) районному онкологу</b> 2) специалисту-радиологу 3) участковому терапевту 4) хирургу общего профиля 5) хирургу-стоматологу</p> <p>86. К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относятся: 1) физикальный 2) биохимический</p>

- 3) **цитологический**
- 4) иммунологический
- 5) биометрический

87. Под онкологической настороженностью понимают знание:

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

88. Под онкологической настороженностью понимают знание:

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

89. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят:

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

90. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят:

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

91. Основным методом лечения фибром является:

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

92. Фиброматоз относится

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

93. Основным методом лечения фиброматоза является:

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

94. Симптомами саркомы верхней челюсти является

- **сукровичное выделение из носа экзофтальм**
- сухости во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
- гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
- парез ветвей лицевого нерва

95. Ранними симптомами периферических сарком челюстей являются

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

96. Основным методом лечения сарком челюстно-лицевой области является

- химиотерапия
- **хирургический**
- лучевая терапия

97. Фиброматоз относится

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

98. Фиброматоз развивается в результате
- вредных привычек
  - нарушения эмбриогенеза
  - **хронического механического раздражения**
99. Фиброзная дисплазия-это
- костная опухоль
  - **мягкотканная опухоль**
  - истинная одонтогенная опухоль
  - опухолеподобное образование кости
100. Основным методом лечения фиброматоза десен
- химиотерапия
  - лучевая терапия
  - комбинированное
  - **иссечение новообразования вместе с надкостницей**
101. Однотомы относятся к группе
- воспалительных заболеваний
  - опухолеподобных образований
  - **пороков развития зубных тканей**
  - злокачественных одонтогенных опухолей
102. Гистологическое строение сложной одонтомы характеризуется
- отдельными зубоподобными структурами
  - пролиферирующим одонтогенным эпителием
  - разной степени минерализованной цементоподобной тканью
  - **обезыштвленными зубными тканями, расположенными хаотично образующими единый конгломерат**
103. Рентгенологическая картина сложной и составной одонтомы характеризуется
- отсутствием костных изменений в области одонтомы
  - **ограниченной гомогенной тенью плотности коронки зуба**
  - резорбцией кортикальной пластинки на все протяжении челюсти
  - очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти
104. Основным методом лечения сложной и составной одонтом является
- химиотерапия
  - комбинированное
  - **блок-резекция челюсти**
  - выскабливание опухоли
  - удаление новообразования
105. Окончательный диагноз «мягкая одонтома» ставится на основании данных
- опроса
  - анализов крови
  - **гистологии**
  - клинико-рентгенологического исследования
106. Мягкая одонтома склонна к озлокачествлению и перерождению
- в остеосаркому
  - в лимфосаркому
  - в рак слизистой дна полости рта
  - **в амелобластическую фибросаркому**
107. Амелобластома относится к группе
- предраков
  - воспалительных заболеваний
  - **злокачественных одонтогенных опухолей**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• доброкачественных одонтогенных опухолей</li> </ul> <p>108. Окончательный диагноз «амелобластома» ставится на основании данных</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• опроса</li> <li>• анализа крови</li> <li>• <b>гистологии</b></li> <li>• клинико-рентгенологического исследования</li> </ul> <p>109. Основным методом лечения амелобластомы является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• цистэктомия</li> <li>• химиотерапия</li> <li>• лучевая терапия</li> <li>• <b>резекция челюсти</b></li> </ul> <p>110. Гигантоклеточная опухоль относится к группе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• опухолеподобных образований</li> <li>• злокачественных одонтогенных опухолей</li> <li>• злокачественных одонтогенных опухолей</li> <li>• <b>доброкачественных одонтогенных опухолей</b></li> <li>• истинных опухолей</li> </ul> <p>111. Синоним гигантоклеточной опухоли</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>цилиндрома</b></li> <li>• остеосаркома</li> <li>• <b>остеокластома</b></li> <li>• ретенционная киста</li> </ul> <p>112. Рентгенологическая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется разновидностями</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• полиморфной, мономорфной</li> <li>• ячеистой, кистозной, литической</li> <li>• субпериостальной, периапикальной</li> <li>• пролиферативной, костеобразующей</li> </ul> <p>113. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• криодеструкция</li> <li>• выскабливание</li> <li>• <b>удаление опухоли в пределах здоровых тканей</b></li> </ul>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.9</b>Раздел 9 « Восстановительная хирургия ЧЛО»</p>	<p>114. ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПО ЛИМБЕРГУ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. короткой уздечке языка +</li> <li>2. линейных звездчатых рубцах</li> <li>3. обширных дефектах костей лица</li> <li>4. обширных дефектах мягких тканей</li> <li>5. дефект концевого отдела носа</li> </ol> <p>115. ПРИ ВЫКРАИВАНИИ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ СООТНОШЕНИЕ ЕГО ШИРИНЫ К ДЛИНЕ ДОЛЖНО БЫТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1:3 +</li> <li>2. 1:4</li> <li>3. 31:5</li> <li>4. 1:8</li> <li>5. 2:3</li> </ol> <p>116. ТОЛЩИНА ПОЛНОСЛОЙНОГО СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0.2-0.4мм</li> <li>2. 0.5-0.6мм</li> <li>3. 0.6-0.7мм</li> </ol>

	<p>4. 0.8-1мм + 5. 1-1.5мм</p> <p>117. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. периостита</li> <li>2. секвестрэктомии</li> <li>3. постлучевой некрэктомии</li> <li>4. склерозирующей терапии</li> <li>5. удаления доброкачественных опухолей +</li> </ol> <p>118. АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. недоразвитие</li> <li>2. смещение кзади +</li> <li>3. чрезмерное развитие</li> <li>4. несимметричная деформация</li> <li>5. сагиттальный сдвиг</li> </ol>
--	--

### Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б.1.В.ОД.2.1</b> Раздел 1 «местное и общее обезболивание в стоматологии»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 1</b></p> <p>Родители пациента М., возрастом 15 лет, страдающего болезнью Дауна обратились в поликлинику по поводу санации полости рта их сыну. После осмотра, который сопровождался значительными трудностями, удалось установить, что пациенту необходимо лечить множественный кариес зубов и удалить пять разрушенных зубов по поводу хронического периодонтита.</p> <p><b>Какой вид обезболивания Вы выберете для проведения санации полости рта у данного пациента?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. инфильтрационное обезболивание,</li> <li>2. проводниковое обезболивание,</li> <li>3. общее обезболивание. (+)</li> </ol> <p><b>В каких условиях и кем должно проводиться данный вид обезболивания?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в амбулаторно-поликлинических условиях врачом-стоматологом,</li> <li>2. в условиях стационара анестезиологом-реаниматологом.(+)</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 2</b></p> <p>Пациент 30 лет, в анамнезе аллергия на анилиновые красители. Через 15 минут после местной анестезии новокаином в стоматологическом кресле, почувствовал: интенсивный зуд всей поверхности кожи; затем на коже появились гиперемизированные участки сыпи, выступающие над ее поверхностью. При этом отмечалось: нарастающая слабость, головокружение и головная боль, тошнота, повышение температуры тела – 38,5 °С, АД 100/60 мм.рт. ст., ЧСС 100 в мин., ЧД 20 экс. в мин. После проведенной неотложной терапии все явления исчезли.</p> <p><b>Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гипертонический криз</li> <li>2. развивающийся обморок</li> <li>3. острая крапивница(+)</li> <li>4. острый отек Квинке</li> </ol> <p><b>Какие меры неотложной помощи следует предпринять?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. немедленное прекращение введения препарата вызвавшего реакцию</li> <li>2. антигистаминные препараты</li> <li>3. антигистаминные препараты и глюкокортикоиды</li> <li>4. антигистаминные препараты и сосудосуживающие средства</li> <li>5. немедленное прекращение введения препарата вызвавшего реакцию, антигистаминные препараты, глюкокортикоиды и возможно</li> </ol>
--	--

	<p>сосудосуживающие средства. (+)</p> <p><b>Чем, в наибольшей степени, опасно развитие подобного состояния?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. развитием коллапса,</li> <li>2. развитием инсульта,</li> <li>3. развитием инфаркта миокарда,</li> <li>4. возможным развитием отека Квинке в области дыхательных путей и асфиксией.(+)</li> </ol> <p><b>Наличие в анамнезе аллергии на анилиновые красители должно было обратить внимание стоматолога на возможность развития данной реакции. Какие дополнительные диагностические возможности были упущены?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. самостоятельное проведение внутрикожных проб,</li> <li>2. скарификационных тестов,</li> <li>3. консультация врача-иммунолога, (+)</li> <li>4. консультация врача- анестезиолога.</li> </ol> <p><b>Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем лечении пациента?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. проводится в стационаре,</li> <li>2. в стационаре под наркозом,</li> <li>3. амбулаторно - после консультации врача-анестезиолога,</li> <li>4. амбулаторно под наркозом,</li> <li>5. амбулаторно, после консультации врача-иммунолога с учетом его рекомендаций, под прикрытием премедикации антигистаминными препаратами и местной анестезией рекомендованным иммунологом местноанестезирующим препаратом. (+)</li> </ol>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.2</b>Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛО»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 3</b></p> <p>Больная, 56 лет, обратилась в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, наличие свищевых ходов на коже с гнойным отделяемым.</p> <p>Из анамнеза: считает себя больной в течение 2,5 месяцев, когда заболел ранее леченный по поводу осложненного кариеса 4.7. За медицинской помощью обратилась спустя три недели, 4.7 был удален. Через две недели в подчелюстной области справа появился функционирующий свищ с гнойным отделяемым, отмечался подъем температура тела до 37,5 С.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3 С. Конфигурация лица изменена за счет припухлости подчелюстной области справа. В этой же области определяется функционирующий свищ с умеренным гнойным отделяемым. Отмечается гипестезия кожи подбородка и нижней губы. При пальпации тела нижней челюсти справа определяется утолщение. Кожа над утолщенной костью несколько истончена и натянута. Подчелюстные лимфатические узлы незначительно увеличены болезненны. В полости рта: 4.5,4.6,4.8 интактные, лунка удаленного 4.7 выполнена выбухающими грануляциями, обильно кровоточащими при зондировании.</p> <p>При рентгенологическом обследовании нижней челюсти слева в области тела определяются очаги деструкции костной ткани, внутри которых видны тени еще отделившихся секвестров. Участки костной ткани чередуются с участками остеосклероза.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз</li> <li>2. Проведите дифференциальный диагноз</li> <li>3. Поставьте клинический диагноз</li> <li>4. Составьте план лечения больного.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 4</b></p> <p>Больной, 47 лет, предъявляет жалобы на сильные пульсирующие боли в области твердого неба, усиливающаяся при приеме пищи, разговоре, появление припухлости твердого неба в области 1.3,1.2,1.1.</p> <p>Из анамнеза: считает себя больным в течение четырех дней, когда заболел 1.3. За медицинской помощью обратился после того, когда в области твердого неба появилась припухлость.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,3С. Со стороны полости рта: 1.1,1.2,1.3 под пломбами, перкуссия 1.2 резко болезненна. В переднем отделе твердого</p>

неба определяется воспалительный инфильтрат овальной формы, резко болезненный при пальпации, в центре которого имеется участок флюктуации, слизистая оболочка над очагом гиперемирована, отмечается незначительный отек окружающих тканей.

**Задание:**

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

### Задача 5

Больной, 42 года обратился с жалобами на боли в области верхней челюсти справа, обильные гнойные выделения из правого носового хода, тяжесть в правой половине лица и усиление боли при наклоне головы вниз. Так же отмечает общее недомогание, слабость, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С.

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



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

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

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

**Задание:**

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

### Задача 6

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

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

При осмотре: в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открытие рта свободное. Коронковая



	<p>часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.</p> <p>На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разрежения костной ткани, неправильной формы, без чётких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.</p> <p><b>Вопросы</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установите диагноз заболевания.</li> <li>2. Проведите обоснование диагноза.</li> <li>3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?</li> <li>4. Определите план лечения.</li> <li>5. Прогноз заболевания?</li> </ol>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.3</b> Раздел 3 «Заболевания слюнных желез»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 7.</b></p> <p>Больной К., 52 лет. Жалобы на припухлость в поднижнечелюстной области слева, наличие неприятного, сладковатого отделяемого в полости рта.</p> <p><b>Анамнез.</b> Несколько лет тому назад (8—9) после охлаждения (купался в холодной реке) появилась припухлость в поднижнечелюстной области слева, повысилась температура тела до 37,7°, отмечал болезненное глотание. Лечился теплыми полосканиями, компрессами, УВЧ на поднижнечелюстную область. Через неделю состояние улучшилось, температура снизилась, улучшилось самочувствие, но припухлость в поднижнечелюстной области полностью не рассосалась. В последующие годы стал иногда отмечать увеличение припухлости в поднижнечелюстной области, не связанное с охлаждением. Иногда припухлость увеличивалась без видимых причин, иногда во время еды. В районной поликлинике диагностировали лимфаденит, тонзиллит. Проводилась физиотерапия. Последние 2 года припухлость в поднижнечелюстной области не увеличивается, но и полностью не рассасывается, стал отмечать во рту неприятный привкус.</p> <p><b>Анамнез жизни.</b> В детстве корь, коклюш, свинка. Взрослым болел редко: грипп, ангина, последние годы повышается АД, оперирован по поводу паховой грыжи.</p> <p>При осмотре. В поднижнечелюстной области слева определяется едва заметная припухлость, кожа над ней в цвете не изменена.</p> <p><b>При пальпации</b> отмечается плотное, ограниченное, слегка болезненное, округлой формы образование, не спаянное с окружающими тканями, размером 4X4 см, располагающееся в среднезаднем отделе поднижнечелюстной области. Спереди от него пальпируются увеличенные, подвижные лимфатические узлы. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта без воспалительных изменений, за исключением участка щеки и ретромолярной области слева, где имеются белесоватые участки размером 1,5X2 см с неправильными границами гиперкератоза слизистой. При бимануальной пальпации четко определяется верхний полюс образования, отмеченного в поднижнечелюстной области. Кроме того, в заднем отделе подъязычной области, слева отмечается ограниченное плотное образование размером 0,8X0,8 см, при пальпации которого появляется колющая боль. Пальпация подъязычной области на остальном протяжении безболезненна. Из устья поднижнечелюстного протока слева выделяется секрет с примесью гноя.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Проведите дополнительное обследование.</li> <li>3. Дайте патоморфологическое объяснение клиническим симптомам.</li> <li>4. Наметьте план лечения.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 8.</b></p> <p>Больная С. 33 лет. Жалобы на боль и припухлость в околоушной области слева, больна около года.</p> <p><b>Анамнез.</b> Первые признаки болезни связывает с едой винограда, когда во время еды стала отмечать увеличивающуюся припухлость околоушной области справа. Припухлость была мягкой, безболезненной и держалась около 40—50 мин. Затем аналогичные явления повторились через 1,5 месяца и стали часто сопровождать прием пищи, при этом иногда появляется острая колющая боль. Последнюю неделю состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 37,5°, припухлость околоушной области стала нарастать, отмечает постоянную боль.</p> <p><b>Анамнез жизни.</b> Болеет редко простудными заболеваниями, аллергия к некоторым</p>

	<p>пищевым продуктам.</p> <p><b>При осмотре</b> определяется разлитая припухлость околоушной, частично позадищелюстной и щечной областей справа. Кожа в цвете не изменена.</p> <p><b>При пальпации</b> припухлость плотная, болезненная, кожные покровы в складку собираются с трудом. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, слабо болезненны. Открывание рта слегка болезненно. Слизистая оболочка полости рта хорошо увлажнена, бледно-розового цвета. Дистальные бугры 78 покрыты нависающей покрасневшей слизистой оболочкой. Из устья выводного протока околоушной железы справа выделяется небольшое количество секрета с примесью гноя. Ближе к устью протока пальпируется уплотнение размером 0,3X0,4 см.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дайте патоморфологическое объяснение симптомам заболевания.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза?</li> <li>4. Какое показано лечение?</li> </ol>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.4</b>Раздел 4 «Заболевания нервов и ВНЧС»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 9</b></p> <p>Больной, 55 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообразные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться до 1 минуты. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отека левой половины. Пальпация точек выхода II-ой (инфраорбитальное отверстие) и III-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва на лицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выявлено.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведите обоснование диагноза?</li> <li>2. Поставьте диагноз?</li> <li>3. Наметьте план лечения?</li> <li>4. Имела ли значение перенесенная ОРВИ для возникновения данного заболевания?</li> <li>5. Является ли отечность половины лица патогномичным признаком для невралгии II-III ветви тройничного нерва?</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 10</b></p> <p>Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течении двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомию в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведите обоснование диагноза?</li> <li>2. Поставьте диагноз?</li> <li>3. Наметьте план лечения?</li> <li>4. Чем обусловлена необходимость консультации больной у стоматолога?</li> <li>5. Имеет ли значение в описанной клинической ситуации, то что больная перенесла аппендэктомию?</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 11.</b></p> <p>Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно</p>

	<p>развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?</li> <li>2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>4. Опишите клинико-рентгенологическую картину.</li> <li>5. Методы лечения в данном случае?</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 12</b></p> <p>Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которая возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, затем боль. Объективно: гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Проведите дополнительные лабораторные методы обследования.</li> <li>3. Предложите план лечения.</li> <li>4. Назначьте медикаментозное лечение.</li> <li>5. Показана ли физиотерапия этой больной?</li> </ol>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.5</b> Раздел 5 «Дентальная имплантация»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 13.</b></p> <p>Больной К., 43 года обратился в стоматологическую клинику с жалобами на болезненность в области установленного три недели назад имплантата. Объективно: конфигурация лица не нарушена, поднижнечелюстной лимфатический узел справа увеличен, болезненный при пальпации. В полости рта: в области установленного имплантата на верхней челюсти справа имеется свищевой ход с серозно-гнойным экссудатом, слизистая альвеолярного отростка в области имплантата гиперемирована отечна, болезненная при пальпации. При зондировании определяется импланто-десневой карман глубиной 4 мм.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Назовите причины развития данной патологии.</li> <li>3. Какие методы дополнительного обследования необходимы для постановки окончательного диагноза.</li> <li>4. Какова тактика лечения данной патологии, прогноз заболевания?</li> <li>5. Какие виды дентальной имплантации Вам известны?</li> <li>6. Дайте определение понятию «остеоинтеграция».</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 14.</b></p> <p>Пациенту В. 56 лет 2 года назад был изготовлен на нижнюю челюсть съёмный протез с замковой системой фиксации в области внутрикостных имплантатов 33, 43. Обратился с жалобами на плохую фиксацию, подвижность протеза во время приема пищи. Ранее на профилактические приемы к стоматологу не являлся.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установите причину подвижности, плохой фиксации съёмного протеза.</li> <li>2. Назовите методы устранения в данном клиническом случае.</li> <li>3. Укажите виды имплантатов, абатментов для съёмного, несъёмного протезирования.</li> <li>4. Перечислите особенности ортопедического лечения с опорой на имплантаты.</li> </ol>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.7</b> Раздел 7 «Огнестрельные и неогнестрельные повреждения мягких тканей и костей лица»</p>	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 15.</b></p> <p>Больной К., 41 год, обратился в поликлинику с жалобами на боль и ограничение движения нижней челюсти, затруднение при приеме пищи. Из анамнеза: пять дней назад дома, упал, ударился лицом о твердый предмет, сознание не терял, тошноты, рвоты не было. При осмотре: нарушение прикуса, разрыв слизистой оболочки десны между 3.5 и 3.6. На рентгенограмме определяется ровная линия перелома, проходящая вертикально по отношению к телу нижней челюсти.</p> <p>Установить диагноз. Составить план лечения.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. укажите основные факторы, влияющие на смещение отломков:       <ol style="list-style-type: none"> <li>а) направление силы удара</li> </ol> </li> </ol>

	<p>б) сила тяги жевательных мышц  в) сила тяжести отломков  г) характер плоскости перелома  д) все перечисленное выше (+)</p> <p>2. Укажите типичный вариант смещения отломков в данной ситуации:  а) малый отломок смещается вверх, большой-вниз  б) малый отломок смещается вверх, внутрь и вперед, большой-вниз и кзади в сторону перелома (+)  в) малый отломок смещается вверх, кнаружи и кзади, большой-вниз, назад и внутрь.</p> <p>3. Смещение отломков в данной ситуации:  а) минимально (+)  б) максимально</p> <p>4. Разрыв сосудисто-нервного пучка при таком типе перелома нижней челюсти:  а) возможен  б) наблюдается, как правило (+)  в) не происходит</p> <p>5. Укажите наиболее характерный клинический признак расположения зуба в щели перелома:  а) подвижность зуба  б) болезненная перкуссия зуба  в) подвижность зуба вместе с отломком (+)  г) отломок подвижен, зуб устойчив  д) разрыв слизистой оболочки в области перелома.</p> <p>6. После наложения бимаксиллярных шин резиновые кольца меняют:  а) еженедельно  б) ежедневно  в) 2 раза в неделю (+)  г) 3 раза в месяц.</p> <p>7. Хирургическо - ортопедический метод иммобилизации нижней челюсти:  а) Адамса  б) Айви  в) Донского  г) Макиенко (+)</p> <p>9. Документ, подтверждающий нетрудоспособность в данной ситуации  а) бытовая справка (форма №66)  б) больничный лист  в) верно а) б) (+)</p> <p>10. Больничный лист при сроке лечения до 30 суток подписывается  а) лечащим врачом  б) МСЭК  в) КЭК (+)</p>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.8</b> Раздел 8  «Опухоли и опухолеподобные новообразования ЧЛЮ»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 16.</b></p> <p>Больной 49 лет, жалуется на наличие плотного образования на красной кайме нижней губы справа. Впервые заметил 2 года назад, к врачу не обращался. Объективно: на красной кайме нижней губы справа определяется резко ограниченный участок полигональной формы 2 мм x 8 мм. На поверхности очага плотно сидящая чешуйка, серовато-белого цвета. Очаг кажется слегка запавшим, окружающие ткани не изменены. При пальпации определяется поверхностное пластинчатое уплотнение.</p> <p>Вопросы:  1. Назовите предварительный диагноз.  2. Какова тактика врача-стоматолога, план обследования и лечения.</p> <p>Ответы:  1. Предварительный диагноз - ограниченный предраковый гиперкератоз нижней губы.  2. Направить больного на консультацию в онкологический диспансер для уточнения</p>

	<p>диагноза.</p> <p style="text-align: center;"><b>Задача 17.</b></p> <p>Во время осмотра в стоматологической поликлинике у пациента 55 лет обнаружено ограниченное пятнисто-узловое поражение размером 1 см x 1, 8 см на дне полости рта. Поверхность этого участка гиперемирована, бархатистая с папилломатозными разрастаниями. Пальпация участка поражения безболезненная.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите предварительный диагноз.</li> <li>2. Какова последующая тактика.</li> </ol> <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предполагаемый диагноз – болезнь Боуэна</li> <li>2. Направить больного на консультацию в онкологический диспансер для уточнения диагноза.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 18.</b></p> <p>У больного 60 лет на красной кайме нижней губы справа определяется эрозия овальной формы 0,5-1,0 см, поверхность гладкая, как бы полированная, интенсивно красного цвета. Из анамнеза установлено, что больной житель сельской местности, работа не в помещении. Данный очаг поражения периодически самостоятельно исчезает и снова появляется на том же месте и так продолжается более 1,5 лет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установите предварительный диагноз.</li> <li>2. Составьте план лечения.</li> </ol> <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз - бразильный преинвазивный хейлит Манганотти.</li> <li>2. Лечение начинается с применения средств, стимулирующих эпителизацию эрозий, устранения раздражающих факторов внешней среды (холод, чрезмерная инсоляция и др.). При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения необходимо хирургическое лечение (криотерапия, хирургическое иссечение).</li> </ol>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.9</b> Раздел 9 «Восстановительная хирургия лица и челюстей»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 19</b></p> <p>Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0x3,0 см., откол коронок 4.2, 3.1, подвижность 4.1, отсутствие 3.2.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Составьте план лечения.</li> <li>3. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2?</li> </ol> <p>Ответы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Посттравматический дефект нижней губы (укушенная рана). Травматический откол коронковой части 4.2, 3.1. Подвывих 4.1. Полный вывих 3.2.</li> <li>2. Тщательная антисептическая и хирургическая обработка раны до кровоточащих тканей. Выполняются дугообразные разрезы слизистой оболочки с дополнительными разрезами в виде “Z” у основания этих разрезов. Таким образом, восстанавливается внутренняя выстилка и красная кайма губы. Накладываются кетгутовые швы на мышечный слой, наружная рана закрывается перемещением двух встречных треугольных лоскутов с углами боковых разрезов 30° и 90°, выкроенных в области подбородка, т.е. у нижнего края раны. Депульпирование 4.2, 4.1, наложение гладкой короткой шины от 4.3 до 3.3 для удержания 4.1. Необходимо провести курс прививок антирабической сыворотки.</li> <li>3. Для составления плана лечения по поводу дефекта нижней губы состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 имеет значение: острые края 4.2, 4.1 должны быть устранены, подвижный 3.1 должен быть фиксирован к соседним зубам.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 20</b></p> <p>У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.</p>

	<p><b>Вопросы</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?</li> <li>2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?</li> </ol> <p><b>Ответы</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.</li> <li>2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желателен закрывать как можно раньше</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 21</b></p> <p>Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.</p> <p><b>Вопросы и задания:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Составьте план лечения больного.</li> <li>2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?</li> </ol> <p><b>Ответы</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?</li> <li>2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.</li> </ol>
--	--

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p><b>Б.1.В.ОД.2.1</b> Раздел 1 «Местное и общее обезболивание в стоматологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинико-фармакологическая характеристика местных анестетиков.</li> <li>2. Классификация местных анестетиков.</li> <li>3. Вазоконстрикторы.</li> <li>4. Премедикация и потенцированное обезболивание в стоматологии.</li> <li>5. Инфильтрационная анестезия.</li> <li>6. Туберальная анестезия.</li> <li>7. Торусальная анестезия.</li> <li>8. Резцовая анестезия.</li> <li>9. Палатинальная анестезия.</li> <li>10. Мандибулярная анестезия.</li> <li>11. Местные осложнения местного обезболивания.</li> <li>12. Общее обезболивание в стоматологии.</li> <li>13. Общие осложнения местного обезболивания.</li> <li>14. неотложная помощь при развитии общих осложнений местного обезболивания.</li> </ol>
--	---

<p><b>Б.1.В.ОД.2.2</b> Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛЮ»</p>	<p>15. Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных процессов. 16. Классификация одонтогенных воспалительных процессов. 17. Принципы топической диагностики абсцессов и флегмон. 18. Хронический периодонтит. Клиника, диагностика и лечение. 19. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов. 20. Периостит челюстей. 21. Остеомиелиты челюстей. 22. Лимфадениты челюстей. 23. Абсцессы и флегмоны ЧЛЮ. 24. Принципы разрезов на лице.</p>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.3</b> Раздел 3 «Заболевания слюнных желез»</p>	<p>25. Методы обследования пациентов с заболеваниями слюнных желез. 26. Классификация заболеваний слюнных желез. 27. Анатомия строения слюнных желез. 28. Эпидемический паротит. 29. Острые воспалительные заболевания слюнных желез. 30. Паренхиматозный сиаладенит. 31. Интерстициальный сиаладенит. 32. Сиалозы. 33. Слюнокаменная болезнь.</p>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.4</b> Раздел «Заболевания и повреждения нервов и ВНЧС»</p>	<p>34. Анатомия строения челюстно-лицевой области. 35. Анатомия строения ВНЧС. 36. Классификация заболеваний и повреждений нервов лица. 37. Классификация заболеваний и повреждений ВНЧС. 38. Методы диагностики в нейростоматологии. 39. Методы диагностики заболеваний ВНЧС. 40. Неврит тройничного нерва. 41. Невралгия тройничного нерва. 42. Острый и хронический височно-нижнечелюстной артрит (гнойный, негнойный, ревматоидный). Диагноз и лечение. 43. Артروزы (деформирующий, склерозирующий). Клиническая, рентгенологическая и лабораторная диагностика. 44. Медикаментозное, хирургическое и ортопедическое лечение.</p>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.5</b> Раздел «Дентальная имплантация»</p>	<p>45. Анатомические предпосылки стоматологической имплантации. 46. Виды дентальных имплантатов. 47. Системы дентальных имплантатов 48. Показания и противопоказания к дентальной имплантации. 49. Диагностика и планирование лечения пациентов с использованием дентальных имплантатов. 50. Основные и дополнительные методы обследования необходимые для проведения планирования лечения с помощью стоматологических имплантатов. 51. Топография челюстно-лицевой системы. 52. Методы обследования костно-мышечной системы для имплантации. 53. Хирургический инструментарий применяемый при установки дентальных имплантатов и при реконструктивных вмешательствах на челюстных костях. 54. Ошибки и осложнения при дентальной имплантации. 55. Одноэтапный и двухэтапный подходы в использовании дентальных имплантатов. 56. Современные представления об остеопластических материалах и использование их в дентальной имплантологии. 57. Синус-лифтинг.</p>

<p><b>Б.1.В.ОД.2.6</b> Раздел «Заболевания пародонта»</p>	<p>58. Анатомия строения пародонта. 59. Классификация заболеваний пародонта. 60. Методы диагностика заболеваний пародонта. 61. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 62. Консервативные методы лечения заболеваний пародонта. 63. Показания к хирургическим методам лечения заболеваний пародонта 64. Гингивэктомия 65. Лоскутные операции. 66. Хирургические методы закрытия рецессий 67. Френулоэктомия, френулотомия 68. Открытый кюретаж 69. Комплексное лечение заболеваний пародонта.</p>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.7</b> Раздел «Огнестрельные и неогнестрельные повреждения мягких тканей и костей лица.»</p>	<p>70. Методика обследования больного с переломом нижней челюсти. 71. Техника наложения швов на рану во время ПХО на фантоме. 72. Профилактика асфиксии при повреждениях челюстно-лицевой области. Прошивание языка. 73. Методика проведения трахеотомии. 74. Методика пальцевого прижатия сонной артерии. 75. Изготовление проволочной шины с зацепными петлями. 76. Методика наложения подбородочно-теменной повязки. 77. Статистика и классификация травм ЧЛЮ. 78. Переломы средней зоны лица (скуловой кости, дуги, костей носа).</p>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.8</b> Раздел «Опухоли и опухолеподобные образования ЧЛЮ»</p>	<p>79. Роль врача общей лечебной сети в первичной диагностике предрака и опухолей челюстно-лицевой области. 80. Профилактика опухолей и предрака 81. Этиология опухолей. Канцерогенные и неканцерогенные раздражители. 82. Патогенез опухолей. 83. Предрак — критерии предрака, значение в канцерогенезе. Классификация, принципы диагностики и лечения. 84. Классификация опухолей. Распространенность опухоли по системе TNM. Гистологическая дифференцировка опухоли. 85. Различия между доброкачественными и злокачественными опухолями, критерии. 86. Методы диагностики опухолей - клинические, морфологические и генетические уровни диагностики. 87. Принципы лечения опухолей - хирургическое, лучевое, лекарственное; генетические основы в разработке методов лечения опухолей.</p>
<p><b>Б.1.В.ОД.2.9</b> Раздел «Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области»</p>	<p>88. Этиология и патогенез возникновения дефектов и деформаций челюстно-лицевой области. 89. Классификация дефектов и деформаций ЧЛЮ. 90. Пластика местными тканями, взятыми по соседству с дефектом, "лоскутами на ножке", взятыми из близлежащих тканей. 91. Преимущества, недостатки, показания, противопоказания. 92. Применение типичных способов пластики местными тканями для устранения дефектов губ и приротовой области. 93. Замещение дефектов губ лоскутами со щек, с области носогубных борозд, с другой губы, укорочения уздечки губы и языка. 94. Характеристика, клиника и диагностика осложнений во время проведения восстановительных операций. 95. Костная пластика челюстей.</p>

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b></p> <p style="text-align: center;">61 – 75 76– 90 91 – 100</p>



-91-100 <b>Отлично (5)</b>	
-------------------------------	--

## 2. Ситуационная задача

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

## 3. Собеседование

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

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Хирургическая стоматология»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-118	1-21	1-95
ПК	1	84, 85, 87, 88	1-21	1-95
	2	84, 85, 87, 88	1-21	1-95
	4			
	5	43, 45-51, 53-54, 86, 102-103, 105, 108, 112	1-21	1-95
	6		1-21	1-95
	7			
	9	44, 84	1-21	1-95
	10		1-21	
	12	34, 40, 62, 63, 78	1-21	1-95

**12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ  
ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОРТОДОНТИЯ»**

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часа**

**Формы контроля – рефераты**

## 12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часа

Формы контроля – рефераты

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
Б.1.В.ОД.2.1	Раздел 1 «Общее и местное обезболивание в стоматологии»	4
Б.1.В.ОД.2.2	Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛЮ»	4
Б.1.В.ОД.2.3	Раздел 3 «Болезни слюнных желез»	4
Б.1.В.ОД.2.4	Раздел 4 «Заболевания и повреждения нервов и ВНЧС»	4
Б.1.В.ОД.2.5	Раздел 5 «Дентальная имплантация»	4
Б.1.В.ОД.2.7	Раздел 7 «Огнестрельные и неогнестрельные повреждения ЧЛЮ»	4
Б.1.В.ОД.2.8	Раздел 8 «Опухоли и опухолеподобные образования, кисты лица и шеи»	4
Б.1.В.ОД.2.9	Раздел 9 «Восстановительная хирургия лица и челюстей»	4

### Темы рефератов

Б.1.В.ОД.2.1 Раздел 1 «Общее и местное обезболивание в стоматологии»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Методы обезболивания на нижней челюсти: по Гоу-Гейтсу, Егорову, Акинози-Вазерани, Маламеда. Показания, противопоказания.</li> <li>2. Особенности проведения местного обезболивания при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области</li> <li>3. Сравнительная характеристика современных карпульных анестетиков амидного ряда.</li> <li>4. Цели и задачи премедикации и анестезиологии в стоматологии.</li> </ol>
Б.1.В.ОД.2.2 Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛЮ»	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Проявления хронических соматических заболеваний в полости рта.</li> <li>6. Свето- и грязелечение, лазерные технологии в хирургической стоматологии.</li> <li>7. Современные методы диагностики воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.</li> <li>8. Дифтерия. Клиника, диагностика и лечение.</li> <li>9. Рожистое воспаление. Клиника, диагностика и лечение.</li> <li>10. Актиномикоз. Клиника, диагностика и лечение.</li> </ol>
Б.1.В.ОД.2.3 Раздел 3 «Заболевания слюнных желез»	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Анатомия строения слюнных желез.</li> <li>12. Вирусные сиаладениты.</li> <li>13. Эпидемический паротит.</li> <li>14. Цитомегаловирусный сиаладенит.</li> <li>15. Бактериальный сиаладенит</li> <li>16. Туберкулезный сиаладенит.</li> <li>17. Актиномикозные поражения слюнных желез.</li> </ol>

<b>Б.1.В.ОД.2.4 Раздел 4</b> «Заболевания и повреждения нервов и ВНЧС»	18. Поражения языкоглоточного нерва. 19. Поражения подъязычного нерва. 20. Синдром Фрея. 21. Дифференциальная диагностика заболеваний нервов лица. 22. Вывих сустава. 23. Артрит ВНЧС. 24. Артроз ВНЧС. 25. Физиотерапия при лечении ВНЧС. 26. Реабилитация больных с заболеваниями ВНЧС.
<b>Б.1.В.ОД.2.5 Раздел 5</b> «Дентальная имплантация»	27. История дентальной имплантации. 28. Способы дентальной имплантации. 29. Виды конструкций имплантатов. 30. Понятие об остеоинтеграции имплантатов. 31. Диагностическое обследование и планирование дентальной имплантации.
<b>Б.1.В.ОД.2.7 Раздел 7</b> «Огнестрельные и неогнестрельные повреждения ЧЛО»	32. Боевые повреждения мягких тканей и костей лица. Особенности. Клиника, диагностика. Первичная хирургическая обработка ран лица, ее особенности. Объем и порядок оказания помощи раненым на этапах медицинской эвакуации. 33. Статистика и классификация травм ЧЛО. 34. Методы обследования больных с травмами мягких тканей и костей лица. 35. Неогнестрельные переломы верхней челюсти. 36. Переломы средней зоны лица (скуловой кости, дуги, костей носа). Классификация, клиника, диагностика.
<b>Б.1.В.ОД.2.8 Раздел 8</b> «Опухоли и опухолеподобные образования, кисты лица и шеи»	37. Лучевая диагностика болезней челюстно-лицевой области, их осложнений. 38. Дифференциальная диагностика на основе лучевых методов исследования. 39. Рентгенологическая семиотика. 40. Основные принципы лучевой терапии. 41. Показания для проведения лучевой терапии в зависимости от морфологической структуры и стадии опухоли. 42. Остеорадионекроз челюстей, клиника, диагностика, лечение.
<b>Б.1.В.ОД.2.9 Раздел 9</b> «Восстановительная хирургия лица и челюстей»	43. Основные методы операций для исправления размеров и формы нижней челюсти. 44. Определение эстетической хирургии 45. Эстетические пропорции лица. 46. Показания и противопоказания к эстетическим операциям на лице.

### Критерии и шкала оценивания

#### 1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению

<p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b></p> <p>-пяти критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<p>5. Грамотность</p>
--	-----------------------

### 12.3 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

При реализации образовательных технологий компетентностно-деятельностный подход ориентирован на формирование универсальных и профессиональных компетентностей в соответствии с видом профессиональной деятельности врача-ортодонта и предусматривает использование современных образовательных технологий формирования эффективной коммуникативной компетентности ординаторов.

Семинарские и лекционные занятия имеют целью отработку предметно-методических умений и формирование мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача челюстно-ортодонта.

Самостоятельная работа проводится под руководством преподавателей, включает аудиторную и внеаудиторную работу ординаторов. Самостоятельная работа предназначена как для закрепления предметно-методических умений и формирования мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-ортодонта, так и для реализации возможности личностно-профессионального совершенствования и развития карьерного потенциала.

Предусмотрено постоянное совершенствование организации и методики проведения занятий для формирования соответствующих ФГОС компетенций выпускника, с учетом новых достижений науки и потребностей здравоохранения, возрастающих требований и интенсификации учебно-воспитательного процесса. В процессе изучения дисциплины принципиальное значение имеет систематический контроль качества обучения, для чего используются различные методы текущего и рубежного контроля теоретических знаний и практических умений ординатора.

Преподавание дисциплины «Ортодонтия» строится в соответствии со следующими принципами:

- принцип модульного и тематического представления профессионально-ориентированного материала;
- принцип технологичности;
- принцип организации самостоятельной работы и формирование рефлексивной культуры через систему творческих методик. Важной составной частью учебной аудиторной и самостоятельной работы является широкое применение современных мультимедийных средств, компьютерных технологий. Активными и интерактивными формами обучения в данном курсе могут являться

как отдельные упражнения на занятии, так и занятия в целом, аудиторные или самостоятельные, с использованием информационных технологий.



## 12.3 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

При реализации образовательных технологий компетентностно-деятельностный подход ориентирован на формирование универсальных и профессиональных компетентностей в соответствии с видом профессиональной деятельности врача-ортодонта и предусматривает использование современных образовательных технологий формирования эффективной коммуникативной компетентности ординаторов.

Обучение базируется на андрагогической модели. Семинарские и лекционные занятия имеют целью отработку предметно-методических умений и формирование мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-ортодонта.

Самостоятельная работа проводится под руководством преподавателей, включает аудиторную и внеаудиторную работу ординаторов. Самостоятельная работа предназначена как для закрепления предметно-методических умений и формирования мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-ортодонта, так и для реализации возможности личностно-профессионального совершенствования и развития карьерного потенциала.

Предусмотрено постоянное совершенствование организации и методики проведения занятий для формирования соответствующих ФГОС компетенций выпускника, с учетом новых достижений науки и потребностей здравоохранения, возрастающих требований и интенсификации учебно-воспитательного процесса.

В процессе изучения дисциплины принципиальное значение имеет систематический контроль качества обучения, для чего используются различные методы текущего и рубежного контроля теоретических знаний и практических умений ординатора.

Преподавание дисциплины «Стоматология хирургическая» строится в соответствии со следующими принципами:

-принцип модульного и тематического представления профессионально-ориентированного материала;

- принцип технологичности;

- принцип организации самостоятельной работы и формирование рефлексивной культуры через систему творческих методик.

Важной составной частью учебной аудиторной и самостоятельной работы является широкое применение современных мультимедийных средств, компьютерных технологий.

Активными и интерактивными формами обучения в данном курсе могут являться как отдельные упражнения на занятии, так и занятия в целом, аудиторные или самостоятельные, с использованием информационных технологий.