

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30.05.2019г.
протокол № 5.

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ**

**Факультативы
Вариативная часть**

**ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ
ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ (ординатура)
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

**31.08.77 ОРТОДОНТИЯ
Квалификации "Врач-ортодонт"**

Срок обучения: 2 года, 120 з.е.

В основу методической разработки для самостоятельной работы обучающихся по рабочей программе дисциплины (модуля) «**Стоматология ортопедическая**» положены:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.77 ОРТОДОНТИЯ (подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре) утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 августа 2014 г. N 1128

Методическая разработка одобрена на заседании кафедры стоматологии последипломного образования от «29» мая 2019 г., Протокол № 10.

Заведующий кафедрой

стоматологии последипломного образования д.м.н., доцент

С.И. Буланов

Разработчик:

Доцент кафедры

стоматологии последипломного образования к.м.н.

Т.Н. Дубровина

**Информация о языках,
на которых осуществляется образование (обучение) по подготовке кадров высшей
квалификации по ФГОС ВО в ординатуре**

В Частном учреждении образовательной организации высшего образования «Медицинском университете «Реавиз» при обучении по подготовке кадров высшей квалификации по ФГОС ВО в ординатуре образовательная деятельность осуществляется на государственном языке Российской Федерации.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Планируемые результаты освоения дисциплины	Задачи обучения по дисциплине
готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечить общепрофессиональную подготовку врача-ортодонта, включая основы фундаментальных дисциплин, вопросы этиологии, патогенеза, клинических проявлений заболеваний, лабораторных и функциональных исследований, постановки диагноза, определения видов и этапов лечения с учетом современных достижений медицины и профилактики заболеваний. 2. Овладение теоретическими знаниями по вопросам ортопедической стоматологии. 3. Сформировать профессиональные знания, умения, навыки, владения врача с целью самостоятельного ведения больных преимущественно в амбулаторно-поликлинических условиях работы, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. 4. Совершенствовать знания, умения, навыки по диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в области ортопедической стоматологии в целях формирования умения оценки результатов исследований в диагностике, дифференциальной диагностике, прогнозе заболеваний, выборе адекватного лечения. 5. Совершенствовать знания по фармакотерапии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении лечебных препаратов. 6. Сформировать знания об амбулаторно-поликлинической службе как звена организации лечебно-профилактической помощи в системе здравоохранения. Совершенствовать знания и навыки по вопросам профилактики заболеваний, диспансеризации больных с хроническими заболеваниями, принципам реабилитации больных. 7. Совершенствовать знания, умения, навыки по основам организации и оказания неотложной помощи при urgentных состояниях.
готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);	
профилактическая деятельность:	
готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1)	
готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2)	
диагностическая деятельность:	
готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) (ПК-5)	
лечебная деятельность:	
готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи (ПК-7)	
реабилитационная деятельность:	
готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9)	
психолого-педагогическая деятельность:	

<p>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10)</p>	<p>8. Совершенствовать знания основ социальной гигиены и общественного здоровья населения страны, задач здравоохранения страны в области охраны здоровья населения и перспектив развития здравоохранения.</p> <p>9. Сформировать умение оценки основных показателей состояния здоровья населения. Совершенствовать знания по вопросам социально опасных заболеваний (ВИЧ и др.) и их профилактики.</p> <p>10. Совершенствовать знания основ медицинской этики и деонтологии врача, основам медицинской психологии.</p>
--	--

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

План внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся

Название этапа	Содержание этапа	Цель этапа
1. Подготовительный	Изучение материала по теме.	Подготовка обучающихся к работе по теме
2. Практический	<ol style="list-style-type: none"> 1. Решение тестовых заданий. 2. Решений ситуационных задач. 3. Ответы на теоретические и практические вопросы по теме. 	Проверка готовности обучающихся к занятию.
3. Итоговый	<ul style="list-style-type: none"> - Определение списка вопросов преподавателю. - Обсуждение вопросов. - Формулирование выводов по теме 	Обсуждение вопросов, формулирование выводов. Проверка уровня освоения теоретического материала и развитие навыка самостоятельного использования теоретических знаний.

Тема 1. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава

Цель и задачи:

Цель: Уяснить основные положения о заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава.

Задачи:

Обучающая:

- расширение образовательного пространства в области современных представлений о современной стоматологии.
- формирование профессиональных умений и навыков по определению, обработке и анализу сведений о морфологии заболевания, вопросах общей патологии и современных теоретических концепциях и направлениях в медицине; правильная интерпретация и анализ полученных Правильная интерпретация и анализ полученных результатов.

Развивающая:

- способствовать развитию познавательного интереса по предложенной теме;

- создание условий для актуализации и применения знаний по предмету в профессиональной деятельности;
- развитие навыка логического мышления и аргументации самостоятельных решений и выводов;

Воспитательная:

- формирование потребности и способности к последующему самообразованию в профессиональном плане;
- формирование научного мировоззрения по специальности подготовки.
- формирование роли медицинского работника в ряду других сфер деятельности.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 6 часов

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Контрольные вопросы:

1. Классификации парафункций жевательных мышц. Основные клинические формы.
2. Клиника и дифференциальная диагностика бруксизма. Современные представления о патогенезе.
3. Ортопедическое лечение парафункций жевательных мышц. Особенности и современные методы. Современные методы диагностики парафункций жевательных мышц. Методы и аппаратура.
4. Роль парафункций жевательных мышц в клинике хронического генерализованного пародонтита и мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.
5. Этиология и клиника заболеваний ВНЧС. Классификации заболеваний ВНЧС
6. Анатомия и физиология височно-нижнечелюстного сустава. Биомеханика и функция ВНЧС.
7. Мышечно-суставная дисфункция ВНЧС. Этиология и патогенез. Рентген-диагностика заболеваний ВНЧС. Методы визуализации ВНЧС, преимущества и недостатки методов.
8. Ортопедическое лечение мышечно-суставной дисфункции. Современные концепции.
9. Методы лечения заболеваний ВНЧС. Особенности лечения при болевом синдроме в ВНЧС.

Примеры тестовых заданий

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Каким путем распространяется инфекция в височно-нижнечелюстной сустав

- 1) контактным;
- 2) лимфогенным;
- 3) гематогенным;
- 4) контактным и гематогенным;
- 5) контактным, гематогенным, лимфогенным.

Правильный ответ: 4

2. Клиническая симптоматика, характерная для острого артрита височно-нижнечелюстного сустава

- 1) ноющие боли в суставе, усиливаются при движении нижней челюсти, усиливаются при приеме твердой пищи и открывании рта, головная боль, головокружение;
- 2) резкие боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти;
- 3) постоянные боли, при покое нижней челюсти боли уменьшаются, ограничение открывания рта, впереди козелка уха болезненность, слабость, недомогание;
- 4) хруст, крепитация, боли в суставе, смещение челюсти при открывании рта, ограничение открывания рта, головная боль, головокружение

Правильный ответ: 3

3. Длительность течения острого артрита:

- 1) 1-2 недели;
- 2) 1 месяц;
- 3) 2-3 месяца;
- 4) 4-5 месяцев;
- 5) 6-7 месяцев;
- 6) до 1 года.

Правильный ответ: 3

4. Для ревматоидного артрита височно-нижнечелюстного сустава характерно:

- 1) одностороннее поражение;
- 2) двустороннее поражение;
- 3) в равной степени встречается как одностороннее, так и двустороннее.

Правильный ответ: 2

5. Для контактного артрита височно-нижнечелюстного сустава характерно:

- 1) одностороннее поражение;
- 2) двустороннее поражение;
- 3) в равной степени встречается как одностороннее, так и двустороннее.

Правильный ответ: 1

6. Характерная рентгенологическая картина острого артрита височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) всегда наблюдается расширение суставной щели;
- 2) обычно изменений нет, редко наблюдается расширение суставной щели,
- 3) вначале наблюдается расширение суставной щели, а через неделю ее сужение;
- 4) наблюдается сужение суставной щели

Правильный ответ: 2

7. Первичный артроз височно-нижнечелюстных суставов возникает при:

- 1) потере премоляров и моляров;
- 2) как исход травматических повреждений челюсти;
- 3) как исход других заболеваний (эндокринных и др.).

Правильный ответ: 1

8. Рентгенологическая симптоматика хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) изменений нет;
- 2) расширение суставной щели,
- 3) сужение суставной щели;
- 4) расширение или сужение суставной щели, остеопороз.

Правильный ответ: 4

9. Артриты у детей возникают чаще на почве:

- 1) одонтогенных кист нижней челюсти;
- 2) остеомиелитов ветви нижней челюсти,
- 3) опухолей нижней челюсти;
- 4) лимфаденитов околоушно-жевательной области.

Правильный ответ: 2

10. Могут ли хрящевые элементы сустава погибать при возникновении вторичных артритов у детей:

- 1) нет, не погибают;
- 2) крайне редко погибают;
- 3) могут погибать;
- 4) практически погибают всегда.

Правильный ответ: 3

11. При фиброзном анкилозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически суставная щель:

- 1) неразличима;
- 2) едва различима;
- 3) резко расширена.

Правильный ответ: 2

12. При костном анкилозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически суставная щель:

- 1) неразличима;
- 2) едва различима;
- 3) резко расширена.

Правильный ответ: 1

13. Укорочение и утолщение шейки нижней челюсти наблюдается при следующих заболеваниях ВНЧС:

- 1) остром артрите;
- 2) хроническом артрите;
- 4) вторичном артрите;
- 5) артрозе;
- 6) ревматоидном артрите.

Правильный ответ: 4

14. Неоартроз - это:

- 1) злокачественная опухоль в области височно-нижнечелюстного сустава;
- 2) доброкачественная опухоль в области височно-нижнечелюстного сустава;
- 3) патологическое сочленение, выполняющее роль сустава;
- 4) внутрисуставной костный анкилоз;
- 5) внутрисуставной фиброзный анкилоз;
- 6) внесуставной анкилоз.

Правильный ответ: 3

15. Анкилоз - это:

- 1) стойкое ограничение движения в суставе;
- 2) отсутствие движения в суставе;
- 3) периодически появляющаяся боль и ограничение движения в суставе.

Правильный ответ: 2

16. Контрактура - это:

- 1) стойкое ограничение движения в суставе;
- 2) отсутствие движения в суставе;
- 3) периодически появляющаяся боль и ограничение движения в суставе.

Правильный ответ: 1

17. Анкилоз бывает:

- 1) только внутрисуставной;
- 2) внутри- и внесуставной;
- 3) только внесуставной.

Правильный ответ: 2

18. Внутрисуставной анкилоз ВНЧС бывает:

- 1) только фиброзным,
- 2) только костным;
- 3) фиброзным и костным.

Правильный ответ: 3

19. При лечении вывиха и подвывиха можно использовать следующие аппараты:

- 1) Петросова;
- 2) Померанцевой–Урбанской;
- 3) Ядровой;
- 4) все перечисленные.

Правильный ответ: 4

20. Контрактура обусловлена:

- 1) внесуставными изменениями;
- 2) внутрисуставными изменениями;
- 3) как вне-, так и внутрисуставными изменениями.

Правильный ответ: 1

21. От чего зависят особенности лечения артрита?:

- 1) от формы клинического течения;
- 2) от этиологии (причины);
- 3) от наличия жевательных зубов на нижней челюсти;
- 4) от формы клинического течения и причины заболевания;
- 5) от всех ранее перечисленных факторов.

Правильный ответ: 4

22. Ограничитель открывания рта применяется для лечения:

- 1) мышечно-суставной дисфункции
- 2) привычного вывиха ВНЧС
- 3) хронического артрита
- 4) артроза ВНЧС

Правильный ответ: 2

23. Причиной щелчка в височно-нижнечелюстном суставе в начальной фазе открывания рта является:

- 1) вывих и подвывих височно-нижнечелюстного сустава
- 2) гипертонус медиальной крыловидной мышцы
- 3) снижение высоты нижнего отдела лица и дистальное смещение головок нижней челюсти

4) деформация межсуставного диска

Правильный ответ: 3

24. Основными принципами ортопедического лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти являются:

1) лечение основного заболевания

2) нормализация высоты нижнего отдела лица или межальвеолярного расстояния при его нарушениях

3) протезирование полости рта

4) вправление вывиха и создание препятствия для широкого открывания рта протезирование полости рта

Правильный ответ: 4

25. Для чего накладывается резиновая прокладка при создании покоя в височно-нижнечелюстном суставе у больных с артритами?

1) для профилактики вывиха;

2) для профилактики подвывиха;

3) для профилактики контрактуры;

4) для профилактики анкилоза;

5) для уменьшения боли и отека.

Правильный ответ: 4

Ситуационные задачи

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.

Ситуационная задача № 1

Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.

Вопросы и задания:

1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Опишите клинико-рентгенологическую картину.

5. Методы лечения в данном случае?

Ответ

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.

2. Для постановки диагноза и составления плана лечения необходимо провести рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.

3. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с мышечной контрактурой, деформирующим артрозом и анкилозом ВНЧС.

4. Клинически отмечается искривление нижнего отдела лица за счет деформации и уменьшения в размерах правой половины нижней челюсти. Средняя линия подбородка смещена вправо. На коже щечной и поднижнечелюстной областей ряд втянутых рубцов. При обследовании движений головок ВНЧС через наружные слуховые проходы слева отмечаются слабые движения, справа - движения отсутствуют. Прикус перекрестный. При рентгенологическом обследовании ВНЧС справа и слева (для сравнения), слева отмечается суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок хорошо контурированы. Справа суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок слиты в единый кост-

ный массив, полулунная вырезка ветви нижней челюсти резко сужена, ветвь челюсти укорочена, угол челюсти деформирован в виде шпоры.

5. Консервативное лечение – механотерапия, физиолечение с гидрокортизоном и лидазой. Хирургическое лечение – остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви н/ч с интерпозицией между фрагментами мягких тканей с целью формирования ложного сустава, артропластика ортотопическим гомотрансплантатом или имплантатом.

Ситуационная задача № 2

Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

Вопросы и задания:

1. О каких видах патологии ВНЧС можно думать?
2. Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Опишите возможные варианты лечения.
4. В какой последовательности должна проводиться санация полости рта?
5. Какой вид обезболивания можно применить при оперативном лечении в данном случае?

Ответ

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.
2. Рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.
3. При лечении фиброзного анкилоза ВНЧС возможны варианты:
4. Консервативного лечения - активная механотерапия аппаратами типа Дарсисака, физиолечение с гидрокортизоном или лидазой, но эта попытка может быть малоэффективной. Необходимы хирургические методы лечения. Выбор хирургического метода лечения зависит степени и возможности открывания рта, характера деформации и размеров нижней челюсти. Мы стремимся к созданию нового или ложного сустава ближе к естественному, а также восстановлению нормального прикуса. Для этого осуществляется остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви нижней челюсти с интерпозицией между фрагментами мягких тканей круглого стебельчатого лоскута (его соединительнотканной основы - метод Лимберга), интерпозиция с помощью колпачков, обработка концов фрагментов по Великановой. Однако методом выбора в настоящее время является артропластика ортотопическим гомотрансплантатом нижней челюсти - суставной головки вместе с ветвью челюсти, что позволяет одномоментно восстановить сустав и удлинить ветвь челюсти (по Н.А.Плотникову):

– хирургическое лечение анкилоза ВНЧС,

– консультация ортодонта,

– терапевтическое и хирургическое лечение зубов,

– ортодонтическое и (или) ортопедическое лечение.

Проводниковая анестезия внеротовым доступом или общее обезболивание

Ситуационная задача № 3

Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которая возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, затем боль. Объективно; гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные лабораторные методы обследования.
3. Предложите план лечения.
4. Назначьте медикаментозное лечение.
5. Показана ли физиотерапия этой больной?

Ответ

1. Острый артрит ВНЧС справа.
2. Рентгенография ВНЧС, анализ крови на наличие ревматоидных факторов
3. Для снятия воспалительных явлений назначается антибактериальная терапия, после стихания воспалительных явлений физиотерапия. Щадящая диета.
4. Противовоспалительная, антибактериальная, антигистаминная медикаментозная терапия.
5. Не показана. Физиотерапевтическое лечение возможно проводить после стихания острых воспалительных процессов.

Ситуационная задача № 4

Больная П., 23 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?
4. Предложите план лечения.
5. Назовите возможные осложнения заболевания.

Ответ

1. Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.
2. Анализ крови на наличие ревматоидных факторов. Рентгенография ВНЧС.
3. Необходима консультация ревматолога.
4. Противовоспалительная терапия (НПВС), физиотерапия, мазовые повязки.
5. При отсутствии лечения возможно возникновение анкилоза ВНЧС.

Ситуационная задача № 5

Больная А. 1978 г.р., обратилась с жалобами на боли в области правого височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), затруднение открывания рта.

An. morbi: Больна около недели когда появились боли при открывании рта и боли иррадирующие по ходу нижнечелюстного нерва, обратилась в поликлинику по месту жительства, где с целью санации удалены зубы 48 и 44. Улучшения не наступало.

St. praesens communis: Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 120/80 мм рт. ст. Пульс – 80 уд. в мин. Дыхание везикулярное ЧДД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Стул и диурез не нарушены.

St. localis: Контуры лица не изменены. Открывание рта затруднено, болезненно. Пальпация в области правого ВНЧС, болезненная. При движениях н/челюсти отмечается «хруст» и пощелкивание в области правого ВНЧС. В полости рта отмечается частичная вторичная адентия нижней и верхней челюсти.

Задание:

- 1) оцените общее состояние больного,
- 2) какое дообследование необходимо провести?

- 3) поставьте диагноз,
- 4) обоснуйте диагноз,
- 5) назначьте лечение.

Ответ:

1. Состояние удовлетворительное;
2. Рентген, томограмма ВНЧС, ОАК, аксиография;
3. Обострение хронического артрита ВНЧС справа;
4. Жалобы на боли в области правого ВНЧС, затруднение открывания рта. Пальпация в области правого ВНЧС болезненна. При движениях н/ч отмечается «хруст» и пощёлкивание в области правого ВНЧС, в полости рта отмечается частичная вторичная адентия н/ч и в/ч;
5. Противовоспалительная терапия (АБ, салицилаты, антигистамин), санация полости рта, протезирование

Тема 2. Пародонт-функционально-тканевой комплекс. Заболевания пародонта

Цель и задачи:

Цель: Уяснить основные положения о пародонт-функционально-тканевом комплексе, заболеваниях пародонта.

Задачи:

Обучающая:

- расширение образовательного пространства в области современных представлений о современной стоматологии.
- формирование профессиональных умений и навыков по определению, обработке и анализу сведений о морфологии заболевания, вопросах общей патологии и современных теоретических концепциях и направлениях в медицине; правильная интерпретация и анализ полученных Правильная интерпретация и анализ полученных результатов.

Развивающая:

- способствовать развитию познавательного интереса по предложенной теме;
- создание условий для актуализации и применения знаний по предмету в профессиональной деятельности;
- развитие навыка логического мышления и аргументации самостоятельных решений и выводов;

Воспитательная:

- формирование потребности и способности к последующему самообразованию в профессиональном плане;
- формирование научного мировоззрения по специальности подготовки.
- формирование роли медицинского работника в ряду других сфер деятельности

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 6 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Контрольные вопросы:

1. Диагностика болезней пародонта.
2. Особенности клинического обследования при болезнях пародонта. Анамнез. Наследственные факторы.
3. Системные заболевания. Режим питания. Оценка качества гигиены полости рта.

Обследование:

4. Лицевые признаки. Осмотр полости рта.
5. Преддверие полости рта. Состояния прикуса. Окклюдограмма.Зубочелюстные аномалии.
6. Деформации зубных рядов и окклюзионной поверхности. Состояние зубов и зубных рядов.
7. Антропометрическое исследование диагностических моделей челюстей.Функциональные методы исследования. Выявление дефлекторов; выявление блокирующих моментов при артикуляционных положениях нижней челюсти.
8. Выявление симптомов дисфункций мышц и суставов. Маркировка супраконтактов копировальной бумаги.
9. Специальные методы обследования пародонта. Оценка дентальных рентгенограмм.
10. Оценка ортопантограмм. Оценка томограмм.
11. Парадонтальные индексы. Интерпретация данных.
12. Подвижности зубов, кровоточивость десен.
13. Глубины зубодесневых карманов.Стойкости капилляров.Жевательной мощности.Жевательной эффективности. Одонтопародонтография.
14. Реонародонтография. Клиника болезней пародонта.
15. Функциональная перегрузка пародонта.
16. Перестройка тканей пародонта при перегрузке.
17. Окклюзионный травматический синдром.
18. Первичная, вторичная и комбинированная травматическая окклюзии.Факторы, осложняющие заболевания пародонта. Зубочелюстные аномалии.
19. Дефекты коронок и зубных рядов.
20. Парафункция жевательных мышц и языка.
21. Неравномерная стираемость твердых тканей зубов.
22. Нерациональное зубное протезирование.
23. Нерациональное ортодонтическое лечение.
24. Ортопедические методы в комплексном лечении заболеваний пародонта.Значение ортопедического лечения заболеваний пародонта.Роль ортопедических мероприятий в общем комплексе лечения.
25. Объем и последовательность ортопедических вмешательств.Окклюзионная реабилитация.
26. Ортодонтическая подготовка. Применение лечебных аппаратов. Избирательная пришлифовка зубов.
27. Шинирование. Временные шины. Постоянные шины. Несъемные шинирующие конструкции.
28. Интрадентальные шины. Парапальпаторные шины.
29. Съёмные протезы шинирующего типа.
30. Диспансеризация больных после комплексного лечения заболеваний пародонта.
31. Составление индивидуальных карт для изучения отдаленных результатов заболеваний пародонта.

Примеры тестовых заданий

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9,ПК-10.

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Положение лигатуры, укрепляющей на зубном ряду шину Тигерштедта:

- 1) выше экватора;
- 2) на уровне экватора;
- 3) ниже экватора;
- 4) у шейки зуба.

Правильный ответ: 4

2. Через какой срок после травмы возникает оссифицирующий миозит?

- 1) 1-2 недели;
- 2) 1 месяц;
- 3) 1,5-2 месяца;
- 4) не ранее, чем через 6 месяцев;
- 5) не ранее, чем через 1 год;
- 6) через 2 и более года.

Правильный ответ: 3

3. Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти:

- 1) ЭОД
- 2) биопсия
- 3) рентгенография
- 4) радиоизотопное исследование
- 5) цитологическое исследование

Правильный ответ: 3

4. Под действием тяги мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит:

- 1) книзу и кзади
- 2) кверху и вперед
- 3) медиально и вперед
- 4) латерально и кверху
- 5) сагиттально и кверху

Правильный ответ: 1

5. Под действием тяги жевательных мышц смещение малого фрагмента нижней челюсти при ангулярном переломе происходит:

- 1) книзу и кзади
- 2) кверху и вперед
- 3) медиально и вперед
- 4) латерально и кверху
- 5) сагиттально и вниз

Правильный ответ: 4

6. Под действием тяги мышц смещение центрального фрагмента нижней челюсти при двустороннем ангулярном переломе происходит:

- 1) книзу и кзади
- 2) кверху и вперед
- 3) медиально и вперед
- 4) латерально и кверху
- 5) сагиттально и вниз

Правильный ответ: 1

7. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о:

- 1) переломе нижней челюсти
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) суборбитальном переломе верхней челюсти
- 4) переломе альвеолярного отростка верхней челюсти

5) переломе костей носа

Правильный ответ: 2

8. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:

- 1) отрыве альвеолярного отростка
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) суборбитальном переломе верхней челюсти
- 4) переломе мышцелкового отростка
- 5) переломе костей носа

Правильный ответ: 2

9. Когда применяется шина Порта?

- 1) при переломах челюстей с недостаточным количеством зубов;
- 2) суббазальных переломах в/ч со смещением;
- 3) при переломах беззубых челюстей без смещения.

Правильный ответ: 3

10. Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

- 1) ликворея
- 2) кровотечение из носа
- 3) патологическая подвижность нижней челюсти
- 4) патологическая подвижность верхней челюсти
- 5) кровотечение из наружного слухового прохода

Правильный ответ: 1

11. Осложнение воспалительного характера при переломах челюстей:

- 1) периостит
- 2) фурункулез
- 3) рожистое воспаление
- 4) нагноение костной раны
- 5) актиномикоз

Правильный ответ: 4

12. Характерный симптом при одностороннем переломе мышцелкового отростка нижней челюсти:

- 1) открытый прикус
- 2) кровотечение из носа
- 3) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- 4) изменение прикуса моляров со стороны перелома
- 5) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

Правильный ответ: 5

13. Характерный симптом при двустороннем переломе мышцелкового отростка нижней челюсти:

- 1) открытый прикус
- 2) кровотечение из носа
- 3) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- 4) изменение прикуса моляров со стороны перелома
- 5) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

Правильный ответ: 1

14. Какими аппаратами можно провести репозицию отломков?

- 1) стандартный аппарат Збаржа;

- 2) шина Тигерштедта с зацепными петлями;
- 3) гладкая проволочная шина;
- 4) шина Васильева;
- 5) всеми перечисленными.

Правильный ответ: 5

15. После наложения бимаксиллярных шин с зацепными петлями резиновые кольца (тягу) меняют:

- 1) ежедневно
- 2) ежемесячно
- 3) еженедельно
- 4) 3 раза в месяц
- 5) 2 раза в неделю

Правильный ответ: 3

16. Когда применяется зубнадесневая шина Вебера

- 1) при переломах н/ч со смещением отломков и наличием 2–3 устойчивых зубов на отломках;
- 2) при переломах н/челюсти в пределах зубного ряда без смещения, для долечивания переломов при снятии межчелюстной тяги;
- 3) при переломах нижней челюсти со смещением и наличии 4–5 устойчивых зубов на отломках

Правильный ответ: 2

17. Основной симптом перелома костей носа:

- 1) гематома
- 2) подкожная эмфизема
- 3) затруднение носового дыхания
- 4) патологическая подвижность костей носа
- 5) кровотечение из носовых ходов

Правильный ответ: 4

18. Симптомы перелома скуловой кости:

- 1) гематома скуловой области
- 2) деформация носа, гематома
- 3) симптом «ступени», диплопия
- 4) кровоизлияние в нижнее веко
- 5) кровотечение из носа, головокружение

Правильный ответ: 3

19. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости:

- 1) гематома
- 2) смещение отломков
- 3) воспалительная реакция
- 4) травма жевательных мышц
- 5) артрит височно-нижнечелюстного сустава

Правильный ответ: 2

20. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости:

- 1) травма глазного яблока
- 2) воспалительная реакция
- 3) смещение глазного яблока
- 4) травма зрительного нерва
- 5) интраорбитальная гематома

Правильный ответ: 3

21. Когда применяется шина Гунинга

- 1) при переломах беззубых челюстей;
- 2) переломах челюстей с одиночно стоящими зубами без смещения;
- 3) при двухсторонних переломах челюстей с достаточным количеством опорных зубов.

Правильный ответ: 2

22. Иммобилизация отломков лицевого скелета у больных с сочетанными кранио-фациальными повреждениями необходимо проводить:

- 1) как можно раньше после травмы;
- 2) не ранее, чем через 3-4 дня после травмы;
- 3) не ранее, чем через 7 дней после травмы;
- 4) не ранее, чем через 14 дней после травмы

Правильный ответ: 1

23. С какой целью применяется нёбная пластинка при оперативных вмешательствах пластики нёба

- 1) с целью защиты раневой поверхности от внутрибольничной инфекции;
- 2) для удержания тампонов, используемых после оперативного вмешательства;
- 3) для защиты раны и перемещенных лоскутов нёба от влияния среды полости рта и прижатия лоскутов нёба к его костям, а также для формирования нёбного свода.

Правильный ответ: 3

24. Для профилактики стойкой контрактуры жевательных мышц в комплекс лечения больных с переломами челюстей включают:

- 1) антибиотикотерапию;
- 2) витаминотерапию,
- 3) иммунотерапию
- 4) лечебную физкультуру;
- 5) дыхательные упражнения.

Правильный ответ: 4

25. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

- 1) напоить раненого
- 2) наложить повязку
- 3) перенести в укрытие
- 4) оформить медицинскую карточку
- 5) временная остановка кровотечения

Правильный ответ: 5

Ситуационные задачи

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.

Ситуационная задача №1.

В клинику обратился больной 28 лет с жалобами на боль в области тела нижней челюсти справа, усиливающиеся при ее движении, жевании, неправильное смыкание зубов.

Из анамнеза: 5 часов назад избит неизвестными, сознание не терял, рвоты, тошноты не было, ретроградной амнезии не определяется.

Общее состояние больного удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 76 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Травматических повреждений опорно-двигательного аппарата не выявлено.

При наружном осмотре челюстно-лицевой области определяется нарушение конфигурации лица, за счет травматического отека мягких тканей в области тела нижней челюсти справа. При открывании рта подбородок смещается вправо от средней линии.

При осмотре полости рта обнаружен разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка между 46 и 45. 45 розового цвета, перкуссия резко болезненна. Перелом коронки 44 со вскрытием полости зуба, пульпа зияет, резкая боль при зондировании. Бугорковый контакт жевательных зубов нижней челюсти справа, в центральном отделе нижней челюсти контакт между зубами антагонистами отсутствует.

Зубная формула

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	С		Р											П	

На ОПГ определяется линия просветления тела нижней челюсти между 46 и 45, и линия просветления в косом направлении корня 44.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. За счет каких мышц произошло смещение отломков?
3. Назовите консервативные методы иммобилизации отломков.
4. Определите объем стоматологического вмешательства.
5. Укажите оптимальные сроки и метод протезирования.

Ответ.

1. Перелом тела нижней челюсти справа между 46 и 45. Косой перелом корня, острый травматический периодонтит 45. Перелом коронки, острый травматический пульпит 44
2. Меньший отломок смещается вверх под действием мышц, поднимающих нижнюю челюсть, и внутрь за счет медиальной крыловидной мышцы. Большой отломок сместится вниз под действием мышц, опускающих нижнюю челюсть, и собственной массы и в сторону перелома под действием одностороннего сокращения латеральной крыловидной мышцы и частично медиальной, а также мышц дна полости рта.
3. Назубные шины: гнутые проволочные шины Тигерштедта, ленточная шина Васильева. Назубно-десневые шины.
4. Местное обезболивание, удаление 45, депульпирование 44, шинирование.
5. После консолидации отломков костной ткани в области перелома изготовить мостовидный протез с опорой на коронку 46 и штифтовую вкладку 44.

Ситуационная задача №2.

Больной 65 лет после длительного лечения зуба под анестезией не может закрыть рот.

Из анамнеза: направлен на депульпирование 27 при подготовке к протезированию. После анестезии долго сидел с широко открытым ртом, так как хотел закончить лечение в одно посещение. При попытке закрыть рот появилась резкая боль в височно-нижнечелюстных суставах.

При пальпации переднего края ветви нижней челюсти со стороны полости рта пальпируется сместившийся кпереди венечный отросток. Прикус открытый. На боковой рентгенограмме черепа определяются головки нижней челюсти, расположенные на переднем скате суставного бугорка.

Зубная формула:

О	О										О	О			О
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

О	О						О	О					О	О	О
---	---	--	--	--	--	--	---	---	--	--	--	--	---	---	---

27 выдвинут, на жевательной поверхности трепанационное отверстие, в полости зуба – тампон с запахом гвоздичного масла, раскрыты устья каналов. На внутриротовой рентгенограмме щечные корни 27 искривлены, каналы облитерированы в околоверхушечной трети.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. В чем тактическая ошибка врача?
3. Окажите неотложную помощь.
4. Как спланировать лечение 27?
5. Выберите рациональные ортопедические конструкции.

Ответ.

1. Двусторонний передний вывих нижней челюсти. Феномен Попова – Годона 27.
2. С учетом возраста и состояния зубо-челюстного аппарата (отсутствие жевательных зубов) врач не должен был перегружать ВНЧС, спланировать лечение 27 поэтапно.
3. Вправление вывиха методом Гиппократа, подбородочная праща на 2-3 недели. Щадящий режим откусывания и жевания. Согревающие компрессы на область суставов с 3-х суток. При повторных вывихах применение ортопедических аппаратов, ограничивающих открывание рта (Петросова, Бургундского и Ходоровича и др.)
4. 1 посещение: обезболивание, трепанация, ампутация пульпы. Раскрытие устьев каналов, девитализация корневой пульпы. Повязка. 2 посещение: удаление повязки, хемомеханическое прохождение, расширение каналов, трансканальный электрофорез с препаратами йода при неполной проходимости каналов. Пломбирование проходимой части каналов, повязка. Рентгенологический контроль. 3 посещение: замена повязки на пломбу.
5. Изготовление коронок на опорные зубы, бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти.

Ситуационная задача №3.

Больная б. 38 лет. Жалобы: на боль в области правой половины нижней челюсти. Из анамнеза: боль появилась после падения и удара. Объективно: открывание рта болезненно, окклюзионные соотношения нарушены. При пальпации альвеолярного отростка в области дефекта зубного ряда 44, 45 отмечается незначительная подвижность отломков. На рентгенограмме определяется линия перелома в области дефекта зубного ряда между 44, 45.

Задания

1. Укажите шину, которую необходимо использовать в данном случае?
2. Опишите конструкционные особенности шины.
3. Каковы особенности гигиены полости рта при шинировании.

Ответ:

1. Шина Тигерштедта с распоркой.
2. Проволочная шина с распоркой используется при линейных переломах нижней челюсти, расположенных в пределах зубного ряда (от центральных резцов до премоляров), при переломах альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей (на неповрежденном участке челюсти должно быть не менее 3-х устойчивых зубов с каждой стороны), при переломах и вывихах зубов. Она ставится, если в районе травмы коронки не сохранились, а сам перелом проходит по альвеолярной части. Особенностью постановки этой шины является расположение распорки в участке перелома. Распорочный изгиб располагается всегда только в участке перелома челюсти. Края распорочного изгиба упираются в соседние зубы (во избежание смещения отломков), а глубина его должна соответствовать ширине боковой поверхности зуба, расположенного по краю дефекта.
3. Больного надо обучить уходу за полостью рта.

- пациент должен полоскать рот антисептиками не только после каждого приема пищи, но и в промежутках между едой и перед сном. Больной может самостоятельно несколько раз в сутки промывать и орошать полость рта антисептиками с помощью ирригатора.
- больной должен чистить зубы зубной пастой и щеткой, с помощью ёршика извлекать оставшиеся после чистки щеткой остатки пищи. Кроме того, указательным пальцем пациент должен несколько раз в сутки массировать десны. Отсутствие неприятного запаха изо рта является признаком правильного гигиенического ухода.

Ситуационная задача №4.

Больной о. 26 лет обратился за помощью в клинику ортопедической стоматологии. Диагноз: перелом альвеолярного отростка без смещения в области 14, 15, 16. Объективно: зубные ряды интактны, зубы устойчивы.

Задания:

1. Укажите шину, которую рационально использовать в данном случае.
2. Опишите методику изготовления шины, показания к её использованию.
3. Назовите правила наложения шин и критерии правильности их установки.

Ответ:

1. Шина Тигерштедта с зацепными петлями
2. Шина с зацепными петлями производят под углом 90 или 45 градусов. Этот метод позволяет устранить перелом нижней челюсти со смещением и без. Если нарушается целостность верхней челюсти, возникает необходимость ношения повязки (пращевидной). На шине делают пять или шесть петель, длина которых составляет от 3 до 4 мм. Их располагают на четных зубных единицах. На крючки надевают резиновые трубки, которые меняют каждые шесть дней. Лигатуры подтягивают периодически с интервалом 2 дня.
3. Наложение ортопедических конструкций, независимо от их вида, происходит с соблюдением следующих правил:
 - манипуляцию проводят после введения местных анестезирующих средств;
 - для уменьшения выработки слюны выполняется подкожная инъекция Атропина;
 - конструкцию начинают изгибать с левой стороны;
 - конструкция изгибается вне ротовой полости;
 - по врачебной договорённости лигатурную проволоку скручивают только по часовой стрелке. Основные критерии, которые свидетельствуют, что ортопедическая конструкция установлена правильно:
 - имеет расположение на шейке;
 - соприкасается с каждым зубом (хотя бы в одной точке);
 - повторяет очертания зубного ряда; не пружинит;
 - несмотря на контакт с десневыми сосочками, они не травмируются.

Ситуационная задача №5.

Больной 50 лет. Диагноз: срединный перелом нижней челюсти с образованием ложного сустава. Объективно: дефекты зубных рядов в областях 38, 32, 31, 41, 42, 48. Остальные зубы интактны, устойчивы. Видимого смещения отломков не наблюдается. На рентгенограмме дефекты костной ткани до 1 см.

Задания:

1. Укажите протез, показанный в данном случае для лечения.
2. Укажите конструкционные особенности протеза.

Ответ:

1. Пластиночный протез с шарниром Оксмана.
2. И. М. Оксман предложил конструкции пластиночных протезов с одно- и двусуставным соединением частей. Протез с одно-суставным соединением изготавливают следующим образом: на отломки готовят протезы с кламмерами, а затем в области дефекта укрепляют шарнирное приспособление. Оно состоит из стержня, укрепленного одним концом в часть

протеза на большом отломке. На противоположном конце стержня припаивают шарик. После введения частей протеза в полость рта шарик на стержне попадает в соответствующее ложе, заполненное амальгамой на противоположном протезе. После этого больного просят двигать челюстью в разные стороны. Во время этих движений формируется адекватное ложе для шарика. Заканчивают изготовление протеза после затвердения амальгамы.

Тема 3. Премедикация, обезболивание и реанимация в стоматологической практике

Цель и задачи:

Цель: Уяснить основные положения о методах премедикации, обезболивания и реанимации в стоматологической практике.

Задачи:

Обучающая:

- расширение образовательного пространства в области современных представлений об ортопедической стоматологии.
- формирование профессиональных умений и навыков по определению, обработке и анализу сведений о морфологии заболевания, вопросах общей патологии и современных теоретических концепциях и направлениях в медицине; правильная интерпретация и анализ полученных Правильная интерпретация и анализ полученных результатов.

Развивающая:

- способствовать развитию познавательного интереса по предложенной теме;
- создание условий для актуализации и применения знаний по предмету в профессиональной деятельности;
- развитие навыка логического мышления и аргументации самостоятельных решений и выводов;

Воспитательная:

- формирование потребности и способности к последующему самообразованию в профессиональном плане;
- формирование научного мировоззрения по специальности подготовки.
- формирование роли медицинского работника в ряду других сфер деятельности.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 6 часов

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Контрольные вопросы:

1. Местное обезболивание.
2. Виды местного обезболивания и методы его проведения.
3. Неотложные состояния в условиях стоматологического приема.
4. Обморок
5. Коллапс
6. Шок
7. Показания для премедикации.
8. Расчет доз лекарств.
9. Психоэмоциональная коррекция поведенческой реакции.

10. Особенности проведения обезболивания в стоматологической практике

Примеры тестовых заданий

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.

Выберите один или несколько правильных ответов

1. К проводниковым методам обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

- 1) торусальная
- 2) мандибулярная
- 3) туберальная
- 4) у ментального отверстия
- 5) верно 1) и 4)

Правильный ответ: 3

2. Во сколько раз ультракаин по силе обезболивания эффективнее новокаина:

- 1) не эффективнее;
- 2) в 2 раза;
- 3) в 3-4 раза
- 4) в 5-6 раз;
- 5) в 7-10 раз.

Правильный ответ: 4

3. Для одновременного выключения нижелуночкового, щечного и язычного нервов применяется анестезия:

- 1) у большого небного отверстия
- 2) мандибулярная
- 3) туберальная
- 4) торусальная
- 5) у резцового отверстия

Правильный ответ: 4

4. К проводниковому методу обезболивания на нижней челюсти относится анестезия:

- 1) инфраорбитальная
- 2) торусальная
- 3) туберальная
- 4) у резцового отверстия
- 5) у большого небного отверстия

Правильный ответ: 2

5. При мандибулярной анестезии выключаются нервы:

- 1) щечный
- 2) щечный и нижний луночковый
- 3) нижний луночковый и язычный
- 4) язычный и щечный
- 5) щечный, язычный и нижний луночковый

Правильный ответ: 3

6. При торусальной анестезии выключаются нервы:

- 1) язычный
- 2) язычный и щечный
- 3) щечный и нижний луночковый

- 4) нижний луночковый и язычный
 - 5) язычный, нижний луночковый и щечный
- Правильный ответ: 5

7. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

- 1) торусальная
- 2) мандибулярная
- 3) у большого небного отверстия
- 4) у ментального отверстия
- 5) верно 1) и 4)

Правильный ответ: 3

8. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

- 1) мандибулярная
- 2) туберальная
- 3) ментальная
- 4) торусальная
- 5) верно 2) и 4)

Правильный ответ: 2

9. Основным методом местного обезболивания при удалении временных зубов верхней челюсти является анестезия:

- 1) туберальная
- 2) инфраорбитальная
- 3) инфильтрационная
- 4) внутрикостная
- 5) верно 1) и 3)

Правильный ответ: 3

10. Адреналин в раствор анестетика не рекомендуется добавлять при проведении анестезии детям до:

- 1) трех лет
- 2) пяти лет
- 3) семи лет
- 4) восьми лет
- 5) десяти лет

Правильный ответ: 2

11. Операцию на уздечке языка проводят под местной анестезией:

- 1) мандибулярной
- 2) торусальной
- 3) инфильтрационной
- 4) верно 1) и 3)
- 5) верно 2) и 3)

Правильный ответ: 3

12. При добавлении адреналина к анестетику анестезия действует:

- 1) быстрее и сильнее
- 2) сильнее и медленнее
- 3) медленнее и слабее

4) слабее и быстрее

5) быстрее

Правильный ответ: 2

13. Потеря чувствительности под влиянием местных анестетиков связана с:

1) активацией калиевых каналов

2) активацией кальциевых каналов

3) блокадой натриевых каналов

4) повышением проницаемости мембран для ионов натрия

Правильный ответ: 3

14. Противопоказанием к проведению операции в поликлинике под наркозом является:

1) заболевание ЦНС

2) острая респираторно-вирусная инфекция

3) болезнь Дауна

4) спазмофилия

5) верно 3) и 4)

Правильный ответ: 2

15. Потеря сознания, редкий, слабого наполнения пульс, бледность кожных покровов характерны для:

1) обморока

2) анафилактического шока

3) сердечно-сосудистого коллапса

4) аллергической реакции

5) верно 1) и 3)

Правильный ответ: 1

16. Частый нитевидный пульс, озноб, липкий пот, бледность кожных покровов, поверхностное дыхание характерны для:

1) сердечно-сосудистого коллапса

2) обморока

3) аллергической реакции

4) верно 1) и 2)

5) верно 2) и 3)

Правильный ответ: 1

17. Гиперемия кожных покровов, кожный зуд, тошнота, беспокойство характерны для:

1) сердечно-сосудистого коллапса

2) обморока

3) аллергической реакции

4) верно 1) и 2)

5) верно 1) и 3)

Правильный ответ: 3

18. Медицинский термин, обозначающий учащенное дыхание:

1) апноэ

2) брадипноэ

3) гиперпноэ

4) тахипноэ

5) диспноэ

Правильный ответ: 4

19. Подъязычный нерв иннервирует:

- 1) все поверхности языка
- 2) боковые поверхности языка
- 3) переднюю 1/3 языка
- 4) среднюю 1/3 языка
- 5) заднюю 1/3 языка

Правильный ответ: 5

20. Во избежание ларинго- и бронхоспазма при введении тиопентал-натрия вводят:

- 1) адреналин;
- 2) атропин;
- 3) мезатон;
- 4) фентанил;
- 5) бемеград

Правильный ответ: 2

21. Местные анестетики амидной группы:

- 1) новокаин, дикаин
- 2) новокаин, тримекаин
- 3) ультракаин, дикаин
- 4) тримекаин, лидокаин
- 5) верно 1), 2) и 3)

Правильный ответ: 4

22. Действие врача при осложнении местной анестезии в виде диплопии:

- 1) выполнение разреза в месте инъекции
- 2) введение физиологического раствора в место инъекции
- 3) выжидательная тактика
- 4) госпитализация ребенка
- 5) направление к окулисту

Правильный ответ: 3

23. Диплопия является осложнением анестезии:

- 1) у ментального отверстия
- 2) у резцового отверстия
- 3) у большого небного отверстия
- 4) инфраорбитальной
- 5) туберальной

Правильный ответ: 4

24. Определите вид местной анестезии: анестетик блокирует окончания чувствительных нервов при нанесении на поверхность слизистой оболочки.

- 1) инфильтрационная
- 2) терминальная
- 3) спинномозговая

Правильный ответ: 2

25. Для премедикации применяют препараты:

- 1) малые транквилизаторы + анальгетики + гипосенсибилизирующие вещества

- 2) малые транквилизаторы + антибиотики + гипосенсибилизирующие вещества
 - 3) малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики
 - 4) малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики + гипосенсибилизирующие вещества
 - 5) анальгетики + антибиотики
- Правильный ответ: 1

Ситуационные задачи

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.

Ситуационная задача № 1

Ребенок 5 лет, планируется операция по поводу короткой уздечки языка. Внешне боязни операции не проявляет, ощущается лишь некоторая скованность. После введения 0,5% раствора лидокаина в количестве 1,5 мл у ребенка появилось двигательное беспокойство, позывы на рвоту, боль в животе.

Объективно: сознание сохранено, кожа лица, шеи гиперемирована, дыхание учащенное, затрудненное, пульс частый, полный.

Задания

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Укажите последовательность мероприятий по оказанию неотложной помощи ребенку.
3. Какие лекарственные препараты и в какой последовательности необходимо ввести.
4. Действия врача стоматолога в отношении данного больного.
5. В чем заключается профилактика аллергических реакций при лечении стоматологических заболеваний.

Ответ

1. Аллергическая реакция на анестетик. Короткая уздечка языка.
2. Прекратить введение медикаментозных средств. Очистить полость рта от слюны. Повернуть голову ребенка набок и придать ей разгибательное положение. Освободить шею, грудь от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Искусственное дыхание при необходимости.
3. Внутривенно вводят преднизолон 1,0 мл. на килограмм веса ребенка. Внутривенно, внутримышечно либо подкожно 0,1 мл. 0,1% раствора адреналина. Внутривенно 1,0 мл. 1% раствора супрастина.
4. Вызов реанимационной бригады скорой помощи, госпитализация в реанимационное либо терапевтическое отделение детского стационара. В амбулаторной карте делается соответствующая запись проявлений аллергической реакции, указывается аллерген, записываются все неотложные мероприятия, которые проводились с указанием последовательности введения и дозировки лекарственных препаратов. На первой странице амбулаторной карты делается запись об аллергологическом анамнезе.
5. Тщательное выявление аллергологического анамнеза. Проведение операции под наркозом при отягощенном аллергологическом анамнезе.

Ситуационная задача № 2

Пациенту К., 28 лет показано препарирование витальных зубов 2.3 и 2.5 под ортопедическую конструкцию. Поведение пациента адекватное. Проведено обезболивание 1,7 мл раствора 4% артикаина с адреналином из расчета 1:100000. После осуществления начала препарирования пациент резко побледнел, ладони рук стали холодными, влажными, отмечена мышечная слабость, на лице капельки пота. На вопросы не отвечает, ко всему безучастен. Зрачки расширены, пульс редкий, слабого наполнения и напряжения. Дыхание замедленное, поверхностное.

Задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите последовательность действий по оказанию неотложной помощи.
3. Назначьте медикаментозное лечение.
4. Действия врача-стоматолога после купирования неотложного состояния.
5. Меры профилактики данного осложнения.

Ответ

1. Обморок.
2. Прекращение лечения. Очистить полость рта от инородных тел. Освободить шею, грудь от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Запрокинуть голову в крайнее разгибательное положение. Стимулировать дыхательный центр - дать вдохнуть нашатырный спирт, смочив им ватку и поднеся к носу. Введение медикаментозных средств.
3. Введение медикаментозных средств (внутримышечно 0,5 мл. 10 % раствор кофеина или 1 мл. 1% раствор кордиамина). При отсутствии эффекта можно ввести 0,5 мл. 1% раствор мезатона или 5% раствор эфедрина.
4. При выходе из обморока можно продолжить стоматологические манипуляции лечение проводить в горизонтальном положении.
5. Психологическая подготовка пациента. Премедикация

Ситуационная задача № 3

Больной К., 35 лет, страдающий ИБС, гипертонической болезнью, обратился с целью санации перед заменой съемного протеза на нижнюю челюсть. После осмотра врач рекомендовал удалить корни разрушенных 36 и 37.

После введения 5 мл 2% р-ра лидокаина в крыло-челюстную складку почувствовал сердцебиение, несильную давящую боль за грудиной, недостаток воздуха, страх смерти. Появился озноб, холодный липкий пот.

Объективно: Больной заторможен, с трудом отвечает на вопросы. Кожа и видимые слизистые бледные, лицо заострившееся. Дыхание частое, поверхностное. Пульс нитевидный, прощупывается на крупных артериях, ЧСС – 85 в мин. Артериальное давление 85/50 мм рт. ст.

Задание

1. Поставьте диагноз остро развившегося состояния.
2. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику.
3. Окажите неотложную помощь.
4. Дайте рекомендации по обследованию, срокам санации, выборе анестезиологических препаратов.
5. При наличии непереносимости лекарственных препаратов перечислите особенности выбора медикаментов, слепочных масс, материала для базиса съемного протеза.

Ответ

1. Диагноз: Анафилактический шок.
2. Диф. диагностика с инфарктом миокарда, гипертоническим кризом, комой.
3. При оказании помощи необходимо: а) прекратить введение лекарственного вещества, вызвавшего анафилактический шок. б) уложить больного, повернуть его голову на бок и выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западания языка и асфиксии, убрать зубные протезы из полости рта при их наличии, в) ввести преднизолон из расчёта 1–2 мг на 1 кг массы тела больного, или 4–20 мг дексаметазона, или 100-300 мг гидрокортизона (последние два препарата вводят без учёта массы тела), г) ввести 2-4 мл 2,5% раствора пипольфена, или 2-4 мл 2% раствора супрастина, д) при сердечной недостаточности показаны сердечные гликозиды или диуретики, е) вызвать специализированную бригаду. Интенсивная терапия проводится при отсутствии эффекта от обязательных противошоковых мероприятий. Желательно это делать в отделениях интенсивной терапии.
4. Необходимо госпитализировать больного. После нормализации гемодинамических показателей провести аллергологические пробы на переносимость анестетиков, пломбиро-

вочных материалов, слепочных масс. Продолжить санацию после получения результатов аллергологических проб.

5. Избегать лекарственных препаратов с резким запахом, отдушками. Пользоваться гипсом при снятии слепков, бесцветными пластмассами при изготовлении базиса протеза.

Ситуационная задача № 4

Больной И., 25 лет, неоднократно приходил к стоматологу и сразу уходил не получив помощь. Визит к врачу для него стресс. В кресле больной покрывается потом, учащается сердцебиение, все время смотрит на врача. Из анамнеза больной страдает сахарным диабетом. Что необходимо предпринять до хирургического вмешательства?

Ответ:

Провести седативное воздействие. Например: феназепам – 0,0005- 0,001г; диазепам – 0,005- 0,01г; элениум – 0,01г.

Ситуационная задача № 5

Больной С., 43 лет. Нуждается в анестезии для подготовки витального зуба 4.6 под безметалловую коронку.

Задания:

Опишите технику выполнения анестезии. Обоснуйте выбор.

Ответ:

Внутриротовая нижнечелюстная (мандибулярная) проводниковая анестезия.

Место укола находится в точке пересечения горизонтальной линии с вертикальной линией. Горизонтальная линия проходит на уровне около 1 см выше жевательной поверхности нижних моляров. Проходя по жевательной поверхности нижних моляров, как мы уже указывали, она является верхней границей воронки нижнечелюстного отверстия.

В области переднего края ветви нижней челюсти различают два позадимоларных треугольника — большой и малый. Большой треугольник находится выше и латерально, а малый — ниже и медиально. Большой позадимоларный треугольник образуется наружным ребром в виде наружной кривой линии, *linea obliqua externa*, переходящей в венечный отросток, и внутренним ребром в виде внутренней кривой линии, *linea obliqua interna*, s. *linea mylohyoidea*, называемой, также височным гребнем нижней челюсти, *crista temporalis mandibulae*. Между указанными ребрами находится ямка, называемая *fossa retromolaris*.

Височный гребень нижней челюсти (внутреннее ребро большого треугольника) в нижней своей части позади последнего нижнего моляра делится на расходящиеся в медиальную и латеральную стороны две ножки — *crus mediale et laterale*. Малый треугольник представляет собой небольшую треугольную шероховатую костную площадку, находящуюся между указанными ножками височного гребня, которую также называют *trigonum retromolare*. Таким образом, под *trigonum retromolare* подразумевают костную площадку, находящуюся между *linea obliqua externa* и *linea obliqua interna (crista temporalis mandibulae)*.

Вколыв иглу вплотную у внутреннего ребра большого позадимоларного треугольника (височный гребень нижней челюсти), на высоте около 1 см от жевательной поверхности нижних моляров, продвигают ее параллельно этой жевательной поверхности в глубь тканей все время в тесном соприкосновении с костью на 1,5—2 см и выпускают там обезболивающий раствор. Таким образом, для правильного выполнения внутриротовой нижнечелюстной проводниковой анестезии очень важно уметь легко и точно находить внутреннее ребро большого позадимоларного треугольника.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность обучающихся по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине

В процессе самостоятельной работы обучающийся приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

2. Методические рекомендации для обучающихся по отдельным формам самостоятельной работы.

Правила самостоятельной работы с литературой.

Самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста:**

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения:**

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;

2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;

3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;

4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;

5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для обучающихся является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;
3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от обучающегося целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях обучающийся не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если обучающийся видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно обучающемуся рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у обучающегося возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах обучающийся должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, обучающийся ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене обучающийся демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом обучающихся познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у обучающегося должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).

- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.

- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для обучающегося работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если обучающийся самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.

- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему обучающемуся лучше демонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).

- Сначала обучающийся должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательно аргументированные точки зрения.

3. Самостоятельная работа обучающихся по дисциплине

Тема 1. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их ортопедическое лечение

в результате освоения темы

Обучающийся должен знать:

- современные методы лечения, диагностики и лекарственного обеспечения больных;
- теоретические основы по избранной специальности;
- топографическую анатомию челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения, иннервацию и лимфоток, строение зубов и челюстей, зубочелюстно-лицевые аномалии;
- основные вопросы нормальной и патологической физиологии зубочелюстной системы, ее взаимосвязь с функциональным состоянием других систем организма и уровни их регуляции;
- биомеханику жевания, возрастные изменения в челюстно-лицевой области, особенности воздействия на нее внешней и внутренней среды;
- роль гигиенического состояния полости рта и предупреждение развития заболеваний зубов и пародонта, методы и средства гигиены полости рта;
- этиологию и патогенез основных стоматологических заболеваний, их влияние на органы и системы организма, факторы риска возникновения злокачественных опухолей;
- ортопедические методы лечения с использованием имплантатов, диагностику, клинические показания, конструктивные особенности имплантатов и зубных протезов;
- классификацию материалов, применяемых в ортопедической стоматологии, основные и вспомогательные материалы;
- ти рта;
- организацию диспансеризации;
- формы и методы санитарно-просветительной работы.
- вопросы асептики и антисептики;
- основы медико-социальной экспертизы;
- вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны;
- правила действий при обнаружении больного с признаками особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции;
- порядок взаимодействия с другими врачами-специалистами, службами, организациями, в том числе страховыми компаниями, ассоциациями врачей и т.п.; основы функционирования бюджетно-страховой медицины и добровольного медицинского страхования, обеспечения санитарно-профилактической и лекарственной помощи населению;
- медицинскую этику; психологию профессионального общения;
- основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

должен уметь:

- заполнять одонтопародонтограмму с последующим её анализом;
- проводить визуально-клиническое изучение диагностических моделей;
- проводить изучение модели в параллелометре;
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических и др.) и интерпретировать их;
- описывать рентгенограммы;
- интерпретировать результаты лабораторных и функциональных методов исследования, таких как: анализ крови и мочи, электрокардиография, рН ротовой жидкости, разность потенциалов в полости рта, реопародонтография, аллергические пробы, пробы микробной флоры полости рта;
- провести диспансеризацию больных;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по специальности;
- соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;

- провести санитарно-просветительную работу.

должен владеть:

- методикой постановки диагноза и назначения лечения и профилактики при следующих заболеваниях:

Заболевание височно-нижнечелюстного сустава:

- ортопедическое лечение;
- ортодонтическое лечение;
- физиотерапевтическое лечение;
- медикаментозное лечение.

- Методикой оказания необходимой помощи при

- острым сосудистом коллапсе;
- острой сердечной и дыхательной недостаточности;
- шоке.

- Методикой ведения медицинской, учетной и отчетной документации.
- Методикой выявления в ходе оказания медицинской помощи населению при стоматологических заболеваниях симптомов онкологического заболевания
- реабилитации ортопедических больных.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 6 часов

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Контрольные вопросы:

1. Классификации парафункций жевательных мышц. Основные клинические формы.
2. Клиника и дифференциальная диагностика бруксизма. Современные представления о патогенезе.
3. Ортопедическое лечение парафункций жевательных мышц. Особенности и современные методы. Современные методы диагностики парафункций жевательных мышц. Методы и аппаратура.
4. Роль парафункций жевательных мышц в клинике хронического генерализованного пародонтита и мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.
5. Этиология и клиника заболеваний ВНЧС. Классификации заболеваний ВНЧС
6. Анатомия и физиология височно-нижнечелюстного сустава. Биомеханика и функция ВНЧС.
7. Мышечно-суставная дисфункция ВНЧС. Этиология и патогенез. Рентген-диагностика заболеваний ВНЧС. Методы визуализации ВНЧС, преимущества и недостатки методов.
8. Ортопедическое лечение мышечно-суставной дисфункции. Современные концепции.
9. Методы лечения заболеваний ВНЧС. Особенности лечения при болевом синдроме в ВНЧС.

Тема 2. Пародонт-функционально-тканевой комплекс. Заболевания пародонта

В результате освоения темы

Обучающийся должен знать:

- Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно - эпидемиологического благополучия населения;
- общие вопросы организации стоматологической помощи в РФ, организацию работы скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению;
- общие вопросы организации и порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «Стоматология ортопедическая»
- нормативные правовые акты, регулирующие деятельность врача- стоматолога- ортопеда;
- топографическую анатомию челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения, иннервацию и лимфоток, строение зубов и челюстей, зубочелюстно-лицевые аномалии;
- артикуляцию и виды окклюзии зубных рядов, биомеханику жевательного аппарата
- взаимосвязь строения и функционирования зубочелюстной системы с нарушениями со стороны носоглотки, дыхательной и пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата
- биомеханику жевания, возрастные изменения в челюстно-лицевой области, особенности воздействия на нее внешней и внутренней среды;
- роль гигиенического состояния полости рта и предупреждение развития заболеваний зубов и пародонта, методы и средства гигиены полости рта;
- этиологию и патогенез основных стоматологических заболеваний, их влияние на органы и системы организма, факторы риска возникновения злокачественных опухолей;
- этиологию, патогенез, клиническую картину, классификацию, дифференциальную диагностику, осложнения стоматологических заболеваний: частичного и полного отсутствия зубов, заболеваний пародонта, повышенного стирания зубов, аномалий развития и деформаций зубочелюстной системы и челюстно-лицевой патологии
- этиологию, патогенез, клиническую картину, классификацию, дифференциальную диагностику функциональных нарушений и заболеваний височно-нижнечелюстного сустава
- клиническую картину заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ
- функциональные методы исследования в стоматологии
- ортопедические методы лечения с использованием имплантатов, диагностику, клинические показания, конструктивные особенности имплантатов и зубных протезов;
- классификацию материалов, применяемых в ортопедической стоматологии, основные и вспомогательные материалы;
- основы фармакотерапии в стоматологии
- принципы профилактики, диагностики и лечения при зубочелюстных деформациях и аномалиях зубов и челюстей;
- показания и противопоказания к применению рентгенологического и других методов специального обследования;
- показания к зубному протезированию, принципы подготовки полости рта и зубочелюстного аппарата к ортопедическим вмешательствам;
- методы подготовки больного к протезированию;
- принципы, приемы и методы обезболивания в ортопедической стоматологии, интенсивную терапию и реанимацию у взрослых и подростков;
- морфологические изменения в зубочелюстной системе при ортопедическом и ортодонтическом вмешательствах; механизм действия, принципы конструирования и особенности технологии изготовления ортодонтических и ортопедических аппаратов и протезов;
- адаптацию к зубным протезам и протезам-аппаратам и принципы осуществления эстетической и фонетической коррекции;
- применение физиотерапии и миотерапии в ортопедической стоматологии;

- принципы диетотерапии при заболеваниях зубов полости рта;
- организацию диспансеризации;
- формы и методы санитарно-просветительной работы.
- вопросы асептики и антисептики;
- основы медико-социальной экспертизы;
- вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны;
- правила действий при обнаружении больного с признаками особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции;
- порядок взаимодействия с другими врачами-специалистами, службами, организациями, в том числе страховыми компаниями, ассоциациями врачей и т.п.; основы функционирования бюджетно-страховой медицины и добровольного медицинского страхования, обеспечения санитарно-профилактической и лекарственной помощи населению;
- медицинскую этику; психологию профессионального общения;
- основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Обучающийся должен уметь:

- собрать информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки заболевания, в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии, оказать необходимую срочную помощь больному (искусственное дыхание, массаж сердца, остановка кровотечения, перевязка и тампонада ран, транспортная иммобилизация, промывание желудка при отравлении, срочная трахеостомия);
- провести обследование челюстно-лицевой области: мягких тканей лица, височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желез и регионарных лимфатических узлов, степень подвижности и зондирования зубов, патологических зубо-десневых карманов, свищей и протоков слюнных желез; произвести оценку окклюзионных контактов; электро- и термоодонтодиагностику, окклюзиографию, определить степень подвижности и податливости слизистой полости рта;
- пальпировать мягкие ткани лица и костной основы;
- пальпировать височно-нижнечелюстной сустав;
 - определять высоту нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя;
 - определять тип прикуса;
- оценивать состояние зубных рядов;
- проводить визуально-клиническое изучение диагностических моделей;
- проводить изучение модели в параллелометре;
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических и др.) и интерпретировать их;
- описывать рентгенограммы;
- интерпретировать результаты лабораторных и функциональных методов исследования, таких как: анализ крови и мочи, электрокардиография, рН ротовой жидкости, разность потенциалов в полости рта, реопародонтография, аллергические пробы, пробы микробной флоры полости рта;
- проводить дифференциальную диагностику основных стоматологических заболеваний у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;
- выполнять местное (инфильтрационное и проводниковое) обезболивание, новокаиновые блокады и определять показания к общему обезболиванию; снимать чувствительность зуба при его препарировании;
- проводить подготовку к зубному протезированию;
- проводить диспансеризацию больных;
- оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по специальности;
- соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;

- проводить санитарно-просветительную работу.

Обучающийся должен владеть:

- сбор жалоб, анамнеза у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы
- анкетирование пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний
- первичный и повторный осмотр пациентов
- формулирование и установление предварительного диагноза и составление плана основных и дополнительных методов исследований пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы.
- направление пациентов со стоматологическими заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы на дополнительные исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и их интерпретация.
- проведение пациентам со стоматологическими заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы инструментальных методов исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи
работа в составе многопрофильной команды при необходимости комплексного лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями
- подбор вида местной анестезии/обезболивания
- консультирование пациента по методам лечения стоматологических заболеваний
- составление и реализация индивидуального плана реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой области в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи
- проведение диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными стоматологическими заболеваниями и (или) функциональными нарушениями зубочелюстно-лицевой системы
- ведение медицинской стоматологической документации, в том числе в электронном виде
- составление плана работы и отчета о своей работе выявление в ходе оказания медицинской помощи населению при стоматологических заболеваниях симптомов онкологического заболевания

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 6 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

4. Решение тестовых заданий
5. Подготовка презентаций на тему
6. Решение ситуационных задач

Контрольные вопросы:

32. Диагностика болезней пародонта.
33. Особенности клинического обследования при болезнях пародонта. Анамнез. Наследственные факторы.
34. Системные заболевания. Режим питания. Оценка качества гигиены полости рта. Обследование:
35. Лицевые признаки. Осмотр полости рта.
36. Преддверие полости рта. Состояния прикуса. Окклюдограм-

ма.Зубочелюстные аномалии.

37. Деформации зубных рядов и окклюзионной поверхности. Состояние зубов и зубных рядов.

38. Антропометрическое исследование диагностических моделей челюстей. Функциональные методы исследования. Выявление дефлекторов; выявление блокирующих моментов при артикуляционных положениях нижней челюсти.

39. Выявление симптомов дисфункций мышц и суставов. Маркировка супраконтактов копировальной бумаги.

40. Специальные методы обследования пародонта. Оценка дентальных рентгенограмм.

41. Оценка ортопантограмм. Оценка томограмм.

42. Пародонтальные индексы. Интерпретация данных.

43. Подвижности зубов, кровоточивость десен.

44. Глубины зубодесневых карманов. Стойкости капилляров. Жевательной мощности. Жевательной эффективности. Одонтопародонтография.

45. Реонародонтография. Клиника болезней пародонта.

46. Функциональная перегрузка пародонта.

47. Перестройка тканей пародонта при перегрузке.

48. Окклюзионный травматический синдром.

49. Первичная, вторичная и комбинированная травматическая окклюзия. Факторы, осложняющие заболевания пародонта. Зубочелюстные аномалии.

50. Дефекты коронок и зубных рядов.

51. Парафункция жевательных мышц и языка.

52. Неравномерная стираемость твердых тканей зубов.

53. Нерациональное зубное протезирование.

54. Нерациональное ортодонтическое лечение.

55. Ортопедические методы в комплексном лечении заболеваний пародонта. Значение ортопедического лечения заболеваний пародонта. Роль ортопедических мероприятий в общем комплексе лечения.

56. Объем и последовательность ортопедических вмешательств. Окклюзионная реабилитация.

57. Ортодонтическая подготовка. Применение лечебных аппаратов. Избирательная шлифовка зубов.

58. Шинирование. Временные шины. Постоянные шины. Несъемные шинирующие конструкции.

59. Интрадентальные шины. Парапальпаторные шины.

60. Съемные протезы шинирующего типа.

61. Диспансеризация больных после комплексного лечения заболеваний пародонта.

62. Составление индивидуальных карт для изучения отдаленных результатов заболеваний пародонта.

Тема 3. Премедикация, обезболивание и реанимация в стоматологической практике

в результате освоения темы

Обучающийся должен знать:

- Клинику неотложных состояний в стоматологической практике
- основы фармакотерапии в стоматологии
- методы обезболивания в стоматологии
- алгоритмы оказания неотложной медицинской помощи при острых состояниях

должен уметь:

- собрать информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки заболевания, в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии, оказать необходимую срочную помощь больному (искусственное дыхание, массаж сердца, остановка кровотечения, перевязка и тампонада ран, транспортная иммобилизация, промывание желудка при отравлении, срочная трахеостомия);
- выполнять местное (инфильтрационное и проводниковое) обезболивание, новокаиновые блокады и определять показания к общему обезболиванию; снимать чувствительность зуба при его препарировании;
- **должен владеть:**
- Методикой оказания необходимой помощи при
 - острым сосудистом коллапсе;
 - острой сердечной и дыхательной недостаточности;
 - шоке.
 - Методикой ведения медицинской, учетной и отчетной документации.
 - Методикой выявления в ходе оказания медицинской помощи населению при стоматологических заболеваниях симптомов онкологического заболевания

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 6 часов

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Контрольные вопросы:

1. Местное обезболивание.
2. Виды местного обезболивания и методы его проведения.
3. Неотложные состояния в условиях стоматологического приема.
4. Обморок
5. Коллапс
6. Шок
7. Показания для премедикации.
8. Расчет доз лекарств.
9. Психоэмоциональная коррекция поведенческой реакции.
10. Особенности проведения обезболивания в стоматологической практике