

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Зам. директора института по УВР

_____ И.П. Кодониди

« ____ » _____ 2024 г.

Рабочая программа дисциплины
ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
Б.1.О.38

По специальности: *31.05.03 Стоматология* (уровень специалитета)

Квалификация выпускника: *врач-стоматолог*

Кафедра: *клинической стоматологии с курсом хирургической стоматологии*
и ЧЛХ

Курс – III, IV

Семестр – 5,6,7

Форма обучения - очная

Лекции – 36 часов

Практические занятия - 180 часов

Контрольная работа – 6 часа

Консультации – 4 часа

Самостоятельная работа – 70,7 часа

Трудоемкость дисциплины: 9 ЗЕ (324 часа)

Пятигорск, 2024

Рабочая программа дисциплины Б.1.О.38 «ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ» составлена в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.03 Стоматология (уровень специалитета) (утвер. Приказом Министерства образования и науки РФ от № 984 от 12.08.2020) (ФГОС 3++)

Разработчики программы:

И. о. зав. кафедрой Т.В. Симонян
преподаватель кафедры Слетова В. А.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры клинической стоматологии с курсом хирургической стоматологии и ЧЛХ
Протокол № 1 от «__» августа 2024 г.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией
по циклу естественно-научных дисциплин

Рабочая программа согласована с библиотекой
Заведующая библиотекой И.В. Свешникова

И. о. декана факультета Т.В. Симонян

Рабочая программа утверждена на заседании Центральной методической комиссии
Протокол № 1 от «31» августа 2024 года

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета ПМФИ
Протокол №1 от «31» августа 2024 года

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Цель дисциплины - подготовка врача-стоматолога, способного оказать амбулаторную стоматологическую хирургическую помощь пациентам с воспалительными процессами с локализацией в полости рта.

Задачи дисциплины: освоение принципов организации отделения хирургической стоматологии; освоение методов диагностики, используемых при обследовании больных с различными воспалительными процессами, локализованными в полости рта; освоение студентами методов лечения различных патологических процессов, локализованных в полости рта; овладение практическими навыками необходимыми для лечения воспалительных процессов, локализованных в полости рта; формирование у студентов теоретических и практических умений по хирургическому лечению больных с различными воспалительными процессами в амбулаторно-поликлинических условиях.

Воспитательной задачей является формирование гражданской позиции, активного и ответственного члена российского общества, осознающего свои конституционные права и обязанности, уважающего закон и правопорядок, обладающего чувством собственного достоинства, осознанно принимающего общечеловеческие гуманистические и демократические ценности.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) В СТРУКТУРЕ ОПОП ВО

Дисциплина «Хирургическая стоматология» относится к обязательной части, блока 1 «дисциплины (модули)» основной профессиональной образовательной программы.

Дисциплина «Хирургическая стоматология» изучается на III и IV курсах, в 5, 6, 7 семестрах.

3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ И ИНДИКАТОРАМИ ИХ ДОСТИЖЕНИЯ

Результаты освоения ОП (компетенции)	Индикаторы достижения компетенции	Результаты обучения по дисциплине		
		Знать	Уметь	Иметь навык (опыт деятельности)
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ОПК-5.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний; применяет методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых; проводит онкоскрининг ОПК-5.2 Применяет методы диагностики, в том числе лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования, консультации с врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; ОПК-5.3 Интерпретирует и анализирует результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных,	Правила обследования пациента; Методы диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза; Верификацию диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей.	Проводить опрос, осмотр пациента стоматологического профиля; направлять пациентов на клиническое обследование; анализировать результаты лабораторно-инструментальных исследований; Применять методы диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза; Осуществлять верификацию диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей-специалистов.	В постановке диагноза при решении профессиональных задач; Применения методов диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза; Верификации диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей-специалистов.

	инструментальны х) методов обследования; проводит дифференциальну ю диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме			
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозно го и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	ОПК-6.1 Определяет объем и последовательнос ть предполагаемых мероприятий по лечению детей и взрослых с наиболее распространенны ми заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи ОПК-6.2 Осуществляет контроль и оценивать эффективность и безопасность немедикаментозн ых и медикаментозных методов лечения стоматологически х заболеваний ОПК-6.3	Знать принципы назначения медикаментозного и немедикаментозно го лечения; Эффективность и безопасность медикаментозных и немедикаментозны х методов лечения стоматологических заболеваний; Способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов, используемых для лечения стоматологических заболеваний.	Назначать медикаментозную и немедикаментозну ю терапию при стоматологических заболеваниях в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями, учитывая фармакодинамику и фармакокинетику лекарственных средств; Оценивать эффективность и безопасность медикаментозных и немедикаментозны х методов лечения стоматологических заболеваний; Определять способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов, используемых для лечения стоматологических заболеваний.	Назначения медикаментозной и немедикаментозно й терапии при стоматологических заболеваниях в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями; Оценивать эффективность и безопасность медикаментозных и немедикаментозны х методов лечения стоматологических заболеваний; Определения способов введения, режим и дозу лекарственных препаратов, используемых для лечения стоматологических заболеваний.

	Корректирует тактику лечения с учетом полученной информации о состоянии здоровья и эффективности лечения стоматологических заболеваний			
ПК-2 Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности	ПК-2.1 Разрабатывает индивидуальный план лечения с учетом диагноза, возраста пациента, выраженности клинических проявлений, общесоматических заболеваний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями; ПК-2.2 Осуществляет контроль эффективности и безопасности используемых немедикаментозных и медикаментозных методов лечения (лекарственных препаратов, медицинских изделий и специального оборудования, физических факторов); ПК-2.3 Проводит врачебные манипуляции в объеме, предусмотренном профессиональным стандартом.	Алгоритм лечения пациента при стоматологических заболеваниях; Методы лечения стоматологических заболеваний у детей и взрослых; Тактику лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии.	Разрабатывать план лечения пациента при стоматологических заболеваниях; Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения стоматологических заболеваний у детей и взрослых; Обосновывать тактику лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии.	Разработки плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях; Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения стоматологических заболеваний у детей и взрослых; Обоснования тактики лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен:

Знать: топографическую анатомию, этиологию, патогенез и клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; возрастные, гендерные и этнические особенности протекания патологических процессов; состояния, требующие

оказания медицинской помощи в неотложной форме; методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; алгоритм постановки диагноза, принципы дифференциальной диагностики, международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах: медицинские показания и противопоказания к проведению мероприятий медицинской реабилитации у пациентов со стоматологическими заболеваниями; этиологию, патогенез, клиническую картину различных воспалительных процессов, локализованных в полости рта: (периодонтита, периостита, остеомиелита, перикоронрита, абсцессов, локализованных в полости рта), требующих хирургического лечения в амбулаторно-поликлинических условиях; развитие возможных местных осложнений на различных этапах операции удаления зуба, их профилактика, клинику, диагностику и лечение данных осложнений; возникновение возможных осложнений после операции удаления зуба в раннем и позднем послеоперационном периоде, их профилактика и методы лечения; методики основных операций ЧЛЮ, показания и противопоказания к данным операциям.

Уметь: определять объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; проводить диагностику острых и хронических одонтогенных воспалительных заболеваний: периодонтита; периостита; остеомиелита; перикоронрита; абсцессов, локализованных в полости рта; контролировать эффективность и безопасность; немедикаментозных и медикаментозных методов лечения, предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения; разрабатывать план мероприятий по медицинской реабилитации у пациентов со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; назначать и оценивать результаты дополнительных методов обследования при воспалительных процессах, локализованных в полости рта.

Иметь навык (опыт деятельности): владеть практическим опытом применения естественно-научной терминологии, анализа действия факторов, лежащих в основе жизнедеятельности организма, объяснения наиболее вероятных причин развития патологических процессов проведения диагностики одонтогенных воспалительных заболеваний: периодонтита, периостита, остеомиелита, перикоронрита, с учетом МКБ-10 на основе клинических и дополнительных методов исследования; выполнения хирургических операции ЧЛЮ; проведения пальпации регионарных лимфатических узлов челюстно-лицевой области; проведения вскрытия и дренирования абсцесса; оказания неотложной помощи; удаления дренажей и тампонов, снятия швов.

4. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ НА КОНТАКТНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ (ПО ВИДАМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ) И НА САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры		
		5	6	7
1. Контактная работа обучающихся с преподавателем:	226,3	40	76	110,3
Аудиторные занятия всего, в том числе:	216	36	74	106
Лекции	36	6	12	18
Лабораторные				
Практические занятия	180	30	62	88
Контактные часы на аттестацию (экзамен)				0,3
Консультация	4	2	-	2
Контроль самостоятельной работы	6	2	2	2
2. Самостоятельная работа	70,7	32	32	6,7
Контроль	27			27
ИТОГО:	324	72	108	144
Общая трудоемкость				

**4.2. СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНЫ
(КАЛЕНДАРНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЛЕКЦИЙ И ЗАНЯТИЙ)**

Код занятия	Наименование разделов и тем/вид занятия/	Часов	Компетенции	Литература
ЛЕКЦИИ				
Л1.1	Организация хирургического кабинета	2	ОПК – 5 ОПК - 6	
Л1.2	Местное обезболивание	2	ОПК - 6	
Л1.3	Обезболивания при операциях на верхней челюсти	2	ПК - 2	
Л2.1	Обезболивания при операциях на нижней челюсти	2	ОПК – 5	
Л2.2	Общее обезболивание	2	ОПК – 5 ОПК - 6	

Л2.3	Болезни прорезывания зубов	2	ПК - 2	
Л2.4	Воспалительные заболевания слюнных желез	2	ОПК – 5 ПК - 2	
Л2.5	Неогнестрельные травмы мягких тканей лица	2	ОПК – 5	
Л2.6	Неогнестрельные переломы нижней челюсти	2	ОПК – 5 ОПК - 6	
Л3.1	Неогнестрельные переломы верхней челюсти	2	ПК - 2	
Л3.2	Оперативные методы иммобилизации отломков при переломах нижней челюсти	2	ОПК – 5 ПК - 2	
Л3.3	Оперативные методы иммобилизации отломков при переломах верхней челюсти	2	ОПК – 5	
Л3.4	Одонтогенные опухоли	2	ОПК – 5 ОПК - 6	
Л3.5	Остеогенные опухоли	2	ПК - 2	
Л3.6	Опухолоподобные образования челюстей	2	ОПК – 5 ПК - 2	
Л3.7	Предраковые заболевания ЧЛО	2	ОПК - 6	
Л3.8	Рак верхней и нижней челюсти	2	ОПК – 6 ПК - 2	

ЛЗ.9	Опухоли слюнных желез	2	ОПК - 5	
ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ				
ПЗ1.1	Организация хирургического кабинета. Обследования стоматологического больного	3	ОПК – 5 ОПК - 6	
ПЗ1.2	Местное обезболивание в стоматологии	3	ОПК - 6	
ПЗ1.3	Обезболивание при операциях на верхней челюсти	3	ПК - 2	
ПЗ1.4	Обезболивание при операциях на нижней челюсти	3	ОПК – 5	
ПЗ1.5	Общее обезболивание	3	ОПК – 5 ОПК - 6	
ПЗ1.6	Осложнения при местном и общем обезболивании	3	ПК - 2	
ПЗ1.7	Осложнения после операции удаления зуба	3	ОПК – 5 ПК - 2	
ПЗ1.8	Болезни прорезывания зубов	3	ОПК – 5	
ПЗ1.9	Перикоронит	3	ОПК – 5 ОПК - 6	
ПЗ1.10	Итоговое занятие	3	ПК - 2	

ПЗ2.1	Заболевания слюнных желез	6	ОПК – 5	
ПЗ2.2	Заболевания ВНЧС	6	ОПК – 5 ОПК - 6	
ПЗ2.3	Классификация травм ЧЛО	6	ПК - 2	
ПЗ2.4	Вывихи и переломы зубов	6	ОПК – 5 ПК - 2	
ПЗ2.5	Неогнестрельные переломы нижней и верхней челюсти	6	ОПК - 6	
ПЗ2.6	Методы иммобилизации отломков челюстей	6	ОПК – 6 ПК - 2	
ПЗ2.7	Оперативные методы лечения переломов челюстей	6	ОПК - 5	
ПЗ2.8	Местные осложнения у пострадавших с неогнестрельной травмой ЧЛО	6	ОПК – 5 ПК - 2	
ПЗ2.9	Общие осложнения у пострадавших с неогнестрельной травмой ЧЛО	6	ОПК – 5	
ПЗ2.10	Сочетанные повреждения ЧЛО	6	ОПК – 5 ОПК -6	
ПЗ2.11	Итоговое занятие	2	ПК - 2	
ПЗ3.1	Опухоли ЧЛО	6	ОПК – 5	

ПЗЗ.2	Одонтогенные опухоли	6	ПК - 2	
ПЗЗ.3	Кисты челюстей	6	ОПК – 5	
ПЗЗ.4	Неодонтогенные опухоли	6	ОПК – 5 ОПК -6	
ПЗЗ.5	Неостеогенные опухоли	6	ПК - 2	
ПЗЗ.6	Опухолеподобные образования челюстей	6	ОПК – 5 ПК - 2	
ПЗЗ.7	Врожденные кисты и свищи ЧЛО	6	ОПК – 5	
ПЗЗ.8	Доброкачественные опухоли ЧЛО	6	ОПК – 5 ОПК -6	
ПЗЗ.9	Предраковые заболевания ЧЛО	6	ПК - 2	
ПЗЗ.10	Рак кожи лица	6	ОПК – 5	
ПЗЗ.11	Рак слизистой полости рта	6	ОПК – 5 ПК - 2	
ПЗЗ.12	Рак языка	6	ОПК – 5	
ПЗЗ.13	Рак верхней челюсти	6	ОПК – 5 ОПК - 6	

ПЗ3.14	Рак нижней челюсти	6	ПК - 2	
ПЗ3.15	Итоговое занятие	4	ОПК – 5	

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

№ п/п	Наименование модулей дисциплины	Содержание раздела	Индикатор достижения компетенции
1	Препараты для местного обезболивания.	Местные анестетики и медикаментозные средства, применяемые для местного обезболивания Классификация, механизм действия местных анестетиков. Показания, противопоказания	ОПК-5.1
2	Методы местного обезболивания в стоматологии.	Основные и дополнительные методы местного обезболивания в амбулаторной стоматологической практике Виды местного обезболивания для верхней и нижней челюсти	ОПК-5.2
3	Потенцированное местное обезболивание. Премедикация. Подготовка больного к вмешательству при сопутствующих заболеваниях и у лиц пожилого возраста.	Потенцированное обезболивание. Премедикация. Критерии выбора средств для премедикации в амбулаторной стоматологической практике. Выбор обезболивания и подготовка больного к вмешательству при сопутствующих заболеваниях и у лиц пожилого возраста	ОПК-5.3
4	Методы общего обезболивания в стоматологии.	Общее обезболивание в стоматологии. Показания и противопоказания для применения в стоматологии	ОПК-6.1
5	Местные и общие осложнения при проведении местного обезболивания.	Местные осложнения местного обезболивания в стоматологии. Причины, диагностика, лечение, профилактика. Общие осложнения при местном обезболивании. Причины, диагностика, лечение, профилактика	ОПК-6.2
6	Неотложные состояние при общесоматических осложнениях.	Неотложная помощь при общесоматических осложнениях в амбулаторной стоматологической практике. Причинные факторы соматических осложнений на амбулаторном стоматологическом приеме.	ОПК-6.3
1	Организация отделения	Принципы организации стоматологической хирургической помощи в стоматологической поликлинике. Основные гигиенические	ПК-2.1

	хирургической стоматологии.	требования к помещениям, внешнему виду, одежде стоматолога-хирурга. Асептика и антисептика в кабинете хирургической стоматологии. Правила стерилизации перевязочного материала, инструментов. Подготовка рук хирурга к операции. Этапы обследования пациента в клинике хирургической стоматологии. Ведение медицинской документации, заполнение истории болезни амбулаторного больного.	
2	Операция удаления зуба.	Операция удаления зуба. Показания и противопоказания. Этапы операции удаления зуба. Обезболивание. Местные и общие осложнения обезболивания. Особенности обезболивания у лиц с сопутствующими заболеваниями, пожилого возраста, беременным. Инструментарий основной и дополнительный. Осложнения во время и после операции удаления зуба. Профилактика и устранение осложнений. Этапы заживления лунки после удаления зуба, работы Верлоцкого.	ПК-2.2
3	Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей (периодонтит, периостит, одонтогенный остеомиелит).	Этиология, патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний. Основные пути распространения инфекции, причины обострения хронической одонтогенной инфекции. Иммунобиологические особенности тканей челюстно-лицевой области. Периодонтит- этиология, патогенез, патологическая анатомия, пути распространения инфекционного процесса. Острый гнойный периодонтит и обострение хронического периодонтита. Радикулярная киста. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение. Хронический периодонтит. Классификация, клиническая и рентгенологическая диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургические методы лечения хронического периодонтита: резекция верхушки корня зуба, гемисекция и ампутация, корня реплантация зуба. Цистэктомия. Цистотомия. Периостит челюстей. Острый гнойный периостит челюстей. Небный абсцесс. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Патогенетическая связь с периодонтитом и распространение воспалительного процесса в зависимости от расположения корней различных групп зубов. Клиника. Дифференциальная диагностика, методы хирургического лечения. Хронический периостит челюстей. Одонтогенный остеомиелит челюстей: Этиология. Теории патогенеза остеомиелита (Боброва-Лескера, аллергическая теория Дерижанова, нейротрофических изменений), роль микрофлоры, иммунологического статуса и анатомических особенностей челюстей. Современные представления о патогенезе остеомиелита челюстей. Патологическая анатомия	ПК-2.3

		<p>иклассификация. Острая стадия остеомиелита челюстей. Клиника диагностика, и дифференциальная диагностика острой стадии. Комплексное патогенетическое лечение: хирургическое (удаление зуба - «источника инфекции»), вскрытие околочелюстных абсцессов и флегмон, проведение декомпрессионной остеоперфорации; медикаментозное (антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, иммунотерапия), применение физических методов. Эфферентные методы экстракорпоральной детоксикации. Исход и возможные осложнения. Подострая и хроническая стадии остеомиелита челюстей. Клиническая и рентгенологическая картина различных форм (секвестрирующая, гиперпластическая, первично-хроническая), дифференциальная диагностика. Лечение (показания и сроки секвестрэктомии).</p>	
4	Болезни прорезывания зубов.	Болезни прорезывания зубов. Дистопия и ретенция зубов. Затрудненное прорезывание зубов «мудрости». Причины. Работы Львова, Руденко, Магида. Клиника. Показания к хирургическому лечению. Перикоронит. Осложнения. Методы оперативного вмешательства при дистопии и ретенции зубов.	ПК-2.2
5	Одонтогенный верхнечелюстной синусит.	Одонтогенный синусит. Этиология, патогенез. Острый одонтогенный синусит: клиника, методы диагностики и лечения. Хронический одонтогенный синусит: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы оперативного и консервативного лечения.	ОПК-5.3
6	Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи.	Перфорация и свищ верхнечелюстного синуса. Причины. Клиника, диагностика, тактика врача при перфорации верхнечелюстного синуса, способы оперативного закрытия перфорации. Профилактика образования свищей, (перфоративного) одонтогенного синусита.	ОПК-6.2
7	Лимфаденит лица и шеи.	Лимфаденит. Классификация, этиология, патогенез. Топографическая анатомия лимфатического аппарата головы и шеи. Острый и хронический лимфадениты. Абсцедирующий лимфаденит. Аденофлегмона. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.	ОПК-5.1
8	Специфические воспалительные процессы лица и челюстей (актиномикоз, туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция).	Специфические воспалительные заболевания. Актиномикоз челюстей, лица и шеи. Классификация. Этиология и патогенез. Пути проникновения инфекции. Клиника, диагностика дифференциальная диагностика и методы лечения. Туберкулез челюстей, лица и шеи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Дифтерия. СПИД. Проявления в челюстно-лицевой области. Диагностика, профилактика	ОПК-6.1

		распространения. Сифилис. Проявления в полости рта. Диагностика и профилактика	
9	Фурункул. Карбункул. Рожистое воспаление лица.	Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.	ОПК-5.1
10	Абсцессы лица и шеи. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения.	Общие клинические признаки и методы лечения. Клинические проявления абсцессов и флегмон в зависимости от локализации.	ОПК-5.3
11	Принципы интенсивной терапии.	Принципы интенсивной терапии.	ОПК-5.1
12	Клинические проявления абсцессов в зависимости от локализации. Топическая диагностика. Особенности хирургического лечения. Проявления.	Принципы топической диагностика. Особенности хирургического лечения: абсцесс челюстно-язычного желобка, подвисочной ямки, крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного пространств и языка.	ПК-2.1

6. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Самостоятельная работа обучающихся направлена на углубленное изучение разделов и тем рабочей программы и предполагает изучение литературных источников, выполнение домашних заданий и проведение исследований разного характера. Работа основывается на анализе литературных источников и материалов, публикуемых в интернете, а также реальных речевых и языковых фактов, личных наблюдений. Также самостоятельная работа включает подготовку и анализ материалов по темам пропущенных занятий.

Самостоятельная работа по дисциплине включает следующие виды деятельности:

- работа с лекционным материалом, предусматривающая проработку конспекта лекций и учебной литературы;
- поиск (подбор) и обзор литературы, электронных источников информации по индивидуально заданной проблеме курса, написание доклада, исследовательской работы по заданной проблеме;
- выполнение задания по пропущенной или плохо усвоенной теме;
- самостоятельный поиск информации в Интернете и других источниках;
- выполнение домашней контрольной работы (решение заданий, выполнение упражнений);
- изучение материала, вынесенного на самостоятельную проработку (отдельные темы, параграфы);
- написание рефератов;
- подготовка к тестированию;
- подготовка к практическим занятиям;
- подготовка к экзамену

8.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

<https://biblioclub.ru/> вход по логину и паролю

<https://www.studentlibrary.ru/> Обратите внимание, что литературу в это библиотеке можно брать только та, что по подписке Медицина ВО ГРОТЭ медиа (при переходе на учебник «замочек открыт»)

<http://46.29.117.58:8081/marcweb/> - электронный каталог ПМФИ

8.1. Основная литература

1. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Запись и ведение истории болезни / под ред. О. О. Янушевича, В. В. Афанасьева. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-7005-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470053.html> - Режим доступа : по паролю

2. Афанасьев, В. В. Хирургическая стоматология : учебник / В. В. Афанасьев [и др.] ; под общ. ред. В. В. Афанасьева. - 3-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-6080-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460801.html> - Режим доступа : по паролю

8.2. Дополнительная литература

1. Кулаков, А. А. Хирургическая стоматология / под ред. Кулакова А. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-6001-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460016.html> - Режим доступа : по паролю

2. Тарасенко, С. В. Хирургическая стоматология : учебник / под ред. С. В. Тарасенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-6211-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462119.html> - Режим доступа : по паролю

8.3. Лицензионное программное обеспечение

1. MOODLE e-Learning, eLearningServer, Гиперметод. Договор с ООО «Открытые технологии» 82/1 от 17 июля 2013 г. Беспечно.

2. Операционные системы OEM (на OS Windows 95с предустановленным лицензионным программным обеспечением): OS Windows 95, OS Windows 98; OS Windows ME, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой. Беспечно.

3. Kaspersky Endpoint Security – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License № лицензии 2434191112140152020635.

4. Google Chrome Свободное и/или безвозмездное ПО;

5. Браузер «Yandex» (Россия) Свободное и/или безвозмездное ПО

6. 7-zip (Россия) Свободное и/или безвозмездное ПО

7. Adobe Acrobat DC / Adobe Reader Свободное и/или безвозмездное ПО

8. VooVmeeting Свободное и/или безвозмездное ПО

8.4 Современные профессиональные базы данных

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK16710/> - База данных HSTAT – бесплатная коллекция полнотекстовых клинических рекомендаций, собранных Национальной медицинской библиотекой США (NLM).

2. <https://www.medmir.com> - Первый проект американской некоммерческой организации International Medical Information Technologies, Inc (IMIT) на русском языке.

3. <https://femb.ru/> - Входит в состав единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, ее объем – более 23,5 тысяч документов.

4. <http://www.freebooks4doctors.com/> - Каталог содержит ссылки на опубликованные в Интернете полные тексты книг по медико-биологическим дисциплинам.

8.5 Информационные справочные системы

1. <https://www.medlib.ru/library/library/books> - На сайте представлены справочники, энциклопедии, монографии по всем отраслям медицины на русском и английском языках.
2. <https://scholar.google.com/> - Бесплатная поисковая система по научным публикациям.

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

№ п/п	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
37	Б1.О.38	Учебная аудитория для проведения учебных занятий, оснащенная оборудованием и техническими средствами обучения. Правый лекционный зал (тех.295)	Проектор - 1 шт. Ноутбук - 1 шт. Доска ученическая Столы ученические Стулья ученические Стол для преподавателя Стул преподавателя Набор демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие программе дисциплины, рабочей учебной программе дисциплины	VeraTest Professional 2.7 Электронная версия. Акт предоставления прав № IT178496 от 14.10.2015. Бессрочно. MOODLE e-Learning, eLearningServer, Гиперметод. Договор с ООО «Открытые технологии» 82/1 от 17 июля 2013 г. Бессрочно. (пакет обновления среды электронного обучения 3KL Hosted 600 3.5.8b, лицензионный договор №59.9/380 от 23.12.2021 (срок действия 1 год) Операционные системы OEM (на OS Windows 95 с предустановленным лицензионным программным обеспечением): OS Windows 95, OS Windows 98; OS Windows ME, OS Windows XP; OS
		Учебная аудитория для проведения учебных занятий, оснащенная оборудованием и техническими средствами обучения. ауд. 70 (тех.70)	Установка стоматологическая Legrin 505 с нижней подачей инструментов со стулом. Аппарат Fotosan 630 в комплекте. Аппарат для локальной гипотермии «Холод – 01». Аппарат для определения глубины корневых каналов – апекслокатор Аверон ОВК 1,0 АВ. Аппарат для снятия зубных отложений ультразвуковой (скайлер Woodpecker DTE – 03). Аппарат для электро -и депофореза Эндо 1,0 Модис. Диатермокоагулятор стоматологический (электрокоагулятор ЭКПС - 20-1). Лампа для полимеризации. Рециркулятор Дезар-4. Стерилизатор воздушный. Стерилизатор гласперленовый SilverFox. Камера для хранения стерильных инструментов. Стол для стоматолога (3	Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой. Бессрочно. Kaspersky Endpoint Security – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License № лицензии 2434191112140152020635. Договор № РЦА09220003 от 29.09.2022 Google Chrome Свободное и/или безвозмездное ПО; Браузер «Yandex» (Россия) Свободное и/или безвозмездное ПО 7-zip (Россия) Свободное и/или безвозмездное ПО Adobe Acrobat DC / Adobe Reader Свободное и/или безвозмездное ПО VooVmeeting Свободное и/или безвозмездное ПО

			шт.). Стул стоматолога (2шт.). Холодильник NordDX 239012. Шкаф для медикаментов (2шт.). Шкаф для медицинской одежды. Ширма медицинская. Аптечка медицинская для неотложной помощи. Сосуд Дьюара LD. Стул ассистента (4шт).	
		Учебная аудитория для проведения учебных занятий, оснащенная оборудованием и техническими средствами обучения. ауд. 65 (тех.65)	Установка Legrin 515 – 1 комплект. Упаковочная машина ВТФJ-500 – – 1шт. Ножницы десневые остроконечные вертикально-изогнутые – 20шт. Аптечка «Анти-СПИД» (ВИЧ) – 1 шт. Индикаторы бумажные паровой стерилизации химические одноразовые «ВИНАР» МедИС – 132/20-1 уп/1000шт – 1упак. Наконечник для микромотора НПМ-40 – 2шт. Наконечник угловой НУПМ-40 – 2шт. Наконечник НТС-300-05 М4 – 2шт. Спрей- смазка для наконечников – 1шт. Ручка для скальпеля – 1шт. Лезвие для скальпеля стерильное – 200шт. Стул стоматолога – 1шт. Стул ассистента- 3шт. Ножницы коронковые – 2шт. Щипцы крампонные – 2шт. Шина Васильева – 1упак. Проволока лигатурная – 4упак. Щипцы для удаления зубов – 38шт. Щипцы для удаления зубов для нижних моляров левые (НЛW, ГЕРМАНИЯ) – 1шт. Щипцы для удаления зубов для нижних моляров правые (НЛW, ГЕРМАНИЯ) – 1шт. Экран защитный полимерный прозрачный – 3упак. Элеватор штыковидный (НЛW, ГЕРМАНИЯ) – 1шт. Элеватор штыковидный (НЛW, ГЕРМАНИЯ) – 1шт. Уничтожитель игл и шприцев с гильотиной для	

			<p>срезания канюли с принадлежностями ArmedNuLifeDots – 1 шт. Мешок «Амбу» ShineBall – 1 шт. Штатив медицинский ШДВ-02 МСГ – 1 шт. Рециркулятор Дезар-4 передвижной – 2 шт. KaWe МАСТЕРЛАЙТ Классик Смотровой светильник с гибкой верхней частью – 1 шт Автоклав IcanClave STE-23 – 1 шт Автоклав паровой STE-18 класса В,автоматический,объем 18л -1 шт Облучатель-рециркулятор бактерицидный ОБР-30- "МедТеКо" с таймером Стандартный (стоматологический) фантом головы с торсом Dental Store (Италия) – 1 шт ФизиодиспенсерSurgic AP, NSK, 2.3.360014290- 1шт Цифровая система для получения интраоральных снимков (Визиограф) DigoraOptime(П)-1шт Прибор для очистки и смазки наконечников LUB 90 В- 1шт, Наконечник НТС 300-05 М4 1 шт, Негатоскоп 1-кадровый Armed- 1шт Микромотор МАРАТОН 3 Champion-1шт Дистиллятор Drink- 1 шт Доска интерактивная 1шт, Диатерморегулятор стоматологический (электрокоагулятор ЭКпс-20-1)-1шт Аппарат для определения глубины корневого канала (апеслокаторАверон ОВК 1,0 АВ)-1шт Аппарат для снятия зубных отложений ультразвуковой(скейлер "Woodpecker"DTE-D3)- 1шт Аппарат хирургический ультразвуковой Piezon Master Surgery 2.3.360016039 Камера для хранения стер. мед.инструм. УФК-1- 1шт Камера для хранения стер. мед.инструм. УФК-3- 1шт</p>	
--	--	--	--	--

			Камера КБ-02-Я-ФП ультрафиолет.камера д/хран.стерильного инструмента (средняя)-1шт Лампа для полемиризации "LED B" Woodpecker- 1шт Отсасыватель хирургический "Армед" 7А- 23Д-1шт Скальпель-коагулятор электрохирургический LEGRIN (мод.641/ООА, встраиваемый)- 1шт Стерилизатор гласперленовый Silver Fox- 1шт Уничтожитель игл и шприцев с гильотиной для срезания канюли с принадлежностями А-1шт	
--	--	--	---	--

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Особые условия обучения и направления работы с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья (далее обучающихся с ограниченными возможностями здоровья) определены на основании:

- Закона РФ от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Закона РФ от 24.11.1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
- Приказа Минобрнауки России от 06.04.2021 № 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры»;
- методических рекомендаций по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащённости образовательного процесса (утв. Минобрнауки России 08.04.2014 № АК-44/05вн).

Под специальными условиями для получения образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

В целях доступности изучения дисциплины инвалидами и обучающимися с ограниченными возможностями здоровья организацией обеспечивается:

1. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:
 - наличие альтернативной версии официального сайта организации в сети «Интернет» для слабовидящих;
 - размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной

информации (информация должна быть выполнена крупным рельефно-контрастным шрифтом (на белом или желтом фоне) и продублирована шрифтом Брайля);

- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
- обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);

- обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку поводыря к зданию организации;

2. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:

- дублирование звуковой справочной информации визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров (мониторы, их размеры и количество необходимо определять с учетом размеров помещения);

- обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации:

3. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата. Материально-технические условия обеспечивают возможность беспрепятственного доступа обучающихся в помещения организации, а также пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, локальное понижение стоек-барьеров, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Обучение лиц организовано как инклюзивно, так и в отдельных группах.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

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

Этапы формирования компетенций в процессе освоения ОПОП прямо связаны с местом дисциплин в образовательной программе. Каждый этап формирования компетенции характеризуется определенными знаниями, умениями и навыками и (или) опытом профессиональной деятельности, которые оцениваются в процессе текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации по дисциплине (практике) и в процессе государственной итоговой аттестации.

Оценочные материалы включают в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине. Указанные планируемые задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимися планируемых результатов обучения по дисциплине, установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины, а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

На этапе текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине показателями оценивания уровня сформированности компетенций являются результаты устных и письменных опросов, написание рефератов, выполнение практических заданий, решения тестовых заданий.

Итоговая оценка сформированности компетенций определяется в период государственной итоговой аттестации.

Текущая аттестация включает следующие типовые задания: тестирование, решение ситуационных задач.

Описание показателей и критериев оценивания компетенций

Показатели оценивания	Критерии оценивания компетенций	Шкала оценивания
Понимание смысла компетенции	Имеет базовые общие знания в рамках диапазона выделенных задач Понимает факты, принципы, процессы, общие понятия в пределах области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию. Имеет фактические и теоретические знания в пределах области исследования с пониманием границ применимости	Минимальный уровень Базовый уровень Высокий уровень
Освоение компетенции в рамках изучения дисциплины	Наличие основных умений, требуемых для выполнения простых задач. Способен применять только типичные, наиболее часто встречающиеся приемы по конкретной сформулированной (выделенной) задаче Имеет диапазон практических умений, требуемых для решения определенных проблем в области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию. Имеет широкий диапазон практических умений, требуемых для развития творческих решений, абстрагирования проблем. Способен выявлять проблемы и умеет находить способы решения, применяя современные методы и технологии.	Минимальный уровень Базовый уровень Высокий уровень

Способность применять на практике знания, полученные в ходе изучения дисциплины	Способен работать при прямом наблюдении. Способен применять теоретические знания к решению конкретных задач. Может взять на себя ответственность за завершение задач в исследовании, приспосабливает свое поведение к обстоятельствам в решении проблем. Затрудняется в решении сложных, неординарных проблем, не выделяет типичных ошибок и возможных сложностей при решении той или иной проблемы Способен контролировать работу, проводить оценку, совершенствовать действия работы. Умеет выбрать эффективный прием решения задач по возникающим проблемам.	Минимальный уровень Базовый уровень Высокий уровень
---	---	---

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Результаты освоения ОП (компетенции)	Индикаторы достижения компетенции	Результаты обучения по дисциплине		
		Знать	Уметь	Иметь навык (опыт деятельности)
<p>ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач</p>	<p>ОПК-5.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины заболеваний; применяет методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых; проводит онкоскрининг ОПК-5.2 Применяет методы диагностики, в том числе лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования, консультации с врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;</p>	<p>Правила обследования пациента; Методы диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза; Верификацию диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей.</p>	<p>Проводить опрос, осмотр пациента стоматологического профиля; направлять пациентов на клиническое обследование; анализировать результаты лабораторно-инструментальных исследований; Применять методы диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза; Осуществлять верификацию диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей-специалистов.</p>	<p>В постановке диагноза при решении профессиональных задач; Применения методов диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза; Верификации диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей-специалистов.</p>

	<p>ОПК-5.3 Интерпретирует и анализирует результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводит дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>			
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ОПК-6.1 Определяет объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ОПК-6.2 Осуществляет контроль и оценивать эффективность и безопасность</p>	<p>Знать принципы назначения медикаментозного и немедикаментозного лечения; Эффективность и безопасность медикаментозных и немедикаментозных методов лечения стоматологических заболеваний; Способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов, используемых для лечения стоматологических заболеваний.</p>	<p>Назначать медикаментозную и немедикаментозную терапию при стоматологических заболеваниях в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями, учитывая фармакодинамику и фармакокинетику лекарственных средств; Оценивать эффективность и безопасность медикаментозных и немедикаментозных методов лечения стоматологических заболеваний; Определять способы введения, режим и дозу</p>	<p>Назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии при стоматологических заболеваниях в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями; Оценивать эффективность и безопасность медикаментозных и немедикаментозных методов лечения стоматологических заболеваний; Определения способов введения, режим и дозу лекарственных препаратов, используемых для лечения стоматологических заболеваний.</p>

	<p>немедикаментозных и медикаментозных методов лечения стоматологических заболеваний</p> <p>ОПК-6.3 Корректирует тактику лечения с учетом полученной информации о состоянии здоровья и эффективности лечения стоматологических заболеваний</p>		<p>лекарственных препаратов, используемых для лечения стоматологических заболеваний.</p>	
<p>ПК-2 Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности</p>	<p>ПК-2.1 Разрабатывает индивидуальный план лечения с учетом диагноза, возраста пациента, выраженности клинических проявлений, общесоматических заболеваний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями;</p> <p>ПК-2.2 Осуществляет контроль эффективности и безопасности используемых немедикаментозных и медикаментозных методов лечения (лекарственных препаратов, медицинских изделий и специального оборудования, физических факторов);</p> <p>ПК-2.3 Проводит врачебные манипуляции в объеме, предусмотренном</p>	<p>Алгоритм лечения пациента при стоматологических заболеваниях; Методы лечения стоматологических заболеваний у детей и взрослых; Тактику лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии.</p>	<p>Разрабатывать план лечения пациента при стоматологических заболеваниях; Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения стоматологических заболеваний у детей и взрослых; Обосновывать тактику лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии.</p>	<p>Разработки плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях; Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения стоматологических заболеваний у детей и взрослых; Обоснования тактики лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии.</p>

	профессиональн м стандартом.			
--	---------------------------------	--	--	--

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ СФОРМИРОВАННОСТИ ЗНАНИЙ
1. ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ

Вопросы	Соответствующий индикатор достижения компетенции	Шаблоны ответа
Перечислите острые и хронические неспецифические воспалительные заболевания слюнных желез	ИД _{ОПК-5} -5.1.	Эпидемический паротит, лимфогенный паротит, калькулезный паротит.
Клинические проявления лимфогенного паротита	ИД _{ОПК-5} -5.2.	На стадии ложного паротита клиническая симптоматика соответствует таковой при остром серозном лимфадените; в околоушной области при пальпации обнаруживают плотный, болезненный, малоподвижный инфильтрат. Кожа над ним нормального цвета, ее тургор не изменен (свободно собирается в складку). Устье выводного протока околоушной слюнной железы не изменено, при массаже получают прозрачную слюну. Симптомы интоксикации выражены умеренно.
Этиология химических ожогов	ИД _{ОПК-5} -5.3.	Химические ожоги чаще всего развиваются после действия неорганических кислот (серной, соляной, азотной и др.), щелочей (негашеной извести, едкого калия или натрия и др.), солей некоторых тяжелых металлов (нитрата серебра и др.).

<p>В чем заключается консервативное лечение при переломе скуловой кости</p>	<p>ИДопк-6.-6.1.</p>	<p>Консервативное лечение при переломах скуловых кости и дуги без выраженного смещения отломков заключается в назначении холода (пузыря со льдом или холодной водой) в течение первых двух дней после травмы. Холод рекомендуют применять в течение 15—20 мин 4—5 раз в сутки. Рекомендуют покой, жидкую пищу, ограничение открывания рта на 10—12 дней.</p>
<p>Профилактика посттравматического остеомиелита</p>	<p>ИДопк-6.-6.2.</p>	<p>Профилактика посттравматического остеомиелита заключается в своевременном и правильном оказании специализированной медицинской помощи пострадавшим с повреждением челюсти (включая проведение остеосинтеза), а также в устранении факторов, способствующих развитию этого воспалительного осложнения у больных с переломами челюстей.</p>
<p>Лечение посттравматического гайморита</p>	<p>ИДопк-6.-6.3.</p>	<p>Лечение посттравматического гайморита в острой стадии заключается во вскрытии абсцессов или флегмон, обеспечении оттока гнойного экссудата путем проведения пункции верхнечелюстной пазухи с последующим ее промыванием и назначении противовоспалительной медикаментозной терапии.</p>

<p>III а степень термического ожога - клиника</p>	<p>ИДПК-2.-2.1.</p>	<p>Эпидермис, сосочковый и сетчатый слои дермы разрушены. Не повреждены только волосяные фолликулы и потовые железы. Ожоговая поверхность может быть представлена пузырями, струпом или одновременно тем и другим. Пузыри имеют значительные размеры, напряжены, заполнены жидким или желеобразным содержимым желтоватого цвета. Дно ожоговой раны (под пузырем) ярко-розового цвета, влажное. Болевая чувствительность сохранена полностью или снижена. Струп может быть воскового, светло-желтого или коричневого цвета, поверхность его эластичная, болевая чувствительность снижена, тактильная сохранена.</p>
<p>Клиника переломов костей носа</p>	<p>ИДПК-2.-2.2.</p>	<p>Клиника: жалуются на боль, косметический дефект, нарушение носового дыхания, иногда головокружение, тошноту. Переломы костей носа могут сопровождаться сотрясением головного мозга, Один из ведущих признаков - носовое кровотечение. При осмотре наблюдают выраженный отек тканей носа, распространяющийся на нижние веки, иногда кровоизлияние не только в подкожную основу наружного носа, но и в область конъюнктивы нижнего и верхнего век. При открытых переломах нарушена целостность кожного покрова носа.</p>
<p>Лечение вывихов нижней челюсти методом Гиппократата</p>	<p>ИДПК-2.-2.3.</p>	<p>Для вправления двустороннего вывиха больного следует усадить так, чтобы нижняя челюсть его находилась на уровне локтевого сустава опущенной руки врача или немного ниже. Большие пальцы рук врач помещает на</p>

		жевательные поверхности больших коренных зубов нижней челюсти, а остальными захватывает нижнюю челюсть снизу. Вправляемая головка нижней челюсти должна проделать путь, обратный таковому при ее вывихивании: вниз, назад и кверху.
IV степень термического ожога	ИДопк-5.-5.1.	IV степень термического ожога. Вместе с эпидермисом и дермой поражены подкожная основа, фасции, мышцы, иногда кости. Ожоговая поверхность представлена плотным некротическим струпом различной толщины, коричневого или черного цвета. Болевая чувствительность отсутствует. В первые часы после травмы ожог IV степени может быть достоверно определен только при обугливание. Заживление ожогов IV степени происходит крайне медленно и может сопровождаться формированием значительных дефектов тканей.
Как проходит линия перелома при переломе по среднему типу Ле Фор?	ИДопк-5.-5.2.	Как проходит линия перелома при переломе по среднему типу Ле Фор? Линия перелома начинается от места соединения лобного отростка верхней челюсти с носовой частью лобной кости в области ее решетчатой вырезки. Далее линия перелома проходит по медиальной стенке глазницы, (слезная кость), вниз до нижней глазничной щели. Затем по нижней стенке глазницы, линия перелома идет кпереди до подглазничного края, пересекает его по скуло-челюстному шву или вблизи от него. По передней стенке верхней челюсти вдоль скуло-челюстного шва она переходит кзади на бугор верхней челюсти и крыловидный отросток клиновидной кости.
Что такое ушиб мягких тканей лица?	ИДопк-5.-5.3.	Это закрытое механическое повреждение мягких тканей лица

		без видимого нарушения их анатом целостности, повреждаются мелкие сосуды, происходит кровоизлияние, образуется кровоподтеки и гематомы.
Что такое оперативный доступ?	ИДопк-6.-6.1.	Оперативный доступ – это часть операции, в момент которой происходит обнажение органа, на котором предполагается воспроизведение хирургического вмешательства.
Как называется I (первая) пара ЧМН?	ИДопк-6.-6.2.	I (первая) пара черепно-мозговых нервов называется обонятельные нервы.
Какая стенка глазницы является наиболее тонкой?	ИДопк-6.-6.3.	Наиболее тонкой является медиальная стенка глазницы.
В чем заключается клиническое значение периорбиты?	ИДпк-2.-2.1.	Клиническое значение периорбиты связано с ее расположением вблизи околоносовых пазух. При возникновении в них воспалительного процесса, он быстро распространяется в область орбиты с образованием субпериостальных абсцессов.
Какова этиология синдрома верхней глазничной щели?	ИДпк-2.-2.2.	При повреждении нервов, проходящих через верхнюю глазничную щель в результате воспалительного процесса или их компрессии, развивается синдром верхней глазничной щели.
Что такое паратонзиллярный абсцесс?	ИДопк-5.-5.1.	Паратонзиллярный абсцесс – это воспаление клетчаточной ткани, окружающей миндалина. Чаще всего данное заболевание является осложнением тонзиллита.
Что такое флегмона?	ИДопк-5.-5.2.	Флегмона – это разлитое гнойное воспаление, не имеющее четких границ. Воспаление распространяется за счет анатомической связи клетчаточных пространств и расплавления тканей гноеродной флорой.
Чем ограничен лопаточно – ключичный треугольник?	ИДопк-5.-5.3.	Лопаточно – ключичный треугольник ограничен грудино – ключично – сосцевидной мышцей,

		лопаточно – подъязычной мышцей и ключицей.
Лечение острых и хронических периодонтитов	ИД _{ПК-6} -6.1.	Резекция, ампутация, гемисекция, реплантация, коронаро-радикулярная сепарация.
Лечение ушибов тканей лица	ИД _{ПК-6} -6.2.	В первые 2—3 дня на область ушиба рекомендуют прикладывать пузырь со льдом, а в дальнейшем применять ультрафиолетовое облучение и лампусоллюкс, УФЧ-терапию. При симптомах повреждения нервов назначают электрофорез димексида, анестетиков, калия йодида. Лицам пожилого возраста показаны десенсибилизирующие средства, рутин с аскорбиновой кислотой, обезболивающие, в том числе ацетилсалициловая кислота.
Этиология электроожогов	ИД _{ПК-6} -6.3.	Электроожоги возникают в месте контакта тканей с источником электрического тока, где электрическая энергия превращается в тепловую, создавая температуру до 3000—4000 °С.
Что такое небный контрфорс?	ИД _{ПК-2} -2.1.	Образуется небными отростками верхних челюстей и горизонтальными пластинками небных костей. Уравновешивает силу жевания в поперечном направлении.
Этиология одонтогенного гайморита	ИД _{ПК-2} -2.2.	Воспаление верхнечелюстной пазухи вызывается обычной микрофлорой

		<p>полости рта, участвующей в развитии острого, обострении хронического периодонтита и находящейся в других одонтогенных очагах. Преобладают облигатные и факультативные анаэробы, которые составляют до 70 %. При длительном течении заболевания, особенно в случаях частых обострений и лечения антибиотиками, нередко среди микробной флоры выделяются грибы рода Candida.</p>
Классификация синусита	ИДПК-2.-2.3.	Следует различать синусит острый, хронический и хронический с обострением.
Клиническая картина острого синусита		<p>Клиническая картина острого синусита. При остром воспалении верхнечелюстной пазухи больные жалуются на боль в подглазничной, щечной областях или во всей половине лица, чувство тяжести, заложенность соответствующей половины носа. Боль усиливается, иррадирует в лобную, височную, затылочную области, зубы верхней челюсти. Нередко ощущается боль в области больших и малых коренных зубов, чувствительность их при накусывании. Болевые ощущения могут меняться в зависимости от количества накапливающегося экссудата в пазухе и его оттока. После появления из полости носа серозных или серозно-гнойных выделений боль уменьшается.</p>

		Отмечаются жалобы на общее недомогание, головную боль, слабость, отсутствие аппетита. Характерно нарушение обоняния — от понижения до полной его потери.
--	--	--

КРИТЕРИИ И ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	<p>выставляется обучающемуся, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретическое содержание курса освоено полностью, без пробелов; - исчерпывающее, последовательно, четко и логически излагает теоретический материал; - свободно справляется с решением задач, - использует в ответе дополнительный материал; - все задания, предусмотренные учебной программой выполнены; - анализирует полученные результаты; - проявляет самостоятельность при трактовке и обосновании выводов
Хорошо	<p>выставляется обучающемуся, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретическое содержание курса освоено полностью; - необходимые практические компетенции в основном сформированы; - все предусмотренные программой обучения практические задания выполнены, но в них имеются ошибки и неточности; - при ответе на поставленные вопросы обучающийся не отвечает аргументировано и полно. - знает твердо лекционный материал, грамотно и, по существу, отвечает на основные понятия.
Удовлетворительно	<p>выставляет обучающемуся, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретическое содержание курса освоено частично, но проблемы не носят существенного характера; - большинство предусмотренных учебной программой заданий выполнено, но допускаются неточности в определении формулировки; - наблюдается нарушение логической последовательности.
Неудовлетворительно	<p>выставляет обучающемуся, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> - не знает значительной части программного материала; - допускает существенные ошибки; - так же не сформированы практические компетенции; - отказ от ответа или отсутствие ответа.

2. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Содержание тестовых заданий	Индикатор достижения компетенции	Правильный ответ
-----------------------------	----------------------------------	------------------

<p>Верхней границей дна полости рта является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) слизистая оболочка дна полости рта 2) основание языка 3) заднее брюшко m. digastricus 4) внутренняя поверхность тела нижней челюсти 	<p>ИДопк-5.-5.1.</p>	<p>Ответ: 1</p>
<p>При лечении венозной мальформации блеомицин применяется в качестве:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) склерозанта 2) гемостатика 3) дезагреганта 4) антисептика 	<p>ИДопк-5.-5.2.</p>	<p>Ответ: 1</p>
<p>В комплекс терапии актиномикоза челюстно-лицевой области входит:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) физиотерапия 2) мануальная 3) седативная 4) лучевая 	<p>ИДопк-5.-5.3.</p>	<p>Ответ: 1</p>
<p>Височно-крыловидное пространство сверху сообщается с:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) глубокой клетчаткой височной ямки 2) клетчаткой межкрыловидного пространства 3) височным межжапоневротическим пространством 4) подподбородочной клетчаткой 	<p>ИДопк-6.-6.1.</p>	<p>Ответ: 1</p>
<p>К клиническим признакам ушиба постоянного или временного зуба в первые 2-3 дня после травмы относят:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) болезненную перкуссию, незначительную подвижность зуба или её отсутствие 2) смещение коронки в различных направлениях 3) болезненную перкуссию, зуб длиннее симметричного 4) болезненную перкуссию, зуб короче симметричного 	<p>ИДопк-6.-6.2.</p>	<p>Ответ: 1</p>

<p>Одним из рациональных методов лечения мальформации кровеносных сосудов является метод:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) криотерапии 2) лазерной терапии 3) гормонотерапии 4) с применением обзидана 	<p>ИДопк-6.-6.3.</p>	<p>Ответ: 2</p>
<p>Одним из рациональных методов лечения мальформации кровеносных сосудов является метод:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гормонотерапии 2) криодеструкции 3) хирургического лечения 4) с применением обзидана 	<p>ИДпк-2.-2.1.</p>	<p>Ответ: 3</p>
<p>Количество этапов при пластике губы по Аббе составляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 5 2) 4 3) 3 4) 2 	<p>ИДпк-2.-2.2.</p>	<p>Ответ: 4</p>
<p>Характерным признаком сосудистой артериовенозной мальформации является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нарушение гемодинамики 2) бурный рост после рождения ребенка 3) возможность инволюции 4) множественность поражения 	<p>ИДпк-2.-2.3.</p>	<p>Ответ: 1</p>
<p>Местным осложнением травматического остеомиелита челюсти является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сепсис 2) остеофлегмона 3) ксеростомия 4) парез лицевого нерва 	<p>ИДопк-5.-5.1.</p>	<p>Ответ: 2</p>

<p>Отличительной чертой капилляроскопической картины у детей с инфантильной гемангиомой в стадии выраженной инволюции считают:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отсутствие капилляров, множество бессосудистых зон 2) венозный застой, расширение капиллярной сети 3) разрушение капиллярной сети, массивные кровоизлияния 4) снижение плотности капиллярной сети, единичные разрушенные сосуды 	ИДопк-5.-5.2.	Ответ: 1
<p>В состав неба входят:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)нёбный апоневроз 2)небная миндалина 3)мышцы 4)слизистая оболочка 	ИДопк-5.-5.3.	Ответ: 34
<p>Мышцами мягкого неба являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)небно-язычная мышца 2)небно-глоточная мышца 3)мышца, напрягающая небную занавеску 4)шилоязычная мышца 	ИДопк-6.-6.1.	Ответ: 123
<p>Укажите костные образования, ограничивающие хоаны:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)медиальная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости 2)сошник 3)тело клиновидной кости 4)горизонтальная пластинка небной кости 	ИДопк-6.-6.2.	Ответ: 123
<p>Какие отделы слизистой оболочки носа относятся к обонятельной области:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)нижних носовых раковин 2)области верхней носовой раковины 3)средних носовых раковин 4)верхнего отдела перегородки носа 	ИДопк-6.-6.3.	Ответ: 34

<p>Установите соответствие.</p> <p>А - Гайморит Б - Этмоидит В - Фронтит Г - Сфеноидит</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Воспаление слизистой оболочки клиновидной пазухи 2. Воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи 3. Воспаление слизистой оболочки решетчатого лабиринта 4. Воспаление слизистой оболочки лобного синуса 	<p>ИДПК-2.-2.1.</p>	<p>Ответ: А – 2, Б – 3, В – 4, Г - 1</p>
<p>Установите соответствие.</p> <p>А – Передние околоносовые пазухи Б – Задние околоносовые пазухи</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лобная 2. Верхнечелюстная 3. Передняя решетчатая 4. Задняя решетчатая 5. Клиновидная 6. Средняя решетчатая 	<p>ИДПК-2.-2.2.</p>	<p>Ответ: А – 1236, Б - 34</p>

1.2.1. ВИЗУАЛИЗИРОВАННЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Содержание тестовых заданий	Индикатор достижения компетенции	Правильный ответ
<div data-bbox="236 1189 683 1503" data-label="Image"> </div> <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ларингоскоп • Шпатель стоматологический • Гладилка стоматологическая • Скальпель • Иглодержатель 	<p>ИДПК-5.-5.1.</p>	<p>Скальпель</p>

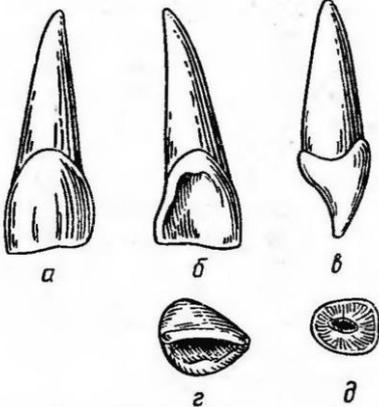
 <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ларингоскоп • Шпатель стоматологический • Гладилка стоматологическая • Скальпель • Иглодержатель 	<p>ИДопК-5.-5.2.</p>	<p>Иглодержатель</p>
 <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пинцет • Элеватор прямой • Ларингоскоп • Зеркало стоматологическое • Аппарат ИВЛ 	<p>ИДопК-5.-5.3.</p>	<p>Пинцет</p>
 <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пинцет • Элеватор прямой • Ларингоскоп • Зеркало стоматологическое • Аппарат ИВЛ 	<p>ИДопК-6.-6.1.</p>	<p>Зеркало стоматологическое</p>

 <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Крючок Фолькмана двузубый • Крючок Фолькмана четырехзубый • Крючок Фарабефа • Зажим кровоостанавливающий прямой • Корнцанг изогнутый 	<p>ИДопк-6.-6.2.</p>	<p>Крючок Фолькмана четырехзубый</p>
 <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Крючок Фолькмана двузубый • Крючок Фолькмана четырехзубый • Крючок Фарабефа • Зажим кровоостанавливающий прямой • Корнцанг изогнутый 	<p>ИДопк-6.-6.3.</p>	<p>Крючок Фолькмана двузубый</p>
 <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Крючок Фолькмана двузубый • Крючок Фолькмана четырехзубый • Крючок Фарабефа • Зажим кровоостанавливающий прямой • Корнцанг изогнутый 	<p>ИДпк-2.-2.1.</p>	<p>Крючок Фарабефа</p>

 <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Крючок Фолькмана двузубый • Крючок Фолькмана четырехзубый • Крючок Фарабефа • Зажим кровоостанавливающий прямой • Корнцанг изогнутый 	<p>ИДПК-2.-2.2.</p>	<p>Зажим кровоостанавливающий прямой</p>
 <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Щипцы стоматологические • Крючок Фолькмана четырехзубый • Крючок Фарабефа • Зажим кровоостанавливающий прямой • Корнцанг изогнутый 	<p>ИДПК-2.-2.3.</p>	<p>Щипцы стоматологические</p>
 <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ларингоскоп • Шпатель стоматологический • Гладилка стоматологическая • Скальпель • Щипцы стоматологические 	<p>ИДПК-5.-5.1.</p>	<p>Щипцы стоматологические</p>

 <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Элеватор прямой • Шпатель стоматологический • Гладилка стоматологическая • Скальпель • Щипцы стоматологические 	<p>ИДопК-5.-5.2.</p>	<p>Элеватор прямой</p>
 <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Щипцы стоматологические • Крючок Фолькмана четырехзубый • Элеватор изогнутый • Зажим кровоостанавливающий прямой • Корнцанг изогнутый 	<p>ИДопК-5.-5.3.</p>	<p>Элеватор изогнутый</p>
 <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Щипцы для удаления корней зубов • Щипцы для удаления верхних зубов • Элеватор изогнутый 	<p>ИДопК-6.-6.1.</p>	<p>Щипцы для удаления корней зубов</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Щипцы для удаления нижних зубов • Корнцанг изогнутый 		
 <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Щипцы для удаления корней зубов • Щипцы для удаления верхних зубов • Элеватор изогнутый • Щипцы для удаления нижних зубов • Корнцанг изогнутый 	ИДопк-6.-6.2.	Щипцы для удаления нижних зубов
 <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Щипцы для удаления корней зубов • Щипцы для удаления верхних зубов • Элеватор изогнутый • Щипцы для удаления нижних зубов • Корнцанг изогнутый 	ИДопк-6.-6.3.	Щипцы для удаления верхних зубов
 <p>Что изображено на картинке?</p>	ИДпк-2.-2.1.	Корнцанг изогнутый

<ul style="list-style-type: none"> • Щипцы для удаления корней зубов • Щипцы для удаления верхних зубов • Элеватор изогнутый • Щипцы для удаления нижних зубов • Корнцанг изогнутый 		
<div style="text-align: center;">  </div> <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Корнцанг прямой • Шпатель стоматологический • Гладилка стоматологическая • Скальпель • Щипцы стоматологические 	ИДПК-2.-2.2.	Корнцанг прямой
<div style="text-align: center;">  </div> <p>Что изображено на картинке?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Резец нижней челюсти • Элеватор прямой • Резец верхней челюсти • Зеркало стоматологическое • Клык верхней челюсти 	ИДПК-2.-2.3.	Резец верхней челюсти
<div style="text-align: center;">  </div> <p>Что изображено на картинке?</p>	ИДПК-5.-5.1.	Иглодержатель прямой

<ul style="list-style-type: none"> • Пинцет • Элеватор прямой • Ларингоскоп • Зеркало стоматологическое • Иглодержатель прямой 		
---	--	--

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕСТИРОВАНИЯ

Оценка по 100-балльной системе	Оценка по системе «зачтено - не зачтено»	Оценка по 5-балльной системе		Оценка по ECTS
96-100	зачтено	5	отлично	A
91-95	зачтено			B
81-90	зачтено	4	хорошо	C
76-80	зачтено			D
61-75	зачтено	3	удовлетворительно	E
41-60	не зачтено	2	неудовлетворительно	Fx
0-40	не зачтено			F

3. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Типовые задания, направленные на формирование профессиональных умений

Результаты освоения ОП (компетенции)	Индикаторы достижения компетенции	Результаты обучения по дисциплине		
		Знать	Уметь	Иметь навык (опыт деятельности)
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ОПК-5.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний; применяет методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых; проводит онкоскрининг ОПК-5.2 Применяет методы диагностики, в том числе лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования, консультации с	Правила обследования пациента; Методы диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза; Верификацию диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей.	Проводить опрос, осмотр пациента стоматологического профиля; направлять пациентов на клиническое обследование; анализировать результаты лабораторно-инструментальных исследований; Применять методы диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза; Осуществлять верификацию диагноза с использованием лабораторных, инструментальных,	В постановке диагноза при решении профессиональных задач; Применения методов диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза; Верификации диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей-специалистов.

	<p>врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ОПК-5.3 Интерпретирует и анализирует результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводит дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>		<p>специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей-специалистов.</p>	
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ОПК-6.1 Определяет объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками</p>	<p>Знать принципы назначения медикаментозного и немедикаментозного лечения; Эффективность и безопасность медикаментозных и немедикаментозных методов лечения стоматологических заболеваний;</p>	<p>Назначать медикаментозную и немедикаментозную терапию при стоматологических заболеваниях в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями, учитывая фармакодинамику и</p>	<p>Назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии при стоматологических заболеваниях в соответствии с имеющимися показаниями; Оценивать эффективность и безопасность медикаментозных</p>

	<p>оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ОПК-6.2 Осуществляет контроль и оценивать эффективность и безопасность немедикаментозных и медикаментозных методов лечения стоматологических заболеваний</p> <p>ОПК-6.3 Корректирует тактику лечения с учетом полученной информации о состоянии здоровья и эффективности лечения стоматологических заболеваний</p>	<p>Способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов, используемых для лечения стоматологических заболеваний.</p>	<p>фармакокинетику лекарственных средств; Оценивать эффективность и безопасность медикаментозных и немедикаментозных методов лечения стоматологических заболеваний; Определять способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов, используемых для лечения стоматологических заболеваний.</p>	<p>и немедикаментозных методов лечения стоматологических заболеваний; Определения способов введения, режим и дозу лекарственных препаратов, используемых для лечения стоматологических заболеваний.</p>
<p>ПК-2 Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности</p>	<p>ПК-2.1 Разрабатывает индивидуальный план лечения с учетом диагноза, возраста пациента, выраженности клинических проявлений, общесоматических заболеваний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями;</p> <p>ПК-2.2 Осуществляет контроль эффективности и безопасности используемых немедикаментозных и медикаментозных</p>	<p>Алгоритм лечения пациента при стоматологических заболеваниях; Методы лечения стоматологических заболеваний у детей и взрослых; Тактику лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии.</p>	<p>Разрабатывать план лечения пациента при стоматологических заболеваниях; Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения стоматологических заболеваний у детей и взрослых; Обосновывать тактику лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии.</p>	<p>Разработки плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях; Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения стоматологических заболеваний у детей и взрослых; Обоснования тактики лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии.</p>

	<p>методов лечения (лекарственных препаратов, медицинских изделий и специального оборудования, физических факторов);</p> <p>ПК-2.3 Проводит врачебные манипуляции в объеме, предусмотренном профессиональными стандартом.</p>			
--	--	--	--	--

3.1. ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЭКЗАМЕНУ

Вопросы	Соответствующий индикатор достижения компетенции	Шаблоны ответа (ответ должен быть лаконичным, кратким, не более 20 слов)
Медицинская документация, требования к оформлению амбулаторной истории болезни.	ИД _{ПК-5.-5.1.}	
Оснащение хирургического стоматологического кабинета.	ИД _{ПК-5.-5.2.}	<p>К оснащению хирургического отделения (кабинета) относятся: стоматологические кресла, бестеневые лампы, столики для инструментария, круглые винтовые табуреты со спинками и без них, электрическая бормашина с наконечниками, бактерицидные и ультрафиолетовые лампы, стоматологический инструментарий, шприцы разной емкости, держатели для карпулированных анестетиков, одноразовые инъекционные иглы, пинцеты (стоматологические, хирургические, анатомические, глазные), зеркала и шпатели,</p>

		наборы шприцев и элеваторов, скальпели и их держатели, наборы острых и тупых крючков, распаторов, кюретажных ложек, долот, молотков, костных кусачек, ножниц, кровоостанавливающих зажимов, игл и иглодержателей.
Деонтология и врачебная этика.	ИДопк-5.-5.3.	<p>Медицинская этика, как часть общей этики рассматривает вопросы нравственности врача, включая совокупность норм его поведения и морали, чувство профессионального долга и чести, совести и достоинства.</p> <p>Под медицинской деонтологией понимают принципы поведения медицинских работников, направленные на максимальное повышение пользы лечения и устранение последствий неполноценной медицинской работы.</p>
Организация работы хирургического стоматологического отделения и кабинета стоматологической поликлиники.	ИДопк-6.-6.1.	
Асептика и антисептика в хирургической стоматологии. Основные требования, предъявляемые к организации хирургического кабинета и	ИДопк-6.-6.2.	Асептика — система профилактических мероприятий, направленных на предупреждение попадания микроорганизмов в рану, органы и ткани больного в процессе

<p>операционной стоматологической поликлинике.</p>	<p>в</p>	<p>любых врачебных мероприятий. Антисептика – это совокупность химических, биологических, механических и физических способов снижения численности, подавления или полного уничтожения популяций облигатно - и условно-патогенных микроорганизмов на здоровой коже, в ране, патологических образованиях с целью предупреждения развития инфекционных процессов и сепсиса.</p>
<p>Современные методы асептики и антисептики. Подготовка рук хирурга при оперативных вмешательствах в полости рта и на лице.</p>	<p>ИД_{ПК-6}-6.3.</p>	<p>Обработка рук йодоформом и гексахлорофеном</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Мытье рук с мылом перед обработкой йодоформом и гексахлорофеном, если они сильно не загрязнены, не обязательно. 2. Обработка рук в шампуне из йодоформа и гексахлорофена проводится в течение 5 мин (в эмалированном тазу либо в другой емкости). 3. Руки высушивают стерильной салфеткой и обрабатывают 70% раствором этилового спирта.
<p>Анестетики, применяемые в стоматологии для местного</p>	<p>ИД_{ПК-2}-2.1.</p>	<p>Ультракаин, Убистезин, Септанест</p>

обезболивания.		
<p>Инфильтрационная анестезия при оперативных вмешательствах на нижней челюсти – топографоанатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения.</p>	<p>ИДПК-2.-2.2.</p>	<p>Основные показания: срединный или глубокий кариес; пульпит или периодонтит (необходимость лечения корневых каналов); кистозные образования; разрастание новообразования в области щеки, слизистой оболочки; аномалии, при которых требуется разрезание десны; удаление зубов.</p> <p>Техника инфильтрационной анестезии. Иглу вкалывают в переходную складку между обезболиваемым зубом и зубом, расположенным медиальнее, и продвигают до места, расположенного несколько выше верхушки обезболиваемого зуба, где медленно, предупреждая вздутие слизистой оболочки, вводят 0,5 мл раствора. Для анестезии над надкостницей следует использовать тонкую иглу диаметром 0,3-0,4 мм и длиной 16-25 мм.</p>
<p>Методики проводникового обезболивания при проведении вмешательств на верхней челюсти.</p>	<p>ИДоПК-5.-5.1.</p>	<p>Рот больного полуоткрыт, вкол иглы производят на уровне коронки 2 моляра в слизистую оболочку, отступя от переходной складки на 0,5 см сверху. Иглу располагают под</p>

		<p>углом 45° к гребню альвеолярного отростка, скосом иглы к кости. Иглу продвигают вверх, назад и внутрь на глубину 2,5 см и вводят 1,0–1,2 мл анестетика</p>
<p>Обезболивание при оперативных вмешательствах на нижней челюсти.</p>	<p>ИДопК-5.-5.2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Инфильтрационное обезболивание • Проводниковое обезболивание – внутриротовые и внеротовые методы • Внеротовой метод • Торусальная анестезия
<p>Проводниковое обезболивание у резцового отверстия - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, осложнения.</p>	<p>ИДопК-5.-5.3.</p>	<p>Показаниями к проведению проводниковой анестезии</p> <ul style="list-style-type: none"> • одновременное удаление сразу нескольких зубных единиц, которые расположены в полости рта на участке иннервации одной ветки нерва; • процедура безболезненного вживления в челюсть зубных имплантатов; • экстракция корней с наличием в них воспалительного процесса; • необходимость проведения оперативного

		<p>вмешательства на нижних молярах;</p> <ul style="list-style-type: none"> • удаление патологически расположенных зубных единиц; • потребность в лечении воспалительных очагов, находящихся в нижней трети лица; • санация больших кариозных полостей; <p>Местом укола, таким образом, должен служить пункт, лежащий впереди резцового отверстия (или, вернее, проекции резцового отверстия на слизистую оболочку неба) приблизительно на 3—5 мм. При инъекции у большого небного отверстия берут большее расстояние между местом укола и местом проекции большого небного отверстия на слизистую оболочку, потому что там игла должна идти более наклонно.</p> <p>Осложнения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ранение сосудов. 2. Появление ишемических участков кожи лица. 3. Вхождение иглы в носовую полость.
<p>Проводниковое обезболивание у подглазничного отверстия, топографо-анатомическое</p>	<p>ИДопк-6.-6.1.</p>	<p>Подглазничную (инфраорбитальную) анестезию осуществляют двумя путями —</p>

<p>обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.</p>		<p>внутриротовым и внеротовым.</p> <p>При внутриротовом способе иглу вкалывают в переходную складку над боковым верхним резцом соответствующей стороны, а затем продвигают вверх и латерально к прощупываемому подглазничному отверстию. Это отверстие находится на 0,5 см ниже середины нижнеглазничного края. По мере продвижения иглы в месте топографии подглазничного отверстия вводят 2,0 мл 2 % раствора тримекаина (лидокаина). Зона анестезии включает передние и средние верхние альвеолярные нервы, отходящие от нижнеглазничного нерва.</p> <p>При внеротовом способе инфраорбитальной анестезии иглу вкалывают над подглазничным отверстием до кости и кончиком иглы отыскивают это отверстие, затем вводят в него иглу и продвигают ее по подглазничному каналу на глубину от 0,8 до 1,0 см, куда и выпускают медленно 1,5-2,0 мл 1-2 % раствора анестетика.</p> <p>Направление шприца и иглы</p>
--	--	---

		<p>аналогично предыдущему описанию.</p> <p>Осложнения</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нарушение естественного цикла кровообращения на участке под глазной впадиной; • Отек тканей нижнего века; • Возникновение эффекта диплопии – раздвоения зрительного восприятия; • Посттравматический неврит, а также блокаду мускулатуры глазного яблока.
<p>Проводниковое обезболивание у большого небного отверстия, топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.</p>	<p>ИДопК-6.-6.2.</p>	<p>Показания к применению</p> <ul style="list-style-type: none"> – лечения воспалительных процессов в области жевательных зубов верхней челюсти (периостит); – удаления проблемных единиц в районе обезболивания; – одновременной множественной экстракции разрушенных зубов; – вживления имплантата; – лоскутных операций в ротовой полости; – хирургического вмешательства в костную ткань; – удаления кисты из области корневой верхушки, других новообразований.

		<p>Нёбная анестезия вводится двумя методами:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Через полость рта. Инъекцию ставят, обеспечив максимальный доступ к точке ввода. Для этого пациент запрокидывает голову и открывает рот на максимально возможную ширину. <p>Иглу предварительно смазывают раствором дикаина для снижения болезненных ощущений при продвижении к кости.</p> <ol style="list-style-type: none">2. Через носовую перегородку. Метод используется, если ввод анестетика через полость рта невозможен либо малорезультативен. <p>Обезболивающий препарат вводят с обеих сторон от носовой перегородки у основания. Для заморозки носонёбного нерва иглу также смазывают 1–2%-ным раствором дикаина.</p> <p>К часто встречающимся побочным эффектам относятся следующие:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Парез (паралич) мягких тканей нёба.2. Травма мелких сосудов.3. Побледнение кожных покровов лица (ишемия).
--	--	---

<p>Методика проводникового обезболивания у бугра верхней челюсти. Осложнения и их профилактика.</p>	<p>ИД_{ПК-6}-6.3.</p>	<p>Выполняется при полусомкнутых челюстях больного. Отведите щеку шпателем. Скос иглы должен быть обращен в сторону кости. Сделайте <u>вкол иглы</u> в переходную складку на уровне второго моляра позади скулоальвеолярного гребня. Продвиньте иглу вверх, кзади, кнутри на глубину до 15 мм. По ходу продвижения вводите МА.</p> <p>Осложнения</p> <ul style="list-style-type: none"> • повреждение нерва, которое повлечет за собой неврологические проблемы, нарушение мимики и прочее; • инфицирование; • аллергия;
<p>Проводниковое обезболивание у овального отверстия по Вайсблату, топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.</p>	<p>ИД_{ПК-2}-2.1.</p>	<p>После обработки кожи лица больного спиртом стерильной линейкой с нанесенными на ней сантиметровыми и миллиметровыми делениями под скуловой дугой измеряют расстояние от основания козелка ушной раковины до наружного края глазницы у нижненаружного ее угла и отмечают середину этого расстояния на коже. На иглу длиной 6 см нанизывают стерильный резиновый кружок диаметром около 5 мм и иглу</p>

		<p>надевают на 10 - граммовый шприц. В отмеченной точке производят вкол иглы и, предпосылая раствор новокаина, продвигают ее перпендикулярно поверхности кожи до упора в наружную пластинку крыловидного отростка. Отметив глубину погружения иглы резиновым кружочком (сдвинув кружок до кожи), ее выводят примерно на половину отмеченного расстояния. Для анестезии второй ветви тройничного нерва (верхнечелюстной нерв) иглу направляют кпереди под углом 20-25°, не изменяя ее положения в горизонтальной плоскости (при анестезии у круглого отверстия). Продвинув на глубину, которая была отмечена резиновым кружком, достигают входа в крылонебную ямку, где выпускают 8-10 мл 2% раствора новокаина.</p>
<p>Общие осложнения при местном обезболивании. Патогенез, клиника, лечение, предупреждение.</p>	<p>ИДпк-2.-2.2.</p>	<p>1. Кровотечение 1. Обморок 2. Гематома 2. Коллапс 3. Ишемия 3. Анафилактический шок 4. Некроз тканей 5. Травматическая контрактура (сведение челюстей) 6. Постинъекционный абсцесс или флегмона</p>

		7. Неврит 8. Перелом инъекционной иглы
	ИДПК-2.-2.3.	
Способ раздельной анестезии второй и третьей ветвей тройничного нерва.	ИДПК-5.-5.1.	Для раздельной анестезии второй или третьей ветвей тройничного нерва наиболее целесообразно использовать подскуловой способ. При этом способе иглу вводят непосредственно под нижним краем скуловой дуга и продвигают через вырезку ветви нижней челюсти по направлению к основанию наружной платинки крыловидного отростка. Впереди от крыловидного отростка расположена крылонебная ямка, в которой проходит ствол верхнечелюстного нерва, а позади от крыловидного отростка находится овальное отверстие, через которое выходит из полости черепа нижнечелюстной нерв. Для того чтобы заблокировать вторую ветвь тройничного нерва (верхнечелюстной нерв), иглу, через которую вводят анестезирующий раствор, нужно провести впереди от крыловидного отростка к входу в крылонебную ямку, а для анестезии третьей ветви (нижнечелюстной нерв) - позади крыловидного отростка к

		<p>овальному отверстию. Ориентиром для правильного направления иглы при этом способе является наружная пластинка крыловидного отростка. Ее проекция на кожу находится на середине расстояния от основания козелка ушной раковины до нижненааружного угла глазницы (Вайсблат).</p>
<p>Проводниковая анестезия у подбородочного отверстия - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.</p>	<p>ИД_{ОПК-5}-5.2.</p>	<p>Через ротовую полость:</p> <ul style="list-style-type: none"> – щеку пациента отодвигают в сторону при закрытой полости рта; – находят точку, расположенную выше двух мм от промежуточной складки, на срединном уровне коронки 1-го нижнечелюстного моляра, сдвигаются вниз на 10 мм, вперед и к центру, определяя местонахождение подбородочного отверстия; – забирают шприцем анестезирующий препарат – 0,5 мл; – с помощью иглы нащупывают вход в подбородочный канал. При верно выбранном направлении врач ощущает пустоту, провал; – продвигают иглу по каналу на 3 мм, проводят аспирационную пробу, вводят обезболивающее средство. <p>Спустя 5 минут чувствительность</p>

		<p>в области стоматологических мероприятий теряется.</p> <p>При проведении процедуры возможны побочные явления:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Травматизация сосудов, появление гематомы, попадание на сосудистые ответвления анестезирующего средства. Событие происходит редко, поскольку в данной области отсутствуют крупные кровеносные сосуды, диаметр которых превышает диаметр иглы. 2. Кратковременные мышечные парезы, параличи в области ввода инъекции. Побочный эффект проявляется при попадании препарата на отросток лицевого нерва либо на мышцу. Онемения подбородка, нижней губы проходят с выводом анестетика из организма.
<p>Проводниковое обезболивание на нижнечелюстном возвышении по Вейсбрену, топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.</p>	<p>ИДопК-5.-5.3.</p>	<p>При проведении анестезии рот больного должен быть открыт максимально широко. Вкол иглы производят перпендикулярно слизистой оболочке щеки, направляя шприц с противоположной стороны, где</p>

		<p>он располагается на уровне больших коренных зубов. Местом вкола является точка, образованная пересечением горизонтальной линии, проведенной на 0,5 см ниже жевательной поверхности верхнего третьего большого коренного зуба и бороздки, образованной латеральным скатом крыловидно-нижнечелюстной складки и щекой (рис. 1,б). Иглу продвигают до кости (на глубину от 0,25 до 2 см). Вводят 1,5-2 мл анестетика, блокируя нижний луночковый и щечный нервы. Выведя иглу на несколько миллиметров в обратном направлении, инъецируют 0,5-1 мл анестетика для исключения язычного нерва. Анестезия наступает через 5 мин.</p>
<p>Проводниковая анестезия у нижнечелюстного отверстия (мандибулярная) - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их профилактика.</p>	<p>ИДопК-6.-6.1.</p>	<p>1. Топография нижнечелюстного нерва. Нижнечелюстной нерв – 3-я ветвь тройничного нерва. Выходит из черепа через овальное отверстие и попадает в подвисочную ямку, где разделяется на следующие ветви:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ветвь мозговой оболочки • жевательный нерв – двигательный, иннервирует жевательную

		<p>мышцу</p> <ul style="list-style-type: none"> • глубокие височные нервы – двигательные, иннервируют жевательную мышцу с внутренней стороны • боковой крыловидный нерв – двигательный, иннервирует латеральную крыловидную мышцу • медиальный крыловидный нерв – двигательный, иннервирует медиальную крыловидную мышцу, отдает ветви к барабанной струне и небной занавеске • щечный нерв – чувствительный, проходит между двумя головками латеральной крыловидной мышцы, идет по внутренней поверхности височной мышцы и разветвляется по наружной поверхности щечной мышцы до угла рта, отдает ветви, иннервирующие слизистую оболочку щеки и десны от 2-го моляра до 2-го премоляра • ушно-височный нерв – чувствительный – отдает ветви – к суставу, к околоушной СЖ, к
--	--	--

		<p>наружному слуховому проходу, к коже переднего отдела ушной раковины.</p> <ul style="list-style-type: none">• Язычный нерв – чувствительный <p>Костные ориентиры пальпируют указательным пальцем левой руки, если анестезию проводят справа, или большим пальцем, если анестезию проводят слева. При широко открытом рте пациента ощупывают передний край ветви нижней челюсти на уровне дистального края коронки третьего большого коренного зуба (при его отсутствии - за вторым большим коренным зубом), затем, переместив палец несколько кнутри, определяют височный гребешок и его проекцию переносят мысленно на слизистую оболочку. Палец фиксируют в ретромоллярной ямке. Шприц располагают на уровне малых коренных зубов противоположной стороны, вокруг иглы производят кнутри от височного гребешка и на 8- 10 мм выше жевательной поверхности третьего большого коренного зуба, продвигают иглу кнаружи и кзади на 5-8 мм, где она достигает кости. Выпустив небольшое количество анестетика, блокируют язычный нерв, продвинув иглу дальше на 2 см, доходят до костного желобка, где расположен нижний альвеолярный нерв пред вхождением его в канал и вводят основную часть анестетика.</p>
--	--	---

		<p>Основные недостатки этого способа:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие хорошо определяемых ориентиров глубины погружения иглы, в результате чего возможны отклонения иглы, кроме того проведение анестезии сложно провести у детей и тучных людей, • Неизбежно травмируется медиальная крыловидная мышца, покрывающей внутреннюю поверхность ветви нижней челюсти, в результате этого развивается ограничение подвижности нижней челюсти вплоть до сведения челюстей
<p>Анестезия по Берше-Дубову-Уварову. Показания к применению. Методика проведения, возможные осложнения и их профилактика.</p>	<p>ИДопК-6.-6.2.</p>	<p>Располагают иглу перпендикулярно коже боковой поверхности лица. Вкол иглы производят непосредственно под нижним краем скуловой дуги, отступив на 2 см впереди от основания козелка уха. Вкол иглы производится перпендикулярно коже. Иглу продвигают на 3-3,5 см внутрь, предпуская анестетик. Анестетик попадает на внутреннюю поверхность медиальной крыловидной мышцы и опускается вниз,</p>

		<p>одновременно с расслаблением жевательных мышц блокирует нижние альвеолярные и язычные нервы. Вводят 3-5 мл анестетика.</p> <p>Показания:1, Воспалительная контрактура до 10 дней после возникновения.</p> <p>2. Невозможность выполнения внутриротовой мандибулярной анестезии.</p> <p>Зона обезболивания при мандибулярной анестезии. Все зубы нижней челюсти соответствующей половины, костная ткань альвеолярной части и частично — нижней челюсти, слизистая оболочка альвеолярного отростка с оральной и вестибулярной стороны, слизистая подъязычной области и передних 2/3 языка, кожа и слизистая нижней губы, кожа подбородка на стороне анестезии. Обезболивание наступает через 7-15 мин. Продолжительность зависит от выбранного анестетика.</p>
<p>Основные и вспомогательные инструменты для операции удаления зубов на верхней челюсти.</p>	<p>ИДопК-6.-6.3.</p>	<p>Для удаления зубов на верхней челюсти необходимо иметь следующий набор инструментов: серповидная гладилка, шпатель, стоматологический пинцет, щипцы для удаления зубов,</p>

		<p>элеваторы, остеотомные долота, молоток, физиодиспенсер или бормашина с набором боров и фрез, кюретажная ложка.</p>
<p>Методика и биомеханика удаления корней передней группы зубов на верхней челюсти, применяемые инструменты. Возможные осложнения.</p>	<p>ИДпк-2.-2.1.</p>	<p>Удаление верхних резцов. Пациент находится в кресле в полулежащем положении с несколько запрокинутой головой. Кресло следует приподнять настолько, чтобы верхняя челюсть находилась на уровне плечевого сустава врача. Для удаления корней на верхней челюсти пользуются щипцами, сконструированными также, как и для удаления зубов, имеющих коронки, но с более тонкими и узкими щечками, при смыкании соприкасаются своими щечками. Наиболее распространенными и часто применяемыми при удалении верхних корней зубов являются корневые (штыковидные, байонетные, универсальные) щипцы. Ими можно удалять, как уже было сказано раньше, и зубы верхней челюсти и корни и зубы на нижней челюсти.</p>
<p>Методика и биомеханика удаления передней группы зубов на нижней челюсти. Возможные осложнения.</p>	<p>ИДпк-2.-2.2.</p>	<p>Пациента, как и вообще при удалении всех нижних зубов, усаживают в кресло таким образом, чтобы нижняя челюсть его находилась на уровне локтевого сустава опущенной</p>

		<p>руки врача. При невозможности опустить кресло откидывают спинку назад и больной полулежит в нем. Голове больного придают вертикальное положение.</p> <p><u>Удаление _____ резцов.</u> Врач становится спереди от пациента, с правой стороны кресла. Ладонью левой руки охватывает снизу подбородочную часть нижней челюсти, большой же палец этой руки помещают на переднюю поверхность альвеолярного отростка в области резцов, отодвигая в то же время нижнюю губу, а II палец, т.е. указательный прижимает альвеолу с язычной стороны.</p> <p>При продвижении щипцов большим пальцем левой руки надавливают на них в области замка. Это облегчает последующие моменты удаления нижних зубов. Одна щечка находится с губной, другая – с язычной стороны.</p> <p>Вывихивание зуба производят в губную сторону, а затем в язычную. В связи со сплюснутостью корня с боков допустимы незначительные ротационные движения; этому мешают наличие соседних зубов.</p>
--	--	--

<p>Методика и биомеханика удаления нижних премоляров. Возможные осложнения.</p>	<p>ИДПК-2.-2.3.</p>	<p>Положение врача при удалении нижних премоляров: спереди от больного – при удалении левых зубов, справа и несколько позади – при удалении правых. При удалении правых премоляров обхватывают левой рукой голову больного, I и II пальцы врач вводит в полость рта и захватывает ими с двух сторон альвеолярный отросток, одновременно II пальцем оттягивают угол рта, I пальцем – язык. Остальными пальцами поддерживают нижнюю челюсть за подбородок.</p> <p>При удалении левых премоляров врач поворачивает голову больного вправо, II пальцем левой руки отодвигает щеку, а III пальцем – язык, I пальцем поддерживает нижнюю челюсть за подбородок, II и III пальцами фиксируют альвеолярный отросток в области премоляров соответственно с щечной и язычной сторон.</p> <p>Наличие относительно толстых стенок альвеолы препятствует глубокому продвижению щечек щипцов. Обычно удаление этих зубов представляет некоторые затруднения, особенно при недостаточно крепкой коронке, а также при искривлении корней</p>
---	---------------------	--

		<p>или наличии гиперцементоза.</p> <p>Вывихивание зуба производят движениями в щечную и язычную сторону, осторожно увеличивая размахи, можно комбинировать с ротационными движениями.</p>
<p>Удаление третьего моляра на нижней челюсти. Методика и биомеханика удаления при полном и частичном прорезывании.</p>	<p>ИДопк-5.-5.1.</p>	<p>Язычная стенка лунки зуба мудрости значительно тоньше, чем щечная (наружная). Это нужно помнить при вывихивании зуба, сначала в язычную, а потом в наружную сторону. Положение врача и больного при удалении зуба мудрости такое же, как и при удалении первого и второго моляров. Удаление зуба мудрости представляет значительные трудности.</p> <p>Все удаленные нижние зубы выводят из лунки вверх и наружу. если зуб мудрости невозможно удалить щипцами, то их удаляют с помощью элеваторов.</p>
<p>Методика и биомеханика удаления зубов штыковидным элеватором.</p>	<p>ИДопк-5.-5.2.</p>	<p>Штыковидный элеватор предназначен для удаления третьего нижнего большого коренного зуба при устойчивых первом и втором зубах. При отсутствии третьего большого коренного зуба им можно удалить второй большой коренной зуб нижней челюсти, если соседние с ним зубы достаточно устойчивы.</p>

		<p>Но к этому прибегают очень редко. При удалении зуба этим элеватором положение больного и врача и его левой руки такое же, как при удалении нижних больших коренных зубов щипцами. Кистью левой руки удерживают нижнюю челюсть за подбородок, а I палец этой руки помещают на жевательную поверхность удаляемого и соседних зубов. Это позволяет контролировать прилагаемое врачом усилие, удерживать опорный зуб от смещения и защитить от повреждения слизистую оболочку и органы полости рта при случайном соскальзывании инструмента. Элеватор держат за ручку правой рукой; II палец помещают на соединительный стержень вблизи его изгиба. Заостренный конец щечки элеватора вводят в межзубной промежуток между вторым и третьим большими коренными зубами так, чтобы ее плоская часть была обращена в сторону удаляемого зуба, а закругленная - к опорному зубу. Вращая элеватор вдоль продольной оси, постепенно продвигают щечку в глубь межзубного промежутка. Во время вращения верхний край</p>
--	--	--

		щечки упирается в соседний зуб, нижний — в удаляемый, смещая его вверх и кзади.
Обработка раны после операции удаления зуба. Заживление операционной раны, пути оптимизации репаративного остеогенеза.	ИДопк-5.-5.3.	<p>К третьим суткам после удаления начинается процесс заживления (эпителизации), который завершается рассасыванием кровяного сгустка примерно к 9 дню. Со стороны стенок лунки формируется остеоидная (костная) ткань.</p> <p>К 21 дню после удаления эпителизация над лункой полностью завершается. К концу первого месяца структура вновь образованной кости напоминает структуру края челюсти. К концу второго месяца заживления пространства между костными балками заполняются красным костным мозгом. Полная перестройка в лунке удаленного зуба и окружающей кости завершается к третьему месяцу.</p>
Осложнения во время операции удаления зуба и в послеоперационном периоде - клиника, диагностика, лечение, профилактика.	ИДопк-6.-6.1.	<p><u>Местные осложнения во время операции удаления зуба</u> встречаются чаще, чем общие.</p> <p>Переломы коронки или корня зуба.</p> <p>Этиология: неправильный выбор инструмента для удаления коронки или корня зуба, неправильная техника удаления</p>

		<p>зуба или корня, кариозный дефект зуба, наличие анатомических предпосылок к перелому (сильно изогнутые и тонкие корни при наличии мощных и склерозированных перегородок), зубы, леченные резорцин-формалиновой жидкостью.</p> <p>Лечение: зуб или корень должны быть удалены любыми известными способами.</p> <p>Перелом зуба-антагониста.</p> <p>Этиология – быстрое извлечение удаляемого зуба и направление щипцов вверх или вниз, недостаточное смыкание щечек щипцов и соскальзывание щипцов во время удаления зуба.</p> <p>Лечение: в зависимости от травмы зуба – проводят пломбирование зуба-антагониста, наложение вкладки, покрытие коронкой, удаление остатков корня.</p> <p>Вывих или удаление соседнего зуба.</p> <p>Этиология: это осложнение происходит в тех случаях, когда врач, пользуясь элеватором, опирается на соседний зуб.</p> <p>Удаление соседнего здорового зуба возникает также в результате соскальзывания щечек зубов с причинного зуба на соседний, в</p>
--	--	--

		<p>результате гиперцементоза. Такое осложнение возникает, если ширина щечек шире, чем сам удаляемый зуб.</p> <p>Лечение: проводят трепанирование зубов и реплантацию.</p> <p>Перелом альвеолярного отростка. Этиология: глубоко продвигают щипцы и при значительном применении силы происходит или частичный, или полный перелом альвеолярного отростка.</p> <p>Клиника: отмечается кровотечение и подвижность альвеолярного отростка вместе с зубами.</p> <p>При частичном переломе удаляют отломок, сглаживают острые края и накладывают швы. При полном переломе – накладывают гладкую шину-скобу, т.е. шинируют.</p> <p>Отлом бугра верхней челюсти. Этиология: при глубоком продвижении щипцов или элеватора, при чрезмерно грубом и энергичном удалении зуба мудрости.</p> <p>Клиника: при разрыве слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, при повреждении сосудистых анастомозов в области бугра происходит значительное кровотечение, боли, подвижность альвеолярного</p>
--	--	--

		<p>отростка вместе с двумя последними молярами.</p> <p>Лечение: останавливают кровотечение тугой тампонадой и оно останавливается через 15-30 минут, потом удаляют бугор верхней челюсти с зубом мудрости или с двумя последними молярами и накладывают швы, противовоспалительная терапия.</p> <p>Перелом тела нижней челюсти – редкое осложнение, но встречается.</p> <p>Этиология: грубое, травматичное удаление зуба мудрости, реже второго моляра.</p> <p>Предрасполагающие факторы – наличие в области угла нижней челюсти патологического процесса (воспалительный процесс, доброкачественное или злокачественное новообразования, одонтогенные кисты, атрофия костной ткани у пожилых людей).</p> <p>Клиника: подвижность отломков челюсти, кровотечение, боли, нарушение прикуса.</p> <p>Лечение: шинирование.</p>
<p>Перфорация дна верхнечелюстной пазухи во время операции удаления зуба - возможные причины, диагностика, профилактика.</p>	<p>ИДопк-6.-6.2.</p>	<p>Причины возникновения перфорации гайморовой пазухи</p> <p>1. Анатомо-топографическое соотношение дна гайморовой</p>

Принципы планирования лечебной тактики.

пазух с

корнями зубов.

2. Травматическое удаление зуба.

3. Длительный воспалительный процесс в области верхушки корня, ведущий к разрушению дна пазухи.

Причины возникновения свища гайморовой пазухи:

1. Несвоевременное диагностирование перфорации.

2. Наличие воспалительного процесса в пазухе во время образования перфорации.

Клиника и диагностика перфорации гайморовой пазухи.

При перфорации гайморовой пазухи больные обычно предъявляют жалобы на попадание жидкости в полость носа. Для диагностики используется носо-рот и рот-нос пробы. При проведении нос-рот пробы больного просят выдохнуть через закрытый нос. При этом из лунки удаленного зуба появляется пенная кровь. При проведении рот-нос пробы больного просят надуть щеки, что не удается, если имеется перфорация дна гайморовой пазухи. При возникновении перфорации возможно появление крови из соответствующей половины носа.

		<p>При перфорации во время осмотра полости рта обнаруживается, что лунка не заполнена кровяным сгустком. Если имеется свищ, по проекции 95 лунки обнаруживается точечное отверстие; во время зондирования зонд легко проникает в пазуху.</p> <p>При наличии свища обычно развивается хронический гайморит, что проявляется соответствующей клиникой.</p> <p>Тактика врача-стоматолога при обнаружении перфорации дна пазухи</p> <p>Зависит от следующих условий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. От сроков образования перфорации 2. Наличия или отсутствия инородного тела в пазухе. 3. От наличия или отсутствия воспалительного процесса в гайморовой пазухе.
<p>Кровотечение после операции удаления зуба: виды, способы остановки. Патогенез, диагностика, профилактика.</p>	<p>ИД_{ОПК-6}-6.3.</p>	<p>Кровотечение из поврежденной слизистой оболочки чаще всего бывает артериальным, кровь вытекает пульсирующей струей. Такое кровотечение останавливают наложением швов на рану и сближением ее краев, перевязкой сосуда или прошиванием тканей.</p>

		<p>Кровотечение из стенок лунки, межкорневой или межальвеолярной перегородки останавливают, сдавливая кровоточащий участок кости штыковидными или крампонными щипцами.</p> <p>Для остановки кровотечения из глубины лунки производят ее тампонаду различными средствами. Простым и наиболее доступным методом является тугая тампонада йодоформной турундой.</p> <p>Для сближения краев раны и удерживания турунды в лунке поверх нее, отступя от края десны на 0,5—0,75 см, накладывают швы. Сверху на лунку помещают сложенную марлевую салфетку или несколько тампонов и просят больного сжать зубы. Через 20—30 мин марлевую салфетку или тампоны убирают и при отсутствии кровотечения отпускают больного.</p>
<p>Ретенция и дистопия зубов - клиника, диагностика, лечение.</p>	<p>ИДпк-2.-2.1.</p>	<p>Неправильное положение зуба (дистопированный зуб).</p> <p>Смещение зуба в зубном ряду или расположение его вне зубного ряда преимущественно происходит в результате нарушения последовательности и сроков прорезывания зубов.</p> <p>Чаще всего наблюдается</p>

		<p>смещение нижнего зуба мудрости, реже – верхнего зуба мудрости, верхнего клыка, верхних и нижних премоляров, нижних резцов.</p> <p>Зуб может смещаться в сторону преддверия или собственно полости рта, медиально или дистально от средней линии. Может быть, повернут вокруг продольной оси, расположен ниже или выше других зубов.</p> <p>Смещение зуба нередко происходит одновременно в двух–трех направлениях по отношению к зубному ряду. Иногда дистопированными оказываются 2–3 зуба и более.</p> <p>Неправильно прорезавшийся зуб может вызвать изменение положения других зубов, что влечет за собой изменение прикуса. Возникают функциональные и эстетические нарушения. Смещение зуба в сторону преддверия или собственно полости рта ведет к травме слизистой оболочки губы, щеки, языка и образования эрозий и декубитальных язв.</p> <p>Диагноз. Ставится на основании клинического исследования. При осмотре зубного ряда имеется зуб, выступающий из зубного ряда или расположенный</p>
--	--	---

		<p>неправильно по отношению к другим зубам.</p> <p>Лечение. Обычно в период смены зубов все виды смещения легко устраняются и, как правило, до 14-15 лет лечение смещения проводится различными ортодонтическими методами. Эти методы применяют и в возрасте после 15 лет. Однако в таких случаях успех ортодонтического лечения непостоянен. Когда ортодонтическое лечение не дает результата или не показано, зуб удаляют. Устранение травмы слизистой оболочки иногда возможно сошлифовыванием бугров или режущей поверхности зуба.</p>
<p>Техника удаления ретенированных клыков и премоляров на верхней и нижней челюстях.</p>	<p>ИДПК-2.-2.2.</p>	<p>Операция удаления ретенированного зуба состоит из следующих этапов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. разрез и отсепаровка слизисто-надкостничного лоскута; 2. удаление кости для обнажения зуба; 3. люксация; 4. ревизия лунки и наложение швов.
<p>Реплантация зуба - показания, противопоказания, методика.</p>	<p>ИДПК-2.-2.3.</p>	<p>Под реплантацией понимается возвращение удаленного зуба в его же альвеолу.</p>

		<p>Показания</p> <ol style="list-style-type: none">1) Хронический гранулирующий и гранулематозный периодонтит многокорневых зубов, когда не может быть применена ни консервативная терапия, ни операция резекции верхушки корня.2) Осложнения, возникающие во время консервативного лечения хронического периодонтита многокорневых зубов (перфорация корня, перелом в канале корня пульпэкстрактора, корневой иглы).3) Травма, сопровождающаяся вывихом зуба или случайно удаленный зуб.4) Острый одонтогенный периостит челюсти, обострение хронического периодонтита, не подлежащего консервативному лечению (в этих случаях проводят отсроченную реплантацию зуба). <p>Противопоказания</p> <p>Зуб с плохо сохранившейся коронкой и значительно расходящимися или искривленными корнями.</p> <p>Методика операции</p> <p>Под проводниковой анестезией осторожно удаляют зуб с минимальной травмой мягких и твердых тканей в области</p>
--	--	--

		<p>альвеолы. Удаленный зуб погружают в теплый (37 С) изотонический раствор хлорида натрия с добавлением антибиотиков. Альвеолу удаленного зуба осторожно сострой кюре-тажной ложкой очищают от грануляций и промывают из шприца изотоническим раствором хлорида натрия с антибиотиками или фурациллином и прикрывают стерильным марлевым тампоном. Затем производят обработку зуба, которая заключается в механической и химической очистке корневых каналов и пломбировании коронки и корней. Во время обработки зуб держат в стерильной марле, пропитанной физиологическим раствором с антибиотиками. Каналы пломбируют цементом, после чего верхушки корней резецируют (область верхушки богата дельтовидными разветвлениями канала с некротическим содержимым). Зуб, подготовленный к реплантации, вводят в альвеолу после извлечения из нее кровяного сгустка и орошения раствором антибиотиков. При обострении хронического периодонтита и остром</p>
--	--	---

		<p>периостите челюстей .возможна отсроченная реплантация. Операция является двухэтап-ной. Первый этап состоит в удалении зуба и сохранении его в растворе антибиотиков при температуре 40°С. Второй этап осуществляют через "14 дней после исчезновения признаков острого воспаления. Зуб обрабатывают и реплантируют по обычной методике.</p>
<p>Острый одонтогенный периостит челюстей: этиология, патогенез, клиника, лечение</p>	<p>ИДопк-5.-5.1.</p>	<p>Этиология. Пульпит – воспаление пульпы. Механизм возникновения флюса: при отсутствии своевременного лечения пульпита инфекция из пульпы корневых каналов через апикальное отверстие на верхушке зубного корня переходит на периодонт (ткань между корнем зуба и альвеолярной лункой). Это провоцирует развитие периодонтита (воспаление периодонта). Затем инфекция достигает периоста, что и вызывает периостит. Корневая киста – полостное образование на верхушке корня зуба. Пародонтит – воспалительное заболевание пародонта, т. е. комплекса тканей, удерживающих зуб в альвеоле: периодонта, кости альвеолы,</p>

		<p>периоста, десны. Патологии прорезывания зуба мудрости. Альвеолит – воспаление лунки недавно удаленного зуба.</p> <p>Симптомы</p> <ul style="list-style-type: none">• Признаки, характерные для воспалительных процессов: головная боль, повышение температуры, слабость, нарушение сна и аппетита.• Боль в области зуба, которая распространяется на всю челюсть, может отдавать в висок, ухо, шею, глаз. Сначала боль очень сильная, резкая, почти нестерпимая. Постепенно она стихает и приобретает ноющий характер.• Отек мягких тканей. Сначала отек локализуется в области больного зуба. Потом он уменьшается, но распространяется на соседние зубы. Цвет кожных покровов в области отека не изменяется, кожа выглядит гладкой, натянутой.• Лимфоузлы увеличиваются в размерах, становятся болезненными.
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Пациенты жалуются на отек десен, щеки. На поверхности слизистой оболочки виден толстый слой налета. <p>Лечение</p> <p>Во время операции хирург рассекает слизистую и надкостницу на всю глубину. Чтобы после операции рана не затягивалась и это не мешало оттоку экссудата, используется дренаж. Обычно его устанавливают на 1-2 дня.</p> <p>При лечении одонтогенного периостита верхней челюсти, иссекают стенки абсцесса. Установка дренажа в этом случае не требуется, так как иссечение небольшого участка мягких тканей позволяет краям раны не слипаться. Дренированию раны ничто не мешает.</p>
<p>Перикоронит: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Лечебная тактика и объем оперативного вмешательства. Возможные осложнения.</p>	<p>ИД_{ОПК-5.-5.2.}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Локализация: Чаще всего заболевание связано с нижними зубами мудрости, хотя верхние также могут быть затронуты. • Причины: Неполное прорезывание зуба, аккумуляция пищевых остатков и бактерий, травмирование десен

		<p>окружающими зубами.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Симптомы: Боль, отёк, нарушение функции жевания, плохой запах изо рта, возможно повышение температуры. • Лечение: Зависит от степени тяжести заболевания и может включать в себя антибиотикотерапию, удаление зуба или хирургическое вмешательство.
<p>Одонтогенный остеомиелит челюстей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение. Возможные осложнения и исходы.</p>	<p>ИДопк-5.-5.3.</p>	<p>Этиология одонтогенного остеомиелита челюстей</p> <p>Наиболее частым источником патогенной микрофлоры при одонто-генных остеомиелитах челюстей являются зубы с гангренозно распавшейся пульпой и инфекционными очагами в периодонте. Из воспаленной, а затем некротизированной пульпы патогенные микробы и их токсины попадают в периодонт, где возникает соответствующая воспалительная реакция, а затем септический материал контактным путем либо по лимфатическим и крове-носным сосудам поступает в костномозговые пространства</p>

		<p>челюсти. Пато-генные микробы и их токсины могут проникать в периодонтальную щель также из корневых каналов некачественно запломбированных зубов.</p> <p>Патогенез</p> <p>В настоящее время выделяют 4 основные теории развития одонтоген-ного остеомиелита челюстей.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инфекционно-эмболическая теория Боброва-Лексера. 2. Инфекционно-аллергическая теория Дерижанова. 3. Нейро-трофическая (рефлекторная) теория Семенченко. 4. Эндокринная теория Соловьева. <p>Классификация Виды</p> <p>По распространённости •</p> <p>ограниченный — захватывает мягкие ткани и связочный аппарат 2–3 зубов;</p> <ul style="list-style-type: none"> • очаговый — поражает альвеолярный отросток и челюсть в области 3–4 зубов; • диффузный — поражается половина или вся челюсть <p>По источнику инфекции •</p> <p>одонтогенный — источником заражения является больной зуб, чаще всего заболевание развивается как осложнение периодонтита;</p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• травматический — возникает при переломах и других повреждениях, в том числе огнестрельных;• гематогенный — инфекция попадает из какого-либо органа с током крови, заболевание развивается при хронических и острых инфекциях, например при скарлатине, дифтерии, хроническом тонзиллите. <p>При первом посещении срочно удаляют запущенный повреждённый зуб. Затем полость рта тщательно промывают антибиотиками. Это необходимо сделать, чтобы убрать из раны микробов и гной.</p> <p>В следующие дни рану обрабатывают дезинфицирующими средствами и вводят инъекции противомикробных препаратов. С их помощью удаётся воздействовать непосредственно на очаг инфекции и не дать ей распространиться. В дополнение к основному лечению применяют питательные составы с витаминами С и группы В.</p> <p>На подострой стадии болезни важно сдержать распространение инфекции и не дать воспалению перейти на окружающие ткани.</p>
--	--	---

<p>Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика. Лечение, исходы, осложнения, реабилитация.</p>	<p>ИД_{ОПК-6}-6.1.</p>	<p>Этиология и патогенез</p> <p>В подавляющем большинстве случаев хронический остеомиелит челюстей является осложнением острого одонтогенного остеомиелита, реже — одонтогенного периостита, нагноения челюстной кисты, гайморита. Прорыв гноя в полость рта, верхнечелюстную пазуху или наружу, а также проведение разрезов приводят к переходу острого остеомиелита в подострый, который постепенно переходит в фазу хронического воспаления. Поэтому четкой грани между острым и хроническим течением остеомиелита не существует. Очевидно, диагностировать у больного подострый остеомиелит можно тогда, когда совсем недавно у него имели место высокая температура тела, интоксикация, соответствующая картина крови и другие показатели, характерные для острого остеомиелита. Процесс постепенного снижения этих качественных показателей укладывается в представление о подостром воспалительном процессе в челюсти.</p> <p>Бактериологическое</p>
--	--------------------------------	---

		<p>исследование гноя и грануляций при хроническом одонтогенном остеомиелите нижней челюсти чаще всего выявляет смешанную микрофлору (стафилококк, стрептококк, обычный протей, спириллы Винцета и др.) с преобладанием стафилококка.</p> <p>Клиника</p> <p>При хроническом остеомиелите больные <i>жалуются</i> на наличие одного или нескольких свищей, периодических обострений, связанных с закрытием свищей. Если с начала заболевания прошло уже 4-6 недель, в анамнезе могут быть указания на отторжение секвестров через свищ, жалобы на асимметрию лица.</p> <p><i>Объективно:</i> наличие свищей с гнойным отделяемым, грануляции в области устья свища, наличие секвестров кости, расшатанность зубов и боль в них. Локализация свищей может быть весьма разнообразной: по переходной складке, на поверхности десны, на лице или шее, вплоть до уровня грудины, могут быть свищи и в зачелюстной области.</p> <p>Лечение проводится только в стационаре под наблюдением врача и может быть</p>
--	--	---

		<p>медикаментозным и хирургическим [9]. По отдельности эти методы мало результативны и даже могут навредить пациенту. Схемы лечения зависят от стадии заболевания.</p> <p>Лечение острого и подострого остеомиелита</p> <p>При первом посещении срочно удаляют запущенный повреждённый зуб. Затем полость рта тщательно промывают антибиотиками. Это необходимо сделать, чтобы убрать из раны микробов и гной.</p> <p>В следующие дни рану обрабатывают дезинфицирующими средствами и вводят инъекции противомикробных препаратов. С их помощью удаётся воздействовать непосредственно на очаг инфекции и не дать ей распространиться. В дополнение к основному лечению применяют питательные составы с витаминами С и группы В.</p>
<p>Флегмона подглазничной области. Топографическая анатомия, пути проникновения инфекции, клиника, осложнения, лечение.</p>	<p>ИДопК-6.-6.2.</p>	<p>Этиология. Чаще причиной является инфицирование от клыка или премоляра верхней челюсти, щечной области, бокового отдела носа.</p> <p>Клиническая картина. Гиперемия</p>

		<p>и инфильтрат области распространяются на верхнюю губу, нижнее веко, боковую поверхность носа. Асимметрия лица, глаз часто закрыт отеком века, кожа гиперемирована, высокая температура тела (до 39—40°C). Резкие боли обусловлены сдавлением ветвей подглазничного нерва.</p> <p>Течение и осложнения. Процесс обычно развивается остро. Возможны осложнения в виде остеомиелита костей верхней челюсти скуловой кости, гайморита, флебита вен лица с последующим тромбозом черепно-мозговых синусов.</p> <p>Лечение: широкий разрез по переходной складке на уровне 3—6 зубов, проникновение тупым путем к гнойному очагу, его вскрытие и дренирование. Более быстрому опорожнению очага способствует применение сорбционных методов (левомеколь, сорбенты и др.). Общее лечение по показанию.</p>
<p>Флегмона скуловой области - топографическая анатомия, пути проникновения инфекции, клиника, лечение, возможные осложнения.</p>	<p>ИДопК-6.-6.3.</p>	<p>Основные источники и пути проникновения инфекции Очаги одонтогенной инфекции в области 16 15 14 24 25 26 зубов, инфекционно-воспалительные поражения кожи,</p>

		<p>инфицированные раны скуловой области. Вторичное поражение в результате распространения инфекционно-воспалительного процесса из соседних областей: подглазничной, щечной, околоушно-жевательной, височной областей.</p> <p>Характерные местные признаки абсцесса, флегмоны скуловой области</p> <p>Жалобы на боль в скуловой области. Объективно. Асимметрия лица за счет инфильтрации тканей. Кожа над инфильтратом напряжена, гиперемирована, пальпация вызывает боль. Может определяться флюктуация, а при распространении воспалительного процесса на m. masseter в месте прикрепления ее к скуловой кости — ограничение открывания рта.</p> <p>Пути дальнейшего распространения инфекции</p> <p>Подглазничная, щечная, околоушно-жевательная, височная области, глазница.</p> <p>Методика операции вскрытия абсцесса, флегмоны скуловой области</p> <p>Выбор оперативного доступа определяется локализацией инфекционно-воспалительного</p>
--	--	--

		<p>процесса, при поднадкостничном абсцессе скуловой области вскрытие гнойного очага осуществляют вугриротомическим доступом, при флегмоне подкожно-жировой клетчатки используют оперативный доступ со стороны кожных покровов.</p>
<p>Флегмона поджевательного пространства. Топографическая анатомия, пути проникновения инфекции, клиника, осложнения, лечение.</p>	<p>ИДПК-2.-2.1.</p>	<p>Основные источники и пути инфицирования очаги одонтогенной инфекции в пародонте 818 зубов. Распространение инфекции из щечной, подчелюстной областей, околоушной слюнной железы, а также лимфогенный путь распространения инфекции.</p> <p>Клиническая картина Имеется припухлость в области угла нижней челюсти. Больные жалуются на сильные боли и резко выраженное сведение челюстей за счет контрактуры жевательной мышцы. Напряжения и гиперемия кожных покровов не выражены. При осмотре со стороны полости рта обнаруживается отечная, гиперемированная-слизистая оболочка заднего отдела щеки.</p> <p>Возможные осложнения Наиболее вероятные пути дальнейшего распространения инфекции — околоушно-</p>

		<p>жевательная, щечная, позадичелюстная, подвисочная области.</p> <p>Оперативный доступ</p> <p>Производят окаймляющий дугообразный разрез кожи, начиная от заднего края ветви нижней челюсти на 2-3 см выше угла и спускаясь вниз по краю челюсти. Длина разреза около 5-7 см. Отсекают частично жевательную мышцу в области прикрепления, отслаивают эту мышцу тупым путем до обнаружения гнойника.</p>
<p>Флегмона височной области - пути проникновения инфекции, топографическая анатомия, клиника, осложнения, лечение.</p>	<p>ИДПК-2.-2.2.</p>	<p>Клетчаточное пространство височной области сообщается с подвисочной и крылонёбной ямками, жировым комком Биша, глубоким отделом околоушно-жевательной области. Основным источником инфицирования является распространение гнойного процесса из соседних клетчаточных пространств.</p> <p>Клиника. Общее состояние больных обычно средней тяжести или тяжелое. При расположении гнойного очага между апоневрозом и височной мышцей или под височной мышцей у них наблюдается значительная интоксикация, высокая температура тела,</p>

		<p>воспалительная контрактура челюстей, а при вовлечении в воспалительный процесс только подкожной жировой клетчатки</p> <p>клиническая симптоматика заболевания менее выражена, несмотря на обширный отек мягких тканей. Если гнойный процесс локализуется во втором слое, то инфильтрат может иметь вид "песочных часов". Пальпация инфильтрата вызывает боль, нередко определяется флюктуация.</p> <p>Лечение. При локализации абсцессов и флегмон в височной области разрез кожи проводят по месту прикрепления височной мышцы с контрапертурой в скуловой области или параллельно ходу волокон височной мышцы с таким расчетом, чтобы разрез проходил через центр инфильтрата. Можно делать два, а иногда и три радиальных разреза. При распространении воспалительного процесса из подвисочной ямы необходимо проводить контрапертуру в верхнем отделе преддверия полости рта. Дренирование осуществляют эластичной перфорированной трубкой, которую вводят в рану височной</p>
--	--	---

		<p>области и выводят в преддверие полости рта, а также через разрез в скуловой области. Гнойный очаг промывают путем активного введения антисептического раствора.</p>
<p>Флегмона крыловидно-челюстного пространства - топографическая анатомия, пути проникновения инфекции, клиника, диагностика, лечение.</p>	<p>ИДПК-2.-2.3.</p>	<p>Основные источники и пути проникновения инфекции Очаги одонтогенной инфекции в области нижних третьих моляров, в частности, при затрудненном прорезывании этих зубов, осложненном развитии перикоронарита, а также инфицирование во время выполнения проводниковой мандибулярной, торусальной анестезии (по М.М. Вейсбрему). Характерные местные признаки абсцессов и флегмон крыловидно-челюстного пространства Жалобы на боль в горле, усиливающуюся при открывании рта, жевании, глотании; ограничение открывания рта. Объективно. Лицо симметричное, кожные покровы обычной окраски. Открывание рта резко ограничено из-за воспалительной контрактуры внутренней крыловидной мышцы, может наблюдаться уменьшение амплитуды бокового</p>

		<p>перемещения нижней челюсти в «здоровую» сторону. Слизистая оболочка в области крыловидно-челюстной складки (plica pterygomandibularis) отечна, гиперемирована. Пальпация этой зоны вызывает боль.</p> <p>Пути дальнейшего распространения инфекции</p> <p>Окологлоточное, позадичелюстное пространства, щечная, поднижнечелюстная области, подвисочная и височная ямки (рис. 67).</p> <p>Методика операции вскрытия абсцесса крыловидно-челюстного пространства внутриротовым доступом</p> <p>При абсцессе крыловидно-челюстного пространства, нередко возникающего после проводниковой анестезии нижнего луночкового нерва вследствие нагноения гематомы, вскрытие гнойно-воспалительного очага обычно осуществляют внутриротовым доступом.</p>
<p>Абсцесс и флегмона языка. Пути проникновения инфекции, клиника, диагностика, лечение.</p>	<p>ИДПК-2.-2.4.</p>	<p>Гнойный процесс языка может возникать как в собственных мышцах подвижной части языка, так и в клетчаточных пространствах его корня. Абсцессы подвижной части языка</p>

		<p>чаще возникают в результате инфицирования ран, а также при внедрении в язык инородных тел пищевого характера, чаще всего рыбных косточек.</p> <p>Больной жалуется на резкую боль при глотании и движении языком. При пальпации языка определяется болезненный инфильтрат, который располагается чаще на боковой поверхности, не переходя на другую половину языка. Флюктуация обычно не определяется из-за локализации гнойного очага в мышцах слоев.</p> <p>Вскрытие абсцессов подвижной части языка проводится продольными разрезами по боковой поверхности или по месту наибольшего выпячивания.</p> <p>Границами корня языка являются: сверху - собственные мышцы языка: снизу - челюстно – подъязычная мышца, снаружи – подбородочно – язычная и подъязычно – язычная. На глоточной поверхности корня языка располагается язычная миндалина, которая входит в состав лимфоидного кольца глотки Пирогова –Вальдейра (небные миндалины, трубные, глоточные и язычные миндалины).</p>
--	--	---

		<p>Основным источником инфицирования могут быть инфицированные раны языка. Гнойно-воспалительный процесс, развивающийся в области корня языка, может распространяться с язычной миндалины, из подъязычного, подбородочного и поднижнечелюстного клетчаточного пространств. Реже источником инфицирования являются очаги одонтогенной инфекции, находящиеся в области больших коренных зубов нижней челюсти. Не следует забывать о нагноении врожденных кист языка.</p> <p>При абсцессах и флегмонах корня языка больные жалуются на сильные боли в области его корня, иррадиирующие в ухо. Глотание резко болезненно, а иногда даже невозможно. При попытке сделать глоток жидкость попадает в дыхательные пути и вызывает мучительный кашель.</p> <p>Как правило, из-за отека надгортанника появляется нарушение дыхания, иногда в результате евстахиита понижается слух.</p> <p>Клиническое течение флегмон корня языка тяжелое. Язык резко увеличен в размерах, не уместается в полости рта,</p>
--	--	---

		<p>подвижность его резко ограничена. Рот приоткрыт, изо рта выделяется густая слюна, нередко с неприятным запахом. При пальпации выявляется равномерная отечность и плотность языка, надавливание на спинку его вызывает резкую боль. Слизистая оболочка языка гиперемирована, синюшная на боковой поверхности отпечатки зубов. Флюктуация обычно не определяется, так как гнойный очаг расположен между мышцами. Спинка языка покрыта сухим серым налетом. Инфильтрат можно прощупать в глубине подбородочной области под подъязычной костью. Оперативный доступ – внеротовой, разрезом по средней линии подбородочной области и далее тупо к корню языка. Иногда требуется проведение трахеотомии.</p>
<p>Флегмона окологлоточного пространства - топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.</p>	<p>ИДпк-2.-2.5.</p>	<p>Основные источники и пути проникновения инфекции Очаги тонзиллогенной инфекции, инфицированные раны стенки глотки. Вторичное поражение в результате распространения инфекции из крыловидно-челюстного пространства, поднижнечелюстной и</p>

		<p>околоушно-жевательной областей.</p> <p>Характерные местные признаки абсцесса, флегмоны окологлоточного пространства</p> <p>Жалобы на боль при глотании, резко затрудняющую или исключаящую прием пищи, жидкости, проглатывание слюны.</p> <p>Объективно. Умеренно выраженная припухлость тканей верхнезаднего отдела поднижнечелюстной области.</p> <p>Кожные покровы обычной окраски. При глубокой пальпации под углом нижней челюсти определяется инфильтрат, давление на который вызывает боль. Может быть умеренное ограничение открывания рта за счет воспалительной контрактуры медиальной крыловидной мышцы. Боковая стенка глотки смещена к средней линии («выпячивается»), покрывающая ее слизистая оболочка гиперемирована.</p> <p>Пути дальнейшего распространения инфекции</p> <p>Во влагалище основного сосудисто-нервного пучка шеи и далее по периваскулярной клетчатке в переднее средостение; вдоль боковой и задней стенок глотки в заднее</p>
--	--	---

		<p>средостение; в подъязычную и поднижнечелюстную области.</p> <p>Методика операции вскрытия флегмоны окологлоточного пространства</p> <p>Абсцессы окологлоточного пространства часто являются тонзиллогенными или их возникновение связано с ранением стенки глотки и внедрением в нее инородного тела. В связи с ограниченностью воспалительного процесса и локализацией в подслизистом слое операция по их дренированию чаще выполняется доступом со стороны глотки с привлечением ЛОР-специалиста.</p> <p>При одонтогенных воспалительных процессах обычно имеет место вторичное поражение окологлоточного пространства в результате распространения инфекции из соседних анатомических областей, т. е. инфекционно-воспалительный процесс носит разлитой (флегмонозный) характер. Наружный поднижнечелюстной оперативный доступ позволяет в таких случаях осуществить хорошее дренирование не только окологлоточного пространства, но и пораженных смежных</p>
--	--	---

		областей.
<p>Лимфадениты челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p>	<p>ИДпк-2.-2.6.</p>	<p>КЛАССИФИКАЦИЯ 1. Топографо-анатомически: а) по глубине расположения - поверхностные и глубокие; б) по локализации - подчелюстные, начелюстные, подподбородочные, позадичелюстные, щечные, околоушные и т.п. 2. По пути проникновения: а) одонтогенные; б) неодонтогенные - как следствие респираторных и вирусных инфекционных процессов, сепсиса, с) специфической инфекции (туберкулез, сифилис, актиномикоз, СПИД), метастазирования.</p> <p>2. По остроте воспаления: а) острые - серозные, гнойные; б) хронические - гиперпластические, гнойные и обострившиеся хронические. 4. По этиологии:</p> <p>1) инфекционные</p> <p>а) специфические (актиномикоза, сифилиса, туберкулеза, туляремии, чумы)</p> <p>б) неспецифические (стафилококки, стрептококки и другие возбудители</p>

		<p>гнойной инфекции).</p> <p>2)травматические</p> <p>а)острые б)хронические.</p> <p>ЭТИОЛОГИЯ И</p> <p>ПАТОГЕНЕЗ ' Являясь</p> <p>своеобразными</p> <p>биологическими</p> <p>фильтрами,</p> <p>лимфатические узлы</p> <p>задерживают</p> <p>микроорганизмы,</p> <p>токсины, чужеродные</p> <p>белки и продукты</p> <p>тканевого распада,</p> <p>находящиеся в лимфе,</p> <p>оттекающей от</p> <p>пораженных</p> <p>воспалительным</p> <p>процессом участков тела.</p> <p>Лечение острого</p> <p>серозного и хронического</p> <p>лимфаденитов должно</p> <p>быть консервативным</p> <p>только тогда, когда врач не</p> <p>может установить</p> <p>источник (входные</p> <p>ворота) инфекции в</p> <p>полости рта, зубах,</p> <p>челюстях, лице, ЛОР-</p> <p>органах и т. д. В таких</p> <p>случаях применяются:</p> <p>сухое тепло, УВЧ-терапия,</p> <p>короткие новокаино-</p> <p>антибиотиковые блокады.</p>
Проявление ВИЧ инфекции.	ИДПК-2.-2.7.	ИЧ-инфекция не имеет

		<p>специфических симптомов. Все клинические проявления могут относиться как к другим инфекционным и неинфекционным заболеваниям, так и к проявлениям вторичных заболеваний, которые развиваются на фоне иммунодефицита. Однако можно выделить лишь основные <i>симптомы острой ВИЧ-инфекции</i>, которые проявляются в первые три недели – три месяца от момента инфицирования:</p> <ul style="list-style-type: none"> • увеличение лимфатических узлов (чаще всего шейных и подмышечных); • лихорадка (температура при ВИЧ чаще субфебрильная — от 37,1°С до 38,0°С); • сыпь.
<p>Одонтогенная подкожная гранулема лица. Клиника, диагностика, лечение.</p>	<p>ИДПК-2.-2.7.</p>	<p>Клиника</p> <p>В развитии заболевания выделяют скрытый период и период кожных проявлений. В скрытом периоде в челюсти формируется хронический очаг одонтогенной инфекции. Периодически может наблюдаться обострение воспалительного процесса. Затем в подкожной жировой клетчатке</p>

		<p>появляется плотный инфильтрат. Кожа над ним неподвижна, в цвете не изменена. Чаще всего такие инфильтраты появляются в щечной, челюстной, подчелюстной областях, т.е. соответственно локализации поверхностно расположенных щечных, нижнечелюстных лимфатических узлов.</p> <p>Диагностика</p> <p>Наличие очага одонтогениой инфекции и данные клиники позволяют поставить диагноз. Особую ценность при уточнении диагноза представляет пункционная биопсия, позволяющая установить морфологическую сущность процесса.</p> <p>Лечение</p> <p>Следует начинать с устранения инфекционно-воспалительного очага в челюсти — удаления «причинного» зуба или резекции верхушки его корня с выскабливанием грануляционной ткани на всем протяжении свищевого хода. При абсцедирующей форме разрезом кожи по краю зоны флюктуации вскрывают грануляционную ткань как в области дна абсцесса (гранулемы), так и в области истонченной кожи,</p>
--	--	--

		<p>расположенной над абсцессом. Полость абсцесса промывают раствором перекиси водорода.</p>
	<p>ИДПК-2.-2.7.</p>	<p><i>Этиология</i> и <i>патогенез</i>. Источником инфекции при фурункуле и карбункуле являются стрептококки и стафилококки, среди них золотистый и белый стафилококки. Инфицирование происходит через проток сальной железы или по волосяному стержню. Большое значение в развитии воспалительного процесса имеют состояние кожного покрова, защитные противоинфекционные механизмы организма.</p> <p><i>Патологическая анатомия</i>. При фурункуле возникает гнойное воспаление в волосяном фолликуле, сальной железе, распространяющееся на прилегающую соединительную ткань — подкожную основу кожи. Вначале образуется пустула в устье фолликула, состоящая из нейтрофильных лейкоцитов, окружающих скопления микробов и фибрина.</p> <p><i>Клиническая картина</i>. Общее состояние больных с фурункулом на лице чаще всего удовлетворительное. При средней тяжести</p>

		<p>заболевания в ряде случаев отмечается выраженная интоксикация, повышается температура тела до 37,5—38 °С. Вначале появляется папула или участок покраснения на коже, где возникают боль, покалывание. В течение 1—2 сут образуется плотный болезненный, обычно округлой формы инфильтрат, в центре которого приподнятая над кожей папула заполнена серозной или гнойной жидкостью. Кожа над инфильтратом красного или багрово-синего цвета, спаяна с подлежащими тканями. В дальнейшем пустула прорывается, подсыхает стержень (участок некроза) и выделяются гнойные массы. После опорожнения очага воспалительные явления идут на убыль: отек и инфильтрация уменьшаются, остаточный инфильтрат медленно рассасывается.</p> <p><i>Диагностика</i> основывается на характерной клинической картине, результатах микробиологических и иногда морфологических исследований. Фурункул и карбункул следует дифференцировать от сибирской язвы (злокачественный карбункул),</p>
--	--	--

		<p>для чего используют бактериологические исследования содержимого очага. Диагноз устанавливается при нахождении сибиреязвенной бациллы.</p> <p><i>Лечение.</i> Терапию фурункула и карбункула проводят в условиях стационара. Показано общее и местное лечение. Общее лечение больных с фурункулом заключается в проведении им курса антимикробной (антибиотики в сочетании с сульфаниламидами), десенсибилизирующей, дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии, коррекции гомеостаза и обменных процессов. Больным с карбункулом показано внутривенное капельное введение лекарственных препаратов, а при развитии осложнений (флебит, тромбофлебит, сепсис и др.) назначают интенсивные лечебные мероприятия в сочетании с коррекцией деятельности органов и систем.</p>
<p>Актиномикоз челюстно-лицевой области. Пути проникновения возбудителей, этиология,</p>	<p>ИДпк-2.-2.8.</p>	<p><i>Этиология.</i> Возбудители актиномикоза — лучистые грибы. Культура актиномицетов может быть аэробной и анаэробной. В</p>

<p>патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, возможные осложнения, лечение.</p>		<p>развитии актиномикоза значительную роль играют смешанная инфекция — стрептококки, стафилококки, диплококки и другие кокки, а также анаэробные микробы - бактериоды, анаэробные стрептококки, стафилококки и др.</p> <p><i>Патогенез.</i> Актиномикоз возникает в результате аутоинфекции, когда лучистые грибы проникают в ткани челюстно-лицевой области из полости рта (через капюшон над зубом мудрости, десневой карман, гангренозный зуб, разрывы слизистой, через поврежденную кожу, разрезы в полости рта), и формируется специфическая актиномикозная гранулема.</p> <p><i>Диагностика актиномикоза.</i> Вялое и длительное течение одонтогенных воспалительных процессов, безуспешность проводимой противовоспалительной терапии всегда настораживают в отношении актиномикоза. Необходимо обследование для выявления или исключения этого заболевания. В отдельных случаях требуются повторные, часто многократные диагностические исследования.</p>
---	--	---

		<p><i>Лечение должно быть комплексным и включать:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. хирургические методы лечения с местным воздействием на раневой процесс;2. воздействие на специфический иммунитет;3. повышение общей реактивности организма;4. воздействие на сопутствующую гнойную инфекцию;5. противовоспалительную, десенсибилизирующую, симпто-матическую терапию, лечение общих сопутствующих заболеваний;6. физические методы лечения и ЛФК. <p><i>Хирургическое лечение актиномикоза заключается:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• в удалении зубов, явившихся входными воротами актиномикозной инфекции;• в хирургической обработке актиномикозных очагов в мягких и костных тканях, удалении участков избыточно новообразованной кости и
--	--	--

		лимфатических узлов.
<p>Рожистое воспаление и нома - этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Возможные осложнения, профилактика.</p>	<p>ИДПК-2.-2.9.</p>	<p>Рожистое воспаление вызывает бактерия — бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА, Streptococcus pyogenes). Инфекция передаётся от больного человека или внешне здорового носителя и проникает в организм различными путями. Пути заражения бета-гемолитическим стрептококком:</p> <ul style="list-style-type: none"> • контактный — через повреждённую кожу (микротравмы, трещины, опрелости); • воздушно-капельный — стрептококки вначале инфицируют слизистые оболочки носоглотки, при кашле или чихании оказываются на руках, а затем могут попасть на кожу тела. <p>Бета-гемолитический стрептококк способен вызывать гемолиз (разрушение эритроцитов) и повреждать другие клетки, нарушать работу иммунитета и свёртывающей системы крови.</p> <p>На агрессию микроба организм отвечает бурной реакцией — местной и общей. Местная</p>

		<p>реакция — это выраженное воспаление, которое распространяется на глубокие слои кожи и даже на подкожную клетчатку. Общая реакция организма — это повышение температуры, слабость и плохое самочувствие из-за деятельности стрептококка.</p> <p>Факторы, способствующие возникновению рожи:</p> <ul style="list-style-type: none">• болезни, которые приводят к застою крови или лимфы, например хроническая венозная и лимфатическая недостаточность;• сахарный диабет;• хронические кожные заболевания, которые сопровождаются зудом;• хронические очаги стрептококковой инфекции: тонзиллит, отит, синусит, кариес;• состояние после операции, связанной с варикозом;• профессии, при которых кожа часто травмируется и загрязняется (водители, строители, плотники, работники сельского хозяйства, военнослужащие);• трофические язвы ног —
--	--	---

		<p>хронические дефекты кожи, возникающие из-за нарушения питания тканей;</p> <p>Симптомы и этапы развития рожи Как и у любого инфекционного заболевания, у рожи есть несколько этапов: инкубационный период, начало и разгар болезни, выздоровление.</p> <p>Инкубационный период — время, когда микроб уже находится в организме, но его активности ещё недостаточно, чтобы появились симптомы болезни. При рожистом воспалении инкубационный период длится 3– 5 дней.</p> <p>Начало болезни — этап, который продолжается от нескольких часов до 1–2 суток. У половины заболевших первое проявление рожи — это интоксикация: повышение температуры до 38– 40 °С, слабость, головная боль, ломота в теле, тошнота.</p> <p>Изменений на коже на этом этапе пока нет, но там, где они вскоре должны появиться, пациенты замечают неприятные ощущения — жжение, покалывание, иногда болезненность или чувство</p>
--	--	---

		<p>распирания.</p> <p>Лечение рожистого воспаления</p> <p>Тактику лечения врач выбирает в зависимости от симптомов и с учётом кратности заболевания (первичная рожа или рецидив), а также сопутствующих патологий и осложнений.</p> <p>Пациенты с лёгкой и средней формой рожистого воспаления лечатся дома, с тяжёлой — в больнице.</p>
<p>Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит .</p> <p>Этиология, клиника, лечение</p>	<p>ИДПК-2.-2.10.</p>	<p>Патогенез</p> <p>Развитие синусита связано с обтурацией естественного отверстия и затруднением оттока содержимого из пазухи. Вследствие отека слизистой оболочки носа и верхнечелюстной пазухи проходимость естественного отверстия пазухи уменьшается, что нарушает вентиляционно-дренажную функцию пазухи. При полной обтурации отверстия за счет всасывания слизистой оболочкой кислорода в пазухе создается отрицательное давление, расширяются вены слизистой оболочки, возникают явления застоя. Это усугубляет отек тканей. В результате падения давления в пазухе, гипоксии, гипокапнии, накопления</p>

		<p>недоокисленных продуктов создаются условия для развития аэробов и факультативных анаэробов.</p> <p>Этиология</p> <p>Главная роль в возникновении синусита принадлежит микробному фактору: в основном микроорганизмам, попадающим в пазуху из полости носа.</p> <p>Основными причинами возникновения одонтогенного синусита являются осложнения кариеса зубов: пульпиты, верхушечные формы периодонтита, периоститы, остеомиелиты, одонтогенные кисты.</p> <p>Клиника острого одонтогенного синусита.</p> <p>Жалобы на тяжесть и боль в соответствующей половине лица. Боль иррадирует в лобную, затылочную и височную области, а также верхние зубы. Отмечается заложенность соответствующей половины носа и ослабление обоняния; выделение слизи из ноздри на больной стороне и затруднение дыхания; общая вялость, повышение температуры тела, нарушение сна.</p> <p>Объективно отмечается отечная, болезненная при пальпации щека, слизистая оболочка полости носа</p>
--	--	--

		<p>гиперемирована и отечна; под средней раковиной - гнойный экссудат. Перкуссия зубов на больной стороне болезненна. Перкуссия по скуловой кости также болезненна. На рентгенограмме определяется завуалированность или резкое затемнение верхнечелюстной пазухи.</p> <p>Принципы лечения одонтогенных синуситов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Устранить одонтогенную причину, вызвавшую синусит. 2. Обеспечить целенаправленное интенсивное лечение антисептиками, способствуя ликвидации воспалительного процесса в пазухе. <p><i>Для этого применяются:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> а) инстилляцией сосудосуживающих средств в нос; б) промывание пазухи антисептическими растворами с учетом результатов бактериологического исследования отделяемого; в) физиотерапевтическое лечение: УВЧ-терапия, ЛУЧ-2, флюктуирующие токи.
<p>Обеспечение и поддержание проходимости дыхательных путей. Понятие о надгортанных воздуховодах.</p>	<p>ИДПК-2.-2.11.</p>	<p>Более сложными с позиции методики постановки являются условно инвазивные средства обеспечения проходимости</p>

		<p>верхних дыхательных путей. Их дистальные концы располагаются вокруг входа в гортань или достаточно надежно герметизируют область гортаноглотки для возможности осуществления вентиляции. Использование их позволяет более надежно герметизировать дыхательные пути от пищеварительного тракта, а также повышает возможности использования различных вариантов искусственной вентиляции.</p> <p>Эти устройства используют для временной защиты дыхательные путей во время СЛР. Преимуществами данных средств является слепая установка в течение нескольких секунд без ларингоскопии и прерывания КГК. Их рекомендуют использовать в качестве первой линии средств, обеспечивающих проходимость дыхательных путей во время СЛР</p>
<p>Обморок: этиопатогенез, клиническая картина. Лечебные мероприятия на амбулаторных приеме.</p>	<p>ИДПК-2.-2.12.</p>	<p>Причины обморока</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Рефлекторное снижение тонуса сосудов (например, при стрессе, сильном кашле, чихании). 2.Ортостатическая гипотензия <p>Симптомы обморока</p> <p>В симптоматике обморока три</p>

		<p>стадии последовательно сменяют друг друга:</p> <ol style="list-style-type: none"><i>1. Пресинкопальная, или предобморочная (стадия предвестников).</i> Начинается с общей слабости и <u>головокружения</u>, затем присоединяется тошнота и неприятные ощущения в области сердца и живота. Характерно повышенное потоотделение (<u>гипергидроз</u>), побледнение кожных покровов и видимых слизистых оболочек, неустойчивость (повышение или понижение) пульса<i>2. Обморок, или синкопальное состояние (стадия разгара).</i><i>3. Постсинкопальная стадия (восстановительный период после обморока).</i> <p>Первая помощь при обмороках</p> <ul style="list-style-type: none">• Если человеку стало плохо, постараться подхватить его перед падением, чтобы уберечь от травм.• Аккуратно уложить больного на спину и приподнять ноги, чтобы кровь оттекала к голове.• Открыть окно, чтобы обеспечить доступ свежего воздуха.• Освободить шею
--	--	--

		<p>пострадавшего (расстегнуть первые пуговицы рубашки, ослабить воротник, снять галстук).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Побрызгать на лицо человека холодной водой или обтереть мокрым полотенцем.
<p>Крапивница. Ангioneвротический отек (Квинке). Клиника. Лечебные мероприятия на амбулаторном приеме.</p>	<p>ИДПК-2.-2.13.</p>	<p>Симптомы отёка Квинке</p> <p>Отёк Квинке может проявляться по-разному — от локализации до интенсивности и риска для жизни.</p> <p>Возможные симптомы при отёке Квинке:</p> <ul style="list-style-type: none"> • со стороны кожи — отёчность, покраснение, зуд, крапивница; • со стороны органов дыхания — затруднённое дыхание, свистящий звук при вдохе или выдохе (результат спазма бронхов), охриплость голоса; • со стороны органов ЖКТ — острая боль в животе, тошнота. <p>Лечение отёка Квинке прежде всего направлено на то, чтобы исключить удушье, вызванное спазмом бронхов. Для этого сотрудники скорой помощи</p>

		<p>делают инъекцию адреналина и преднизолона. В некоторых случаях отёк развивается настолько стремительно, что допускается самостоятельное введение препаратов, заранее оговорённых с врачом.</p>
<p>Клиническая картина приступа бронхиальной астмы. Лечебные мероприятия на амбулаторном приеме.</p>	<p>ИДПК-2.-2.14.</p>	<p>Приступ бронхиальной астмы характеризуется коротким вдохом и удлиненным выдохом, сопровождающимся слышными на расстоянии хрипами. Грудная клетка находится в положении максимального вдоха, больной принимает вынужденное положение, сидя на кровати, свесив ноги вниз, наклонив туловище несколько вперед. В дыхании принимают участие мышцы плечевого пояса, спины, брюшной стенки.</p>
<p>Клиническая картина анафилактического шока. Лечебные мероприятия на амбулаторном приеме. Профилактика.</p>	<p>ИДПК-2.-2.15.</p>	<p>Симптомы анафилаксии и шока зависят от типа аллергена, а также от силы реакции. Обычно сначала возникают признаки аллергии, которые начинают стремительно нарастать. Может появиться сыпь по всему телу, зуд. Кожа меняет цвет: краснеет или бледнеет. Возникает ощущение жара, опухают губы и язык, из-за отёка нарушается дыхание и наблюдаются свистящие звуки из носоглотки. Некоторых людей</p>

		<p>беспокоит боль в животе, тошнота и рвота. Комплекс конкретных симптомов зависит от пути проникновения аллергена в организм</p> <p>Затем на фоне развивающейся реакции происходит резкое снижение артериального давления — такое состояние проявляется слабостью, потерей сознания, недержанием мочи и кала. В тяжёлых случаях происходит остановка кровообращения и дыхания, пульс не прощупывается.</p> <p>Симптомы анафилактического шока развиваются от нескольких минут до 2 часов после контакта с аллергеном. Время реакции зависит от индивидуальных особенностей организма.</p>
<p>Этиопатогенез и клиническая картина коллапса. Лечение и профилактика на амбулаторном приеме.</p>	<p>ИДпк-2.-2.16.</p>	<p>В зависимости от этиологических факторов выделяют коллапс при интоксикациях и острых инфекционных болезнях, острой массивной кровопотере (геморрагический коллапс), при работе в условиях пониженного содержания кислорода во вдыхаемом воздухе (гипоксический коллапс и др.). Токсический коллапс развивается при острых отравлениях, в т.ч. профессионального характера,</p>

		<p>веществами общетоксического действия (окисью углерода, цианидами, фосфорорганическими веществами, нитро- и амидосоединениями и др.)</p> <p>Вызвать коллапс может ряд физических факторов – электрический ток, большие дозы ионизирующего излучения, высокая температура окружающей среды (при перегревании, тепловом ударе).</p> <p>Условно можно выделить два основных механизма развития коллапса, которые часто сочетаются. Один механизм заключается в падении тонуса артериол и вен в результате воздействия инфекционных, токсических, физических, аллергических и других факторов непосредственно на сосудистую стенку, сосудодвигательный центр и на сосудистые рецепторы (синокаротидная зона, дуга аорты и др.). На догоспитальном этапе эффективным может быть лечение только коллапса, обусловленного острой сосудистой недостаточностью (ортостатический коллапс, инфекционный коллапс); при геморрагическом коллапсе необходима экстренная</p>
--	--	---

		<p>госпитализация больного в ближайший стационар, желательно хирургического профиля.</p>
<p>Клиническая картина гипертонического криза. Организационные мероприятия неотложной помощи на амбулаторном приеме.</p>	<p>ИДПК-2.-2.17.</p>	<p>Клиническая картина</p> <p>Сильная головная боль, в том числе, в районе затылка</p> <p>Чувство удушья</p> <p>Шум в ушах</p> <p>Судороги, тошнота, рвота</p> <p>Дрожь в теле, тремор рук</p> <p>Жар, потливость</p> <p>Боль в области сердца</p> <p>Учащённый пульс</p> <p>Помутнение сознания</p> <p>Расстройство кишечника</p> <p>Нарушения зрения и слуха</p> <p>Особенности терапии неосложненной формы криза:</p> <p>Применение преимущественно пероральных гипотензивных средств.</p> <p>Постепенное снижение АД в течение 2-6 часов.</p> <p>Возможность стабилизации состояния пациента в домашних условиях (80% случаев).</p> <p>Терапия осложненного гипертонического криза:</p> <p>Применение парентеральных средств (вводятся внутримышечно или внутривенно) для коррекции АД.</p>

		Необходимость быстрого снижения АД за 30-120 минут.
Клиническая картина приступа стенокардии. Организация неотложной помощи на амбулаторном приеме.	ИДПК-2.-2.18.	Приступ стенокардии характеризуется такими проявлениями: внезапная боль за грудиной давящего, жгучего характера возникает при физическом напряжении, стрессе, выходе на холод боль отдает в левую половину лица, лопатку, руку, живот длительность от нескольких секунд до 20 минут проходит после прекращения физической нагрузки и приема нитроглицерина
Клиническая картина острого коронарного синдрома. Лечебные мероприятия на амбулаторном приеме.	ИДПК-2.-2.19.	Клиническая картина <ul style="list-style-type: none"> • Боль в груди (стенокардия), которая напоминает жжение, давление или тяжесть • Боль в любых других частях тела, например, в левом плече или челюсти (отраженная боль) • Тошнота • Рвота • Нехватка воздуха (одышка) • Внезапная сильная потливость
Клиническая картина	ИДПК-2.-2.20.	Клиническая картина

<p>гипергликемической комы. Неотложная помощь на амбулаторном приеме.</p>		<p>Начальные проявления включают <u>повышенную жажду, сухость во рту</u>, слабость и сонливость. Симптоматика сходна с обычными признаками сахарного диабета, поэтому пациенты не придают ей должного внимания и не обращаются к врачу. Далее возникает обильное и <u>учащенное мочеиспускание</u>.</p> <p>Помощь на догоспитальном этапе или в приёмном отделении включает введение физиологического раствора (0,9%-го раствора NaCl) внутривенно капельно со скоростью 1 л/ч.</p>
<p>Клиническая картина гипогликемической комы. Неотложная помощь на амбулаторном приеме.</p>	<p>ИДПК-2.-2.21.</p>	<p>Клиническая картина</p> <ul style="list-style-type: none"> • чувство голода, • выделение <u>холодного пота</u>, слабость, • головокружение, возбудимость, • сменяющаяся апатией. <p>На стадии прекомы иногда достаточно восполнить недостаток глюкозы приемом сладкой пищи. Если больной способен есть, ему предлагают продукты, содержащие легкие углеводы – конфеты, батончики и</p>

		<p>другие сладости. Если остается сохранным только глотательный рефлекс, чайной ложкой дают чай с сахаром или фруктовый сок, не содержащий мякоти. В коматозном состоянии капают раствор сахара под язык.</p>
<p>Клиническая картина при аспирации инородных тел (микрочастиц и крупных инородных тел) на стоматологическом приеме. Неотложная помощь на амбулаторном приеме.</p>	<p>ИДПК-2.-2.22.</p>	<p>Первая дыхательная структура на пути аспирированного предмета – гортань. Здесь чаще всего задерживаются крупные ИТ, которые могут зафиксироваться в относительно широком просвете органа.</p> <p>Приемы взаимопомощи</p> <p>Оказывающий помощь проксимальной частью ладони наносит пострадавшему 3—4 отрывистых сильных удара по позвоночнику на уровне лопаток.</p> <p>Приемы первой помощи пострадавшему, находящемуся в сознании, при аспирации инородного тела: нанесение отрывистых ударов проксимальной частью ладони по межлопаточной области пострадавшего.</p> <p>Если данный прием не дал эффекта, то для освобождения дыхательных путей от</p>

		инородного тела используют поддиафрагмальный толчок – прием Геймлиха.
Клиническая картина острого нарушения мозгового кровообращения. Лечебные мероприятия на амбулаторном приеме.	ИДПК-2.-2.23.	Клиническая картина включает в себя тяжелую головную боль, головокружение и выраженные вегетативные расстройства: тошноту с повторной рвотой, гипергидроз, гиперемию кожных покровов, тахикардию, одышку, ознобopodobный тремор. Нередко возникают эмоциональные нарушения в виде тревоги, беспокойства или, наоборот, заторможенности, сонливости. Возможна кратковременная утрата сознания.

4. ТИПОВЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ, ВЛАДЕНИЙ

Результаты обучения
<p>Знает алгоритм сбора и анализа жалоб; дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний; стоматологические заболевания и неотложные состояния в соответствии с МКБ.</p> <p>Умеет собирать анамнез и интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, устанавливать факт наличия или отсутствия стоматологического заболевания и неотложного состояния.</p> <p>Владеет навыками диагностики у детей и взрослых стоматологических заболеваний; установления диагноза путем сбора и анализа жалоб.</p>

4.1. ТИПОВЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЭКЗАМЕНУ

Вопросы	Соответствующий индикатор достижения компетенции	Шаблоны ответа
На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Н., 61 год, с жалобами на боли при накусывании на зуб 2.4, которые беспокоят ее в течение трех дней. Внешний	ИДопк-5.-5.1.	Диагноз: хронический апикальный фиброзный периодонтит зуба 2.4 в стадии обострения, продольный перелом коронки и корня зуба 2.4. С

<p>осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: зубы 2.3, 2.5 отсутствуют, зуб 2.4 под пломбой. Имеется трещина коронки и корня зуба 2.4 в медиодистальном направлении. Перкуссия зуба 2.4 положительна. Констатируется подвижность небного бугра по отношению к зубу. Маргинальный край десны с небной стороны в области зуба 2.4 гиперемированный, отечный. Антагонистом указанного зуба является частичный съемный протез на нижнюю челюсть. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) корневые каналы зуба 2.4 запломбированы на $\frac{1}{2}$ длины, апикальные отверстия не obturированы. Определяется расширение периодонтальной щели. Поставьте диагноз. Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации.</p>		<p>учетом того, что имеется продольный перелом коронки и корня зуба 2.4, а также очаг хронической одонтогенной инфекции в периапикальных тканях зуба 2.4, данный зуб должен быть удален под местным обезболиванием в условиях поликлиники.</p>
<p>На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка С., 30 лет, с жалобами на то, что после удаления зуба 3.7 в первой половине дня она</p>	<p>ИДопк-5.-5.2.</p>	<p>После удаления зуба 3.7 возникло местное осложнение — первичное луночковое кровотечение. К возможным причинам осложнения —</p>

<p>до вечера сплевывала слюну с прожилками сукровицы.</p> <p>Анамнез заболевания. Со слов пациентки, удаление было сложным. Сукровица начала сочиться сразу после удаления, но пациентка за помощью не обращалась, думая, что это скоро пройдет. Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области лунки зуба 3.7 гиперемирована. Лунка выполнена сгустком на 1/2 глубины, она слабо кровоточит. Какое местное осложнение возникло после удаления зуба 3.7? Назовите возможные причины возникшего осложнения.</p>		<p>первичного луночкового кровотечения — следует относить: – травматичное удаление зуба 3.7; – травматизацию внутрикостного сосуда; – прекращение действия адреналина, используемого в качестве вазоконстриктора в составе раствора анестетика, что способно вызвать дилатацию сосудов.</p>
<p>Пациентка Л., 34 года, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Анамнез заболевания. Повышение температуры тела до 37,4С в течение 2–3 дней. Внешний осмотр. констатируется разлитой инфильтрат и гиперемия кожных покровов мягких тканей щечной области справа. При осмотре полости рта коронка зуба 1.3 разрушена на 1/2. Переходная</p>	<p>ИДопК-5.-5.3.</p>	<p>Симптом флюктуации определяется при помощи одного из физикальных методов исследования, относящихся к объективным методам — пальпации.</p>

<p>складка в области зуба 1.3 сглажена, слизистая оболочка щеки инфильтрирована и гиперемирована. Какова методика определения симптома, указывающего на наличие гнойного экссудата в области инфильтрата?</p>		
<p>Пациент А., 36 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью санации полости рта. Внешний осмотр. конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.3 физиологической окраски. Коронка зуба 3.3 на $\frac{1}{3}$ восстановлена пломбой из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 3.3 отрицательна. При пальпации на альвеолярном отростке нижней челюсти слева, в проекции апекса зуба 3.3 пальпируется незначительное выбухание костной ткани ($0,4 \times 0,4$ см). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и дентальной рентгенограммы) корневой канал зуба 3.3 запломбирован, апикальное отверстие obturated. В периапикальных тканях в области апекса 46 корня определяется</p>	<p>ИДопк-6.-6.1.</p>	<p>В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 3.3 вне обострения. В данной клинической ситуации пациенту показана операция — резекция верхушки корня зуба 3.3 в плановом порядке.</p>

<p>округлый очаг деструкции костной ткани (0,4 × 0,4 см) с четкими ровными контурами. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении зуба 3.3?</p>		
<p>Пациентка Е., 18 лет, обратилась в поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на боль в течение 3 дней при накусывании на зуб 1.2, припухлость верхней губы справа, появившуюся день назад. Внешний осмотр. Общая реакция организма выражена умеренно, температура тела 37,5 °С. При внешнем осмотре определяется асимметрия лица за счет отека мягких тканей в области верхней губы справа. Кожные покровы в данной области физиологической окраски. При пальпации в глубине отечных мягких тканей определяется ограниченный, плотный, болезненный инфильтрат (1,5 × 1,5 см). Регионарные лимфатические узлы (поднижнечелюстные справа) увеличены (1,5 × 1,0 см), слегка болезненны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 1.2</p>	<p>ИДопк-6.-6.2.</p>	<p>На основании данных клинического обследования пациентке следует поставить диагноз острый гнойный периостит верхней челюсти справа во фронтальном отделе от зуба 1.2. Для определения тактики в отношении причинного зуба необходимо провести рентгенологическое обследование (дентальный снимок зуба 1.2).</p>

<p>гиперемирована, отечна, при пальпации болезненна. Переходная складка в области зуба 1.2 сглажена. В зубе 1.2 имеется глубокая кариозная полость, зондирование которой безболезненно. Перкуссия зуба 1.2 резко болезненна. Зуб патологически подвижен (II степень). Перкуссия зубов 1.3 и 1.4 безболезненна, их патологической подвижности не определяется. Какой диагноз на основании данных клинического обследования следует поставить пациентке и какое обследование необходимо провести для определения тактики в отношении причинного зуба.</p>		
<p>Пациент Л., 45 лет, обратился с жалобами на боли в области нижней челюсти слева, озноб, слабость, затрудненное открывание рта, боль в горле слева, чувство онемения подбородка и нижней губы слева. Внешний осмотр. Конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека окологлазничных мягких тканей в области нижней челюсти слева. Поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены (0,9 × 1,2 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент</p>	<p>ИДопК-6.-6.3.</p>	<p>На основании данных клинического обследования пациенту должен быть поставлен диагноз острый одонтогенный ограниченный остеомиелит нижней челюсти слева от зуба 3.8. Симптом, свидетельствующий об онемении подбородка и нижней губы слева, именуется симптомом Венсана, который является клиническим признаком вовлечения в патологический процесс сосудисто-нервного пучка, расположенного в нижнечелюстном канале.</p>

открывает рот с трудом из-за сильной боли в нижней челюсти слева и воспалительной контрактуры жевательных мышц. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 3.8 и 3.7 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с язычной стороны. Зуб 3.8 на жевательной поверхности имеет глубокую кариозную полость, выполненную размягченным дентином, ее зондирование безболезненно. Перкуссия зубов 3.8 и 3.7 болезненна. Указанные зубы патологически подвижны (II степень). В области зуба 3.8 с дистальной поверхности имеется патологический зубодесневой карман, из которого при надавливании на зуб выделяется гнойный экссудат. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в области, вовлеченной в гнойно-воспалительный процесс участков костной ткани нижней челюсти, патологических изменений не выявлено. Температура тела пациента 38,1 °С. При исследовании периферической крови выявляется выраженный

<p>сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (12 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки, С-реактивный белок (+). На основании данных клинического обследования пациента поставьте диагноз. Как именуется симптом, свидетельствующий об онемении подбородка и нижней губы слева?</p>		
<p>На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ш., 47 лет, с жалобами на появление три недели назад в поднижнечелюстной области слева округлого, болезненного при пальпации образования, которое не изменяется в размерах на протяжении указанного времени. Анамнез жизни. У пациента имел место туберкулез. Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. В поднижнечелюстной области слева пальпируется округлое болезненное образование (1,2 × 1,2 см), эластичной консистенции, подвижное, с кожей и подлежащими тканями не спаянное. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярных отростков физиологической окраски. Полость рта санирована и запротезирована. По данным лучевых методов исследования</p>	<p>ИДПК-2.-2.1.</p>	<p>Учитывая данные, представленные в условии задачи, и принимая во внимание тот факт, что лимфаденит челюстно-лицевой области редко бывает первичным заболеванием и преимущественно развивается как реакция лимфатических узлов на какой-либо воспалительный процесс, в том числе и специфического генеза, у пациента следует исключить туберкулезный лимфаденит. С этой целью стоматолог-хирург должен направить пациента в туберкулезный диспансер, где ему будет выполнена пункция лимфатического узла с последующим исследованием пунктата на наличие возбудителя туберкулеза.</p>

<p>(ортопантограммы) очагов хронической одонтогенной инфекции не выявлено. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?</p>		
<p>В приемный покой многопрофильной больницы поступил пациент В., 52 года, с жалобами на боли в верхней челюсти, иррадиирующие в ухо, висок, глаз, на припухлость мягких тканей щеки справа, нарушение общего самочувствия, повышенную температуру (38,2 °С). Анамнез жизни: в течение двух последних дней пациента беспокоил зуб 1.7, леченный несколько дней назад по поводу обострения хронического гранулирующего периодонтита. Объективно: общее состояние пациента удовлетворительное. Температура тела 38,5 °С. Частота дыхательных движений составляет 22 в минуту. Отмечается одышка. Частота сердечных сокращений в покое 100 ударов в минуту, пульс прерывистый. Внешний осмотр. Конфигурация лица изменена за счет воспалительного отека щечной области справа. Кожные покровы бледные. При осмотре полости рта мягкие ткани в области зуба 1.7 гиперемированы, отечны, определяется воспалительный</p>	<p>ИДПК-2.-2.2.</p>	<p>На основании клинических данных пациента, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен диагноз острый гнойный периостит верхней челюсти от зуба 1.7, сепсис (синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов).</p>

<p>инфильтрат протяженностью 3 см с очагом флюктуации.</p> <p>Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны, мягкой консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Анализ крови показывает лейкоцитоз ($13 \times 10^9 /л$) и С-реактивный белок, который превышает стандартное отклонение от нормы более чем в 2 раза. На рентгенограмме в области апекса зуба 1.7 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени.</p> <p>Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?</p>		
<p>Пациентка Л., 27 лет, обратилась с жалобами на боль и припухлость мягких тканей в поднижнечелюстной области слева, повышение температуры тела до 37,3 °С, недомогание, общую слабость. Внешний осмотр. Конфигурация лица изменена за счет инфильтрата в поднижнечелюстной области слева. Кожа над ним ярко-розовая, она спаяна с окружающими тканями, в центре истончена. Инфильтрат без четких границ. Пациентка открывает рот в пределах</p>	<p>ИДПК-2.-2.3.</p>	<p>На основании клинических данных пациентки, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен предварительный диагноз подкожная форма актиномикоза поднижнечелюстной области слева, стадия абсцедирования.</p>

<p>физиологической возможности. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 3.7 гиперемирована, отечна. Зуб 3.7 под пломбой, перкуссия его положительна. Какой предварительный диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациентке?</p>		
<p>Больному поставлен диагноз «гнойное воспаление околоушной железы». Куда может произойти опорожнение гнойника при гноynom паротите?</p>	<p>ИДопк-5.-5.1.</p>	<p>При гнойных паротитах опорожнение гнойника может произойти через наружный слуховой проход, т.к. сверху железа не покрыта фасцией и прилегает к наружному слуховому проходу. Однако чаще прорыв гноя происходит в окологлоточное пространство и далее по ходу глотки и пищевода в заднее средостение с развитием медиастинита.</p>
<p>В ЧЛЮ поступила больная с абсцессом крыло-небной ямки. Для предупреждения тромбоза пещеристого синуса больной произведено срочное вскрытие абсцесса. Укажите наиболее частый путь распространения инфекции по венам с возникновением тромбоза кавернозного синуса при флегмонах данной локализации.</p>	<p>ИДопк-5.-5.2.</p>	<p>Крыловидное венозное сплетение, вены глазницы, кавернозный синус.</p>
<p>В отделение челюстно-лицевой хирургии поступил больной, у которого из альвеолы удаленного зуба верхней челюсти выделяется кровь с</p>	<p>ИДопк-5.-5.3.</p>	<p>Повреждена гайморова пазуха. Возникло ее сообщение с полостью рта через альвеолу</p>

<p>пузырьками воздуха. Во время выдоха через нос, зажатый пальцами, воздух со свистом выходит из зубной альвеолы. Какое анатомическое образование повреждено? Дайте топографо-анатомическое обоснование данному осложнению.</p>		<p>удаленного зуба. Нижняя стенка пазухи граничит с альвеолярным отростком верхней челюсти на уровне корней 2-го малого и первых 2-х больших коренных зубов. Верхушки корней отделены от дна пазухи тонкой костной пластинкой, иногда костная пластинка отсутствует, и корни зубов прилежат к слизистой пазухи.</p>
<p>У больного при переломе тела нижней челюсти наблюдается нарушение чувствительности кожи подбородка и нижней губы, слизистой оболочки десны и зубов. На возможность сдавления или повреждения какого нерва указывают данные клинические проявления? Дайте топографо-анатомическое обоснование.</p>	<p>ИД_{ОПК-6.-6.1.}</p>	<p>Нарушение болевой и тактильной чувствительности кожи нижней губы и подбородка может говорить о повреждении нижнего альвеолярного нерва.</p>
<p>После проведения туберальной анестезии у больной появилась гематома в левой щечной области. Какое анатомическое образование могло быть повреждено во время инъекции?</p>	<p>ИД_{ОПК-6.-6.2.}</p>	<p>Крыловидное венозное сплетение и задние верхние альвеолярные артерии.</p>
<p>Рядовой со сквозным ранением щеки справа нуждается в проведении ПХО раны. Какая последовательность ПХО раны щеки?</p>	<p>ИД_{ОПК-6.-6.3.}</p>	<p>Этапы ПХО раны: очищение раны, местное обезболивание, иссечение и санация раны, первичное закрытие раны.</p>
<p>В отделение челюстно-лицевой хирургии доставили пострадавшего в уличной драке: он получил удар кастетом в лобной области. При осмотре определяется кровоизлияние в лобной области, воздушная эмфизема</p>	<p>ИД_{ПК-2.-2.1.}</p>	<p>Переломы костей передней черепной ямки характеризуются возникновением кровоизлияний в окологлазничную клетчатку (симптом «очков») и под конъюнктиву. Переломы костей</p>

<p>жировой клетчатки области глазниц и боковой области лица. Дайте обоснование осложнению.</p>		<p>средней черепной ямки – кровотечение из уха.</p>
<p>У больного перелом основания черепа сопровождается кровотечением из наружного слухового отверстия и симптомом «очков» (кровоизлияние в клетчатку глазниц). Укажите, на уровне каких черепных ямок произошел перелом. Дайте обоснование симптомам.</p>	<p>ИДПК-2.-2.2.</p>	<p>Переломы костей передней черепной ямки характеризуются возникновением кровоизлияний в окологлазничную клетчатку (симптом «очков») и под конъюнктиву. Переломы костей средней черепной ямки – кровотечение из уха.</p>
<p>В хирургическое отделение был доставлен больной с обширной скальпированной раной лобно-теменно-затылочной области. После первичной хирургической обработки и наложения швов рана почти на всем протяжении зажила первичным натяжением. Что входит в понятие скальпированная рана? Дайте топографо-анатомическое обоснование результатам заживления.</p>	<p>ИДПК-2.-2.3.</p>	<p>Скальпированная рана – это рана, когда кожа, подкожно-жировая клетчатка, сухожильный шлем легко отслаиваются одним слоем от надкостницы на большом протяжении. Поскольку в лобно-теменно-затылочной области разветвлена обильная сеть артериальных анастомозов от внутренней и наружной сонной артерии, создаются благоприятные условия для заживления.</p>
<p>Фурункул щечной области, расположенный на уровне правой носогубной складки, осложнился распространением инфекции в клетчатку глубокой области лица и крылонебную ямку. Дайте топографо-анатомическое обоснование осложнению.</p>	<p>ИДПК-5.-5.1.</p>	<p>Инфекция распространилась в крылонебную ямку – из щечной области по крылонебному отростку жирового тела щеки. Далее в клетчатку глубоких областей лица.</p>
<p>Пациент Г., 43 года, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на образования, выступающие на</p>	<p>ИДПК-5.-5.2.</p>	<p>На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту должен быть</p>

<p>слизистой оболочке губ, языка, твердом небе, небных дужках миндалин, общую слабость, увеличение всех групп лимфатических узлов. Анамнез жизни. Пациент считает себя больным в течение нескольких месяцев, к врачу не обращался. Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, безболезненны, плотноэластичной консистенции, кожа над ними в цвете не изменена. При осмотре области рта в его углах, на языке, небных дужках, слизистой оболочке щек, губ определяются папулы в виде плотных, округлых, серовато-белых, безболезненных, отграниченных от нормальной слизистой оболочки элементов размером 1 × 2 см. При покабливании шпателем налет, покрывающий папулу, снимается, под ним определяется эрозия мяско-красного цвета. При лабораторном исследовании установлена положительная реакция Вассермана (RW). Какой предварительный диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту и какой должна быть дальнейшая</p>		<p>поставлен диагноз сифилис (вторичный период). Дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации должна основываться на том, что лечение пациентов с данным диагнозом проводится в специализированном венерологическом лечебном учреждении здравоохранения по специальным (медикаментозным) схемам. Хирургические вмешательства в виде удаления зубов возможны лишь в период ремиссии заболевания, достигнутой применяемым общим лечением.</p>
--	--	--

<p>тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации?</p>		
<p>Пациент К., 19 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на тупые ноющие боли в области нижней челюсти справа, наличие припухлости правой половины лица в области угла нижней челюсти. Боли усиливаются при глотании и открывании рта. Анамнез болезни. Пациент считает себя больным в течение 2 дней, с момента, когда появились боли в области нижней челюсти справа. Боли носят нарастающий характер. Температура тела по вечерам достигает 37,3 о С. Ранее пациент ничем не болел. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены (0,3 × 0,4 см), болезненны при пальпации, мягкие, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот в пределах физиологической возможности, при этом отмечается болезненность. При осмотре полости рта: зуб 3.8 в стадии прорезывания — визуализируются два медиальных бугра, дистальные покрыты капюшоном слизистой оболочки, которая гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. При</p>	<p>ИД_{ОПК-5}-5.3.</p>	<p>Острый серозный перикоронарит от зуба 3.8.</p>

<p>надавливании на капюшон слизистой оболочки, покрывающей дистальные бугры зуба 3.8, из-под него выделяется серозное отделяемое. Проведение каких дополнительных методов исследования необходимо в данной клинической ситуации? На основании данных клинического осмотра поставьте диагноз.</p>		
--	--	--

Критерии оценивания практических задач

Форма проведения текущего контроля	Критерии оценивания
Решения практической задачи	«5» (отлично) – выставляется за полное, безошибочное выполнение задания
	«4» (хорошо) – в целом задание выполнено, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.
	«3» (удовлетворительно) – допущены отдельные ошибки при выполнении задания.
	«2» (неудовлетворительно) – отсутствуют ответы на большинство вопросов задачи, задание не выполнено или выполнено не верно.

Шкала оценки для проведения зачета с оценкой по дисциплине

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	<ul style="list-style-type: none"> – полно раскрыто содержание материала; – материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности; – продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала; – точно используется терминология; – показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации; – продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков; – ответ прозвучал самостоятельно, без наводящих вопросов; – продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач; – продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы; – допущены одна – две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые исправляются по замечанию.

Хорошо	<ul style="list-style-type: none"> – вопросы излагаются систематизировано и последовательно; – продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер; – продемонстрировано усвоение основной литературы. – ответ удовлетворяет в основном требованиям на оценку «5», но при этом имеет один из недостатков: в изложении допущены небольшие пробелы, не исказившие содержание ответа; допущены один – два недочета при освещении основного содержания ответа, исправленные по замечанию преподавателя; допущены ошибка или более двух недочетов при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляются по замечанию преподавателя.
Удовлетворительно	<ul style="list-style-type: none"> – неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала; – усвоены основные категории по рассматриваемому и дополнительным вопросам; – имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии, исправленные после нескольких наводящих вопросов; – при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, студент не может применить теорию в новой ситуации; – продемонстрировано усвоение основной литературы.
Неудовлетворительно	<ul style="list-style-type: none"> – не раскрыто основное содержание учебного материала; – обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала; – допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов - не сформированы компетенции, умения и навыки, - отказ от ответа или отсутствие ответа

**АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
Б.1.О.38**

«Хирургическая стоматология»

**Основная образовательная программа высшего образования
Специальность 31.05.03 Стоматология (уровень специалитета)**

Общая трудоемкость 9 ЗЕ (324 часа)

Цель: подготовка врача-стоматолога, способного оказать амбулаторную стоматологическую хирургическую помощь пациентам с воспалительными процессами с локализацией в полости рта.

Задачи: освоение принципов организации отделения хирургической стоматологии; освоение методов диагностики, используемых при обследовании больных с различными воспалительными процессами, локализованными в полости рта; освоение студентами методов лечения различных патологических процессов, локализованных в полости рта; овладение практическими навыками необходимыми для лечения воспалительных процессов, локализованных в полости рта; формирование у студентов теоретических и практических умений по хирургическому лечению больных с различными воспалительными процессами в амбулаторно-поликлинических условиях.

Воспитательной задачей является формирование гражданской позиции, активного и ответственного члена российского общества, осознающего свои конституционные права и обязанности, уважающего закон и правопорядок, обладающего чувством собственного достоинства, осознанно принимающего общечеловеческие гуманистические и демократические ценности.

Содержание:

Модуль 1. Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии
Модульная единица 1. Препараты для местного обезболивания.
Модульная единица 2. Методы местного и общего обезболивания в стоматологии.
Модульная единица 3. Потенцированное местное обезболивание. Премедикация.
Модульная единица 4. Подготовка больного к вмешательству при сопутствующих заболеваниях и у лиц пожилого возраста.
Модульная единица 5. Местные и общие осложнения при проведении местного обезболивания.
Модульная единица 6. Неотложные состояния при общесоматических осложнениях.
Модуль 2. Хирургия полости рта
Модульная единица 1. Организация отделения хирургической стоматологии.
Модульная единица 2. Операция удаления зуба.
Модульная единица 3. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей (периодонтит, периостит, одонтогенный остеомиелит).
Модульная единица 4. Болезни прорезывания зубов.
Модульная единица 5. Одонтогенный верхнечелюстной синусит.
Модульная единица 6. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи.
Модульная единица 7. Лимфаденит лица и шеи.
Модульная единица 8. Специфические воспалительные процессы лица и челюстей (актиномикоз, туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция).
Модульная единица 9. Фурункул. Карбункул. Рожистое воспаление лица.
Модульная единица 10. Абсцессы лица и шеи. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения.
Модульная единица 11. Принципы интенсивной терапии.
Модульная единица 12. Клинические проявления абсцессов в зависимости от локализации. Топическая диагностика. Особенности хирургического лечения. Проявления.

Результаты освоения дисциплины:

Знать: топографическую анатомию, этиологию, патогенез и клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; возрастные, гендерные и этнические особенности протекания патологических процессов; состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме; методику сбора анамнеза жизни и

заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; алгоритм постановки диагноза, принципы дифференциальной диагностики, международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах: медицинские показания и противопоказания к проведению мероприятий медицинской реабилитации у пациентов со стоматологическими заболеваниями; этиологию, патогенез, клиническую картину различных воспалительных процессов, локализованных в полости рта: (периодонтита, периостита, остеомиелита, перикоронорита, абсцессов, локализованных в полости рта), требующих хирургического лечения в амбулаторно-поликлинических условиях; развитие возможных местных осложнений на различных этапах операции удаления зуба, их профилактика, клинику, диагностику и лечение данных осложнений; возникновение возможных осложнений после операции удаления зуба в раннем и позднем послеоперационном периоде, их профилактика и методы лечения; методики основных операций ЧЛЮ, показания и противопоказания к данным операциям.

Уметь: определять объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; проводить диагностику острых и хронических одонтогенных воспалительных заболеваний: периодонтита; периостита; остеомиелита; перикоронита; абсцессов, локализованных в полости рта; контролировать эффективность и безопасность; немедикаментозных и медикаментозных методов лечения, предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения; разрабатывать план мероприятий по медицинской реабилитации у пациентов со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; назначать и оценивать результаты дополнительных методов обследования при воспалительных процессах, локализованных в полости рта.

Иметь навык (опыт деятельности): владеть практическим опытом применения естественно-научной терминологии, анализа действия факторов, лежащих в основе жизнедеятельности организма, объяснения наиболее вероятных причин развития патологических процессов проведения диагностики одонтогенных воспалительных заболеваний: периодонтита, периостита, остеомиелита, перикоронита, с учетом МКБ-10 на основе клинических и дополнительных методов исследования; выполнения хирургических операции ЧЛЮ; проведения пальпации регионарных лимфатических узлов челюстно-лицевой области; проведения вскрытия и дренирования абсцесса; оказания неотложной помощи; удаления дренажей и тампонов, снятия швов.

Перечень компетенций, вклад в формирование которых осуществляет дисциплина: ОПК-5; ОПК-6; ПК-2.

Промежуточная аттестация по дисциплине: экзамен в 7 семестре.

