

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30.05.2019г.  
протокол № 5.

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА  
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ  
СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ**

**БЛОК 1  
БАЗОВАЯ ЧАСТЬ**

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

**31.08.74 СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ  
Квалификация "Врач – стоматолог-хирург"  
Форма обучения: очная**

**Срок обучения 2 года, 120 з.е.**

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

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.74 СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ (подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре) утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1117

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

**Разработчики:**

доцент кафедры

стоматологии последипломного образования к.м.н.

А.И. Буров

**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"> <li>1. Обеспечить общепрофессиональную подготовку врача-стоматолога - хирурга, включающую, 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.</li> <li>2. Сформировать профессиональные знания, умения, навыки врача по профильным направлениям специальности с целью самостоятельного ведения больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.</li> <li>3. Совершенствовать знания, умения, навыки по клинической лабораторной и функциональной диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в целях формирования умения оценки результатов исследований в диагностике, дифференциальной диагностике, прогнозе заболеваний, выборе адекватного лечения.</li> <li>4. Совершенствовать знания по фармакотерапии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, показаний, противопоказаний и совместимости при назначении лечебных препаратов.</li> <li>5. Сформировать знания об амбулаторно-поликлинической и стационарной службе как звене организации лечебно-профилактической помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями хирургического профиля.</li> <li>6. Совершенствовать знания и навыки по вопросам профилактики заболеваний, диспансеризации больных с хроническими заболеваниями, принципам реабилитации больных.</li> <li>7. Совершенствовать знания, умения,</li> </ol>
готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2)	
<b>профилактическая деятельность:</b>	
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)	
<b>диагностическая деятельность:</b>	
готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5); готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6)	
<b>лечебная деятельность:</b>	
готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи (ПК-7)	
<b>реабилитационная деятельность:</b>	
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)	

Планируемые результаты освоения дисциплины	Задачи обучения по дисциплине
<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><b>организационно-управленческая деятельность:</b></p> <p>готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11)</p> <p>готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12)</p>	<p>навыки по организации и оказанию неотложной помощи при ургентных состояниях.</p> <p>8. Совершенствовать знания по вопросам социально опасных заболеваний (ВИЧ и др.) и их профилактики.</p> <p>9. Совершенствовать знания основ медицинского страхования в практике врача-стоматолога-хирурга.</p> <p>10. Совершенствовать знания медицинской этики и деонтологии врача.</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"> <li>1. Решение тестовых заданий.</li> <li>2. Решений ситуационных задач.</li> <li>3. Ответы на теоретические и практические вопросы по теме.</li> </ol>	Проверка готовности обучающихся к занятию.
3. Итоговый	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Определение списка вопросов преподавателю.</li> <li>- Обсуждение вопросов.</li> <li>- Формулирование выводов по теме</li> </ul>	Обсуждение вопросов, формулирование выводов. Проверка уровня освоения теоретического материала и развитие навыка самостоятельного использования теоретических знаний.

#### ТЕМА1: «Введение в хирургическую стоматологию»

##### Цель и задачи:

**Цель:** Уяснить основные положения о хирургической стоматологии.

**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 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:** 36 часов

**Виды самостоятельной работы обучающихся:**

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

**Контрольные вопросы:**

1. Организация работы врача-стоматолога-хирурга. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Стерилизация инструментов и перевязочного материала.
2. Особенности операций в полости рта. Подготовка больного и обработка операционного поля. Разрезы и методика их проведения при различных патологических процессах в полости рта. Наложение швов на раны в полости рта.
3. Обследование пациента в клинике хирургической стоматологии.
4. Клинико-фармакологическая характеристика местно-анестезирующих препаратов, используемых в стоматологии.
5. Сосудосуживающие средства (вазоконстрикторы).
6. Наркоз и средства для его проведения.
7. Потенцированная местная анестезия. Премедикация.
8. Инфильтрационное обезболивание.
9. Инфраорбитальная анестезия.
10. Туберальная анестезия.
11. Палатинальная анестезия.
12. Резцовая анестезия.
13. Мандибулярная анестезия.
14. Ментальная анестезия.
15. Дополнительные методы местной анестезии.
16. Общие осложнения местной анестезии.
17. Местные осложнения местной анестезии.
18. Центральное проводниковое обезболивание.
19. Показания и противопоказания к удалению зубов.
20. Методика удаления зубов. Особенности удаления отдельных групп зубов.
21. Местные осложнения, возникающие во время удаления зуба.
22. Местные осложнения, возникающие после удаления зуба.

23. Характеристика острых неспецифических воспалительных процессов.
24. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей: периодонтит, периостит, остеомиелит.
25. Одонтогенные воспалительные заболевания мягких тканей: лимфаденит, воспалительный инфильтрат, абсцессы, флегмоны.
26. Методы хирургического лечения хронического периодонтита (резекция верхушки корня, ампутация корня, гемисекция, реплантация). Показания, противопоказания. Подготовка больного. Техника операции.
27. Острый одонтогенный периостит челюстей.
28. Хронический одонтогенный периостит челюстей.
29. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Особенности клинического течения на верхней и нижней челюстях.
30. Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Особенности клинического течения на верхней и нижней челюстях.
31. Травматический остеомиелит. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Особенности клинического течения.
32. Гематогенный остеомиелит. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Особенности клинического течения.
33. Подкожная гранулема лица. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Болезни прорезывания зубов. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Операция атипичного удаления зубов и корней.
35. Одонтогенные абсцессы и флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства. Топографическая анатомия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
36. Одонтогенные абсцессы и флегмоны щечной области. Топографическая анатомия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
37. Одонтогенные абсцессы и флегмоны подвисочной области и крылонебной ямки. Одонтогенные флегмоны височной области. Топографическая анатомия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
38. Одонтогенные абсцессы и флегмоны подглазничной области. Флегмона орбиты. Топографическая анатомия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
39. Одонтогенные абсцессы и флегмоны поднижнечелюстного пространства. Топографическая анатомия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
40. Одонтогенные флегмоны дна полости рта. Топографическая анатомия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Гнилостно-некротические флегмоны челюстно-лицевой области. Особенности клинического течения и лечения. Ангина Людвига.
41. Неодонтогенные воспалительные заболевания лица: фурункулы, карбункулы, рожистое воспаление, сибирская язва, нома. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
42. Осложнения острых воспалительных процессов в челюстно-лицевой области (флебиты, тромбофлебиты вен лица, синус-тромбоз, менингиты, абсцесс головного мозга, медиастинит).
43. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта.
44. Специфические воспалительные заболевания. Туберкулез. Актиномикоз. Сифилис. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
45. Клиника, диагностика, лечение острых и хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов. Свищи верхнечелюстных пазух. Этиопатогенез, клиника, лечение. Радикальная гайморотомия с пластикой свища (стомы).

#### **Примеры тестовых заданий**

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12**

Выберите один или несколько правильных ответов

**1. Верхняя челюсть состоит из:**

1. тела и двух отростков,
2. тела и трех отростков;
3. тела и четырех отростков;
4. тела и пяти отростков.

Правильный ответ: 3.

**2. Hiatus maxillans открывается в:**

1. верхнем носовом ходе;
2. среднем носовом ходе;
3. нижнем носовом ходе.

Правильный ответ: 2

**3. Слезная борозда находится:**

1. позади лобного отростка;
2. на лобном отростке;
3. впереди лобного отростка;
4. на скуловом отростке.

Правильный ответ: 1

**4. Носослезный канал в носовой полости открывается в:**

1. нижнем носовом ходе;
2. среднем носовом ходе;
3. верхнем носовом ходе

Правильный ответ: 2

**5. Какого отростка нет на верхнечелюстной кости:**

1. лобного;
2. альвеолярного;
3. верхнечелюстного;
4. нёбного;
5. скулового.

Правильный ответ: 3

**6. Окончание формирования пятого временного зуба:**

1. ко 2-му году;
2. к 3-му году;
3. к 4-му году;
4. к 5-му году.

Правильный ответ: 3

**7. Сроки начала рассасывания первого временного зуба:**

1. с 3-го года;
2. с 4-го года;
3. с 5-го года;
4. с 6-го года.

Правильный ответ: 3

**8. Сроки начала рассасывания четвертого временного зуба:**

1. с 5-го года;

2. с 6-го года;
3. с 7-го года;
4. с 8-го года;
5. с 9-го года.

Правильный ответ: 3

**9. Сроки закладки фолликула четвертого постоянного зуба:**

1. в 1 год;
2. в 2 года,
3. в 3 года,
4. в 4 года;
5. в 5 лет.

Правильный ответ: 2

**10. Сроки закладки фолликула седьмого постоянного зуба:**

1. в 1 год;
2. в 2 года;
3. в 3 года;
4. в 4 года;
5. в 5 лет.

Правильный ответ: 3

**11. По химическому строению новокаин сходен с сульфаниламидами за счет:**

1. диэтиламиноэтанола;
2. парааминобензойной кислоты;
3. диметилацетонилида.

Правильный ответ: 2

**12. Обладает ли новокаин антисульфаниламидным действием:**

1. да;
2. нет.

Правильный ответ: 1

**13. Токсичность новокаина при введении в вену увеличивается:**

1. не увеличивается;
2. увеличивается в 5 раз;
3. увеличивается в 10 раз.

Правильный ответ: 3

**14. Новокаин изменяет ли заживление ран:**

1. ускоряет;
2. тормозит;
3. не изменяет.

Правильный ответ: 2

**15. Как изменяют артериальное давление растворы новокаина:**

1. не изменяют;
2. понижают;
3. повышают.

Правильный ответ: 2

**16. Эпителизация однокорневых зубов происходит на какой день после удаления:**



1. 10-12 день;
2. 12-16 день;
3. 16-18 день;
4. 20-22 день;
5. 24-30 день.

Правильный ответ: 3

**17. Эпителизация многокорневых зубов происходит на какой день после удаления:**

1. 14-18 сутки;
2. 19-23 сутки;
3. 24-28 сутки;
4. 29-32 сутки.

Правильный ответ: 2

**18. При наличии воспаления в однокорневых зубах задержка эпителизации наблюдается на:**

1. 1 неделю;
2. 2 недели;
3. 3 недели;
4. не наблюдается задержки.

Правильный ответ: 1

**19. При наличии воспаления в многокорневых зубах задержка эпителизации наблюдается на:**

1. 1 неделю;
2. 2 недели;
3. 3 недели;
4. не наблюдается задержки.

Правильный ответ: 2

**20. К какому дню, после удаления зуба, лунка в норме полностью заполняется грануляционной тканью:**

1. 3-4 дню;
2. 7-8 дню;
3. через 2 недели;
4. через 3 недели;
5. через 4 недели.

Правильный ответ: 3

**21. Хронические очаги воспаления при терапевтическом лечении периодонтитов исчезают во всех случаях:**

1. сразу после завершения пломбирования каналов зуба, если оно является полноценным;
2. не сразу после завершения пломбирования каналов зуба, даже если оно является полноценным

Правильный ответ: 2

**22. Хронические очаги одонтогенного воспаления исчезают:**

1. сразу после завершения пломбирования зуба или через 1-2 недели после лечения;
2. в 22% случаев через 4-8 месяцев, а в 68% через 1-2 года и более после завершения лечения;
3. в 100% случаев только через 1-2 года и более после завершения лечения;
4. остаются навсегда очагами хронического инфицирования.

Правильный ответ: 2

**23. Наиболее часто причиной аллергизации организма, по данным челюстно-лицевых хирургов, являются:**

1. кариозные зубы, пародонтит, зубные отложения, тонзиллиты;
2. тонзиллиты;
3. очаги воспаления других локализаций;

Правильный ответ: 1

**24. Нормергическая форма воспаления наблюдается при:**

1. низком уровне иммунитета, выраженной сенсибилизации организма и значительной вирулентности микрофлоры,
2. достаточной напряженности иммунитета, низком уровне сенсибилизации организма и высокой вирулентности микрофлоры;
3. низком уровне иммунитета и сенсибилизации организма, слабо выраженной вирулентности микрофлоры.

Правильный ответ: 2

**25. Кожная форма актиномикоза делится на:**

1. абсцедирующую, гуммозную и смешанную;
2. пустулезную, бугорковую и смешанную;
3. гнойную, некротическую, гнойно-некротическую;
4. папулезную, розеолезную и смешанную,
5. инфильтративную, абсцедирующую, смешанную

Правильный ответ: 2

#### Ситуационные задачи

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12**

#### Ситуационная задача 1.

Больной, 28 лет, жалуется на болезненную припухлость в области подбородка, общую слабость. Давность заболевания-второй день. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Температура тела 37,7<sup>0</sup>С. Полость рта санирована. Фронтальные зубы нижней челюсти клинически и рентгенологически интактны. В подбородочной области справа определяется участок резко гиперемированного болезненного инфильтрат, размером 1,0 x 1,5 см, в центре которого пустула в диаметре 0,1 x 0,1 см. Прилежащие ткани и нижняя губа отечны. Регионарные лимфатические узлы справа болезненны, увеличены, подвижны.

#### Вопросы:

1. Поставьте диагноз, определите стадию заболевания.
2. Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника.
3. Каковы ориентировочные сроки нетрудоспособности согласно Письму ФСС РФ от 01-09-2000 02-1810-5766 при данном заболевании.

#### Ответ:

1. Диагноз фурункул подбородочной области в стадии инфильтрации.
2. Лечение в поликлинике – обработка поверхности инфильтрата антисептическими растворами, 96% спиртом, ультрафиолетовое облучение (УФО), подкожная блокада 0,5% раствором анестетика. Общая противовоспалительная терапия.
3. 3-14 дней.

### **Ситуационная задача 2.**

Больной, 44 года, обратился с жалобами на болезненную припухлость верхней губы справа, появившуюся пять дней назад после того, как при бритье нанес микротравму в этом месте. В анамнезе ишемическая болезнь сердца в течение 20 лет. Температура тела 38<sup>0</sup>С. Полость рта санирована, верхняя губа и носогубная складка справа отечна, определяется инфильтрат в области верхней губы справа, болезненный при пальпации. Гиперемированная кожа над инфильтратом имеет синюшный оттенок. В центре – гнойно-некротический стержень 0,2 x 0,2 см. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, в основном на стороне поражения.

#### **Вопросы:**

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз, установите стадию заболевания
3. Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника
4. Определите объем хирургического вмешательства.
5. Каковы ориентировочные сроки нетрудоспособности согласно Письму ФСС РФ от 01-09-2000 02-1810-5766 при данном заболевании.

#### **Ответ:**

1. Травма, гнойно-некротический стержень в центре инфильтрата верхней губы.
2. Диагноз: фурункул верхней губы справа в стадии некротического стержня.
3. Стационар
4. Линейный разрез, некрэктомия, дренирование раны.
5. 3-14 дней

### **Ситуационная задача 3.**

Больная, 31 год, жалуется на наличие болезненного «возвышения» в левой щечной области, головные боли, общую слабость. Симптомы появились 3 дня назад после косметической процедуры очищения кожи лица, проведенной больной в домашних условиях. Занималась самолечением – компрессы. По общему статусу считает себя здоровой. Температура тела 37,9<sup>0</sup>С. Левая щечная область отечна, в центре отека определяется конусовидный болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, в середине кратерообразная рана 0,2 x 0,3 см, выполненная некротизированной тканью, гнойное отделяемое. От края нижней челюсти слева до внутреннего угла глаза пальпируется плотный болезненный тяж. Регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз и определите стадию процесса
2. Составьте план лечения, реабилитации, укажите место проведения лечения.

#### **Ответ:**

1. Диагноз: фурункул щечной области слева в стадии отторжения некротического стержня. Флебит угловой вены слева.
2. Стационар. Линейный разрез через центр инфильтрата. Разрезы по ходу лицевой вены слева. Противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия, физиолечение.

### **Ситуационная задача 4.**

Больная, 52 лет, обратилась с жалобами на припухлость в лобной области, головную боль, общую слабость. Давность заболевания - пять дней. К врачу не обращалась, лечилась дома компрессами. В анамнезе хронический холецистит. Температура тела 38,1<sup>0</sup>С. Полость рта не санирована. В лобной области справа определяется плотный конусовидный инфильтрат 1,5 x 2,0 см болезненный, кожа гиперемирована, в центре неглубокий свищевой ход 0,2 x 0,2 см, с неровными краями и гнойным отделяемым. Отек окружающих тканей и верхнего века правого глаза, глазная щель сужена.

#### **Вопросы:**

1. Составьте диагноз и определите стадию заболевания.
2. Составьте план лечения, реабилитации, укажите место проведения лечения.

**Ответ:**

1. Диагноз: фурункул лобной области справа в стадии отторжения некротического стержня.
2. Стационар. Линейный разрез, УФО, противовоспалительная терапия, общеукрепляющие средства.

**Ситуационная задача 5.**

Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40<sup>0</sup>С. При поступлении: температура тела 39,5<sup>0</sup>С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек окологлоточных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярной части в переднем отделе нижней челюсти. На слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа имеется образование округлой формы, выступающее над красной каймой, синюшного цвета, мягкое, безболезненное. Больного не беспокоит, отмечает медленный рост образования.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.
4. Какие данные являются несущественными? Имеют ли они значение для составления плана лечения больного?
5. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

**Ответ.**

1. Предварительный диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области.
2. Для постановки окончательного диагноза надо определить состояние зубов в очаге воспаления: болезненность при перкуссии, подвижность, наличие кариозных полостей, состояние окологлоточных мягких тканей в области верхней челюсти слева, цвет, при пальпации следует определить наличие болезненности и участков флюктуации, общий анализ крови и мочи.
3. План лечения: удаление причинных разрушенных зубов в области воспаления, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Госпитализация больного. Лечение комплексное. Назначается противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, симптоматическое лечение, терапия гипербарической оксигенацией.
4. Несущественным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа. Для составления плана лечения остеомиелита подбородочного отдела нижней челюсти оно значения не имеет.
5. После выздоровления санация полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта, рекомендации по индивидуальной гигиене, подбор средств, мотивация на соблюдение гигиены полости рта и прохождение профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев.

## Тема 2: «Травматология в хирургической стоматологии»

### Цель и задачи:

**Цель:** Уяснить основные положения о травматологии в хирургической стоматологии.

**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:** 48 часов

#### **Виды самостоятельной работы обучающихся:**

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

#### **Контрольные вопросы:**

1. Общая характеристика повреждений челюстно-лицевой области.
2. Общие принципы диагностики повреждений челюстно-лицевой области.
3. Общие принципы лечения травматических повреждений челюстно-лицевой области.
4. Повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области.
5. Виды и особенности хирургической обработки ран челюстно-лицевой области.
6. Осложнения повреждений мягких тканей ЧЛЮ.
7. Травмы зубов и альвеолярного отростка.
8. Неогнестрельные переломы костей средней зоны лица. Общие сведения. Сочетанные кранио-фациальные повреждения.
9. Переломы верхней челюсти.
10. Переломы скуловой кости и дуги.
11. Переломы костей носа.
12. Повреждения зубов.
13. Переломы альвеолярного отростка.
14. Переломы нижней челюсти: классификация, особенности смещения отломков нижней челюсти.
15. Лечение переломов нижней челюсти: временная иммобилизация отломков.
16. Лечение переломов нижней челюсти: постоянная иммобилизация отломков.

17. Лечение переломов нижней челюсти: остеосинтез.
18. Лечение переломов нижней челюсти: наконечная иммобилизация отломков нижней челюсти.
19. Лечение переломов нижней челюсти: особенности лечения переломов мышечного отростка нижней челюсти.
20. Лечение переломов нижней челюсти: репаративный остеогенез.
21. Лечение переломов нижней челюсти: рентгенологическая симптоматика заживления костной ткани после перелома.
22. Вывихи ВНЧС.
23. Термическая и химическая травма челюстно-лицевой области. Сочетанные и комбинированные повреждения челюстно-лицевой области.
24. Непосредственные и ранние осложнения при повреждениях челюстно-лицевой области.
25. Поздние осложнения при повреждениях челюстно-лицевой области.

### Примеры тестовых заданий

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12**

Выберите один или несколько правильных ответов

#### 1. Сочетанная травма - это:

1. одновременная травма (бытовая, транспортная, уличная и др.);
2. одновременно возникшая травма двух и более органов, принадлежащих к различным анатомо-функциональным системам;
3. одновременная уличная и дорожная травма;
4. одновременная травма костной системы и мягких тканей челюстно-лицевой области, а также органов полости рта.

Правильный ответ: 2

#### 2. Ссадина - это:

1. закрытое механическое повреждение мягких тканей без видимого нарушения их анатомической целостности;
2. механическое повреждение поверхностных слоев кожи или слизистой оболочки;
3. нарушение целостности кожи или слизистой оболочки на всю их толщину, вызванное механическим воздействием.

Правильный ответ: 2

#### 3. Вторичная хирургическая обработка раны - это:

1. первая по счету обработка раны у больного;
2. хирургическая обработка раны в первые 24 часа после ранения;
3. хирургическая обработка раны через 24-48 часов после ранения;
4. хирургическая обработка раны через 48 часов после ранения;
5. хирургическая обработка по поводу изменений, связанных с развитием инфекции.

Правильный ответ: 5

#### 4. Сотрясение головного мозга - это:

1. закрытое механическое повреждение, которое характеризуется нарушением функции мозга без явно выраженных морфологических изменений;
2. закрытое механическое повреждение головного мозга, характеризующееся возникновением очага деструкции его тканей и проявляющееся неврологической или психопатологической симптоматикой соответственно локализации очага.

Правильный ответ: 1

**5.Контузия (ушиб) головного мозга - это:**

1. закрытое механическое повреждение, которое характеризуется нарушением функции мозга без явно выраженных морфологических изменений;
2. закрытое механическое повреждение головного мозга, характеризующееся возникновением очага деструкции его тканей и проявляющееся неврологической или психопатологической симптоматикой соответственно локализации очага.

Правильный ответ: 2

**6.Суборбитальный перелом верхней челюсти характеризуется тем, что линия перелома проходит:**

1. над альвеолярным отростком и над твердым нёбом, через нижний край грушевидного отверстия и концы крыловидного отростка клиновидной кости, по дну верхнечелюстных пазух;
2. через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты к месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью, а сзади через крыловидные отростки клиновидной кости;
3. через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты через лобно-скуловой шов и скуловую дугу.

Правильный ответ: 2

**7.Суббазальный перелом характеризуется тем, что линия перелома проходит:**

1. над альвеолярным отростком и над твердым нёбом, через нижний край грушевидного отверстия и концы крыловидного отростка клиновидной кости, по дну верхнечелюстных пазух;
2. через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты к месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью, а сзади через крыловидные отростки клиновидной кости;
3. через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты через лобно-скуловой шов и скуловую дугу.

Правильный ответ: 3

**8.Назальная ликворея - это:**

1. ликворея, возникающая при переломе пирамиды височной кости;
2. ликворея через дефект твердой мозговой оболочки в области пластинки решетчатой кости или в месте перелома клиновидной кости;
3. ликворея, возникающая при переломе височной кости

Правильный ответ: 2

**9.Ушная ликворея - это:**

1. ликворея, возникающая при переломе пирамиды височной кости;
2. ликворея через дефект твердой мозговой оболочки в области пластинки решетчатой кости или в месте перелома клиновидной кости;
3. ликворея, возникающая при переломе височной кости

Правильный ответ: 1

**10.При пробе двойного пятна:**

1. в центре марлевой салфетки - желтое пятно цереброспинальной жидкости, а по периферии марлевой салфетки - бурый венчик истекшей крови;
2. в центре марлевой салфетки - бурое пятно от истекающей крови, а по периферии марлевой салфетки - желтый венчик цереброспинальной жидкости

Правильный ответ: 2

**11. Чем ближе к верхушке корня зуба имеется линия перелома, тем зуб:**

1. более подвижен;
2. менее подвижен;
3. подвижность не зависит от места расположения линии перелома

Правильный ответ: 2

**12. Зуб подлежит удалению при:**

1. поперечном его переломе;
2. продольном его переломе;
3. косом его переломе.

Правильный ответ: 2

**13. При частичном переломе альвеолярного отростка:**

1. линия перелома проходит через наружную компактную пластинку и губчатое вещество;
2. линия перелома проходит через всю толщу альвеолярного отростка.

Правильный ответ: 1

**14. При полном переломе альвеолярного отростка:**

1. линия перелома проходит через наружную компактную пластинку и губчатое вещество;
2. линия перелома проходит через всю толщу альвеолярного отростка.

Правильный ответ: 2

**15. Как смещаются отломки при одиночном переломе нижней челюсти в области угла?:**

1. большой отломок смещается вниз и в сторону перелома, а малый вверх и кнаружи;
2. большой отломок смещается вверх и в сторону перелома, а малый вниз и вовнутрь;
3. большой отломок смещается вниз и кнаружи, а малый - вверх и вовнутрь,
4. большой отломок смещается вниз и в сторону перелома, а малый вверх и вовнутрь.

Правильный ответ: 4

**16. Синдром верхней глазничной щели выявляется при следующих огнестрельных переломах:**

1. нижней челюсти;
2. верхней челюсти;
3. скулового комплекса

Правильный ответ: 2

**17. Воздействие на организм двух и более поражающих факторов называется:**

1. множественным поражением;
2. одиночным поражением;
3. сочетанным поражением;
4. комбинированным поражением

Правильный ответ: 4

**18. Нехарактерное воздействие лучевого поражения на течение огнестрельной раны:**

1. улучшает кровообращение в тканях;



2. замедляет репаративные процессы;
3. уменьшается продолжительность скрытого периода лучевой болезни;
4. возрастает тяжесть лучевого поражения.

Правильный ответ: 1

**19. На рентгенограмме при развитии посттравматического остеомиелита щель перелома нижней челюсти:**

1. равномерно расширяется;
2. расширяется неравномерно, у альвеолярного края она меньше, чем у нижнего края челюсти;
3. расширяется неравномерно, у альвеолярного края она больше, чем у нижнего края челюсти

Правильный ответ: 3

**20. Оптимальные сроки для проведения секвестрэктомии при посттравматическом остеомиелите нижней челюсти:**

1. 1-2 недели после травмы;
2. 3-4 недели после травмы,
3. 1,5-2 месяца после травмы

Правильный ответ: 2

**21. Какая особенность челюстно-лицевой области не оказывает влияния на клиническое проявление ожогов кожи лица:**

1. обильная иннервация;
2. хорошая васкуляризация;
3. наличие зубов;
4. неровность рельефа;
5. наличие органов зрения;
6. разная толщина кожи на разных участках.

Правильный ответ: 3

**22. Можно ли вскрывать малые пузыри при ожогах II степени:**

1. нет, нельзя;
2. можно;
3. не только можно, но и нужно.

Правильный ответ: 1

**23. При своевременности оказания помощи промывание (обмывание) пораженного химическим агентом участка длится:**

1. 1-2 минуты;
2. 3-5 минут;
3. 10-15 минут;
4. 30 минут,
5. 60 минут.

Правильный ответ: 3

**24. Сколько различают степеней отморожений кожи лица:**

1. одну,
2. две;
3. три;
4. четыре;
5. пять.

Правильный ответ: 4

## **25. Чем нельзя проводить легкий массаж при отморожении лица:**

1. теплой рукой;
2. шерстяной материей;
3. снегом;
4. носовым платком.

Правильный ответ: 3

### **Ситуационные задачи**

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12**

#### **Задача 1**

Пациент А., 35 лет. Доставлен реанимобилем в приемное отделение областной больницы, пострадал в ДТП. Объективно: состояние тяжелое, уровень сознания— кома I стадии, дыхание поверхностное, ЧД— 24/мин, тоны сердца ритмичные, ЧСС— 50/мин, АД100/50 мм.рт.ст. Садины на коже лба, во рту - рвотные массы, прикус не нарушен, признаков повреждения слизистой оболочки рта нет. Обзорная краниограмма: перелом теменной кости слева и нижней челюсти в области угла слева без смещения.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей и костных структур, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: приведение жизненно-важных функций в состояние компенсации, восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. На состояние пациента влияют 2 травматических повреждения. Каждое из них угрожает жизни и здоровью в разной степени и предполагает соответствующий план обследования и лечения. Коматозное состояние требует углубленного обследования жизненно-важных органов и анатомических зон, так как нет возможности выяснить анамнез. Первостепенные задачи лечения: обеспечить контроль функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, выделения, провести мероприятия по устранению последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ) специалистами-реаниматологами и нейрохирургами. Объем мероприятий по поводу челюстно-лицевой травмы определяется, с одной стороны, необходимостью профилактики осложнений, а с другой стороны, допустимым травматизмом манипуляций в условиях тяжелой ЧМТ. Ожидаемы осложнения со стороны органов ЧЛО - травматический остеомиелит, нарушение консолидации отломков. Нарушение алгоритма оказания помощи тяжелому пациенту всегда приводит к нежелательному эффекту.

#### **Ответ:**

1. Черепно-мозговая травма тяжелой степени
2. План обследования. Ввиду коматозного состояния пациента и невозможности выяснения у него жалоб необходимо обследование всех жизненно важных органов для исключения их повреждений (измерение ЧСС, АД, определение функции внешнего дыхания, рентгенограмма черепа, шейного отдела позвоночника, исследование органов грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства, тазовых органов).
3. План лечения: в первую очередь, необходимо провести коррекцию витальных функций. Для профилактики асфиксии необходимо санировать верхние дыхательные пути. При неадекватном спонтанном дыхании - интубация, по показаниям - перевод на ИВЛ. Катетеризация центральной и/или периферической вены, при невозможности - венепункция. Катетеризация мочевого пузыря. Специализированное лечение челюстно-лицевой травмы про-

водят только при стабилизации гемодинамических показателей, так как ранние активные действия могут привести к усугублению состояния пациента. После стабилизации состояния пациента - рентгенологический контроль зоны перелома (возможно появление смещения отломков в период реанимации). Репозиция отломков при отсутствии смещения не проводится. Фиксация методом назубного двухчелюстного шинирования. Иммобилизация методом межчелюстного эластического вытяжения, шиноподбородочной прашой. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

### **Задача2**

Больной К., 32 года. Час назад получил удар рукой в лицо. Беспокоит боль в верхней челюсти, незначительное кровотечение изо рта. Объективно: состояние удовлетворительное. Отек верхней губы выражен умеренно. На слизистой оболочке верхней губы имеется рана 3×1 см, края раны неровные, отмечается поступление крови. Центральные верхние резцы подвижны в переднезаднем направлении. Перкуссия их болезненна. Из лунок 1.1. и 2.1. зубов отмечается незначительное кровотечение. При смыкании зубов центральные резцы-антагонисты не соприкасаются.

Рентгенограмма (рисунок).



Рисунок - Рентгенограмма

### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Лечение повреждений связочного аппарата зуба аналогично лечению вывихов костей. Обработка раны слизистой оболочки губы соответствует канонам общей хирургии. При описанной травме может быть поврежден не только связочный аппарат зуба, но и пульпа. Прогнозируемое осложнение — некроз пульпы с развитием периостита или остеомиелита, развивается спустя 2-4 недели после травмы.

### **Ответ:**

1. Диагноз: неполный вывих 1.1., 2.1. зубов. Рваная рана слизистой оболочки верхней губы.
2. Электродонтодиагностика, КТ
3. План лечения: репозиция вывихнутых зубов с последующей иммобилизацией в течение 4 недель (шина-скоба, лигатурное связывание). При подобной травме существует высокий риск некроза пульпы. Клинические проявления наступают по истечении 2-3 недель,

как правило, в виде острого гнойного периостита. Жизнеспособность пульпы в латентном периоде может быть определена путем электроодонтометрии(ЭОД). Поэтому, при иммобилизации необходимо выбрать такой способ, при котором будет обеспечен доступ к коронкам с целью проведения ЭОД. В первые дни после травмы электровозбудимость пульпы может быть снижена, поэтому ЭОД-контроль проводится в динамике: сразу после травмы и в течение недели после нее. Если при повторных обследованиях электровозбудимость пульпы остается низкой, то это указывает на гибель пульпы и необходимость эндодонтического лечения. Клиническими признаками гибели пульпы являются потускнение и потемнение коронки. При наличии хронического воспалительного процесса(хронический пульпит, периодонтит и др.) измененная пульпа изначально является источником инфицирования зоны травмы и способствует развитию септических осложнений. В таком случае проводится удаление зуба. Рану слизистой оболочки губы подвергают первичной хирургической обработке, которая включает ревизию раны, иссечение краев и перевод ее в резаную, гемостаз и ушивание. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

### **Задача3**

Пациент В., 39 лет. Доставлен в приемное отделение областной больницы с жалобами на тошноту, однократную рвоту, сильную боль в лице, нарушение прикуса и конфигурации лица. Из анамнеза - пострадал в ДТП. Объективно: состояние тяжелое. В сознании, возбужден. Бледен. Дыхание ритмичное, везикулярное, проводится во все отделы. ЧД - 16/мин. Пульс ритмичный, ЧСС - 82/мин., АД - 135/90 мм. рт.ст. Выражен отек верхней губы, пальпация средней зоны лица резко болезненна, имеются гематомы век с обеих сторон, овал лица удлиннен, прикус патологический, открытый - контакт только на молярах; снижена чувствительность кожи в зоне иннервации 2-й ветви тройничного нерва. Слизистая оболочка рта – единичные подслизистые кровоизлияния по верхней переходной складке преддверия.

#### **Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Описанные симптомы могут быть характерны для травм различной степени тяжести. Для правильной оценки тяжести повреждений необходимо изучение областей анатомически близких к лицевому скелету(основание черепа, глазное яблоко). Гематомы век могут быть признаком симметричных ушибов. Общеклиническое обследование пациента с челюстно-лицевой травмой включает пальпацию лицевого скелета с проведением нагрузочных проб с целью выявления других патогномичных признаков повреждения костных структур. План лечения: мероприятия по репозиции, фиксации и иммобилизации отломков, профилактике осложнений. Лечение черепно-мозговой травмы без нарушения витальных функций проводится одновременно в соответствии со степенью тяжести.

#### **Ответ:**

1. Сочетанная травма: закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Перелом верхней челюсти по Ле-Фор II (по средней линии слабости, среднего типа) со смещением.
2. Дообследование: попытка пальпаторно выявить патологическую подвижность и боль при осевой нагрузке; краниография - обзорная и в дополнительных проекциях, по показа-

ниям - компьютерная томография средней зоны лица, черепа; общеклинические лабораторные исследования, консультация нейрохирурга, офтальмолога, оториноларинголога. Контроль нарастающей внутричерепной гематомы с выполнением КТ по показаниям.

3. Лечение: холодместно (1 сутки), одномоментная репозиция и фиксация двучелюстной назубной шиной, иммобилизация теменно-подбородочной пращой. При значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, многооскольчатом переломе - открытая репозиция с металлоостеосинтезом. Лечение сочетанных повреждений смежных областей специалистами по профилю. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

#### **Задача4**

Пациент Б., 43 года. Доставлен реанимобилем в приемное отделение областной больницы. Со слов бригады скорой медицинской помощи - пострадал в ДТП30 минут назад. Объективно: состояние тяжелое, сознание ступорозное, диффузный цианоз, дыхание стридорозное, ЧД13/мин, при выдохе изо рта отделяется умеренное количество пенистой мокроты с примесью крови. Пульс ритмичный, ЧСС - 120/мин, АД - 125/80 мм.рт.ст. Нижний отдел лица деформирован, при пальпации определяется патологическая подвижность фронтального отдела нижней челюсти. В полости рта - кровь, пенная мокрота, язык ограниченно подвижен, западает кзади.

#### **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?
  2. План оказания неотложной помощи?
  3. План обследования.
  4. План лечения, реабилитации, диспансерного наблюдения?
  5. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.
  6. Какой ориентировочный срок нетрудоспособности при данном заболевании
- А. Манипуляции по купированию угрожающих жизни синдромов должны соответствовать механизму их развития. Асфиксия при травме ЧЛЮ может быть вызвана различными причинами(дислокационная, обтурационная, аспирационная). Одновременно необходимо проводить мероприятия по контролю и компенсации других жизненно важных функций. Цель обследования: выяснить степень компенсации витальных функций, определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выявить возможные осложнения и сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: компенсация витальных функций, восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.
- Б. Устранение асфиксии может быть осуществлено мероприятиями по удалению инородных тел из верхних аэродигестивных (воздуховодных) путей, устранением западения языка, созданием обходного пассажа воздуха. Первоочередные задачи лечения: обеспечить контроль функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, выделения. Задачи лечения челюстно-лицевой травмы: репозиция, фиксация и иммобилизация поврежденных костных структур, профилактика ожидаемых осложнений. Наиболее вероятные осложнения - травматический остеомиелит, пневмония, последствия устранения асфиксии.

#### **Ответ:**

1. Диагноз: двусторонний перелом нижней челюсти со смещением центрального отломка, механическая асфиксия, острая дыхательная недостаточность 2 стадии.
2. Алгоритм действий по устранению асфиксии у пациента с челюстно-лицевой травмой: санация полости рта и достижимых аэродигестивных путей вручную или электроотсосом, тракция языка кпереди вручную или языкодержателем, коникотомия, трахеотомия. Пере-

ход к последующей манипуляции осуществляется при неэффективности предыдущей. После восстановления внешнего дыхания проводится интенсивная терапия для компенсации жизненно важных функций. У пациента следует предполагать наличие дислокационной асфиксии вследствие двустороннего перелома нижней челюсти из-за смещения центрального отломка и массива тканей дна рта и языка кзади.

3. Рентгенография панорамная, КТ.

4. Репозиция отломков, способ фиксации: двучелюстное шинирование, или остеосинтез при невозможности шинирования (отсутствие зубов, значительное смещение, интерпозиция мягких тканей), иммобилизация теменно-подбородочной пращей. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия, бронхолитики, коррекция КЩС.

5. После выздоровления санация полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта, рекомендации по индивидуальной гигиене, подбор средств, мотивация на соблюдение гигиены полости рта и прохождение профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев.

6. 30 - 45 дней

### **Задача 5**

Пациент Г., 27 лет. Упал на катке 1 час назад, ударился подбородком. Беспокоит боль в области подбородка. Объективно: состояние удовлетворительное. На коже подбородка - ссадины, пальпация в области подбородка болезненна, прикус не нарушен, определяется патологическая подвижность нижней челюсти на уровне 3.1. – 4.1. зубов, крепитация в области подбородка при выполнении нагрузочных проб. Симптом Венсана отрицателен с обеих сторон. Прикус не нарушен, слизистая оболочка рта не изменена.

#### **Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?

2. План обследования?

3. План лечения?

4. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

5. Какой ориентировочный срок нетрудоспособности при данном заболевании

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Общеклиническое обследование пациента с челюстно-лицевой травмой включает пальпацию лицевого скелета с проведением нагрузочных проб. Как наличие патогномоничных признаков перелома, так и их отсутствие не является основанием для отказа от проведения рентгенологического исследования. Способ рентгенологического обследования должен соответствовать характеру предполагаемого повреждения. В силу сложной рентгенанатомии костей черепа не всегда возможно определить линию перелома при стандартных укладках. Такие случаи требуют уточняющей рентгенодиагностики (другие укладки, КТ). План лечения включает мероприятия по репозиции, фиксации и иммобилизации отломков, профилактике осложнений.

#### **Ответ:**

1. Диагноз: открытый травматический перелом нижней челюсти во фронтальном отделе без смещения. У пациента имеется патогномоничный признак перелома (крепитация в области подбородка при выполнении нагрузочных проб). Сохранение адекватного прикуса в

данной ситуации объясняется динамически и статически равной тягой мышц левой и правой стороны.

2. Методы уточняющей рентгенодиагностики - ортопантомография, КТ.

3. Репозиция при отсутствии смещения не проводится. Способы фиксации: моношина на нижнюю челюсть, двучелюстная шина(при небольшом смещении), теменно-подбородочная повязка(при отказе от шинирования), остеосинтез(при отсутствии зубов, значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, патологическом заживлении), иммобилизация: межчелюстное эластическое вытяжение, теменно-подбородочная праща. Рентгенологический контроль консолидации через 4 недели. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия.

4. После выздоровления санация полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта, рекомендации по индивидуальной гигиене, подбор средств, мотивация на соблюдение гигиены полости рта и прохождение профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев.

5. 28-30 дней

### **Тема 3:«Онкология в хирургической стоматологии»**

#### Цель и задачи:

**Цель:** Уяснить основные положения об опухолях челюстно-лицевой области.

**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:** 48 часов

#### **Виды самостоятельной работы обучающихся:**

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

#### **Контрольные вопросы:**

1. Классификация опухолей. Основные принципы лечения новообразований.
2. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи лица.

3. Пороки развития и опухоли кожи.
4. Опухоли и опухолеподобные образования из жировой ткани.
5. Опухоли и опухолеподобные образования из фиброзной ткани.
6. Опухоли из кровеносных и лимфатических сосудов.
7. Неврогенные опухоли и опухолеподобные образования.
8. Редкие опухоли и опухолеподобные образования.
9. Доброкачественные органоспецифические опухоли челюстно-лицевой области.
10. Доброкачественные органонеспецифические опухоли челюстно-лицевой области.
11. Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей и лицевых костей.
12. Радикулярные кисты. Фолликулярные кисты. Парадентальные кисты.
13. Врождённые кисты и свищи шеи.
14. Приобретённые кисты мягких тканей.
15. Опухоли и кисты слюнных желёз.
16. Остеома. Остеоид-остеома. Остеобластома. Оссифицирующая фиброма (фиброостеома). Остеосаркома. Хондрома, остеохондрома, хондросаркома.
17. Опухолеподобные образования челюстей. Эозинофильная гранулёма.
18. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. Злокачественные опухоли кожи лица и губ.
19. Злокачественные опухоли полости рта. Злокачественные опухоли челюстей.
20. Принципы лечения регионарных метастазов злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. Современные принципы лечения опухолей челюстно-лицевой области.

### **Примеры тестовых заданий**

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12**

Выберите один или несколько правильных ответов

**1.Какая из перечисленных опухолей относится к эпителиальным:**

1. лимфангиома;
2. аденома;
3. гемангиома;
4. невринома;
5. фиброма;
6. липома;
7. хондрома.

Правильный ответ: 2

**2.Какая из перечисленных опухолей относится к неэпителиальным:**

1. плеоморфная аденома;
2. светлоклеточная аденома;
3. онкоцитомы;
4. липома;
5. аденолимфома,
6. сальноклеточная аденома.

Правильный ответ: 4

**3.Синоним плеоморфной аденомы:**

1. онкоцитомы;
2. липома;
3. аденолимфома;
4. смешанная опухоль;
5. мономорфная аденома;
6. базальноклеточная аденома.

Правильный ответ: 4



**4. В какой железе наиболее часто образуется плеоморфная аденома:**

1. малой слюнной железе;
2. подъязычной железе;
3. поднижнечелюстной железе;
4. околоушной железе.

Правильный ответ: 4

**5. Плеоморфная аденома - это опухоль какого происхождения:**

1. эпителиального;
2. неэпителиального;
3. смешанного

Правильный ответ: 1

**6. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной:**

1. радикулярная;
2. фолликулярная;
3. парадентальная;
4. эпидермоидная;
5. носоальвеолярная

Правильный ответ: 5

**7. Какая киста челюсти относится к одонтогенной:**

1. носонебная;
2. глобуломаксиллярная;
3. носоальвеолярная;
4. радикулярная

Правильный ответ: 4

**8. Какая киста челюсти относится к одонтогенной:**

1. носонебная;
2. глобуломаксиллярная,
3. носоальвеолярная;
4. фолликулярная.

Правильный ответ: 4

**9. Какая киста челюсти относится к одонтогенной:**

1. носонебная;
2. глобуломаксиллярная,
3. носоальвеолярная;
4. парадентальная

Правильный ответ: 4

**10. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной:**

1. носонебная,
2. глобуломаксиллярная;
3. носоальвеолярная;
4. эпидермоидная.

Правильный ответ: 4

**11. Стенка эпидермоидной кисты состоит из каких слоев кожи:**

1. эпидермиса;
2. дермы;
3. эпидермиса и дермы.

Правильный ответ: 1

**12.В оболочке какой кисты находятся (имеются) сальные и потовые железы:**

1. дермоидной,
2. эпидермоидной;
3. срединной;
4. боковой;
5. атероме.

Правильный ответ: 1

**13.Синоним дермоидов (дермоидной кисты):**

1. эпидермоид (эпидермоидная киста);
2. кистозная тератома;
3. срединная киста;
4. бронхиогенная киста;
5. боковая киста;
6. тиреоглоссальная киста.

Правильный ответ: 2

**14.Синоним боковой кисты шеи:**

1. дермоид,
2. эпидермоид,
3. кистозная тератома;
4. бронхиогенная киста;
5. срединная киста,
6. тиреоглоссальная киста;

Правильный ответ: 4

**15.Синоним срединной кисты шеи:**

1. дермоид,
2. эпидермоид,
3. кистозная тератома,
4. бронхиогенная киста;
5. тиреоглоссальная киста;
6. атерома;
7. боковая киста.

Правильный ответ: 5

**16.Ширина ободка склерозированной кости, расположенной вокруг патологического очага при остеоид-остеоме, имеет прямую зависимость от:**

1. возраста больного;
2. длительности течения заболевания;
3. локализации опухоли на верхней или нижней челюсти;
4. наличия обострения воспалительных явлений;

Правильный ответ: 2

**17.К неостеогенным опухолям челюстей относят:**

1. остеобластому;
2. остеоид-остеому,
3. гигантоклеточную опухоль;
4. цементирующую фиброму;
5. оссифицирующую фиброму;

6. остеосаркому.

Правильный ответ: 4

**18.Остеобластома локализуется:**

1. только в толще костной ткани челюсти,
2. только по периферии челюсти;
3. как в толще, так и по периферии челюсти

Правильный ответ: 3

**19.Клинически оссифицирующая фиброма челюстей протекает как:**

1. остеома;
2. фиброма,
3. фиброзная остеодисплазия;
4. остеосаркома;
5. хондросаркома,
6. фибросаркома.

Правильный ответ: 3

**20.Для остеобластической остеосаркомы характерна следующая морфологическая характеристика:**

1. имеется разрастание атипичной опухолевой костной ткани (плотная костеподобная ткань беловатого цвета);
2. разрастается опухолевая ткань (крошащаяся и кровоточащая масса), преобладает клеточный опухолевой компонент (атипичные многоядерные клетки);
3. имеются остеобласты и остеокласты на фоне фиброзной ткани

Правильный ответ: 1

**21.Для остеолитической (остеокластической) остеосаркомы характерна следующая морфологическая характеристика:**

1. имеется разрастание атипичной опухолевой костной ткани (плотная костеподобная ткань беловатого цвета);
2. разрастается опухолевая ткань (крошащаяся и кровоточащая масса), преобладает клеточный опухолевой компонент (атипичные многоядерные клетки);
3. имеются остеобласты и остеокласты на фоне фиброзной ткани.

Правильный ответ: 2

**22.Сложная одонтома построена из:**

1. ткани одного зуба;
2. тканей двух зубов;
3. нескольких зачатков зубов.

Правильный ответ: 3

**23.По рентгенплотности ткани какое образование наиболее плотное?**

1. киста;
2. одонтома;
3. остеома;
4. фиброма;
5. остеоид-остеома;
6. амелобластома,
7. цементама.

Правильный ответ: 2

**24. Какие хронические трещины нижней губы следует отнести к предраковым заболеваниям?**

1. хронические трещины у молодых людей и детей;
2. рецидивирующие трещины у пожилых людей
3. кровотокающая трещина у лиц любого возраста

Правильный ответ: 2

**25. Какие формы лейкоплакий следует отнести к предраковым заболеваниям?**

1. лейкоплакия Таппейнера,
2. плоская лейкоплакия,
3. эрозивно-язвенная и плоская лейкоплакия:
4. эрозивно-язвенная и веррукозная лейкоплакия:
5. веррукозная лейкоплакия и лейкоплакия Таппейнера;
6. эрозивно-язвенная, веррукозная и мягкая лейкоплакия;
7. все ранее перечисленные виды лейкоплакий.

Правильный ответ: 4

**Ситуационные задачи**

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12**

**Задача № 1.**

Пациентка Т., 62 года, сельский житель. В течение 2 лет периодически появляются эрозии на красной кайме нижней губы, сопровождаются жжением, мокнутием. Обострение длится 2–3 недели. В период ремиссии эрозии эпителизируются, но сохраняется шелушение, легкая болезненность красной каймы нижней губы. После обострения 2 месяца назад полной эпителизации не наступило. Обратилась к врачу. Объективно: состояние удовлетворительное. Шейные и подчелюстные лимфатические узлы пальпаторно не определяются. В средней трети красной каймы нижней губы парамедианно справа имеется эрозия 0,5 см в диаметре. Очертания фестончатые, края нечеткие, поверхность гладкая, цвет красный, консистенция мягкая. Слизистая оболочка рта розовая, гладкая, чистая. Отмечается значительное отложение зубного камня в области шеек 4.1. – 4.2.

**Вопросы:**

1. План обследования.
2. Какие заболевания могут быть выявлены у пациентки?
3. Вероятные причины их развития?
4. Варианты лечения?

А. При обнаружении патологического процесса с признаками новообразования главная задача врача — доказать наличие или отсутствие злокачественной опухоли.

Б. Наиболее информативные методы верификации (подтверждения) опухоли: цито- или гистологическое исследование патологического материала. Лечебная тактика определяется клиническими, анамнестическими и морфологическими данными. План обследования при обнаружении злокачественной опухоли включает уточнение распространенности новообразования на локальном, регионарном и организменном уровне. План лечения предопухолевого заболевания включает устранение причин, консервативные и хирургические методы.

**Ответ:**

1. План обследования: сбор анамнеза, орофарингоскопия, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области лимфоузлов шеи, мазки-отпечатки с последующим цитологическим исследованием. Общеклинические лабораторные и инструментальные обследования (ОАК, ОАМ, БАК, ЭКГ, сахар крови, RW, рентгенография грудной клетки).

2. При описанной клинической картине цитологически может быть выявлен хронический хейлит или рак губы. При выявлении рака обследование следует дополнить ультразвуковым исследованием шейных лимфоузлов и больших слюнных желез(наиболее вероятные объекты метастатического поражения при раке губы). При выявлении патологически измененных лимфоузлов - пункционная или эксцизионная биопсия.

3. Вероятные причины развития хейлита: механическая травма отложениями зубного камня, воздействие продуктов жизнедеятельности микроорганизмов зубного налета.

4. Лечение лучевое или хирургическое. План лечения хронического хейлита: санация кариозных зубов, коррекция прикуса, отказ от вредных привычек, лечение сопутствующих заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, местно - антисептики, кератопластики, иммуномодуляторы. При неэффективности консервативного лечения, выявлении выраженной дисплазии(2–3 степени) показано хирургическое лечение.

### **Задача № 2.**

Больная, 27 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования слизистой оболочки в области 2.6., 2.7. зубов, затрудненное открывание рта и болезненность во время приема пищи. При осмотре: на десне с вестибулярной стороны на уровне 2.6., 2.7. зубов имеется новообразование, бледно-розового цвета, бугристой формы, размером 1,5 x 1,0 см., 2.7. зуб покрыт одиночной металлической коронкой.

#### **Вопросы:**

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Какие дополнительные обследования необходимы для постановки диагноза?
- 3.Какое лечение необходимо провести?

#### **Ответ.**

- 1.Фиброматозный эпюлис в области 2.6., 2.7. зубов.
- 2.Рентгенологическое исследование в области 2.6., 2.7. зубов.
- 3.Иссечение новообразования.

### **Задача № 3.**

Пациент А. 59 лет. 2 месяца назад появилась боль в области 3.6. зуба, постоянная, ноющая с усилением при механической нагрузке. Обращался к стоматологу, осмотрен, выполнена дентальная рентгенограмма. Визуально - кариозное разрушение коронки 3.6. зуба, локальная припухлость и незначительная гиперемия десны. На снимке - очаговая резорбция альвеолярного отростка в области верхушки 3.6. зуба. Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит. Выполнено удаление 3.6 зуба, кюретаж лунки, удалены фрагменты грануляционной ткани, проведено противовоспалительное лечение. С 6 - 7 суток после удаления - постепенное нарастание боли. При осмотре - в лунке фибриновый сгусток, незначительная локальная припухлость. Назначено противовоспалительное лечение - без эффекта. Еще через 2 недели появилась ипсилатеральная (на стороне поражения) оталгия, через 4 недели - для купирования боли потребовался ежедневный прием анальгетиков. Повторное обращение к стоматологу, осмотр - незначительное усиление припухлости в области 3.4. – 3.5. – 3.6. зубов, в лунке 3.6. зуба - разрастание грануляционной ткани, локальная болезненность при пальпации, увеличение подчелюстного лимфатического узла слева до 1,5 см, узел округлый, смещаемый, плотноэластический, слегка болезненный.

#### **Вопросы:**

1. План обследования?
2. Предположительный диагноз?
3. Укажите на ошибки обследования пациента?

А. Принцип онкологической настороженности заставляет трактовать случаи атипичного или осложненного течения заболеваний как подозрительные на злокачественные опухоли. В такой ситуации необходимо включить в перечень обследования мероприятия по исключению или подтверждению новообразования соответствующей локализации.

Б. Санация очага при лечении хронического периодонтита в фазе обострения должна приводить к быстрому (до 3 суток купированию воспалительных явлений). Если этого не происходит, то, как правило, развивается одонтогенный остеомиелит. Иные варианты эволюции заболевания следует считать атипичными или осложненными.

**Ответ**

1. План обследования: тщательный сбор анамнеза, орофарингоскопия, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, рентгенография органов грудной клетки, рентгенография нижней челюсти, биопсия и мазки-отпечатки с последующей морфологической верификацией; пункция измененного лимфоузла.

2. Предположительный диагноз: злокачественная опухоль нижней челюсти.

3. Диагностическая ошибка: не было назначено повторное рентгенологическое исследование при отсутствии эффекта от проводимого лечения, не было выполнено гистологическое исследование удаленных тканей, не была выполнена биопсия из патологического очага на фоне атипичного течения заболевания.

**Задача №4.**

Пациент Е. 64 года. В течение 1 месяца - боль в области 1.1.-1.2.-1.3. зубов, постоянная, ноющая, постепенно нарастает. Обращался к стоматологу, выполнен осмотр, дентальный снимок, ортопантограмма. Визуально и рентгенологически определяемой патологии не выявлено. Диагноз – невралгия II ветви тройничного нерва. Назначенное медикаментозное лечение дало временный эффект, через 2 недели боль возобновилась. При повторном осмотре обнаружена гипестезия кожи и слизистой оболочки в зоне иннервации II ветви n. trigemini справа, других патологических изменений не выявлено. Лечение дополнено физиопроцедурами, иглорефлексотерапией. Через 10 дней эффекта не наступило, появилась припухлость в области собачьей ямки справа.

**Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?

2. План обследования?

3. Укажите на ошибки обследования пациента?

А. Диагноз «Невралгия II ветви тройничного нерва» предполагает обследование с целью выявления всех возможных органических причин заболевания.

Б. Должны быть обследованы с использованием инструментальных методов все анатомические зоны по ходу пораженного нервного ствола: средняя черепная ямка, височная кость, крылонебная ямка, верхнечелюстная пазуха, полость носа. Если по каким-то причинам до начала лечения не удалось обследовать пациента в полном объеме, то в случае неэффективности лечения необходимо назначить дообследование. Наличие же клинических признаков опухолевого роста обязывает верифицировать новообразование cito- или гистологически.

**Ответ:**

1. Предположительный диагноз: злокачественная опухоль верхней челюсти.

2. Диагностическая ошибка: не было проведено полное обследование с целью выявления причин нарушения функции нерва.

3. План обследования: орофарингоскопия, риносинусоскопия, рентгенологическое исследование костей черепа, ультразвуковое исследование лимфоузлов шеи и больших слюнных желез, компьютерная томография средней черепной ямки, парафарингеального пространства, параназальных синусов, морфологическая верификация новообразования.

**Задача № 5.**

Пациент Ш., 56 лет. В течение 1 месяца пациента беспокоит ощущение инородного тела в мягких тканях в области угла нижней челюсти справа. Периодически появляется умеренная ноющая боль в этой проекции. Объективно: слизистая оболочка рта - без визуально

определяемых изменений. ЛОР-осмотр - признаки хронического простого фарингита. Пальпаторно - незначительная болезненность мягких тканей в верхней трети шеи справа, узловых образований, изменения консистенции не выявлено. Пациент настаивает на направлении в онкологический диспансер, так как 3 месяца назад его знакомый умер от рака глотки.

**Вопрос:**

1. Какие обследования следует выполнить при направлении в онкологический диспансер?

А. Онколог-консультант должен получить объективные данные о заинтересованной анатомической зоне на основании инструментальных методов исследований. Методы должны охватить все структуры, изменения в которых могут сопровождаться указанными симптомами.

Б. К упомянутым жалобам могут привести как структурные изменения в ряде анатомических образований, так и функциональные нарушения, обусловленные патологией центральной нервной системы. Хотя анамнез (связь со стрессовым фактором) позволяет с большой долей вероятности предположить психогенный характер заболевания, в первую очередь следует исключить органическую патологию.

**Ответ:**

1. Орофарингоскопия, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, ОАК (с целью исключения опухолей кроветворной системы), УЗИ щитовидной железы, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгеноскопия пищевода, ФЭГДС, рентгенография шейного отдела позвоночника, органов грудной клетки, кровь на RW.

**Тема 4: «Хирургическая стоматология челюстно-лицевой области»**

Цель и задачи:

**Цель:** Уяснить основные положения о методах хирургической стоматологии челюстно-лицевой области.

**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:** 120 часов

### **Виды самостоятельной работы обучающихся:**

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

### **Контрольные вопросы:**

1. Острые сиаладениты.
2. Хронические сиаладениты.
3. Сиалозы.
4. Синдромы с поражением слюнных желез.
5. Кисты слюнных желез.
6. Наружные слюнные свищи.
7. Артриты.
8. Артрозы.
9. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.
10. Невралгия тройничного нерва.
11. Неврит тройничного нерва.
12. Неврит лицевого нерва.
13. Прогрессирующая гемиатрофия лица.
14. Виды дефектов и деформаций лица, причины их возникновения.
15. Врожденные несращения верхней губы и неба: этиология и патогенез врожденных уродств лица.
16. Врожденные несращения верхней губы и неба: классификация несращений верхней губы и неба.
17. Врожденные несращения верхней губы и неба: особенности клиники и функциональные нарушения при врожденных уродствах лица.
18. Хирургическое лечение несращений верхней губы.
19. Хирургическое лечение несращений неба.
20. Послеоперационные деформации губы и носа, дефекты неба.
21. Реабилитация пациентов с врожденной патологией лица.
22. Принципы планирования пластических операций.
23. Пластика местными тканями.
24. Пластика лоскутом на ножке.
25. Пластика круглым кожным стеблем по Филатову.
26. Свободная пересадка кожи.
27. Пересадка хряща.
28. Пересадка кости.
29. Пересадка комбинированных трансплантатов.
30. Контурная пластика.
31. Деформации челюстей: прогения.
32. Деформации челюстей: микрогения.
33. Деформации челюстей: прогнатия.
34. Деформации челюстей: микрогнатия.
35. Деформации челюстей: открытый прикус.
36. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области в результате травм, огнестрельных ранений, ожогов, воспалительных заболеваний.
37. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области в результате огнестрельных ранений.
38. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области в результате ожогов и обморожений.
39. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области в результате воспалительных заболеваний.



40. Дефекты и деформации после удаления опухолей лица и органов полости рта.
41. Анализ дефекта, оценка анатомических, функциональных и эстетических нарушений. Разработка плана лечения. Хирургическое лечение деформации челюстей.
42. Виды дентальной имплантации. Показания и противопоказания к дентальной имплантации.
43. Планирование операции имплантации.
44. Методики имплантации.
45. Осложнения после имплантологического лечения.

### **Примеры тестовых заданий**

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12**

Выберите один или несколько правильных ответов

**1.Верхней границей расположения околоушной железы является:**

1. скуловая кость;
2. скуловая дуга и наружный слуховой проход;
3. скуловая кость и нижнечелюстной край верхней челюсти;
4. височная ямка.

Правильный ответ: 2

**2.Подъязычная железа - это:**

1. альвеолярная слюнная железа;
2. альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;
3. трубчато-альвеолярная слюнная железа;
4. трубчатая слюнная железа

Правильный ответ: 3

**3.Инкубационный период при эпидемическом паротите колеблется:**

1. от 1 до 2 дней;
2. от 3 до 10 дней;
3. от 11 до 23 дней;
4. от 30 до 60 дней;
5. от 30 до 90 дней.

Правильный ответ: 3

**4.Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости отграничивается сзади:**

1. передним краем каменисто-барабанной щели;
2. суставной ямкой;
3. суставным бугорком,
4. скуловым отростком.

Правильный ответ: 1

**5.Суставная головка при движении нижней челюсти скользит по:**

1. заднему скату суставного бугорка,
2. переднему скату суставного бугорка;
3. по наружной поверхности суставного бугорка;
4. по внутренней поверхности суставного бугорка.

Правильный ответ: 1

**6.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, постоянные, при покое нижней челюсти боли уменьшаются, ограничение открывания рта, впереди козелка уха болезненность, слабость, недомогание;
3. хруст, крепитация, боли в суставе, смещение челюсти при открывании рта, ограничение открывания рта, головная боль, головокружение

Правильный ответ: 2

**7. Вывихи нижней челюсти, обусловленные механическим воздействием - это:**

1. травматические;
2. привычные,
3. патологические

Правильный ответ: 1

**8. При каком вывихе возможен разрыв суставной капсулы?:**

1. острым вывихе,
2. переднем вывихе;
3. заднем вывихе;
4. одностороннем вывихе;
5. двустороннем вывихе;
6. привычном вывихе;
7. неполном вывихе.

Правильный ответ: 3

**9. Найдите метод вправления заднего вывиха нижней челюсти:**

1. больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;
2. больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади;
3. больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;
4. больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти;
5. больной лежит, врач между молярами вводит тугой марлевый валик, давит на подбородок снизу вверх, а затем спереди назад;
6. больной лежит, врач накладывает пальцы на жевательные поверхности зубов с обеих сторон, а большими пальцами упирается в нижний край подбородка, оттягивает угол челюсти книзу, а большими пальцами смещает ее кзади;
7. больной сидит, врач накладывает большие пальцы на альвеолярный отросток нижней челюсти с вестибулярной стороны, остальные обхватывают угол и тело челюсти, большими пальцами смещает челюсть вниз, а остальными пальцами – кпереди

Правильный ответ: 7

**10. Ушной ганглий отдает волокна:**

1. к околоушной железе, мышцам, натягивающим барабанную перепонку, к барабанной струне;
2. к околоушной и поднижнечелюстной железе, к внутренней и наружной крыловидной мышцам, барабанной перегородке и барабанной струне;

3. к околоушной железе, мышце, растягивающей мягкое нёбо, к внутренней и наружной крыловидной мышцам, барабанной струне;

4. к околоушной железе, мышцам, натягивающим барабанную перепонку, мышце, растягивающей мягкое нёбо, к внутренней крыловидной мышце, к барабанной струне.

Правильный ответ: 4

**11. Жалобы больного сводятся к многочасовой и мучительной боли в зоне иннервации трех ветвей тройничного нерва. Иррадирует в половину головы с этой же стороны. В надбровной области (с этой же стороны) на коже появились герпетические высыпания. При обследовании больного врач установил потерю всех видов чувствительности на данной половине лица. Из анамнеза выяснено, что боли появились после ОРВИ, через неделю после начала болезни. Какой диагноз можно установить данному больному?:**

1. невралгия II и III ветви тройничного нерва периферического генеза;

2. невралгия тройничного нерва центрального генеза;

3. ганглионит крылонёбного узла;

4. ганглионит полулунного узла;

5. ганглионит ресничного узла;

6. ганглионит ушного узла;

7. аурикуло-темпоральный синдром;

8. синдром поражения позвоночного нерва.

Правильный ответ: 4

**12. Как можно прекратить боли при периферической невралгии II ветви тройничного нерва?:**

1. при проведении инфраорбитальной анестезии;

2. при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости;

3. при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости;

4. при проведении внутрικοжной анестезии впереди козелка уха;

5. при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги

Правильный ответ: 1

**13. Скрытое несращение верхней губы - это:**

1. втянутая линейная борозда на коже губы и выемка на красной кайме;

2. дефект мягких тканей верхней губы, который не доходит до нижнего отдела носового отверстия;

3. имеется дефект верхней губы по всей высоте, который захватывает нижний отдел носового отверстия

Правильный ответ: 1

**14. Неполное (частичное) несращение верхней губы - это:**

1. втянутая линейная борозда на коже губы и выемка на красной кайме;

2. дефект мягких тканей верхней губы, который не доходит до нижнего отдела носового отверстия;

3. имеется дефект верхней губы по всей высоте, который захватывает нижний отдел носового отверстия

Правильный ответ: 2

**15. Полное несращение верхней губы - это:**

1. втянутая линейная борозда на коже губы и выемка на красной кайме,

2. дефект мягких тканей верхней губы, который не доходит до нижнего отдела носового отверстия;
3. имеется дефект верхней губы по всей высоте, который захватывает нижний отдел носового отверстия.

Правильный ответ: 3

**16.Какой лоскут называется артериализованным?**

1. при соотношении длины к ширине равной 3:1;
2. имеющий своим основанием край дефекта и поворачивающийся примерно на 180° внутрь;
3. лоскут в толще которого находятся магистральные сосуды.

Правильный ответ: 3

**17.Как называется кожный лоскут, состоящих из двух однослойных лоскута, сложенных и сращенных между собой раневыми поверхностями?**

1. однослойным;
2. удвоенным,
3. мостовидным;
4. артериализованным;
5. комбинированным.

Правильный ответ: 2

**18.Для контурной пластики не используется:**

1. кость;
2. хрящ;
3. деэпидерм и эированная кожа;
4. жировая клетчатка;
5. фасция;
6. высокомолекулярные соединения;
7. титановые имплантаты;
8. мышцы.

Правильный ответ: 7

**19.Прогения - это:**

1. аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
2. это недоразвитие нижней челюсти;
3. аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
4. это недоразвитие верхней челюсти

Правильный ответ: 1

**20.Микрогения - это:**

1. аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
2. это недоразвитие нижней челюсти;
3. аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
4. это недоразвитие верхней челюсти

Правильный ответ: 2

**21.Прогнатия - это:**

1. аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;

2. это недоразвитие нижней челюсти;
  3. аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
  4. это недоразвитие верхней челюсти
- Правильный ответ: 3

**22. Ложная прогения - это когда:**

1. в прогеническом (обратном) прикусе находятся только отдельные фронтальные зубы, а на всем протяжении обоих зубных рядов взаимное расположение зубов правильное;
2. в прогеническом (обратном) прикусе находятся не только фронтальные, но и боковые зубы.

Правильный ответ: 1

**23. Какой должен быть промежуток между опорной частью имплантата и зубом-антагонистом?**

1. промежутка может и не быть;
2. не более 1 мм;
3. не менее 3 мм

Правильный ответ: 3

**24. В каком случае наблюдается остеоидный тип сращения дентального имплантата с окружающей костью?**

1. в любом случае;
2. при плотном контакте имплантата с кортикальной костью;
3. если между имплантатом и кортикальной костью имеется щель

Правильный ответ: 2

**25. В каком случае наблюдается фиброзно-остеоидный тип сращения зубного имплантата с окружающей костью?**

1. в любом случае;
2. при плотном контакте имплантата с кортикальной костью;
3. если между имплантатом и кортикальной костью имеется щель

Правильный ответ: 3

**Ситуационные задачи**

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12**

**Задача № 1**

Пациентка Е., 35 лет. Беспокоят периодические ноющие боли в области козелка справа, отдающие в щеку и висок. Значительное усиление болей при жевательной нагрузке. Умеренное ограничение открывание рта (заметила случайно при зевании). Из анамнеза: в 15-летнем возрасте травма - ударились подбородком во время катания на коньках. Болезненные явления прошли в течение 2 недель, за медицинской помощью не обращалась. Объективно: пальпация в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа болезненна, при открывании рта S-образное движение подбородка с максимальным отклонением вправо. Нагрузочные пробы отрицательные. Прикус не нарушен. На рентгенограмме по Шюллеру: минимальные остеосклеротические изменения верхушки суставного отростка нижней челюсти справа, сужение суставной щели справа.

**Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Дисфункция сустава может быть вызвана воспалительным, дистрофическим и опухолевым процессом. Уточнение характера заболевания производится на основании анамнестических, клинических, инструментальных и лабораторных данных. Следует определить степень выраженности структурных изменений и функциональных нарушений.

Б. Термин «дисфункция ВНЧС» отображает лишь функциональную сторону заболевания. Морфологические изменения определяются инструментальными (рентгенография, артроскопия, денситометрия и т.д.) и инвазивными методами. Воспалительные заболевания могут иметь неспецифический или аутоиммунный характер, характеризуются определенной степенью активности по лабораторным показателям.

**Ответ:**

1. Диагноз: артроз височно-нижнечелюстного сустава, 1 стадия (минимальные рентгенологические изменения), функциональный класс I (минимальное нарушение функции сустава).

2. План обследования: компьютерная томография, денситометрия, пункция сустава, артроскопия, по показаниям - биопсия патологической ткани, ОАК, БАК (маркеры острого воспаления и коллагенозов).

3. Лечение: лечебный режим (механически щадящая диета), противовоспалительная терапия, при отсутствии эффекта и прогрессировании - глюкокортикоиды периартикулярно.

## **Задача № 2**

Пациент Ж., 18 лет. Из анамнеза: получил удар в подбородок при криминальных обстоятельствах. Беспокоит сильная боль в правом ухе, истечение крови из правого уха, боль в ухе при открывании и закрывании рта, отдающая в щеку и висок. Объективно: состояние удовлетворительное. Лицо симметрично, прикус физиологический; при открывании рта и нагрузочных пробах отмечается резкая боль в области ВНЧС справа. Осмотрен ЛОР-врачом: барабанная перепонка серая, разрыв передней стенки наружного слухового прохода. Рентгенограмма нижней челюсти в 2-х проекциях + рентгенограмма височной кости по Шюллеру: травматических изменений костной ткани не выявлено.

**Вопросы:**

1. Диагноз?

2. Механизм травмы?

3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Синдром суставной боли в ВНЧС может быть вызван повреждением как костных, так и мягкотканых структур. Изменения мягкотканых образований при травме могут иметь характер разрыва, разможнения, растяжения, гематомы.

**Ответ:**

1. Диагноз: острый травматический артрит височно-нижнечелюстного сустава справа. Травматический разрыв наружного слухового прохода.

2. Свободная полость височно-нижнечелюстного сустава, где могла бы скапливаться синовиальная жидкость, стремится к нулю. Термин «гемиартроз» не будет соответствовать действительности, так как кровь не сможет накопиться в полостях височно-нижнечелюстного сустава. Передняя стенка слухового прохода имеет мембранозное строение. При описанном механизме травмы головки суставных отростков нижней челюсти движутся вверх и назад, вызывая разрыв слухового прохода. Диагноз выставлен на основании отсутствия травматического повреждения барабанной перепонки, височной кости и нижней челюсти. Анатомическая близость головки суставного отростка к передней

стенке наружного слухового прохода определяет повреждение последней при подобном механизме травмы, когда головка суставного отростка движется спереди-снизу вверх-назад.

3. План лечения: щадящий режим, холод местно, нестероидные противовоспалительные средства, антисептики местно в наружный слуховой проход, антибактериальная терапия, физиотерапевтическое лечение. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

### **Задача № 3**

Пациент А., 29 лет. Беспокоит припухлость, сильная распирающая боль в околоушно-жевательной области справа, повышение температуры тела до 39°C, усиление боли при приеме пищи. Связывает начало заболевания с переохлаждением на рыбалке 2 дня назад. Объективно: состояние средней тяжести. Дыхание везикулярное, ЧД - 16/мин, пульс ритмичный, ЧСС - 90/мин, АД - 130/80 мм.рт.ст. Умеренный отек тканей околоушной области справа, мягкие ткани инфильтрированы, пальпация болезненна. Per os: из устья стеноза протока справа - обильное отделение гноя. ОАК: лейкоциты -  $12 \times 10^9/\text{л}$ , сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 15 мм/ч. При УЗИ околоушной слюнной железы полостных образований и конкрементов не выявлено, отмечается умеренное расширение протоков правой околоушной слюнной железы.

#### **Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента при наличии признаков острого воспалительного заболевания: установить причину, определить распространенность патологического процесса, наличие осложнений, степень адекватности общей и местной реакции организма. План лечения: санация очага воспаления, обеспечение адекватного оттока патологического отделяемого; этиотропная терапия, мероприятия по созданию функционального покоя пораженного органа, лечение и/или профилактика осложнений.

Б. Острый гнойный воспалительный процесс в околоушной слюнной железе может вовлекать строму органа, паренхиму или внутрижелезистые лимфоузлы, что определяет направления дифференциальной диагностики. Необходимость хирургической обработки очага определяется возможностью оттока экссудата через протоковую систему, наличием замкнутых гнойных полостей. Этиотропное лечение предполагает соблюдение принципов антибактериальной терапии. Функциональный покой достигается путем назначения лечебного режима и диеты.

#### **Ответ:**

1. Диагноз: острый гнойный паренхиматозный паротит справа, сиалодохит.
2. Дообследование включает посев отделяемого железы для выявления возбудителя и его чувствительности к антибиотикам. Отсутствие полостных образований в железе исключает наличие абсцесса. Выделение гноя через проток железы свидетельствует о преимущественном поражении паренхимы железы. При проведении дифференциального диагноза следует помнить о наличии около- и внутрижелезистых лимфоузлов, паротитах вирусного происхождения.
3. План лечения: полупостельный режим, диета с исключением слюногонных продуктов. В данном случае хирургическая обработка очага не показана в связи с адекватным дренированием через протоковую систему и отсутствием ограниченного гнойного очага. Для улучшения оттока секрета - массаж железы, физиотерапевтическое лечение – ультразвуковое «озвучивание железы», электрофорез с йодистым калием, спазмолитики, муколитики. Антибактериальная терапия: эмпирическая (препараты широкого спектра действия) до получения результатов посева, после получения результата - коррекция по показаниям. Обезболивающие, жаропонижающие.

#### Задача № 4

Пациентка Д., 34 года. Обратилась в приемное отделение областной больницы с жалобами на боль, чувство распирания в подчелюстной области слева, усиливающиеся во время приема пищи, горький вкус во рту. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2-х недель, болевые ощущения нарастали постепенно. Около 2 лет назад отмечала подобные симптомы, которые прошли самостоятельно. Объективно: умеренный отек подчелюстной области слева, пальпируется увеличенная слабоболезненная подчелюстная слюнная железа слева, из вартонова протока слева при массаже железы выделяется скудное количество мутной слюны с примесью гноя. При бимануальной пальпации - уплотнение по ходу протока на уровне 3.6. зуба. Рентгенограмма дна полости рта - тень конкремента на уровне 3.6. зуба.

#### Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента при наличии признаков хронического воспалительного заболевания: установить причину, распространенность фокуса воспаления, провести дифференциальную диагностику с новообразованиями, оценить функциональную состоятельность пораженного органа, выявить возможные осложнения. План лечения: устранение причины заболевания, создание условий для предотвращения рецидива, лечение и/или профилактика осложнений.

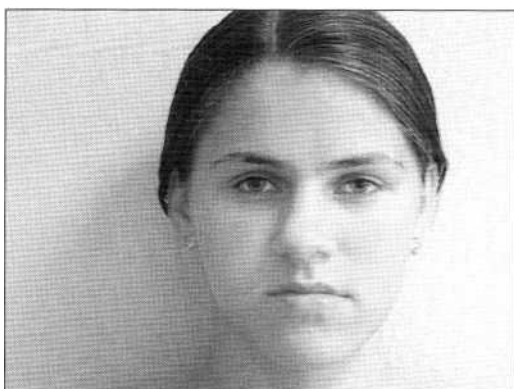
Б. Наличие конкремента позволяет объяснить основную причину воспаления — механическое препятствие для оттока слюны. Возникновение конкрементов в слюнных железах могут обуславливать как общие, так и местные факторы. Механизм образования конкрементов на бактериальной матрице-слежке такой же, как для желчевыводящей системы. Удаление конкремента (литотомия) приводит к устранению препятствия, но не факторов, вызвавших его появление. Условие правильного лечения - установление причин, вызвавших сиалолитиаз и их устранение.

#### Ответ:

1. Диагноз: калькулезный сиалоаденит подчелюстной слюнной железы.
2. Дообследование включает: лабораторные методы диагностики нарушений минерального обмена (кальциевого), так же могут быть использованы УЗИ, КТ для уточнения локализации конкремента.
3. Лечение: при расположении камня в протоке показано его удаление. При выявлении патологических состояний, способствующих камнеобразованию (нарушение минерального обмена, гиповитаминоз А, гипофункция паращитовидных желез и пр.) показана их коррекция.

#### Задача №5

Пациентка Б. 18 лет, жалобы: на асимметрию лица и выступающий подбородок. При



осмотре лица определяется асимметрия, подбородок смещен влево. В полости рта: смеще-



ние средней линии в области нижних центральных резцов влево на 2,5 мм. В боковых участках: смыкание зубов - антагонистов по Шклассу Энгля, в переднем - обратная резцовая окклюзия.

**Вопросы:**

1. Перечислите факторы, которые могли явиться причиной данной аномалии.
2. Укажите дополнительные методы обследования, которые следует провести для уточнения диагноза.
3. Укажите методы рентгенологического исследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Обоснуйте применение регулятора функции Френкеля Штипа для коррекции аномалий.
5. Обоснуйте применение сочетанного метода лечения (ортодонтического – хирургического).
6. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

**Ответы.**

1. Смещение нижней челюсти влево, аномалия положения зубов, нарушение функции ВНЧС, аномалии размеров челюстных костей.
2. Рентгенологические, антропометрические, функциональные (электромиография).
3. ОПТГ, ТРГ головы в боковой проекции, томограмма ВНЧС.
4. Учитывая возраст пациента, применение регулятора функций Френкеля нецелесообразно. Рост челюстных костей в данном возрастном периоде окончен.
5. Применение сочетанного метода лечения возможно (ортодонтического - хирургического), так как компенсировать окклюзию в данном возрасте без удаления отдельных зубов весьма затруднительно.
6. Санация полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта, рекомендации по индивидуальной гигиене, подбор средств, мотивация на соблюдение гигиены полости рта и прохождение профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев.

## 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**

## ТЕМА1: «Введение в хирургическую стоматологию»

### 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;
- принципы организации медицинской помощи лицам с травмами и заболеваниями челюстно-лицевой области в Российской Федерации, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи населению;
- этиологию, патогенез и патоморфологию, ведущие проявления и исходы наиболее важных воспалительных, деструктивных, иммунопатологических, опухолевых и других болезней;
- методологические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных травм и заболеваний челюстно-лицевой области;
- системы информационного и коммуникационного обеспечения профессиональной деятельности;
- общие принципы статистических методов обработки медицинской информации;
- принципы диетотерапии, психотерапии, лечебной физкультуры и физиотерапии при лечении распространенных заболеваний челюстно-лицевой области взрослых, детей, подростков;
- основы реанимации и интенсивной терапии, патофизиологию угасания жизненных функций организма, показания к проведению реанимации.

#### Обучающийся должен уметь:

- получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии; оказать необходимую срочную помощь;
- провести обследование челюстно-лицевой области, включая: обследование мягких тканей лица, височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желез и региональной лимфатической системы; патологических зубодесневых карманов, свищей и протоков слюнных желез; перкуссию и термодиагностику зубов; электроодонтодиагностику; определение степени тяжести изменения слизистой полости рта, ее подвижности и податливости, а также степени подвижности зубов и атрофии тканей при заболеваниях пародонта;
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), интерпретировать их результаты;
- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний челюстно-лицевой области, обосновать клинический диагноз;
- диагностировать огнестрельные и неогнестрельные повреждения челюстно-лицевой области;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- составить и обосновать план лечебных мероприятий, сформулировать показания и противопоказания к оперативному вмешательству;
- определить объем предоперационной подготовки с учётом возраста, нарушений гомеостаза, характера и тяжести основного заболевания и сопутствующей патологии;
- оценить объем операционной травмы с целью выбора адекватного метода обезболивания, объем возможной кровопотери, определить необходимость и методы её коррекции;
- определить наиболее целесообразную методику хирургического вмешательства и выполнить её в необходимом объеме;
- выполнить местное (инфильтрационное и проводниковое) обезболивание и определить показания к общему обезболиванию при травмах и заболеваниях челюстно-лицевой

области;

- организовать адекватное послеоперационное лечение больного;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- составить отчет о своей работе и дать анализ ее;
- проводить санитарно-просветительную работу среди населения, пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области;
- проводить диспансеризацию и реабилитацию населения, пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области;
- ведение учетной и отчетной документации и представление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

**Обучающийся должен владеть:**

- Методикой оказания медицинской помощи населению при заболеваниях челюстно-лицевой области в виде:

- скорой медицинской помощи;

- первичной медико-санитарной помощи;

- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

- Навыками оказания медицинской помощи:

- проведения инфильтрационной и проводниковой анестезий

- удаление различных групп зубов на верхней и нижней челюстях;

- удаление ретинированных и дистопированных зубов;

- ревизию лунки при альвеолите;

- остановку луночковых кровотечений;

- удаление секвестров при остеомиелите лунки зуба;

- кюретаж лунки при альвеолитах

- рассечение или иссечение слизистой оболочки (капюшона) при перикороните;

- пластическое устранение ороантрального сообщения при острой перфорации верхнечелюстной пазухи;

- резекцию верхушки корня зуба;

- вскрытие субпериостальных абсцессов;

- открытый кюретаж патологических зубодесневых карманов;

- лоскутную операцию;

- гингивотомию;

- гингивэктомию;

удаление эпюлисов;

- пластическое удлинение укороченных уздечек губ, языка;

- пластическое углубление мелкого преддверия рта на протяжении 4-5 зубов.

**Оснащение занятия:** мультимедийный комплекс

**Место проведения:** учебная комната (аудитория).

**Время проведения внеаудиторной работы обучающихся:** 36 часов

**Виды самостоятельной работы обучающихся:**

1. Тестовый контроль
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

**Контрольные вопросы:**

1. Организация работы врача-стоматолога-хирурга. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Стерилизация инструментов и перевязочного материала.

2. Особенности операций в полости рта. Подготовка больного и обработка операционного поля. Разрезы и методика их проведения при различных патологических процессах в полости рта. Наложение швов на раны в полости рта.
3. Обследование пациента в клинике хирургической стоматологии.
4. Клинико-фармакологическая характеристика местно-анестезирующих препаратов, используемых в стоматологии.
5. Сосудосуживающие средства (вазоконстрикторы).
6. Наркоз и средства для его проведения.
7. Потенцированная местная анестезия. Премедикация.
8. Инфильтрационное обезболивание.
9. Инфраорбитальная анестезия.
10. Туберальная анестезия.
11. Палатинальная анестезия.
12. Резцовая анестезия.
13. Мандибулярная анестезия.
14. Ментальная анестезия.
15. Дополнительные методы местной анестезии.
16. Общие осложнения местной анестезии.
17. Местные осложнения местной анестезии.
18. Центральное проводниковое обезболивание.
19. Показания и противопоказания к удалению зубов.
20. Методика удаления зубов. Особенности удаления отдельных групп зубов.
21. Местные осложнения, возникающие во время удаления зуба.
22. Местные осложнения, возникающие после удаления зуба.
23. Характеристика острых неспецифических воспалительных процессов.
24. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей: периодонтит, периостит, остеомиелит.
25. Одонтогенные воспалительные заболевания мягких тканей: лимфаденит, воспалительный инфильтрат, абсцессы, флегмоны.
26. Методы хирургического лечения хронического периодонтита (резекция верхушки корня, ампутация корня, гемисекция, реплантация). Показания, противопоказания. Подготовка больного. Техника операции.
27. Острый одонтогенный периостит челюстей.
28. Хронический одонтогенный периостит челюстей.
29. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Особенности клинического течения на верхней и нижней челюстях.
30. Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Особенности клинического течения на верхней и нижней челюстях.
31. Травматический остеомиелит. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Особенности клинического течения.
32. Гематогенный остеомиелит. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Особенности клинического течения.
33. Подкожная гранулема лица. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Болезни прорезывания зубов. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Операция атипичного удаления зубов и корней.
35. Одонтогенные абсцессы и флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства. Топографическая анатомия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
36. Одонтогенные абсцессы и флегмоны щечной области. Топографическая анатомия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

37. Одонтогенные абсцессы и флегмоны подвисочной области и крылонебной ямки. Одонтогенные флегмоны височной области. Топографическая анатомия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
38. Одонтогенные абсцессы и флегмоны подглазничной области. Флегмона орбиты. Топографическая анатомия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
39. Одонтогенные абсцессы и флегмоны поднижнечелюстного пространства. Топографическая анатомия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
40. Одонтогенные флегмоны дна полости рта. Топографическая анатомия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Гнилостно-некротические флегмоны челюстно-лицевой области. Особенности клинического течения и лечения. Ангина Людвига.
41. Неодонтогенные воспалительные заболевания лица: фурункулы, карбункулы, рожистое воспаление, сибирская язва, нома. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
42. Осложнения острых воспалительных процессов в челюстно-лицевой области (флебиты, тромбофлебиты вен лица, синус-тромбоз, менингиты, абсцесс головного мозга, медиастениит).
43. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта.
44. Специфические воспалительные заболевания. Туберкулез. Актиномикоз. Сифилис. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
45. Клиника, диагностика, лечение острых и хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов. Свищи верхнечелюстных пазух. Этиопатогенез, клиника, лечение. Радикальная гайморотомия с пластикой свища (стомы).

## **Тема 2: «Травматология в хирургической стоматологии»**

### **В результате освоения темы**

#### **Обучающийся должен знать:**

- Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения; основные положения Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, законодательства об обязательном медицинском страховании, о территориальной программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, медицинской помощи, предоставляемой за счет средств бюджетов всех уровней);
- принципы организации стоматологической помощи в Российской Федерации, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению;
- нормативные правовые акты, регулирующие деятельность врача стоматолога -хирурга;
- топографическую анатомию головы и челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения, иннервация и лимфооттока; строение зубов, эмбриологию зубочелюстной области и основные нарушения эмбриогенеза;
- основные вопросы нормальной физиологии и патологической физиологии заболеваний челюстно-лицевой области; взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;
- патофизиологию, профилактику и терапию шока и кровопотери;
- физиологию и патофизиологию свертывающей системы крови, показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов;
- основы иммунобиологии;
- общие и функциональные методы обследования больных с челюстно-лицевой патологией; показания и противопоказания к применению рентгеновского и радиологического методов обследования и лечения;



- клиническую симптоматику основных заболеваний челюстно-лицевой области, пограничных состояний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение;
- вопросы асептики и антисептики; раневой процесс и его осложнения, гнойные инфекции;
- принципы, приемы и методы обезболивания в челюстно-лицевой хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации у взрослых и детей;
- основы клинической фармакологии, фармакокинетики и принципы фармакотерапии в хирургической стоматологии;
- принципы диетотерапии, психотерапии при заболеваниях челюстно-лицевой области;
- применение физиотерапии, лечебной физкультуры в челюстно-лицевой хирургии, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
- принципы подготовки больных (взрослых и детей) к операции и ведение послеоперационного периода;
- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы; диспансеризацию;
- организацию диспансеризации стоматологических больных;
- оборудование операционных и палат интенсивной терапии, технику безопасности при работе с аппаратурой; хирургический инструментарий, применяемый при различных операциях в челюстно-лицевой области;
- принципы организации и задачи службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны и военно-полевой хирургии, их учреждения, формирования, органы управления и оснащение;
- основы реанимации и интенсивной терапии, патофизиологию угасания жизненных функций организма, показания к проведению реанимации;
- общие принципы статистических методов обработки медицинской информации;
- общую структуру и функциональные возможности персональных компьютеров;
- 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.;
- медицинскую этику; психологию профессионального общения;
- основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

#### **должен уметь:**

- получить информацию о заболевании; выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии; оценить тяжесть состояния больного; определить объем и последовательность реанимационных мероприятий; оказать необходимую срочную помощь больному;
- провести обследование челюстно-лицевой области, включая: обследование мягких тканей лица, височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желез и региональной лимфатической системы; зондирование зубов, патологических зубодесневых карманов, свищей и протоков слюнных желез; перкуссию и термодиагностику зубов; электроодонтодиагностику; определение степени тяжести изменения слизистой полости рта, ее подвижности и податливости, а также степени подвижности зубов и атрофии тканей при заболеваниях пародонта;
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), интерпретировать их результаты;
- провести дифференциальную диагностику основных стоматологических заболеваний у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз; обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции; определить показания к госпитализации, в том числе при следующих заболеваниях: повреждения мягких тканей лица, ушибы лица, переломы нижней и верхней челюсти, скуловой кости и дуги костей носа;

острый и привычный вывих челюсти; раны языка и слизистой оболочки полости рта; переломы и вывихи зубов; переломы альвеолярного отростка;

- разработать план подготовки больного к экстренной и плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку, к операции всех функциональных систем;
- обосновать наиболее целесообразную технику операции при данной челюстно-лицевой патологии и выполнить ее в необходимом объеме;
- разработать схему послеоперационного ведения больного и профилактику послеоперационных осложнений;
- выполнить местное (инфильтрационное и проводниковое) обезболивание и определить показания к общему обезболиванию при хирургических стоматологических заболеваниях;
- вести и оформить учетную и отчетную документацию и представить отчеты о деятельности в установленном порядке, сборе данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации;
- составить отчет о своей работе и дать анализ ее;
- провести диспансеризацию здорового населения и хирургических стоматологических больных;
- провести санитарно-просветительную работу среди населения, хирургических стоматологических больных;
- работать с компьютером;
- внедрять в клиническую практику современные достижения в области оказания хирургической стоматологической помощи и проведение анализа эффективности их применения.

**должен владеть:**

- методикой оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению при хирургических стоматологических заболеваниях медицинскими организациями, независимо от их организационно-правовой формы.
- методикой оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению при хирургических стоматологических заболеваниях в виде:
  - скорой медицинской помощи;
  - первичной медико-санитарной помощи;
  - специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.
- методиками оказания помощи взрослому и детскому населению при хирургических стоматологических заболеваниях челюстно-лицевой области, предусматривающих выполнение необходимых профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий и в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи, в том числе: местной проводниковой анестезии на верхней и нижней челюсти; удаления разрушенных зубов, ретенированных; операций цистотомии, цистэктомии, резекции верхушек корней зубов; наложения шины на зубы при переломах челюстей; вскрытия абсцессов со стороны полости рта;
- методиками оказания экстренной помощи взрослому и детскому населению при стоматологических заболеваниях и состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе: определение группы крови; внутривенные и внутриартериальные вливания; искусственное дыхание; массаж сердца; трахеотомия; промывание желудка;
- оказанием первичной медико-санитарной помощи взрослому и детскому населению при хирургических стоматологических заболеваниях в амбулаторных условиях;
- оказанием помощи взрослому и детскому населению при хирургических стоматологических заболеваниях в условиях стационара в стоматологических отделениях, отделениях челюстно-лицевой хирургии и в других профильных отделениях медицинских организаций;

- оказанием специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи взрослому и детскому населению при хирургических стоматологических заболеваниях в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;
- методикой выявления в ходе оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению при стоматологических заболеваниях симптомов онкологического заболевания

**Оснащение занятия:** мультимедийный комплекс

**Место проведения:** учебная комната (аудитория).

**Время проведения внеаудиторной работы обучающихся:** 48 часов

**Виды самостоятельной работы обучающихся:**

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

**Контрольные вопросы:**

1. Общая характеристика повреждений челюстно-лицевой области.
2. Общие принципы диагностики повреждений челюстно-лицевой области.
3. Общие принципы лечения травматических повреждений челюстно-лицевой области.
4. Повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области.
5. 5. Виды и особенности хирургической обработки ран челюстно-лицевой области.
6. Осложнения повреждений мягких тканей ЧЛЮ.
7. Травмы зубов и альвеолярного отростка.
8. Неогнестрельные переломы костей средней зоны лица. Общие сведения. Сочетанные кранио-фациальные повреждения.
9. Переломы верхней челюсти.
10. Переломы скуловой кости и дуги.
11. Переломы костей носа.
12. Повреждения зубов.
13. Переломы альвеолярного отростка.
14. Переломы нижней челюсти: классификация, особенности смещения отломков нижней челюсти.
15. Лечение переломов нижней челюсти: временная иммобилизация отломков.
16. Лечение переломов нижней челюсти: постоянная иммобилизация отломков.
17. Лечение переломов нижней челюсти: остеосинтез.
18. Лечение переломов нижней челюсти: накостная иммобилизация отломков нижней челюсти.
19. Лечение переломов нижней челюсти: особенности лечения переломов мышечно-алвеолярного отростка нижней челюсти.
20. Лечение переломов нижней челюсти: репаративный остеогенез.
21. Лечение переломов нижней челюсти: рентгенологическая симптоматика заживления костной ткани после перелома.
22. Вывихи ВНЧС.
23. Термическая и химическая травма челюстно-лицевой области. Сочетанные и комбинированные повреждения челюстно-лицевой области.
24. Непосредственные и ранние осложнения при повреждениях челюстно-лицевой области.
25. Поздние осложнения при повреждениях челюстно-лицевой области.

**Тема 3: «Онкология в хирургической стоматологии»**

## **В результате освоения темы**

### **Обучающийся должен знать:**

- основы медицинской этики и деонтологии в челюстно-лицевой хирургии;
- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма;
- патогенез основных заболеваний челюстно-лицевой области;
- основы фармакотерапии при различных заболеваниях челюстно-лицевой области;
- основные положения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, а также судебной и военной экспертизы при заболеваниях челюстно-лицевой области;
- причины, механизмы и проявления опухолевых процессов челюстно-лицевой области, закономерности их взаимосвязи, значение при различных заболеваниях;
- особенности возникновения, развития и завершения типовых форм патологии органов и физиологических систем;
- этиологию и патогенез отдельных болезней и синдромов, их проявления и механизмы развития, методы их рациональной диагностики, эффективной терапии и профилактики;
- основы доказательной медицины, современные научные концепции клинической патологии, принципы диагностики, профилактики и терапии заболеваний;
- теоретические основы построения диагноза, профилактических и лечебных мероприятий при болезнях человека;
- основные принципы организации оказания первичной медико-санитарной, скорой, неотложной, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи пациентам, страдающим социально-значимыми и социально обусловленными заболеваниями;
- особенности оказания и организации челюстно-лицевой помощи в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах, террористических актах и локальных вооруженных конфликтах;
- организацию лечебно-эвакуационных мероприятий, типичные диагностические и лечебные мероприятия первичной врачебной медико-санитарной помощи;
- основы организации скорой медицинской помощи в медицине катастроф, принципы санитарно-авиационной эвакуации;
- типовую учетно-отчетную медицинскую документацию в медицинских организациях в чрезвычайных ситуациях.

### **Обучающийся должен уметь:**

- получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии; оказать необходимую срочную помощь;
- провести обследование челюстно-лицевой области, включая: обследование мягких тканей лица, височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желез и региональной лимфатической системы; зондирование зубов, патологических зубодесневых карманов, свищей и протоков слюнных желез; перкуссию и термодиагностику зубов; электроодонтодиагностику; определение степени тяжести изменения слизистой полости рта, ее подвижности и податливости, а также степени подвижности зубов и атрофии тканей при заболеваниях пародонта;
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), интерпретировать их результаты;
- провести дифференциальную диагностику основных стоматологических заболеваний, обосновать клинический диагноз; составить план обследования, лечения больного;
- выполнить местное (инфильтрационное и проводниковое) обезболивание и определить показания к общему обезболиванию при заболеваниях челюстно-лицевой области;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;

- составить отчет о своей работе и дать анализ ее;
- проводить диспансеризацию здорового населения, челюстно-лицевых больных.
- выявлять пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями и предпосылками их развития, дефектами коронок зубов и зубных рядов с направлением их к врачу-стоматологу соответствующего стоматологического профиля в стоматологическую поликлинику или стоматологическое отделение медицинской организации;
- осуществлять хирургические доступы и выполнять реконструктивные операции на нижней, средней и верхней зонах лица;
- ведение учетной и отчетной документации и представление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации;
- внедрять в клиническую практику современных достижений в области оказания медицинской помощи и проведение анализа эффективности их применения.

**Обучающийся должен владеть:**

- методикой оказания медицинской помощи взрослому населению при травмах и заболеваниях челюстно-лицевой области медицинскими организациями, независимо от их организационно-правовой формы.
- методикой оказания медицинской помощи взрослому населению при травмах и заболеваниях челюстно-лицевой области в виде:
  - скорой медицинской помощи;
  - первичной медико-санитарной помощи;
  - специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.
- методикой оказания экстренной помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях и состояниях, представляющих угрозу жизни,
- методикой оказания помощи взрослому и детскому населению при травмах и заболеваниях в условиях стационара в стоматологических отделениях, отделениях челюстно-лицевой хирургии и в других профильных отделениях медицинских организаций.
- методикой оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи взрослому и детскому населению при стоматологических заболеваниях в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами стоматологического профиля.
- методикой выявления в ходе оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению при стоматологических заболеваниях симптомов онкологического заболевания

**Оснащение занятия:** мультимедийный комплекс

**Место проведения:** учебная комната (аудитория).

**Время проведения внеаудиторной работы обучающихся:** 48 часов

**Виды самостоятельной работы обучающихся:**

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

**Контрольные вопросы:**

1. Классификация опухолей. Основные принципы лечения новообразований.
2. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи лица.
3. Пороки развития и опухоли кожи.
4. Опухоли и опухолеподобные образования из жировой ткани.
5. Опухоли и опухолеподобные образования из фиброзной ткани.
6. Опухоли из кровеносных и лимфатических сосудов.
7. Неврогенные опухоли и опухолеподобные образования.

8. Редкие опухоли и опухолеподобные образования.
9. Доброкачественные органоспецифические опухоли челюстно-лицевой области.
10. Доброкачественные органонеспецифические опухоли челюстно-лицевой области.
11. Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей и лицевых костей.
12. Радикулярные кисты. Фолликулярные кисты. Парадентальные кисты.
13. Врождённые кисты и свищи шеи.
14. Приобретённые кисты мягких тканей.
15. Опухоли и кисты слюнных желёз.
16. Остеома. Остеоид-остеома. Остеобластома. Оссифицирующая фиброма (фиброостеома). Остеосаркома. Хондрома, остеохондрома, хондросаркома.
17. Опухолеподобные образования челюстей. Эозинофильная гранулёма.
18. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. Злокачественные опухоли кожи лица и губ.
19. Злокачественные опухоли полости рта. Злокачественные опухоли челюстей.
20. Принципы лечения регионарных метастазов злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. Современные принципы лечения опухолей челюстно-лицевой области.

#### **Тема 4: «Хирургическая стоматология челюстно-лицевой области»**

##### **В результате освоения темы**

##### **Обучающийся должен знать:**

- основы медицинской этики и деонтологии в челюстно-лицевой хирургии;
- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма;
- патогенез основных заболеваний челюстно-лицевой области;
- основы фармакотерапии при различных заболеваниях челюстно-лицевой области;
- основные положения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, а также судебной и военной экспертизы при заболеваниях челюстно-лицевой области;
- причины, механизмы и проявления типовых патологических процессов, закономерности их взаимосвязи, значение при различных заболеваниях;
- особенности возникновения, развития и завершения типовых форм патологии органов и физиологических систем;
- этиологию и патогенез отдельных болезней и синдромов, их проявления и механизмы развития, методы их рациональной диагностики, эффективной терапии и профилактики;
- основы доказательной медицины, современные научные концепции клинической патологии, принципы диагностики, профилактики и терапии заболеваний;
- теоретические основы построения диагноза, профилактических и лечебных мероприятий при болезнях человека;
- основные принципы организации оказания первичной медико-санитарной, скорой, неотложной, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи пациентам, страдающим социально-значимыми и социально обусловленными заболеваниями;
- особенности оказания и организации челюстно-лицевой помощи в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах, террористических актах и локальных вооружённых конфликтах;
- организацию лечебно-эвакуационных мероприятий, типичные диагностические и лечебные мероприятия первичной врачебной медико-санитарной помощи;
- основы организации скорой медицинской помощи в медицине катастроф, принципы санитарно-авиационной эвакуации;
- типовую учётно-отчётную медицинскую документацию в медицинских организациях в чрезвычайных ситуациях.

##### **Обучающийся должен уметь:**

- получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии; оказать необходимую срочную помощь;
- провести обследование челюстно-лицевой области, включая: обследование мягких тканей лица, височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желез и региональной лимфатической системы; зондирование зубов, патологических зубодесневых карманов, свищей и протоков слюнных желез; перкуссию и термодиагностику зубов; электроодонтодиагностику; определение степени тяжести изменения слизистой полости рта, ее подвижности и податливости, а также степени подвижности зубов и атрофии тканей при заболеваниях пародонта;
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), интерпретировать их результаты;
- провести дифференциальную диагностику основных стоматологических заболеваний, обосновать клинический диагноз; составить план обследования, лечения больного;
- выполнить местное (инфильтрационное и проводниковое) обезболивание и определить показания к общему обезболиванию при заболеваниях челюстно-лицевой области;
- осуществлять профилактику ранних и поздних осложнений при повреждениях челюстно-лицевой области; специализированный уход за челюстно-лицевыми ранеными и больными;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- составить отчет о своей работе и дать анализ ее;
- проводить диспансеризацию здорового населения, челюстно-лицевых больных.
- выявлять пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями и предпосылками их развития, дефектами коронок зубов и зубных рядов с направлением их к врачу-стоматологу соответствующего стоматологического профиля в стоматологическую поликлинику или стоматологическое отделение медицинской организации;
- осуществлять хирургические доступы и выполнять реконструктивные операции на нижней, средней и верхней зонах лица;
- ведение учетной и отчетной документации и представление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации;
- внедрять в клиническую практику современных достижений в области оказания медицинской помощи и проведение анализа эффективности их применения.

**Обучающийся должен владеть:**

- методикой оказания медицинской помощи взрослому населению при травмах и заболеваниях челюстно-лицевой области медицинскими организациями, независимо от их организационно-правовой формы.
- методикой оказания медицинской помощи взрослому населению при травмах и заболеваниях челюстно-лицевой области в виде:
  - скорой медицинской помощи;
  - первичной медико-санитарной помощи;
  - специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.
- методикой оказания экстренной помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях и состояниях, представляющих угрозу жизни,
- методикой оказания помощи взрослому и детскому населению при травмах и заболеваниях в условиях стационара в стоматологических отделениях, отделениях челюстно-лицевой хирургии и в других профильных отделениях медицинских организаций.
- методикой оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи взрослому и детскому населению при стоматологических заболеваниях в

стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами стоматологического профиля.

- методикой выявления в ходе оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению при стоматологических заболеваниях симптомов онкологического заболевания

**Оснащение занятия:** мультимедийный комплекс

**Место проведения:** учебная комната (аудитория).

**Время проведения внеаудиторной работы обучающихся:** 120 часов

**Виды самостоятельной работы обучающихся:**

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

**Контрольные вопросы:**

1. Острые сиаладениты.
2. Хронические сиаладениты.
3. Сиалозы.
4. Синдромы с поражением слюнных желез.
5. Кисты слюнных желез.
6. Наружные слюнные свищи.
7. Артриты.
8. Артрозы.
9. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.
10. Невралгия тройничного нерва.
11. Неврит тройничного нерва.
12. Неврит лицевого нерва.
13. Прогрессирующая гемиатрофия лица.
14. Виды дефектов и деформаций лица, причины их возникновения.
15. Врожденные несращения верхней губы и неба: этиология и патогенез врожденных уродств лица.
16. Врожденные несращения верхней губы и неба: классификация несращений верхней губы и неба.
17. Врожденные несращения верхней губы и неба: особенности клиники и функциональные нарушения при врожденных уродствах лица.
18. Хирургическое лечение несращений верхней губы.
19. Хирургическое лечение несращений неба.
20. Послеоперационные деформации губы и носа, дефекты неба.
21. Реабилитация пациентов с врожденной патологией лица.
22. Принципы планирования пластических операций.
23. Пластика местными тканями.
24. Пластика лоскутом на ножке.
25. Пластика круглым кожным стеблем по Филатову.
26. Свободная пересадка кожи.
27. Пересадка хряща.
28. Пересадка кости.
29. Пересадка комбинированных трансплантатов.
30. Контурная пластика.
31. Деформации челюстей: прогения.
32. Деформации челюстей: микрогения.
33. Деформации челюстей: прогнатия.
34. Деформации челюстей: микрогнатия.



35. Деформации челюстей: открытый прикус.
36. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области в результате травм, огнестрельных ранений, ожогов, воспалительных заболеваний.
37. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области в результате огнестрельных ранений.
38. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области в результате ожогов и обморожений.
39. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области в результате воспалительных заболеваний.
40. Дефекты и деформации после удаления опухолей лица и органов полости рта.
41. Анализ дефекта, оценка анатомических, функциональных и эстетических нарушений. Разработка плана лечения. Хирургическое лечение деформации челюстей.
42. Виды дентальной имплантации. Показания и противопоказания к дентальной имплантации.
43. Планирование операции имплантации.
44. Методики имплантации.
45. Осложнения после имплантологического лечения.