

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Зудин Александр Борисович  
Должность: Директор  
Дата подписания: 15.02.2024 16:02:57  
Уникальный программный ключ:  
0e1d6fe4fcfd800eb2c45df9ab36751df3579e2c

Приложение № 9\_\_  
к основной профессиональной образовательной программе  
высшего образования по специальности  
31.08.75 «Стоматология ортопедическая»  
подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре  
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья  
имени Н.А. Семашко»  
Принято на заседании ученого Совета  
протокол № 2 от «25» марта 2021 г.

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

### **«СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ»**

(наименование дисциплины/модуля)

**Направление подготовки:**

**31.08.75 СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Зачетных единиц: 3**

**Всего часов: 108**

**Москва -2021**

## **Структура рабочей программы**

### **1.1 Цели дисциплины**

### **1.2 Задачи дисциплины**

## **2. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы**

## **3. Требования к результатам освоения дисциплины**

### 3.1 Виды профессиональной деятельности

### 3.2 Профессиональные компетенции

## **4. Общая трудоемкость дисциплины**

## **5. Содержание и структура дисциплин (разделов)**

## **6. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

### 6.1. Список основной литературы

### 6.2. Дополнительная литература

### 6.3. Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем дисциплины

### 6.4 Программное обеспечение и Интернет-ресурсы

## **7. Фонд оценочных средств для контроля успеваемости и результатов освоения учебной дисциплины**

### 7.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

### 7.2 Примеры оценочных средств

#### 7.2.1 Примеры тестовых заданий

#### 7.2.2. Примеры тем рефератов

#### 7.2.3. Примеры ситуационных задач

## **8. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины**

## **I. ВВЕДЕНИЕ**

### **1.1. Цели и задачи дисциплины:**

**Цель:** подготовка врача-стоматолога-ортопеда, способного диагностировать и планировать ортопедический этап комплексного лечения пациентов с заболеваниями зубочелюстной системы с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания и возраста пациента.

### **1.2. Задачи:**

- овладение навыками обследования и логического обоснования диагноза при типичном течении заболеваний зубочелюстной системы, у больных разных возрастных групп, требующих хирургического лечения;

- проведение дифференциальной диагностики, определение прогноза заболевания, составления плана ортопедического лечения больных с типичным течением или (и) осложнениями заболеваний зубочелюстной системы, с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта, явлениями непереносимости материалов зубных протезов, заболеваниями пародонта, повышенным стиранием зубов, с использованием методов хирургической стоматологии.

### **2. Место дисциплины в структуре программы ординатуры:**

Дисциплина «Стоматология хирургическая в клинике ортопедической стоматологии» относится к Блоку 1. Дисциплины вариативной части дисциплин по выбору Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.73 Стоматология ортопедическая.

### **3. Требования к результатам освоения дисциплины**

**3.1 Виды профессиональной деятельности,** к которым готовятся выпускники, освоившие рабочую программу дисциплины (модуля): профилактическая деятельность; диагностическая деятельность; лечебная деятельность; реабилитационная деятельность.

### **3.2 Профессиональные компетенции**

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций<sup>1</sup>:

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций<sup>2</sup>:

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК - 1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения 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);
- 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);
- лечебная деятельность: готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи (ПК-7);
- 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).

**В результате освоения дисциплины (модуля) обучающийся должен:**

---

<sup>1</sup>Компетенции должны соответствовать видам профессиональной деятельности соответствующей специальности

<sup>2</sup>Компетенции должны соответствовать видам профессиональной деятельности соответствующей специальности

№ п/п	Код компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства <sup>3</sup>
1	2	3	4	5	6	7
	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	правила и последовательность проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и пациентов со стоматологической патологией	проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию пациентов со стоматологической патологией	проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлением диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	ситуационные задачи
	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения	правила и последовательность осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, выявления	осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний	навыками осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения	тестирование письменное

<sup>3</sup>Виды оценочных средств, которые могут быть использованы при освоении компетенций: коллоквиум, контрольная работа, собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное или компьютерное, типовые расчеты, индивидуальные домашние задания, реферат, эссе, отчеты по практике

		и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	причин и условий их возникновения и развития	ческих 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	ения 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-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	правила и последовательность проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и пациентов со стоматологической патологией	проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию пациентов со стоматологической патологией	проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлением диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	тестирование письменное
	ПК-5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической	правила и последовательность проведения диагностики стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с	проводить диагностику стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии	правилами проведения диагностик и стоматологических заболеваний и неотложных	тестирование письменное

		классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	и с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	состояний в соответствии и с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
	ПК-6	готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	правила и последовательность проведения экспертизы временной нетрудоспособности и иных видов медицинской экспертизы	проводить экспертизу временной нетрудоспособности и иные виды медицинской экспертизы	навыками проведения экспертизы временной нетрудоспособности и иных видов медицинской экспертизы	тестирование письменное
	ПК-7	готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи	правила и последовательность определения тактики ведения, и лечения пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи	определить тактику ведения, провести лечение пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи	навыками определения тактики ведения, и лечения пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи	тестирование письменное
	ПК-9	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской	правила и последовательность применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в	применять природные лечебные факторы, лекарственной, немедикаментозной терапии и другие методы у пациентов со стоматологической	навыками применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со	тестирование письменное

	реабилитации и санаторно-курортном лечении	медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	ческой патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
--	--	--	---	--

### Перечень практических навыков

после завершения изучения дисциплины «Стоматология хирургическая в клинике ортопедической стоматологии» выпускник должен овладеть навыками:

- местного обезболивания, применяемых в практике ортопедической стоматологии;
- диагностики и оказания помощи при неотложных состояниях при ортопедическом лечении.

### 4. Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетных единиц, 63 академических часов.

Общая трудоемкость		Количество часов					Форма контроля
в ЗЕ	в АЧ	Аудиторных			Внеаудиторная самостоятельная работа		
		Всего	Лекции	Семинары		Практические занятия	
3	72	108	6	30	36	36	Зачет

### 5. Содержание и структура дисциплин (разделов)

#### Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах)

Наименование разделов дисциплины (модулей) и тем	Всего часов на аудиторную работу	Аудиторные занятия			Внеаудиторная самостоятельная работа	Итого часов	Формы текущего и рубежного контроля
		Лекции	Семинары	Практические занятия			
<b>«Хирургическая стоматология»</b>	72	6	30	36	36	108	экзамен
<b>1. Местное обезболивание</b>	24	2	10	12	12	36	тестирование письменное
<b>2. Методы обследования, диагностики и лечения больных с повреждениями, дефектами и деформации челюстно-лицевой области</b>	24	2	10	12	12	36	тестирование письменное

3. Современные методы и средства стоматологической имплантологии	24	2	10	12	12	36	тестирование письменное
<b>ИТОГО:</b>	72	6	30	36	36	108	

### Содержание дисциплины

№	Наименование разделов, тем, подтем (элементов и т.д.)	Формируемые компетенции
<b>Тема 1.</b>	<b>Местное обезболивание</b>	
<i>1.1 Клинические особенности проведения амбулаторных стоматологических вмешательств с использованием местной анестезии</i>		
1.1.1	Психосоматическое состояние пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме	ПК-1, ПК-2
1.1.2	Этапы проведения амбулаторных стоматологических вмешательств с применением местной анестезии	ПК-1, ПК-9
1.1.3	Планирование, наблюдение и рекомендации до и после стоматологического вмешательства	ПК-7
<i>1.2 Способы местной анестезии</i>		
1.2.1	Местная анестезия на нижней челюсти	ПК-9
1.2.2	Местная анестезия на верхней челюсти	ПК-9
1.2.3	Пародонтальные, внутрипульпарные и внутриканальные способы местной анестезии	ПК-9
<i>1.3 Интенсивная терапия при неотложных состояниях у больных</i>		
1.3.1	Обморок, коллапс	ПК-1, ПК-9
1.3.2	Гипертонический криз	ПК-1, ПК-9
1.3.3	Анафилактический шок	ПК-1, ПК-9
<b>Тема 2.</b>	<b>Методы обследования, диагностики и лечения больных с повреждениями, дефектами и деформации челюстно-лицевой области</b>	
<i>2.1 Обследование челюстно-лицевого больного</i>		
2.1.1	Клинические методы обследования	ПК-1, ПК-6
2.1.2	Лабораторные методы обследования	ПК-2, ПК-9
2.1.3	Рентгенологическое исследование и компьютерная томография	ПК-5, ПК-7
<i>2.2 Повреждения лица</i>		
2.2.1	Повреждения мягких тканей лица и челюстных костей, огнестрельные ранения, принципы лечения	ПК-1, ПК-9
2.2.2	Вывих нижней челюсти. Переломы и вывихи зубов. Переломы альвеолярного отростка, верхней и нижней челюстей. Клиника, диагностика, методы временной и лечебной иммобилизации	ПК-1, ПК-9
2.2.3	Сочетанные и комбинированные повреждения. Термические и химические поражения. Особенности оказания помощи. Травматический остеомиелит, остеорадионекроз. Врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация больных.	ПК-1, ПК-9
<i>2.3 Дефекты и деформации челюстно-лицевой области</i>		
2.3.1	Цели и задачи восстановительной хирургии лица и челюстей. Показания к проведению и принципы планирования пластических операций	ПК-1, ПК-9
2.3.2	Виды дефектов и деформаций лица. Пластика местными тканями. Свободная пересадка тканей. Современные материалы для замещения дефектов костей лица. Основные методы	ПК-1, ПК-9



	восстановительных операций при дефектах и деформациях лица	
2.3.3	Врожденные расщелины губ и неба. Принципы операций и сроки их проведения	ПК-1,ПК-9
<b>Тема 3.</b>	<b>Современные методы и средства стоматологической имплантологии</b>	
<i>3.1 Методы обследования больного</i>		
3.1.1	Показания, противопоказания	ПК-1,ПК-9
3.1.2	Лабораторные методы диагностики	ПК-2,ПК-9
3.1.3	Компьютерное 3D планирование	ПК-5, ПК-7
<i>3.2 Остеопластика в дентальной имплантации</i>		
3.2.1	Аутотрансплантация, этапы, показания	ПК-1,ПК-9
3.2.2	Синус-лифтинг, виды, показания	ПК-1,ПК-9
3.2.3	Наращивание объема костной ткани при помощи синтетических материалов и барьерных мембран	ПК-1,ПК-9
<i>3.3 Методы дентальной имплантации</i>		
3.3.1	Одномоментная имплантация, показания, техника проведения	ПК-1,ПК-9
3.3.2	Двухэтапная имплантация, показания, техника проведения	ПК-1,ПК-9
3.3.3	4D-имплантология, ВОИ имплантаты, особенности	ПК-1,ПК-9

**Формы работы ординатора на практических или семинарских занятиях:**

- Реферирование отдельных тем по дисциплинам.
- Подготовка тезисов, докладов для семинарских занятий.
- Обзор литературных источников.
- Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях (заключения по проблемным ситуациям, заключения по проектам на гигиенических кафедрах, курация больных).
- Самостоятельный анализ электрокардиограмм, рентгенограмм, скинтиграмм, сонограмм и результатов других функциональных исследований (клинические кафедры).
- Самостоятельное выполнение малых хирургических вмешательств, ассистирование на операциях.
- Амбулаторный прием больных с заполнением медицинской карты.
- Доклады по результатам индивидуальных заданий, выполняемых во время производственной практики.

**6. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

**6.1. Основная литература**

1. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия :национальноерук.с компакт-диск / ред. А. А. Кулаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 928 с. - (Сер. "Национальные руководства")
2. Ортопедическая стоматология : учебник / Н. Г. Аболмасов [и др.]. - 8-е изд. - М. : "МЕДпресс-информ", 2011. - 512 с. : ил.
3. Восстановление дефектов зубов у детей стандартными защитными коронками :учеб.пособие для врачей-интернов и клин. ординаторов / Л. П. Кисельникова, А. Г. Седойкин, Л. Н. Дроботько и др. ; ГБОУ ВПО "Московский гос. медико-стоматологический ун-т" им. А. И. Евдокимова Минздрава России. - М. : МГМСУ, 2014. - 28 с
4. Лекции по ортопедической стоматологии :учеб.пособие / ред. Т. И. Ибрагимов. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 208 с
5. Жулев Е. Н. Несъемные протезы: Теория, клиника и лабораторная техника / Е. Н. Жулев. - 5-е изд. - М. : МИА, 2010. - 488 с. : ил.
6. Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю., ЖулевЕ.Н.,Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология МИА, 2008;
7. Афанасьев В. В. Хирургическая стоматология, ГЭОТАР-Медиа 2010

## **6.2. Дополнительная литература**

1. Ночовная Н. А. Металлические материалы для эндопротезирования / Н. А. Ночовная, Е. В. Черемушникова, В. Г. Анташев ; ФГУП Всерос. НИИ авиационных материалов, ГНЦ РФ. - М. : ВИАМ, 2014. - 72 с
2. Логинова Н. К. Методы функциональной диагностики в стоматологии : научно-практ. рук. / Н. К. Логинова, С. Н. Ермолев, М. А. Белоусова ; ред. О. О. Янушевич. - М., 2014. - 164 с.

## **6.3. Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем дисциплины**

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ Об образовании в Российской Федерации
- Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая, утвержденный приказом Минобрнауки России N 1118от 26 августа 2014 г.
- Приказ Минобрнауки России от 12 сентября 2013 г. № 1061 Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования
- Приказ Минобрнауки России от 19 ноября 2013 г. № 1258 Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №620н от 03.09.2013 г. Об утверждении Порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 июля 2009 г. N 415н Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москва Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 22 августа 2013 г. N 585н г. Москва Об утверждении Порядка участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности
- Нормативные акты и нормативно-правовые документы Минобрнауки России и Минздрава России
- Устав Академии
- Локальные акты Академии

## **6.4 Программное обеспечение и Интернет-ресурсы**

- Консультант врача: <http://www.rosmedlib.ru/>
- Лекции по ортопедической стоматологии [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Т.И. Ибрагимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 208 с. - (ЭБС «Консультант студента»).
- Ортопедическая стоматология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливрадзияна. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 640 с. : ил. - (ЭБС «Консультант студента»).
- Андреищев А.Р. Сочетанные зубочелюстно-лицевые аномалии и деформации [Электронный ресурс]: руководство для врачей. – М., 2008. - 224 с. - (ЭБС «Консультант студента»).
- Заболевания пародонта. Современный взгляд на клинико-диагностические и лечебные аспекты [Электронный ресурс]: учебное пособие / О.О. Янушевич и др. – М., 2010. - 160 с.: ил.

- (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - (ЭБ «Консультант врача»)

• Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство [Электронный ресурс] / Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 928 с. - (ЭБ «Консультант врача»)

## **7. Фонд оценочных средств для контроля успеваемости и результатов освоения учебной дисциплины**

### **7.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств**

Формы текущего контроля: контроль самостоятельной работы ординатора, контроль освоения темы, тестирование письменное.

Формы промежуточной аттестации: Экзамен

### **7.2. Примеры оценочных средств: тесты, ситуационные задачи.**

#### **7.2.1. Примеры тестовых заданий:**

1. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты?

1. азакаин
2. совкаин
3. новокаинамид
4. новокаин
5. мезокаин

2. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит

1. от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
2. от концентрации препарата
3. от разрушения тканевыми ферментами

3. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем

1. гидролиза псевдохолинэстеразой плазмы, редукации в печени
2. соединения с гликуроновой кислотой печени
3. окисления
4. выделения почками

4. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна

- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка +
- б) для нижнего первого моляра
- в) для центральных нижних резцов

5. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является

- а) местное +
- б) общее (наркоз)
- в) комбинированное
- г) нейролептаналгезия

6. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

- а) задних +
- б) средних
- в) передних

7. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят зубы

- а) 876 +
- б) 8
- в) 54
- г) 87654
- д) 76

8. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

- а)средних и задних
- б)передних и задних
- в)передних и средних+

9. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят

- а)моляры
- б)верхняя губа, крыло носа
- в)4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
- г)4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны
- д)верно б) и г)+ 10. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада
- а)носонебного нерва
- б)\*большого небного нерва
- в)среднего верхнего зубного сплетения

10. В зону обезболивания при анестезии у большого небного отверстия входят слизистая оболочка твердого неба от третьего моляра и

- а)\*до клыка
- б)до первого резца
- в)до первого премоляра

11. В зону обезболивания при анестезии у резцового отверстия входят слизистая оболочка альвеолярного отростка от резцов до клыков

- а)\*с небной стороны
- б)с вестибулярной стороны
- в)с вестибулярной и небной сторон

12. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является

- а)моляры
- б)височный гребешок
- в)позадимолярная ямка
- г)крыловиднонижнечелюстная складка
- д)\*всё перечисленное

13. К внеротовому способу мандибулярной анестезии относится обезболивание

- а)торусальная
- б)подскуловая по Егорову
- в)\*из поднижнечелюстной области

14. При торусальной анестезии происходит блокада нервов

- а)язычного и щечного
- б)язычного и нижнелуночкового
- в)язычного, щечного и нижнелуночкового
- г)язычного, нижнелуночкового и подбородочного

15. В зону обезболивания при анестезии щечного нерва входят слизистая оболочка щеки и альвеолярной части нижней челюсти от середины коронки второго моляра и

- а)до клыка
- б)до первого резца
- в)\*до первого премоляра

16. При анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку челюстно-язычного желобка на уровне

- а)первого моляра
- б)второго моляра
- в)\*третьего моляра

17. Местное осложнение после проведения проводникового обезболивания

- а) \*неврит
- б) невралгия
- в) вазопатия

18. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является

- а) острый паротит
- б) перелом челюстей
- в) острый лимфаденит
- г) обострение хронического периодонтита
- д) обострение хронического периодонтита на фоне снижения реактивности организма

19. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти заключается

- а) в подвижности всех зубов на челюсти
- б) в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже
- в) в ознобах, повышении температуры тела до 40°C, симптоме Венсана, подвижности зубов
- г) в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли, положительном симптоме нагрузки

20. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются

- а) подвижность всех зубов на челюсти
- б) воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
- в) муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов
- г) воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки

21. В день обращения при остром одонтогенном остеомиелите необходимо

- а) начать иглорефлексотерапию
- б) госпитализировать больного
- в) сделать новокаиновую блокаду
- г) назначить физиотерапевтическое лечение
- д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

22. "Причинный" зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо

- а) удалить
- б) раскрыть
- в) запломбировать г) депульпировать
- д) реплантировать

23. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

- а) канамицин
- б) ампициллин
- в) линкомицин
- г) пенициллин
- д) эритромицин

24. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

- а) фузидин
- б) канамицин
- в) ампициллин
- г) пенициллин
- д) эритромицин

25. Для стимуляции реактивного организма при лечении острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют

- а) фузидин
- б) коргликон

- в) левомиколь
- г) метилурацил д эритромицин

26. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит

- а) криотерапия
- б) ГБО-терапия
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) электрокоагуляция

27. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) физиотерапия
- д) гипотензивная терапия

28. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) десенсибилизирующая терапия

29. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается

- а) в удалении причинного зуба
- б) в широкой периостотомии челюсти с двух сторон
- в) в периостотомии в области причинного зуба, дренировании
- г) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании
- д) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух стороны, дренировании

30. Целью широкой периостотомии при остром одонтогенном остеомиелите челюсти является

- а) эвакуация гноя
- б) создание внутричелюстной декомпрессии
- в) профилактика спонтанного перелома челюсти
- г) снижение напряжения тканей в области воспалительного процесса

31. Первые рентгенологические признаки деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти проявляются

- а) на 30-е сутки
- б) на 25-е сутки
- в) на 20-е сутки
- г) на 14-е сутки
- д) на 7-е сутки

32. Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита челюсти является

- а) перелом челюсти
- б) острый лимфаденит
- в) снижение реактивности организма
- г) наличие хронических очагов воспаления в челюсти
- д) снижение реактивности организма, наличие хронических очагов воспаления в челюсти

33. Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти ставится на основании

- а) жалоб больного
- б) опроса больного
- в) клинических данных

- г) клинико-рентгенологической картины
- д) данных лабораторных методов исследования

34. Расположение плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке следующее

- а) плечи расположены на уровне кортикальной пластинки
- б) выше кортикальной пластинки
- в) ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм
- г) выше кортикальной пластинки на 2-3 мм
- д) в зависимости от состояния кости

35. Проходить регулярный контроль больному, получившему лечение с помощью имплантации

- а) не требуется
- б) в зависимости от желания пациента
- в) требуется в течение первого года
- г) требуется проводить регулярный контроль
- д) требуется в течение первых шести месяцев

36. Субпериостальная имплантация показана

- а) если включенный дефект небольшой протяженности с резко выраженной атрофией альвеолярного отростка
- б) если концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным альвеолярным отростком
- в) при полном отсутствии зубов на челюсти со значительной атрофией альвеолярного гребня

36. После имплантации швы снимаются

- а) через 3 недели
- б) через 7-8 дней
- в) через 2-3 дня
- г) через 10-12 дней
- д) через 4-5 дней

37. Остеоинтеграция – это

- а). Прямая структурная и функциональная связь между высокодифференцированной живой костью и поверхностью опорного имплантата, выявляемая на уровне световой микроскопии. +
- б). Реакция организма на внедрение инородного тела, состоит в формировании фиброзной капсулы вокруг него.
- в). Процесс образования соединительной ткани на поверхности имплантата.
- г). Реакция кости на инородное тело, которое инкапсулируется посредством костного рубца.
- д). Снижение общего объема костной ткани.

38. К биоинертным материалам относятся:

- а) Нержавеющая сталь.
- б) Хромокобальтовые сплавы.
- в) Титан, цирконий. +
- г) Гидроксиапатит.
- д) Серебряно-палладиевые сплавы.

39. К биотолерантным материалам относятся:

- а) Нержавеющая сталь. +
- б) Титан и его сплавы.
- в) Цирконий.
- г) Тантал.
- д) Трикальцийфосфат.

40. К местному противопоказанию для проведения дентальной имплантации относится:

- а) Локализованный пародонтит.
- б) Множественный кариес.
- в) Патологическая стираемость твердых тканей зубов со снижением высоты прикуса. +

- г) Отсутствие одного зуба.
- д) Полная адентия.

41. Контактный остеогенез – это

- а) Процесс регенерации костной ткани вокруг имплантата.
- б) Процесс регенерации костной ткани непосредственно на поверхности имплантата. +
- в) Восстановление участков кости после травмы.
- г) Неадекватная минерализация органического костного матрикса при сохраняющейся в норме скелетной массе.
- д) Снижение функциональной нагрузки на костную ткань.

42. Препарирование ложа под винтовые или цилиндрические имплантаты следует производить специально предназначенными для этого сверлами со следующей скоростью вращения, об/мин:

- а) 200-300.
- б) 500-800.
- в) 1000-1500. +
- г) 3000-5000.
- д) 30000- 35000.

43. Чем определяется усилие затягивание винта, фиксирующего супраструктуру к имплантату?

- а) Тактильными ощущениями врача.
- б) Степенью подвижности супраструктуры.
- в) Инструкциями по применению элементов системы имплантатов. +
- г) Показаниями динамометрического ключа.
- д) Приблизительно 30-40 дин/см.

44. О чем свидетельствует эффект «проваливания» при формировании ложа имплантата на верхней челюсти?

- а) О перфорации верхнечелюстной пазухи.
- б) О перфорации полости носа.
- в) О перфорации поднутрения стенки альвеолярного отростка.
- г) О выходе инструмента за пределы костной ткани. +
- д) О переломе бора.

45. Что может привести к парестезии нижней губы после имплантации на нижней челюсти?

- а) Травма нижнего луночкового нерва при формировании ложа для имплантата.
- б) Сдавление нервного ствола установленным имплантатом.
- в) Инъекционной травмой нервного ствола.
- г) Травмой подбородочного нерва крючком при работе ассистента.
- д) Все перечисленные факторы. +

46. Аллогенный материал это –

- а) Специально обработанная трупная кость. +
- б) Остеопластический материал синтетического происхождения.
- в) Материал животного происхождения.
- г) Субстрат для изготовления имплантатов.
- д) Тонкая прослойка соединительной ткани на границе имплантата и костного ложа.

47. Ксеногенный материал это -

- а) Специально обработанная трупная кость.
- б) Остеопластический материал синтетического происхождения.
- в) Материал животного происхождения. +
- г) Субстрат для изготовления имплантатов.
- д) Тонкая прослойка соединительной ткани на границе имплантата и костного ложа.

48. Аллопластический материал это -:

- а) Специально обработанная трупная кость.



- б) Остеопластический материал синтетического происхождения. +
- в) Материал животного происхождения.
- г) Субстрат для изготовления имплантатов.
- д) Тонкая прослойка соединительной ткани на границе имплантата и костного ложа.

49. Основоположником и разработчиком имплантатов пластиночной конструкции считается:

- а) Карл Миш.
- б) Чарльз Бабуш.
- в) Марсель Миргазизов.
- г) Пер-Ингвар Бранемарк.
- д) Леонард Линков. +

50. Направленная тканевая регенерация - это:

- а) Создание оптимальных условий для роста и созревания (развития) органотипичной костной ткани в области костных дефектов с применением мембранной техники. +
- б) Комбинирование остеоиндуктивных и остеоиндуктивных материалов с целью оптимизации репаративных процессов в области костных дефектов.
- в) Использование титановой сетки для избирательного прорастания костной ткани в полость дефекта.
- г) Изоляция дефекта от окружающих его структур бедной тромбоцитарной плазмой.
- д) Применение свободного соединительнотканного трансплантата в комбинации с костной стружкой.

### 7.2.2. Примерная тематика рефератов:

1. Анестезия в хирургической стоматологической практике; средства местного обезболивания.
2. Интенсивная терапия при неотложных состояниях у больных.
3. Повреждения мягких тканей лица и челюстных костей, огнестрельные ранения, принципы лечения.
4. Вывих нижней челюсти. Переломы альвеолярного отростка, верхней и нижней челюстей. Клиника, диагностика, методы временной и лечебной иммобилизации.
5. Сочетанные и комбинированные повреждения. Термические и химические поражения. Особенности оказания помощи.
6. Показания к проведению и принципы планирования пластических операций.
7. Современные материалы для замещения дефектов костей лица.
8. Врожденные расщелины губ и неба. Принципы операций и сроки их проведения.
9. Одномоментная имплантация, показания, техника проведения.
10. 4D-имплантология, ВОИ имплантаты, особенности.

### 7.2.3. Примеры ситуационных задач:

№ 1.

Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи дентальных имплантатов. Обратился с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи.

В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течение жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а также из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может.

Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре.

При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти.

Отсутствуют: 1.8-1.1, 2.1-2.8, 3.5, 4.4, 4.6.

Прикус – не фиксирован.

На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции верхушек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1.0 см, с четкими границами.

Вопросы и задания:

Поставьте диагноз.

Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?

Ответы:

1. Полное отсутствие зубов верхней челюсти. Частичное отсутствие зубов нижней челюсти. Дефект и деформация альвеолярного гребня верхней челюсти в боковых отделах. Радикулярная киста нижней челюсти в области 3.1,4.1.

2. Съёмный протез на балке с опорой на дентальные имплантаты установленные в передний отдел верхней челюсти. Это позволит обеспечить полноценную фиксацию протеза и уменьшить его базис т.к. у пациента выраженный рвотный рефлекс.

№ 2.

Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съёмный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике.

Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции.

При обследовании пациентки выявлено:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледно-розового цвета.

Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съёмный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы.

На представленной ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.

Вопросы и задания.

1. Поставьте диагноз.

2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.

3. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования?

Ответы:

1. Диагноз: частичное вторичное отсутствие зубов верхней челюсти (отсутствие 12, 11, 21). Посттравматический дефект альвеолярного отростка верхней челюсти в области отсутствующих зубов.

2. Методы лечения:

а). Восстановление зубного ряда верхней челюсти путем изготовления несъемного мостовидного протеза с опорой на 13, 22, 23 зубы.

б). Устранение дефекта верхней челюсти методами костной пластики или направленной тканевой регенерации с последующей или одномоментной дентальной имплантацией 3 имплантатов и последующим несъемным протезированием на имплантатах.

3. Дополнительное обследование в виде рентгеновской компьютерной томографии потребуются при выборе второго варианта лечения.

### № 3

Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала.

Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни.

При обследовании отмечено:

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезио-дистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

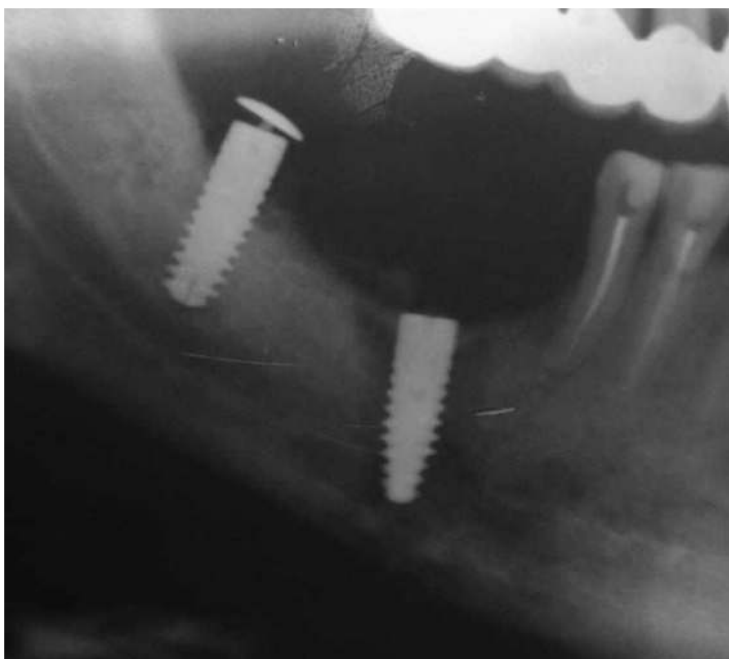
Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?
4. Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?

Ответы:

1. Диагноз: несостоятельность импланто-ортопедической конструкции в области отсутствующего 4.6
2. Дополнительно необходимо провести рентгенологическое обследование (внутриротовую или ортопантомографию) для уточнения состояния костной ткани в области имплантата и возможного разрушения имплантата.
3. Причиной развития данного осложнения может являться неправильное усилие при закручивании винта, фиксирующего супраструктуру, что привело к его выкручиванию и ослаблению фиксации супраструктуры и возможному разрушению узла сопряжения имплантата и супраструктуры, деформации винта. Также к разрушению конструкции может приводить перегрузка при жевании вследствие некорректной выверки окклюзионных взаимоотношений зубных рядов.
4. Для реабилитации пациента необходимо уточнить состояние конструкции, для чего необходимо снять коронку с супраструктуры с помощью ультразвука или путем распиливания, с последующим анализом состояния имплантата и супраструктуры. При их целостности проводится замена винта с правильным усилием затягивания и фиксацией коронки после коррекции окклюзии, если она была снята без разрушения. При разрушении коронки она изготавливается заново с учетом конкретной ситуации. При разрушении имплантата он удаляется с последующим повторным имплантологическим лечением. Хирургическое и ортопедическое лечение должно проводиться после пародонтологической санации полости рта и области имплантации.

### № 4



Поставьте предварительный диагноз.

- а) одонтогенный остеомиелит нижней челюсти.
- б) периимплантит в области имплантата в районе 3.6.
- в) периимплантит в области имплантата в районе 3.6., прободение имплантатом стенки нижнечелюстного канала.+

№5



Этап какого реконструктивного вмешательства представлен на рисунке?

- а) синуслифтинга.
- б) винирной пластики.
- в) межкортикальной остеотомии.+
- г) «сэндвич» - пластики.

№6

Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи денальных имплантатов. Обратился с

жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи. В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течении жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а так же из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может. Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре.

При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти.

Отсутствуют: 1.8-1.1, 2.1-2.8, 3.5, 4.4, 4.6.

Прикус – не фиксирован.

На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции верхушек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1.0 см, с четкими границами.

Вопросы и задания:

Поставьте диагноз.

Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?

Ответы:

1. Полное отсутствие зубов верхней челюсти. Частичное отсутствие зубов нижней челюсти. Дефект и деформация альвеолярного гребня верхней челюсти в боковых отделах. Радикулярная киста нижней челюсти в области 3.1, 4.1.

2. Съемный протез на балке с опорой на дентальные имплантаты установленные в передний отдел верхней челюсти. Это позволит обеспечить полноценную фиксацию протеза и уменьшить его базис т.к. у пациента выраженный рвотный рефлекс.

№7

Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала.

Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни.

При обследовании отмечено:

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезио-дистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

Вопросы и задания: Поставьте предварительный диагноз. Проведите дополнительные методы обследования. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате? Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?

Ответы:

Диагноз: несостоятельность импланто-ортопедической конструкции в области отсутствующего 4.6. Дополнительно необходимо провести рентгенологическое обследование (внутриротовую или ортопантомографию) для уточнения состояния костной ткани в области имплантата и возможного разрушения имплантата. Причиной развития данного осложнения может являться неправильное усилие при закручивании винта, фиксирующего супраструктуру, что привело к его выкручиванию и ослаблению фиксации супраструктуры и возможному разрушению узла сопряжения имплантата и супраструктуры, деформации винта. Также к разрушению конструкции может приводить перегрузка при жевании вследствие некорректной выверки окклюзионных взаимоотношений зубных рядов. Для реабилитации пациента необходимо уточнить состояние конструкции, для чего необходимо снять коронку с супраструктуры с помощью ультразвука или путем распиливания, с последующим анализом состояния имплантата и супраструктуры. При их целостности проводится замена винта с правильным усилием затягивания и фиксацией коронки после коррекции окклюзии, если она была снята без разрушения. При разрушении коронки она изготавливается заново с учетом конкретной ситуации. При разрушении имплантата он удаляется с последующим повторным имплантологическим лечением. Хирургическое и ортопедическое лечение должно проводиться после пародонтологической санации полости рта и области имплантации.

№8 Пациент 54 лет, обратился в клинику с целью протезирования. В анамнезе - гипертоническая болезнь. Объективно: беззубая верхняя челюсть, 33 и 43 зубы интактные, стойкие, клиническая шейка ниже уровня анатомической шейки на 4мм, 33 и 34 выступают над уровнем нижней губы на 5мм. Какие дополнительные методы обследования следует провести?

№9 Пациентка 34 лет, обратилась в клинику с целью протезирования, жалуется на отсутствие зуба во фронтальном участке на верхней челюсти. Объективно: 22 зуб отсутствует, прикус глубокий, стенки 21 и 23 зубов параллельны, а режущий край 42 зуба находится на расстоянии 0,5мм от верхушки альвеолярного гребня в/ч. Какая тактика врача в данной ситуации?

№10

Пациенту М. 40 лет, необходимо депульпировать 1.1, 2.1 зубы.

Выберите адекватный метод обезболивания.

- 1) Обоснуйте свой выбор.
- 2) Объясните, какие нервы необходимо блокировать.
- 3) Технику анестезии продемонстрируйте на черепе.

## **8. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины**

Обучение складывается из аудиторных занятий, включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы.

Основное учебное время выделяется на практическую работу по изучению основных методов, применяемых в стоматологии хирургической в клинике ортопедической стоматологии.

При изучении учебной дисциплины (модуля) необходимо использовать лекционный материал, учебные пособия и освоить практические умения использовать основные методы, применяемые в стоматологии хирургической в клинике ортопедической стоматологии

Практические занятия проводятся в виде изучения теоретического материала, демонстрации моделей и использования наглядных пособий, решения ситуационных задач, ответов на тестовые задания, разбора клинических больных.

В соответствии с требованиями ФГОС ВО в учебном процессе широко используются активные и интерактивные формы проведения занятий: лекция-пресс-конференция.

В процессе обучения осуществляются следующие виды самостоятельной работы:

- подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам

лекций и учебной литературе) с использованием учебных пособий и методических разработок кафедры, а также электронных учебных пособий;

- подготовка рефератов и докладов по теме занятия, которые заслушиваются на семинарском занятии.

Контроль самостоятельного изучения тем осуществляется на семинарских, практических занятиях, а также в ходе промежуточной аттестации, с использованием тестовых заданий, контрольных вопросов, ситуационных задач, заслушивание докладов, проверка письменных работ и т.д.

На кафедре для самостоятельной работы в аудиторное и внеаудиторное время созданы и постоянно обновляются методические разработки и электронные обучающе-контролирующие учебные пособия по всем темам рабочей учебной программы дисциплины (представлены в УМК).

Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам академии и кафедры.

По каждому разделу учебной дисциплины разработаны методические рекомендации для ординаторов и методические указания для преподавателей.

Во время изучения учебной дисциплины ординаторы самостоятельно проводят НИР, оформляют доклад и представляют тезисы.

Оформление историй болезни пациентов способствуют формированию навыков определить тактику ведения, пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи.

Работа ординатора в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

Обучение ординаторов способствует воспитанию у них навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию правильного поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний ординаторов определяется тестированием, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе занятий, во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач и ответах на тестовые задания.

В конце изучения учебной дисциплины (модуля) проводится промежуточный контроль знаний с использованием тестового контроля, проверки практических умений и решения ситуационных задач.

Вопросы по учебной дисциплине (модулю) включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.