

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
ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ
ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ**

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

**31.08.75 СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ
Квалификация "Врач – стоматолог-ортопед"
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 31.08.75 СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ (подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре) утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1118

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
универсальные компетенции:	
готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу(УК-1)	Совершенствовать профессиональные знания, умения, навыки, владения врача по профильным направлениям специальности с целью самостоятельного ведения пациентов, а также с целью оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.
готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2)	
Профессиональные компетенции:	
профилактическая деятельность:	
готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1)	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.
готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2)	Совершенствовать знания по фармакологии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении лечебных препаратов.
диагностическая деятельность:	Совершенствовать знания и навыки по вопросам профилактики заболеваний, диспансеризации пациентов с хроническими заболеваниями.
готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5)	Совершенствовать знания, умения, навыки по основам организации и оказания неотложной помощи при urgentных состояниях.
готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы(ПК6)	Совершенствовать знания по вопросам социально опасных заболеваний и их профилактики.
реабилитационная деятельность:	Совершенствовать знания основ медицинской этики и деонтологии врача.
готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9)	
психолого-педагогическая деятельность:	

<p>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10)</p>	
<p>организационно-управленческая деятельность:</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>	

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	1. Решение тестовых заданий. 2. Решений ситуационных задач. 3. Ответы на теоретические и практические вопросы по теме.	Проверка готовности обучающихся к занятию.
3. Итоговый	- Определение списка вопросов преподавателю. - Обсуждение вопросов. - Формулирование выводов по теме	Обсуждение вопросов, формулирование выводов. Проверка уровня освоения теоретического материала и развитие навыка самостоятельного использования теоретических знаний.

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: 12 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).

Введение в хирургическую стоматологию

Примеры тестовых заданий

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, 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-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 37,7⁰С. 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 38⁰С. 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 37,9⁰С. 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 38,1⁰С. 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 40⁰С. При поступлении: температура тела 39,5⁰С. 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: 12 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: накостная иммобилизация отломков нижней челюсти.
19. Лечение переломов нижней челюсти: особенности лечения переломов мышцелкового 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.

Травматология в хирургической стоматологии

Примеры тестовых заданий

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, 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 шель 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-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. Электродонто диагностика, 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 металлоosteосинтезом. 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 пращой. 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 рентгеноанатомии 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

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: 12 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: 12 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-го 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.