

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«СЕВЕРО - КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
АКАДЕМИЯ»

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе

«31» 03

Г.Ю. Нагорная



Реконструктивная хирургия полости рта

Уровень образовательной программы _____ специалитет _____

Специальность 31.05.03 Стоматология

Форма обучения _____ очная _____

Срок освоения ОП 5 лет

Институт Медицинский

Кафедра разработчик РПД Стоматология

Выпускающая кафедра Стоматология

Начальник
учебно-методического управления _____ Семенова Л.У.

Директор института _____ Узденов М.Б.

Заведующий выпускающей кафедрой _____ Коджакова Т.Ш.

г. Черкесск, 2021 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели освоения дисциплины	3
2. Место дисциплины в структуре образовательной программы	3
3. Планируемые результаты обучения по дисциплине	4
4. Структура и содержание дисциплины	8
4.1. Объем дисциплины и виды учебной работы.....	9
4.2. Содержание дисциплины	9
4.2.1. Разделы (темы) дисциплины, виды учебной деятельности и формы контроля.....	9
4.2.2. Лекционный курс	9
4.2.3. Лабораторный практикум	9
4.2.4. Практические занятия	10
4.3. Самостоятельная работа обучающегося.....	12
5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине	13
6. Образовательные технологии	31
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины	32
7.1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы.....	32
7.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».....	33
7.3. Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение	33
8. Материально-техническое обеспечение дисциплины	34
8.1. Требования к аудиториям (помещениям, местам) для проведения занятий	34
8.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся	34
8.3. Требования к специализированному оборудованию.....	34
9. Особенности реализации дисциплины для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	26
Приложение 1. Фонд оценочных средств	
Приложение 2. Аннотация рабочей программы	

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель освоения дисциплины «Реконструктивная хирургия полости рта» состоит в освоении студентами теоретических основ и базовых практических навыков по реконструктивной хирургии полости рта для оказания амбулаторной хирургической стоматологической помощи больным.

При этом задачами дисциплины являются:

1. Изучение общих и частных вопросов современного этапа развития костной пластики в стоматологии.
2. Изучение показаний к проведению реконструктивных вмешательств при подготовке к дентальной имплантации.
3. Изучение методик проведения аугментации костной ткани, технологии направленной тканевой регенерации, синуслифтинга.
4. Изучение инструментария, оборудования, материалов, применяемых в реконструктивной хирургии полости рта.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

2.1. Дисциплина «Реконструктивная хирургия полости рта» относится к обязательной части Блока 1 Дисциплины (модули) ,образовательной программы по специальности 31.05.03. Стоматология, изучается в девятом семестре.

2.2. В таблице приведены предшествующие и последующие дисциплины, направленные на формирование компетенций дисциплины в соответствии с матрицей компетенций ОП.

Предшествующие дисциплины, направленные на формирование компетенций

№ п/п	Предшествующие дисциплины	Последующие дисциплины
1	Детская кая челюстно-лицевая хирургия	Челюстно-лицевая гнатическая хирургия

3. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Планируемые результаты освоения образовательной программы (ОП) – компетенции обучающихся определяются требованиями стандарта по специальности 31.05.03 Стоматология и формируются в соответствии с матрицей компетенций ОП

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Наименование компетенции (или ее части)	Индикаторы достижения компетенций
1	2	3	4
1.	ОПК-7	Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	<p>ОПК-7.1. Владеет методикой сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей), физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию), принципами и методами оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ОПК-7.2. Распознает состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.</p> <p>ОПК-7.3. Организует работу медицинского персонала при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.</p>

2.	ПК-1	Способен к проведению обследования пациента с целью установления диагноза	ПК-1.1. Получает информацию от пациентов (их родственников/ законных представителей) ПК-1.2. Интерпретирует данные первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов ПК- 1.3. Интерпретирует данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))
----	------	---	---

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

4.1. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Очная форма обучения

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры
		№ 9
		Часов
1	2	3
Аудиторная и контактная работа (всего)	54	54
В том числе:		
Лекции (Л)	18	18
Практические занятия (ПЗ), В том числе, практическая подготовка	36	36
контактная внеаудиторная работа, в том числе:	1.7	1.7
Индивидуальные и групповые консультации	1.7	1.7
Самостоятельная работа обучающегося (СРО) (всего)	16	16
Работа с книжными источниками	4	4
Работа с электронными источниками	4	4
Подготовка к коллоквиуму	4	4
Подготовка к тестированию	4	4
Промежуточная аттестация	Зачет (З)	3
	Прием зачета., час.	0,3
ИТОГО: Общая трудоемкость	Часов	72
	зачетных единиц	2

4.2 СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

4.2.1. Разделы (темы) дисциплины, виды учебной деятельности и формы контроля

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу обучающихся (в часах)					Формы текущей и промежуточной аттестации)
		Л	ЛР (ПП)	ПЗ (ПП)	СРО	Всего	
1	2	3	4	5	6	7	8
Семестр 9							
1.	Раздел 1. Основы костной пластики.	8		12	8	28	Коллоквиум, тестирование, устный ответ, ситуационные задачи
2.	Раздел 2. Техники реконструктивных вмешательств в челюстно-лицевой области.	10		24	8	44	Коллоквиум, тестирование, устный ответ, ситуационные задачи
5.	контактная внеаудиторная работа					1.7	Индивидуальные и групповые консультации
	Промежуточная аттестация.					0,3	Зачет
Итого часов в 9 семестре:		18		36	16	72	

4.2.2. Лекционный курс

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы лекции	Содержание лекции	Всего часов
1	2	3	4	5
Семестр 9				
1.	Раздел 1. Основы костной пластики.	Особенности проведения операций в челюстно-лицевой области.	Планирование восстановительных операций. Показания и противопоказания. Клиническое обследование. Анализ дефектов и деформаций. Пластика местными тканями. Пластика лоскутами на питающей ножке. Пластика стебельчатым лоскутом Филатова.	2
		Сохранение объема костной ткани после удаления зуба.	Фазы заживления лунки после удаления зуба Формирование кровяного сгустка и профилактика альвеолита Пролиферация эпителия Формирование рубцовой ткани Формирование ретикулофиброзной кости Определение факторов риска перед удалением зуба Тканевой биотип Форма коронки зуба и длина десневого сосочка Толщина вестибулярной компактной пластинки Ширина зоны кератинизированной десны Классификация альвеол после удаления зуба Класс 1 (интактные костные стенки) Класс 2 (утрата 1/2 вестибулярной костной пластинки) Варианты десневых лоскутов для закрытия лунки Класс 3 (утрата вестибулярной компактной пластинки, рецессия десны)	4
		Восстановление утраченного объема десны и кости.	Рентгеноконтрастный шаблон Выбор размера имплантата Увеличение зоны прикрепленной кератинизированной десны Пластика мягких тканей во фронтальном отделе Пластика мягких тканей в боковом отделе	2

			Классификация атрофии альвеолярного отростка челюстей Ширина альвеолярной кости >5 мм Ширина альвеолярной кости 4–5 мм Ширина альвеолярной кости <4 мм	
2.	Раздел 2. Техники реконструктивных вмешательств в челюстно-лицевой области.	Биоматериалы и мембраны для остеопластики.	Общие правила работы с биоматериалами Оценка эффективности биоматериала. Клиническая оценка. Гистологическая оценка. Тканевая реакция на биоматериал. Асептическое воспаление. Иммунная реактивность. Собственно регенерация.	2
		Биологический профиль биоматериала.	Поверхность, пористость и форма выпуска биоматериала. Гранулированная форма. Гранулы в составе органического наполнителя. Костные кальций-фосфатные цементы. Остеобластический остеогенез. Остеоиндукция. Вторичная остеоиндукция. Остеокондукция. Изолирующие мембраны. Роль надкостницы. Аутогенные мембраны на основе обогащенной плазмы. Нерезорбируемые мембраны. Резорбируемые мембраны.	4
		Общие принципы костной пластики.	Хранение костного трансплантата. Адаптация трансплантата. Принимающее ложе. Фиксация. Ушивание мягких тканей. Повторное вмешательство. Иллюстрации. Инструменты для получения и фиксации трансплантатов. Инструменты для остеотомии. Костные мельницы. Подбородочный симфиз. Ветвь и тело нижней челюсти. Венечный отросток нижней челюсти. Бугор верхней челюсти. Стенка верхнечелюстной пазухи.	4
Итого часов в 9 семестре:				18

4.2.3.Лабораторный практикум - не предусмотрено.

4.2.4. Практические занятия

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Наименование практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
				ОФО
1	2	3	4	5
Семестр 9				
1.	Раздел 1. Основы костной пластики.	1. Сохранение объема костной ткани после удаления зуба.	<p>Фазы заживления лунки после удаления зуба</p> <p>Формирование кровяного сгустка и профилактика альвеолита</p> <p>Пролиферация эпителия</p> <p>Формирование рубцовой ткани</p> <p>Формирование ретикулофиброзной кости</p> <p>Определение факторов риска перед удалением зуба</p> <p>Тканевой биотип</p> <p>Форма коронки зуба и длина десневого сосочка</p> <p>Толщина вестибулярной компактной пластинки</p> <p>Ширина зоны кератинизированной десны</p> <p>Классификация альвеол после удаления зуба</p> <p>Класс 1 (интактные костные стенки)</p> <p>Класс 2 (утрата 1/2 вестибулярной костной пластинки)</p> <p>Варианты десневых лоскутов для закрытия лунки</p> <p>Класс 3 (утрата вестибулярной компактной пластинки, рецессия десны)</p>	4
		2. Биологические основы костной пластики.	<p>Необходимость в трансплантации кости.</p> <p>Трансплантаты аутогенной кости.</p> <p>Заживление кости при трансплантации.</p> <p>Виды трансплантатов.</p> <p>Губчатый трансплантат.</p> <p>Кортикальный трансплантат.</p>	
		2. Общие принципы костной пластики.	<p>Хранение костного трансплантата.</p> <p>Адаптация трансплантата.</p> <p>Принимающее ложе. Фиксация.</p> <p>Ушивание мягких тканей.</p> <p>Повторное вмешательство.</p> <p>Иллюстрации.</p>	2

			Инструменты для получения и фиксации трансплантатов. Инструменты для остеотомии. Костные мельницы.	
		3. Подбородочный симфиз.	Хирургическая анатомия. Границы подбородочного симфиза. Анестезия, доступ. Получение трансплантата в подбородочной области. Инструментарий. Использование костных стружек при установке имплантатов. Послеоперационный уход. Осложнения интраоперационные и послеоперационные. Клиническое применение костных трансплантатов из подбородочного симфиза. Иллюстрации.	2
		4. Ветвь и тело нижней челюсти.	Тело нижней челюсти. Хирургическая анатомия. Ветвь нижней челюсти. Хирургическая анатомия. Анестезия. Доступ. Получение трансплантата из тела и ветви нижней челюсти. Показания к применению трансплантата из тела и ветви нижней челюсти. Осложнения интра- и послеоперационные.	2
		5. Венечный отросток нижней челюсти.	Венечный отросток нижней челюсти. Хирургическая анатомия. Хирургические манипуляции: разрез, доступ, границы. Показания к применению трансплантата из венечного отростка нижней челюсти. Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из венечного отростка нижней челюсти.	2
2.	Раздел 2.	6. Бугор верхней	Бугор верхней челюсти.	2

Техники реконструктивных вмешательств в челюстно-лицевой области.	челюсти.	<p>Хирургическая анатомия.</p> <p>Хирургические манипуляции: разрез, доступ, границы.</p> <p>Показания к применению трансплантата бугра верхней челюсти.</p> <p>Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из бугра верхней челюсти.</p>	
	7. Стенка верхнечелюстной пазухи.	<p>Верхнечелюстная пазуха.</p> <p>Хирургическая анатомия.</p> <p>Хирургическая техника: анестезия, хирургический доступ.</p> <p>Получение трансплантата.</p> <p>Показания к применению трансплантата из стенки верхнечелюстной пазухи.</p> <p>Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из стенки верхнечелюстной пазухи.</p>	4
	8 Скулоальвеолярный гребень.	<p>Скулоальвеолярный гребень.</p> <p>Хирургическая анатомия.</p> <p>Хирургическая техника: анестезия, хирургический доступ.</p> <p>Получение трансплантата.</p> <p>Показания к применению трансплантата из скулоальвеолярного гребня.</p> <p>Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из скулоальвеолярного гребня.</p>	4
	9. Свод черепа.	<p>Свод черепа.</p> <p>Хирургическая анатомия.</p> <p>Хирургические манипуляции: доступ, границы.</p> <p>Показания к применению трансплантата из свода черепа.</p> <p>Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из свода черепа.</p>	4

		10. Гребень подвздошной кости.	<p>Гребень подвздошной кости.. Хирургическая анатомия. Хирургические манипуляции: анестезия, доступ, положение пациента, границы. Получение трансплантата из гребня подвздошной кости. Методика «занавески». Получение трансплантата из гребня подвздошной кости. Методика расщепленного блока. Ушивание раны. Послеоперационный период. Показания к применению трансплантата из гребня подвздошной кости. Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из гребня подвздошной кости.</p>	2
		11. Большеберцовая кость.	<p>Большеберцовая кость. Хирургическая анатомия. Хирургические манипуляции: анестезия, доступ, границы. Получение трансплантата из большеберцовой кости. Послеоперационный уход. Показания к применению трансплантата из большеберцовой кости. Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из большеберцовой кости.</p>	2
		12. Восстановление утраченного объема десны и кости.	<p>Рентгеноконтрастный шаблон Выбор размера имплантата Увеличение зоны прикрепленной кератинизированной десны Пластика мягких тканей во фронтальном отделе Пластика мягких тканей в боковом отделе Классификация атрофии альвеолярного отростка челюстей Ширина альвеолярной кости >5 мм Ширина альвеолярной кости 4–5 мм Ширина альвеолярной кости <4 мм</p>	2

		13. Биоматериалы и мембраны для остеопластики.	Общие правила работы с биоматериалами Оценка эффективности биоматериала. Клиническая оценка. Гистологическая оценка. Тканевая реакция на биоматериал. Асептическое воспаление. Иммунная реактивность. Собственно регенерация.	2
Итого часов в 9 семестре:				36

4.3. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

№ п/п	Наименование раздела (темы) дисциплины	№ п/п	Виды СРО	Всего часов
				ОФО
1	2	3	4	5
Семестр 9				
1.	Раздел 1. Основы костной пластики.	1.1.	Работа с книжными источниками	2
		1.2.	Работа с электронными источниками	2
		1.3.	Подготовка к тестированию	2
		1.4.	Подготовка к коллоквиуму	2
2.	Раздел 2. Техники реконструктивных вмешательств в челюстно-лицевой области.	2.1.	Работа с книжными источниками	2
		2.2.	Работа с электронными источниками	2
		2.3.	Подготовка к тестированию	2
		2.4.	Подготовка к коллоквиуму	2
Итого часов в 9 семестре:				16

5. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

5.1. Методические указания для подготовки обучающихся к лекционным занятиям

Лекция является основной формой обучения в высшем учебном заведении. Записи лекций в конспектах должны быть избирательными, полностью следует записывать только определения. В конспекте рекомендуется применять сокращение слов, что ускоряет запись. Вопросы, возникающие в ходе лекции, рекомендуется записывать на полях и после окончания лекции обратиться за разъяснением к преподавателю.

Работа над конспектом лекции осуществляется по этапам:

- повторить изученный материал по конспекту;
- непонятные положения отметить на полях и уточнить;
- неоконченные фразы, пропущенные слова и другие недочеты в записях устранить, пользуясь материалами из учебника и других источников;
- завершить техническое оформление конспекта (подчеркивания, выделение

главного, выделение разделов, подразделов и т.п.).

Самостоятельную работу следует начинать с доработки конспекта, желательно в тот же день, пока время не стерло содержание лекции из памяти. Работа над конспектом не должна заканчиваться с прослушивания лекции. После лекции, в процессе самостоятельной работы, перед тем, как открыть тетрадь с конспектом, полезно мысленно восстановить в памяти содержание лекции, вспомнив ее структуру, основные положения и выводы.

С целью доработки необходимо прочитать записи, восстановить текст в памяти, а также исправить описки, расшифровать не принятые ранее сокращения, заполнить пропущенные места, понять текст, вникнуть в его смысл. Далее прочитать материал по рекомендуемой литературе, разрешая в ходе чтения, возникшие ранее затруднения, вопросы, а также дополнения и исправляя свои записи. Записи должны быть наглядными, для чего следует применять различные способы выделений. В ходе доработки конспекта углубляются, расширяются и закрепляются знания, а также дополняется, исправляется и совершенствуется конспект. Еще лучше, если вы переработаете конспект, дадите его в новой систематизации записей. Это, несомненно, займет некоторое время, но материал вами будет хорошо проработан, а конспективная запись его приведена в удобный для запоминания вид. Введение заголовков, скобок, обобщающих знаков может значительно повысить качество записи. Этому может служить также подчеркивание отдельных мест конспекта красным карандашом, приведение на полях или на обратной стороне листа краткой схемы конспекта и др.

Подготовленный конспект и рекомендуемая литература используется при подготовке к практическому занятию. Подготовка сводится к внимательному прочтению учебного материала, к выводу с карандашом в руках всех утверждений и формул, к решению примеров, задач, к ответам на вопросы, предложенные в конце лекции преподавателем или помещенные в рекомендуемой литературе. Примеры, задачи, вопросы по теме являются средством самоконтроля.

Непрерывным условием глубокого усвоения учебного материала является знание основ, на которых строится изложение материала. Обычно преподаватель напоминает, какой ранее изученный материал и в какой степени требуется подготовить к очередному занятию. Эта рекомендация, как и требование систематической и серьезной работы над всем лекционным курсом, подлежит безусловному выполнению. Потери логической связи как внутри темы, так и между ними приводит к негативным последствиям: материал учебной дисциплины перестает основательно восприниматься, а творческий труд подменяется утомленным переписыванием. Обращение к ранее изученному материалу не только помогает восстановить в памяти известные положения, выводы, но и приводит разрозненные знания в систему, углубляет и расширяет их. Каждый возврат к старому материалу позволяет найти в нем что-то новое, переосмыслить его с иных позиций, определить для него наиболее подходящее место в уже имеющейся системе знаний. Неоднократное обращение к пройденному материалу является наиболее рациональной формой приобретения и закрепления знаний. Очень полезным, но, к сожалению, еще мало используемым в практике самостоятельной работы, является предварительное ознакомление с учебным материалом. Даже краткое, беглое знакомство с материалом очередной лекции дает многое. Обучающиеся получают общее представление о ее содержании и структуре, о главных и второстепенных вопросах, о терминах и определениях. Все это облегчает работу на лекции и делает ее целеустремленной.

5.2. Методические указания для подготовки обучающихся к лабораторным занятиям – лабораторные занятия не предусмотрены.

5.3. Методические указания для подготовки обучающихся к практическим занятиям

В процессе подготовки и проведения практических занятий обучающиеся закрепляют полученные ранее теоретические знания, приобретают навыки их практического применения, опыт рациональной организации учебной работы.

Поскольку активность на практических занятиях является предметом внутрисеместрового контроля его продвижения в освоении курса, подготовка к таким занятиям требует ответственного отношения.

При подготовке к занятию в первую очередь должны использовать материал лекций и соответствующих литературных источников. Самоконтроль качества подготовки к каждому занятию осуществляют, проверяя свои знания и отвечая на вопросы для самопроверки по соответствующей теме.

Входной контроль осуществляется преподавателем в виде проверки и актуализации знаний обучающихся по соответствующей теме.

Выходной контроль осуществляется преподавателем проверкой качества и полноты выполнения задания.

Подготовку к практическому занятию каждый обучающийся должен начать с ознакомления с планом практического занятия, который отражает содержание предложенной темы. Тщательное продумывание и изучение вопросов плана основывается на проработке текущего материала, а затем изучение обязательной и дополнительной литературы, рекомендованной к данной теме.

Все новые понятия по изучаемой теме необходимо выучить наизусть и внести в глоссарий, который целесообразно вести с самого начала изучения курса. Результат такой работы должен проявиться в способности обучающегося свободно ответить на теоретические вопросы, его выступлении и участии в коллективном обсуждении вопросов изучаемой темы, правильном выполнении практических заданий. Предлагается следующая опорная схема подготовки к практическим занятиям.

Обучающийся при подготовке к практическому занятию может консультироваться с преподавателем и получать от него наводящие разъяснения, задания для самостоятельной работы.

1. Ознакомление с темой практического занятия. Выделение главного (основной темы) и второстепенного (подразделы, частные вопросы темы).
2. Освоение теоретического материала по теме с опорой на лекционный материал, учебник и другие учебные ресурсы. Самопроверка: постановка вопросов, затрагивающих основные термины, определения и положения по теме, и ответы на них.
3. Выполнение практического задания. Обнаружение основных трудностей, их решение с помощью дополнительных интеллектуальных усилий и/или подключения дополнительных источников информации.
4. Решение типовых заданий расчетно-графической работы.

5.4. Методические указания по самостоятельной работе обучающихся

Работа с литературными источниками и интернет ресурсами

В процессе подготовки к практическим занятиям, студентам необходимо обратить особое внимание на самостоятельное изучение рекомендованной учебно-методической (а также научной и популярной) литературы.

Самостоятельная работа с учебниками, учебными пособиями, научной, справочной и популярной литературой, материалами периодических изданий и Интернета, статистическими данными является наиболее эффективным методом получения знаний, позволяет значительно активизировать процесс овладения информацией, способствует более глубокому усвоению изучаемого материала, формирует у обучающихся свое

отношение к конкретной проблеме.

Более глубокому раскрытию вопросов способствует знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной преподавателем по каждой теме семинарского или практического занятия, что позволяет студентам проявить свою индивидуальность в рамках выступления на данных занятиях, выявить широкий спектр мнений по изучаемой проблеме.

Методические рекомендации при подготовке к тестированию

В современном образовательном процессе тестирование как новая форма оценки знаний занимает важное место и требует серьезного к себе отношения. Цель тестирований в ходе учебного процесса студентов состоит не только в систематическом контроле за знанием точных дат, имен, событий, явлений, но и в развитии умения студентов выделять, анализировать и обобщать наиболее существенные связи, признаки и принципы разных исторических явлений и процессов. Одновременно тесты способствуют развитию творческого мышления, умению самостоятельно локализовать и соотносить исторические явления и процессы во времени и пространстве.

Как и любая другая форма подготовки к контролю знаний, тестирование имеет ряд особенностей, знание которых помогает успешно выполнить тест. Можно дать следующие методические рекомендации:

- Прежде всего, следует внимательно изучить структуру теста, оценить объем времени, выделяемого на данный тест, увидеть, какого типа задания в нем содержатся. Это поможет настроиться на работу.

- Лучше начинать отвечать на те вопросы, в правильности решения которых нет сомнений, пока не останавливаясь на тех, которые могут вызвать долгие раздумья. Это позволит успокоиться и сосредоточиться на выполнении более трудных вопросов.

- Очень важно всегда внимательно читать задания до конца, не пытаясь понять условия «по первым словам» или выполнив подобные задания в предыдущих тестированиях. Такая спешка нередко приводит к досадным ошибкам в самых легких вопросах.

- Если Вы не знаете ответа на вопрос или не уверены в правильности, следует пропустить его и отметить, чтобы потом к нему вернуться.

- Психологи также советуют думать только о текущем задании. Как правило, задания в тестах не связаны друг с другом непосредственно, поэтому необходимо концентрироваться на данном вопросе и находить решения, подходящие именно к нему. Кроме того, выполнение этой рекомендации даст еще один психологический эффект – позволит забыть о неудаче в ответе на предыдущий вопрос, если таковая имела место.

- Многие задания можно быстрее решить, если не искать сразу правильный вариант ответа, а последовательно исключать те, которые явно не подходят. Метод исключения позволяет в итоге сконцентрировать внимание на одном-двух вероятных вариантах.

- Рассчитывать выполнение заданий нужно всегда так, чтобы осталось время на проверку и доработку (примерно 1/3-1/4 запланированного времени). Тогда вероятность описок сводится к нулю и имеется время, чтобы набрать максимум баллов на легких заданиях и сосредоточиться на решении более трудных, которые вначале пришлось пропустить.

- Процесс угадывания правильных ответов желательно свести к минимуму, так как это чревато тем, что студент забудет о главном: умении использовать имеющиеся накопленные в учебном процессе знания, и будет надеяться на удачу. Если уверенности в правильности ответа нет, но интуитивно появляется предпочтение, то психологи рекомендуют доверять интуиции, которая считается проявлением глубинных знаний и опыта, находящихся на уровне подсознания.

При подготовке к тесту не следует просто заучивать, необходимо понять логику изложенного материала. Этому немало способствует составление развернутого плана, таблиц, схем, внимательное изучение исторических карт. Большую помощь оказывают

опубликованные сборники тестов, Интернет-тренажеры, позволяющие, во-первых, закрепить знания, во-вторых, приобрести соответствующие психологические навыки саморегуляции и самоконтроля. Именно такие навыки не только повышают эффективность подготовки, позволяют более успешно вести себя во время экзамена, но и вообще способствуют развитию навыков мыслительной работы.

Методические указания по подготовке к опросу

Самостоятельная работа обучающихся включает подготовку к устному опросу на занятиях. Для этого обучающийся изучает лекции преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к занятиям семинарского типа, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки обучающихся к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой.

Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу обучающемуся необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины (модуля), выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам. В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе обучающемуся дается 5-10 минут на раскрытие темы.

Методические рекомендации к ситуационным задачам

Это вид самостоятельной работы студента по систематизации информации в рамках постановки или решения конкретных проблем. Такой вид самостоятельной работы направлен на развитие мышления, творческих умений, усвоение знаний, добытых в ходе активного поиска и самостоятельного решения проблем. Такие знания более прочные, они позволяют студенту видеть, ставить и разрешать как стандартные, так и не стандартные задачи, которые могут возникнуть в дальнейшем в профессиональной деятельности.

Студент должен опираться на уже имеющуюся базу знаний. Решения ситуационных задач относятся к частично поисковому методу. Характеристики выбранной для ситуационной задачи проблемы и способы ее решения являются отправной точкой для оценки качества этого вида работ. Преподаватель определяет тему, либо раздел, рекомендует литературу, консультирует студента при возникновении затруднений.

Студенту необходимо изучить предложенную преподавателем литературу и характеристику условий задачи, выбрать оптимальный вариант (подобрать известные и стандартные алгоритмы действия) или варианты разрешения, оформить и сдать на контроль в установленный срок.

Подготовка к текущему контролю

Текущий контроль – это регулярная проверка усвоения учебного материала на протяжении семестра. К его достоинствам относятся систематичность, постоянный мониторинг качества обучения, а также возможность оценки успеваемости обучающихся.

Текущий контроль осуществляется преподавателем в процессе проведения практических занятий в ходе устного опроса обучающихся, а также выполнения тестовых заданий и (или) решения задач.

Подготовка к текущему контролю включает 2 этапа:

й – организационный;

й - закрепление и углубление теоретических знаний.

На первом этапе обучающийся планирует свою самостоятельную работу, которая включает:

уяснение задания на самостоятельную работу;

подбор учебной и научной литературы;

составление плана работы, в котором определяются основные пункты предстоящей

подготовки.

Второй этап включает непосредственную подготовку обучающегося к текущему контролю. Подготовка проводится в ходе самостоятельной работы обучающихся и включает в себя повторение пройденного материала по вопросам предстоящего опроса. Помимо основного материала обучающийся должен изучить дополнительную учебную и научную литературу и информацию по теме, в том числе с использованием Интернет-ресурсов. Опрос предполагает устный ответ обучающегося на один основной и несколько дополнительных вопросов преподавателя.

Заканчивать подготовку следует составлением плана (конспекта) по изучаемому материалу (вопросу). Это позволяет составить концентрированное, сжатое представление по изучаемым вопросам. При необходимости следует обращаться за консультацией к преподавателю. Идя на консультацию, необходимо хорошо продумать вопросы, которые требуют разъяснения.

Подготовка к промежуточной аттестации.

По итогам 9 семестра проводится зачет. При подготовке к сдаче зачета рекомендуется пользоваться материалами практических занятий и материалами, изученными в ходе текущей самостоятельной работы.

Зачет проводится в устной форме, включает подготовку и ответы обучающегося на теоретические вопросы. По итогам зачета выставляется оценка.

По итогам обучения проводится зачет, к которому допускаются студенты, имеющие положительные оценки и прошедшие тестирование.

При подготовке к промежуточной аттестации целесообразно:

внимательно изучить перечень вопросов и определить, в каких источниках находятся сведения, необходимые для ответа на них;

внимательно прочитать рекомендованную литературу;

составить краткие конспекты ответов (планы ответов).

6. Образовательные технологии

№ п/п	Виды учебной работы	Образовательные технологии	Всего часов
1	2	3	4
Семестр 9			
1	Лекция: «Сохранение объема костной ткани после удаления зуба».	Обзорная лекция.	2
2	Лекция: «Восстановление утраченного объема десны и кости».	Обзорная лекция.	2
3	Практическое занятие: «Биологические основы костной пластики»	Тематический семинар, использование компьютерных технологий для выполнения практических работ, тестирование, контрольная	4

		работа	
4	Практическое занятие: «Общие принципы костной пластики»	Тематический семинар, использование компьютерных технологий для выполнения практических работ, тестирование	4
Итого часов в 9 семестре:			12

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы

	Список основной литературы
1.	Под ред. О.О. Янушевича . Пропедевтика стоматологических заболеваний: учебник / О.О. Янушевич, Э.А. Базилян, А.А. Чунихин.-Москва : ГЕОТАмедиа,2020.-800с.-ISBN978-5-9704-5433-6.- Текст: непосредственный
2.	Под ред. Л.А. Дмитриевой Терапевтическая стоматология : национальное руководство/ под ред.Л.А. Дмитриевой, Ю.М.Максимовского.-М.:ГЕОТАР-Медиа,2019.-888с.-ISBN-978-5-9704-5024-6.-Текст: непосредственный
3.	Под. Ред. С. В. Тарасенко Хирургическая стоматология/под ред.С.В. Тарасенко.-Москва: ГЕОТАР –Медиа,2021.621с.ISBN 978-5-9704-6211-9.- Текст: непосредственный
4.	Под ред. И. Ю. Лебеденко Ортопедическая стоматология / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского.- М.: ГЕОТАР-Медиа,2019.-824с.: ил.ISBN 978-5-9704-4948-6.-Текст: непосредственный
	Список дополнительной литературы
1.	Пародонтология: национальное руководство / под ред. О.О. Янушевича, Л.А. Дмитриевой. – 2-е изд., перераб. доп.– М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018.-752с.: - ISBN 978-5-9704-4365-1-Текст: непосредственный
2.	Под ред. Н.Н. Аболмасова Пропедевтика стоматологических заболеваний: учебник/ под ред. Н.Н.Аболмасова, А.И. Николаева.-М. : МЕДпресс-информ,2015.-784с.:ил. ISBN 978-5-00030-148-7.-Текст : непосредственный

7.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

<https://www.cochrane.org/ru/evidence> - Кокрейновская библиотека

<http://fcior.edu.ru> - Региональное представительство ФЦИОР - СГТУ

<http://elibrary.ru> - Научная электронная библиотека.

7.3. Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение

Лицензионное программное обеспечение	Реквизиты лицензий/ договоров
Microsoft Azure Dev Tools for Teaching 1. Windows 7, 8, 8.1, 10 2. Visual Studio 2008, 2010, 2013, 2019	Идентификатор подписчика: 1203743421 Срок действия: 30.06.2022

5. Visio 2007, 2010, 2013 6. Project 2008, 2010, 2013 7. Access 2007, 2010, 2013 ит. д.	(продление подписки)
MS Office 2003, 2007, 2010, 2013	Сведения об OpenOffice: 63143487, 63321452, 64026734, 6416302, 64344172, 64394739, 64468661, 64489816, 64537893, 64563149, 64990070, 65615073 Лицензия бессрочная
Антивирус Dr.Web Desktop Security Suite	Лицензионный сертификат Серийный № 8DVG-V96F-H8S7-NRBC Срок действия: с 20.10.2022 до 22.10.2023
Консультант Плюс	Договор № 272-186/С-23-01 от 20.12.2022 г.
Цифровой образовательный ресурс IPRsmart	Лицензионный договор № 9368/22П от 01.07.2022 г. Срок действия: с 01.07.2022 до 01.07.2023
Бесплатное ПО	
SumatraPDF, 7-Zip	

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

8.1. Требования к аудиториям (помещениям, местам) для проведения занятий

1. Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа.

Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа

Ауд.№12

Специализированная мебель:

– парта-скамья – 30 шт., мягкие стулья-1 шт., стулья ученические –56 шт., кафедра напольная-1 шт., доска меловая – 1шт.,

Набор демонстрационного оборудования и учебно-нагляных пособий, обеспечивающих тематические иллюстрации: Настенный экран— 1 шт.

Переносной экран рулонный - 1 шт.

Ноутбук - 1 шт.

2. Учебная аудитория для проведения практических занятий, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации.

Ауд.№4

Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнение курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации

Специализированная мебель:

– парта-скамья – 3шт., мягкие стулья-1 шт., стулья ученические – 7шт., столы – 1 шт., Шкафы – 2шт., хирургический набор инструментов, пародонтологический набор инструментов, терапевтический набор инструментов. Стерилизатор сухожаровый, автоклав, ультразвуковая мойка.

Набор демонстрационного оборудования и учебно-нагляных пособий, обеспечивающих тематические иллюстрации

Установка стоматологическая – 1шт.,

Рентгеновская установка – 1шт.

3. Помещение для самостоятельной работы.

Электронный читальный зал (БИЦ)

Комплект проекционный, мультимедийный интерактивный: интерактивная доска , проектор , универсальное настенное крепление. Персональный компьютер-моноблок - 18шт. Персональный компьютер – 1 шт.

Столы на 1 рабочее место – 20 шт. Столы на 2 рабочих места – 9 шт. Стулья – 38шт. МФУ – 2 шт.

Читальный зал(БИЦ)

Столы на 2 рабочих места – 12 шт. Стулья – 24 шт.

Отдел обслуживания печатными изданиями (БИЦ)

Комплект проекционный, мультимедийный оборудование:

Экран настенный. Проектор. Ноутбук.

Рабочие столы на 1 место – 21 шт. Стулья – 55 шт.

Специализированная мебель (столы и стулья): Рабочие столы на 1 место – 24 шт. Стулья – 24 шт.

Компьютерная техника с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду ФГБОУ ВО «СевКавГА»: Персональный компьютер – 1шт. Сканер – 1 шт. МФУ – 1 шт.

Электронный читальный зал

Специализированная мебель (столы и стулья): компьютерный стол – 20 шт., ученический стол - 14 шт, стулья – 47 шт., стол руководителя со спикером - 1 шт, двухтумбовый стол - 2 шт. Компьютерная техника с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду ФГБОУ ВО «СКГА»: моноблок - 18 шт. , Персональный компьютер -1 шт. МФУ – 2 шт.

Читальный зал

Специализированная мебель (столы и стулья): ученический стол - 12 шт, стулья – 24 шт., картотека - 2 шт, шкаф железный -1 шт., стеллаж выставочный - 1 шт.

8.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся

1. Рабочее место преподавателя, оснащенное компьютером с доступом в Интернет.
2. Рабочие места обучающихся, оснащенные компьютером с доступом в интернет, предназначенные для работы в цифровом образовательном ресурсе.

8.3. Требования к специализированному оборудованию

нет

9. ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Для обеспечения образования инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья разрабатывается (в случае необходимости) адаптированная образовательная программа, индивидуальный учебный план с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья, в частности применяется индивидуальный подход к освоению дисциплины, индивидуальные задания: рефераты, письменные работы и, наоборот, только устные ответы и диалоги, индивидуальные консультации, использование диктофона и других записывающих средств для воспроизведения лекционного и семинарского материала.

В целях обеспечения обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья комплектуется фонд основной учебной литературой, адаптированной к ограничению электронных образовательных ресурсов, доступ к которым организован в БИЦ Академии. В библиотеке проводятся индивидуальные консультации для данной категории пользователей, оказывается помощь в регистрации и использовании сетевых и локальных электронных образовательных ресурсов, предоставляются места в читальном зале.

Выделенные стоянки автотранспортных средств для инвалидов; поручни; пандусы; достаточная ширина дверных проемов в стенах, лестничных маршей, площадок.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Реконструктивная хирургия полости рта»

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«Реконструктивная хирургия полости рта»

Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины

Индекс	Формулировка компетенции
ПК-1	Способен к проведению обследования пациента с целью установления диагноза
ОПК-7	Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения

2. Этапы формирования компетенции в процессе освоения дисциплины

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой разделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

Этапность формирования компетенций прямо связана с местом дисциплины в образовательной программе.

Разделы (темы) дисциплины	Формируемые компетенции (коды)	
	ПК-1	ОПК-7
1	2	3
Раздел 1. Основы костной пластики.	+	+
Раздел 2. Техники реконструктивных вмешательств в челюстно-лицевой области.	+	+

3. Показатели, критерии и средства оценивания компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины

ПК-1. Способен к проведению обследования пациента с целью установления диагноза

Индикаторы достижения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	неудовлетв	удовлетв	хорошо	отлично	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
1	2	3	4	5	6	7
ИДК – ПК-1.1.	Не знает основные правила сбора анамнеза, получения информации об аллергическом статусе и перенесенных, сопутствующих заболеваниях от пациентов (их родственников/ законных представителей).	Неполные представления о сборе анамнеза, информации об аллергическом статусе и перенесенных, сопутствующих заболеваниях от пациентов (их родственников/ законных представителей).	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы в представлениях о сборе анамнеза, информации об аллергическом статусе и перенесенных, сопутствующих заболеваниях от пациентов (их родственников/ законных представителей).	Имеет полностью сформированные знания о сборе анамнеза, информации об аллергическом статусе и перенесенных, сопутствующих заболеваниях от пациентов (их родственников/ законных представителей).	Коллоквиум, тестирование, устный ответ, ситуационные задачи	Зачет
ИДК –ПК-1.2.	Не умеет и не готов полностью интерпретировать данные первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов.	В целом успешное, но с систематическими ошибками умение интерпретировать данные первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы, умение интерпретировать данные первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов.	Умеет полностью интерпретировать данные первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов.	Коллоквиум, тестирование, устный ответ, ситуационные задачи	Зачет
ИДК –ПК-1.3.	Не умеет и не готов интерпретировать данные по применению дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, (на	В целом успешное, но с систематическими ошибками в применении основных данных о дополнительных обследованиях пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы,	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в применении основных данных о дополнительных обследованиях пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы,	Содержательно и точно применяет основные данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)).	Коллоквиум, тестирование, устный ответ, ситуационные задачи	Зачет

	пленочных и цифровых носителях)).	томограммы (на пленочных и цифровых носителях)).	орто-пантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)).	.		
--	-----------------------------------	--	--	---	--	--

ОПК-7. Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения

Индикаторы достижения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	неудовлетв	удовлетв	хорошо	отлично	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
1	2	3	4	5	6	7
ИДК –ОПК-7.1	Неполные представления о методике сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей), физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию), принципами и методами оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.	Неполные представления о методике сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей), физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию), принципами и методами оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы в использовании знаний о методике сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей), физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию), принципами и методами оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи,	Имеет полностью сформированные знания о методике сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей), физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию), принципами и методами оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.	Коллоквиум, тестирование, устный ответ, ситуационные задачи	зачет

			клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.			
ИДК –ОПК-7.2	Не умеет и не готов интерпретировать данные по состояниям, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.	В целом успешное, но с систематическими ошибками интерпретация данных по состояниям, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы интерпретация данных по состояниям, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.	Содержательно и точно распознает состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.	Коллоквиум, тестирование, устный ответ, ситуационные задачи	зачет
ИДК –ОПК-7.3	Не умеет и не готов принимать участие в организации работы медицинского персонала при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.	В целом успешное, но с систематическими ошибками умение организовывать работу медицинского персонала при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы, умение организовывать работу медицинского персонала при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.	Умеет полностью принимать участие в организации работы медицинского персонала при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.	Коллоквиум, тестирование, устный ответ, ситуационные задачи	зачет

**1. Комплект контрольно-оценочных средств по дисциплине
«Реконструктивная хирургия полости рта»
Вопросы для устного опроса**

по дисциплине «Реконструктивная хирургия полости рта»

Вопросы к разделу 1.

Фазы заживления лунки после удаления зуба
Формирование кровяного сгустка и профилактика альвеолита
Пролиферация эпителия
Формирование рубцовой ткани
Формирование ретикулофиброзной кости
Определение факторов риска перед удалением зуба
Тканевой биотип
Форма коронки зуба и длина десневого сосочка
Толщина вестибулярной компактной пластинки
Ширина зоны кератинизированной десны
Классификация альвеол после удаления зуба
Класс 1 (интактные костные стенки)
Класс 2 (утрата 1/2 вестибулярной костной пластинки)
Варианты десневых лоскутов для закрытия лунки
Класс 3 (утрата вестибулярной компактной пластинки, рецессия десны)
Необходимость в трансплантации кости.
Трансплантаты аутогенной кости.
Заживление кости при трансплантации.
Виды трансплантатов.
Губчатый трансплантат.
Кортикальный трансплантат.
Хранение костного трансплантата.
Адаптация трансплантата.
Принимающее ложе. Фиксация.
Ушивание мягких тканей.
Повторное вмешательство. Иллюстрации.
Инструменты для получения и фиксации трансплантатов.
Инструменты для остеотомии. Костные мельницы.
Хирургическая анатомия. Границы подбородочного симфиза.
Анестезия, доступ. Получение трансплантата в подбородочной области. Инструментарий.
Использование костных стружек при установке имплантатов.
Послеоперационный уход. Осложнения интраоперационные и послеоперационные.
Клиническое применение костных трансплантатов из подбородочного симфиза.
Иллюстрации.
Тело нижней челюсти. Хирургическая анатомия.
Ветвь нижней челюсти. Хирургическая анатомия.
Анестезия. Доступ. Получение трансплантата из тела и ветви нижней челюсти.
Показания к применению трансплантата из тела и ветви нижней челюсти.
Осложнения интра- и послеоперационные.
Венечный отросток нижней челюсти. Хирургическая анатомия. Хирургические манипуляции: разрез, доступ, границы.
Показания к применению трансплантата из венечного отростка нижней челюсти.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из венечного отростка нижней челюсти.

Вопросы к разделу 2.

Бугор верхней челюсти. Хирургическая анатомия. Хирургические манипуляции: разрез, доступ, границы.
Показания к применению трансплантата бугра верхней челюсти.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из бугра верхней челюсти.
Верхнечелюстная пазуха. Хирургическая анатомия.
Хирургическая техника: анестезия, хирургический доступ. Получение трансплантата.
Показания к применению трансплантата из стенки верхнечелюстной пазухи.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из стенки верхнечелюстной пазухи.
Скулоальвеолярный гребень. Хирургическая анатомия.
Хирургическая техника: анестезия, хирургический доступ. Получение трансплантата.
Показания к применению трансплантата из скулоальвеолярного гребня.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из скулоальвеолярного гребня.
Свод черепа. Хирургическая анатомия.
Хирургические манипуляции: доступ, границы.
Показания к применению трансплантата из свода черепа.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из свода черепа.
Гребень подвздошной кости. Хирургическая анатомия.
Хирургические манипуляции: анестезия, доступ, положение пациента, границы.
Получение трансплантата из гребня подвздошной кости. Методика «занавески».
Получение трансплантата из гребня подвздошной кости. Методика расщепленного блока. Ушивание раны.
Послеоперационный период.
Показания к применению трансплантата из гребня подвздошной кости.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из гребня подвздошной кости.
Большеберцовая кость. Хирургическая анатомия.
Хирургические манипуляции: анестезия, доступ, границы.
Получение трансплантата из большеберцовой кости.
Послеоперационный уход.
Показания к применению трансплантата из большеберцовой кости.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из большеберцовой кости.
Рентгеноконтрастный шаблон
Выбор размера имплантата
Увеличение зоны прикрепленной кератинизированной десны
Пластика мягких тканей во фронтальном отделе
Пластика мягких тканей в боковом отделе
Классификация атрофии альвеолярного отростка челюстей
Ширина альвеолярной кости >5 мм
Ширина альвеолярной кости 4–5 мм
Ширина альвеолярной кости <4 мм
Общие правила работы с биоматериалами
Оценка эффективности биоматериала.
Клиническая оценка.
Гистологическая оценка.
Тканевая реакция на биоматериал.
Асептическое воспаление.
Иммунная реактивность.

Собственно регенерация.

Комплект заданий для устного опроса

по дисциплине **«Реконструктивная хирургия полости рта»**

Ситуационная задача №1

Пациент К., 43 лет, обратился для консультации по поводу установки дентального имплантата на верхней челюсти слева в области отсутствующих 25-27 зубов. Из анамнеза установлено, что на протяжении 3-х лет страдает хроническим левосторонним верхнечелюстным синуситом, в связи с чем неоднократно обращался к ЛОР-врачу в периоды обострений. 25,26,27 зубы удалены в связи с осложнениями кариеса. На ортопантограмме определяется пневматический тип верхнечелюстной пазухи, расстояние от гребня альвеолярного отростка в зоне 26-27 до дна пазухи составляет 5 мм. Задание: Определите возможность дентальной имплантации.

Ситуационная задача №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 съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледно-розового цвета. Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный 8 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:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.
- 3) Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования?

Ситуационная задача №3

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 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:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?

Ситуационная задача №4

Пациентка Е, 42 лет, предъявляет жалобы на боли верхней челюсти слева, болезненное накусывание, гнойные выделения из левой половины носа. Со слов больной, 7 лет назад в области верхней челюсти слева был установлен дентальный имплантат и затем металлокерамический мостовидный протез. Около двух лет назад перенесла двусторонний верхнечелюстной синусит и фронтит, по поводу чего проходила курс лечения в стационаре, но обострения повторялись. Направлена ЛОР-врачом на консультацию. При осмотре полости рта: на верхней челюсти слева имеется металлокерамический мостовидный протез с опорой на имплантат и 23-24 зубы. Перкуссия его болезненна, подвижности не определяется. Слизистая оболочка ярко-розового цвета, пальпация альвеолярного отростка болезненна. На ортопантограмме в проекции 25 – 27 зубов определяется пластиночный имплантат, окружённый по периметру линией разрежения костной ткани шириной 1 - 1,5мм; верхняя костная граница отсутствует.

Ситуационная задача №5.

Пациент Ш., 55 лет, обратился с жалобой на дискомфорт в области установленного 2 года тому назад винтового имплантата зоне 44 зуба. На контрольные осмотры в течение этого времени не являлся. При осмотре полости рта выявлены обильные зубные отложения, покрывающие все зубы. Межзубные сосочки отёчны, застойно-синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании. В зоне 44 зуба - металлокерамическая коронка, перкуссия безболезненна, конструкция устойчива. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны у десневого края резко отёчна, определяются выбухающие грануляции. На R-грамме: имплантат оссеоинтегрирован, определяется краевая резорбция глубиной 2мм у шейки имплантата.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причину заболевания.
3. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №6.

Пациент П., 47 лет, обратился с жалобами на дискомфорт и периодически возникающую припухлость десны в области мостовидного протеза, установленного 4 года тому назад с опорой на 35 зуб и дентальный имплантат. При осмотре: лицо симметрично, поднижнечелюстные лимфоузлы слева слегка увеличены, открывание рта в полном объёме. На нижней челюсти слева установлен металлокерамический мостовидный протез (зона 35-37), перкуссия болезненна, определяется незначительная подвижность в вестибулярно-оральном направлении. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны в области 36-37 зубов отёчна, гиперемирована и болезненна при пальпации. В области дистальной опоры протеза определяется патологический карман глубиной 5-6 мм. с гнойногеморрагическим отделяемым. На боковой R-грамме нижней челюсти слева определяется пластиночный имплантат длиной 2см, установленный в проекции 36-37 зубов, по периметру которого имеется разрежение костной ткани шириной 1,5мм; у 35 з у б а - V-образный дефект кости ниже шейки зуба глубиной 4мм. В

опросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причину заболевания.
3. Определите лечебную тактику.

Ситуационная задача №7.

После установки двухэтапного винтового имплантата в зоне 35 зуба три недели тому назад пациентка А. обратилась с жалобой на появление малоболезненного выбухания над имплантатом. При осмотре обнаружен небольшой инфильтрат размером около 5 мм над имплантатом, установленным в зоне 35 зуба. При его зондировании получено незначительное гнойное отделяемое. На рентгенограмме определяется краевая резорбция костной ткани у шейки имплантата около 1 мм.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите лечебную тактику.

Ситуационная задача №8.

Пациентка С., 51 год, направлена стоматологом-ортопедом для дентальной имплантации в области нижней челюсти справа и слева. Острых заболеваний и обострений хронических не отмечает. При осмотре: отсутствуют моляры нижней челюсти справа и слева. Альвеолярный отросток достаточной ширины и высоты. 35,34;45,44 зубы запломбированы, коронки их изменены в цвете.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите необходимое обследование.
3. Определите возможность и вид имплантации.

Ситуационная задача №9.

Пациент К., 43 лет, обратился для консультации по поводу установки дентального имплантата на верхней челюсти слева в области отсутствующих 25-27 зубов. Из анамнеза установлено, что на протяжении 3-х лет страдает хроническим левосторонним верхнечелюстным синуситом, в связи с чем неоднократно обращался к ЛОР-врачу в периоды обострений. 25,26,27 зубы удалены в связи с осложнениями кариеса. На ортопантограмме определяется пневматический тип верхнечелюстной пазухи, расстояние от гребня альвеолярного отростка в зоне 26-27 до дна пазухи составляет 5 мм. Задание: Определите возможность дентальной имплантации.

Ситуационная задача №10.

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.

Ситуационная задача №11.

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 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:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?

Ситуационная задача №12.

После установки двухэтапного винтового имплантата в зоне 35 зуба три недели тому назад пациентка А. обратилась с жалобой на появление малоболезненного выбухания над имплантатом. При осмотре обнаружен небольшой инфильтрат размером около 5 мм над имплантатом, установленным в зоне 35 зуба. При его зондировании получено 20 незначительное гнойное отделяемое. На рентгенограмме определяется краевая резорбция костной ткани у шейки имплантата около 1 мм.

Ситуационная задача №13.

Пациент П., 47 лет, обратился с жалобами на дискомфорт и периодически возникающую припухлость десны в области мостовидного протеза, установленного 4 года тому назад с опорой на 35 зуб и дентальный имплантат. При осмотре: лицо симметрично, поднижнечелюстные лимфоузлы слева слегка увеличены, открывание рта в полном объеме. На нижней челюсти слева установлен металлокерамический мостовидный протез (зона 35-37), перкуссия болезненна, определяется незначительная подвижность в вестибулярно-оральном направлении. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны в области 36-37 зубов отёчна, гиперемирована и болезненна при пальпации. В области дистальной опоры протеза определяется патологический карман глубиной 5-6 мм. с гнойногеморрагическим отделяемым. На боковой R-грамме нижней челюсти слева определяется пластиночный имплантат длиной 2см, установленный в проекции 36-37 зубов, по периметру которого имеется разрежение костной ткани шириной 1,5мм; у 35 з у б а - V-образный дефект кости ниже шейки зуба глубиной 4мм.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причину заболевания.
3. Определите лечебную тактику.

Ситуационная задача №14 Стоматолог-ортопед направил пациента Л. Для удаления корня 23 зуба и непосредственной имплантации в лунку зуба. Местный статус: корень 23 зуба выше уровня десневого края, зондирование безболезненно, слизистая оболочка без признаков воспаления. На дентальной R-грамме: в области верхушки корня 23 зуба определяется очаг разрежения костной ткани с нечёткими контурами диаметром около 5 мм. 1. Определите возможность проведения непосредственной имплантации в данном случае. 2. Назовите показания и противопоказания для непосредственной имплантации.

Ситуационная задача №15 Пациент Д., 33-х лет, обратился за помощью в связи с отсутствием 11 зуба. Зуб утрачен в результате травмы. Рядом стоящие 12 и 21 зубы интактны. Ширина альвеолярного гребня в области 11 зуба составляет 4 мм, высота 13 мм. 1. Составьте план лечения. 2. Определите дополнительные вмешательства для имплантационного лечения.

Ситуационная задача № 16 У пациента Л., 40 лет, отсутствует 14 зуб. 13 зуб интактный, в 15 зубе пломба, изменён в цвете. Ширина альвеолярного отростка в зоне 14 зуба составляет 4,5 мм; высота - 15 мм. 1. Предложите варианты стоматологической реабилитации. 2. Определите тип дентальной имплантации, если пациент имеет ограниченные финансовые и временные возможности.

Ситуационная задача № 17 У пациентки Г., 29 лет, отсутствует 25 зуб. Соседние 24 и 26 зубы интактны. Ширина альвеолярного гребня составляет 5 мм; расстояние до дна верхнечелюстной пазухи - 7 мм. 56 1. Составьте план лечения. 2. Предложите варианты дополнительных вмешательств при имплантологическом лечении. Ответ: Оптимальным методом лечения в данной ситуации является имплантологический метод, требующий дополнительного хирургического вмешательства в виде операции поднятия дна верхнечелюстной пазухи, которую можно провести открытым или закрытым способом одновременно с имплантацией двухэтапного винтового имплантата в области 25 зуба.

Ситуационная задача №18. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Л., 64 года, у которого по ортопедическим показаниям в плановом порядке должен быть удален зуб 1.8. Из анамнеза жизни пациента известно, что ему 10 лет назад диагностирована ишемическая болезнь сердца и по поводу данного заболевания он постоянно принимает лекарственные средства (поддерживающая терапия). 1. Можно ли приступить к операции удаления зуба и имплантации 1.8 сразу же после обращения пациента к стоматологу-хирургу? 2. Каким должен быть алгоритм диагностических и лечебных мероприятий, проводимых пациенту с ишемической болезнью сердца перед указанными оперативными вмешательствами?

Ситуационная задача №19. В поликлинике на прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка А., 58 лет, с диагнозом радикулярная киста (1,0 × 0,8 см) нижней челюсти в области апекса зуба 4.3. Из анамнеза жизни пациентки известно, что с детства у нее имеется ревматический порок сердца, по поводу которого она постоянно принимает поддерживающую лекарственную терапию. Хирург назначил пациентке операцию в плановом порядке, указав в перечне необходимого предоперационное обследование: осмотр терапевта и ЭКГ. 1. Можно ли считать действия врача правильными? 2. Каким должен быть алгоритм диагностических и лечебных мероприятий у пациентки с ревматическим пороком сердца при подготовке к оперативному вмешательству?

Ситуационная задача №20. На прием к стоматологу-хирургу в условиях городской стоматологической поликлиники обратилась пациентка З., 60 лет, с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.6 вне обострения. Из анамнеза

известно, что пациентка 8 лет назад перенесла инсульт.

Какие анестетики могут быть использованы для проведения местной (проводниковой и инфильтрационной) анестезии у пациентки?

Вопросы на зачет
по дисциплине: «Реконструктивная хирургия полости рта».

Фазы заживления лунки после удаления зуба
Формирование кровяного сгустка и профилактика альвеолита
Пролиферация эпителия
Формирование рубцовой ткани
Формирование ретикулофиброзной кости
Определение факторов риска перед удалением зуба
Тканевой биотип
Форма коронки зуба и длина десневого сосочка
Толщина вестибулярной компактной пластинки
Ширина зоны кератинизированной десны
Классификация альвеол после удаления зуба
Класс 1 (интактные костные стенки)
Класс 2 (утрата 1/2 вестибулярной костной пластинки)
Варианты десневых лоскутов для закрытия лунки
Класс 3 (утрата вестибулярной компактной пластинки, рецессия десны)
Необходимость в трансплантации кости.
Трансплантаты аутогенной кости.
Заживление кости при трансплантации.
Виды трансплантатов.
Губчатый трансплантат.
Кортикальный трансплантат.
Хранение костного трансплантата.
Адаптация трансплантата.
Принимающее ложе. Фиксация.
Ушивание мягких тканей.
Повторное вмешательство. Иллюстрации.
Инструменты для получения и фиксации трансплантатов.
Инструменты для остеотомии. Костные мельницы.
Хирургическая анатомия. Границы подбородочного симфиза.
Анестезия, доступ. Получение трансплантата в подбородочной области. Инструментарий.
Использование костных стружек при установке имплантатов.
Послеоперационный уход. Осложнения интраоперационные и послеоперационные.
Клиническое применение костных трансплантатов из подбородочного симфиза.
Иллюстрации.
Тело нижней челюсти. Хирургическая анатомия.
Ветвь нижней челюсти. Хирургическая анатомия.
Анестезия. Доступ. Получение трансплантата из тела и ветви нижней челюсти.
Показания к применению трансплантата из тела и ветви нижней челюсти.
Осложнения интра- и послеоперационные.
Венечный отросток нижней челюсти. Хирургическая анатомия. Хирургические манипуляции: разрез, доступ, границы.
Показания к применению трансплантата из венечного отростка нижней челюсти.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из венечного отростка нижней челюсти.
Бугор верхней челюсти. Хирургическая анатомия. Хирургические манипуляции: разрез,

доступ, границы.

Показания к применению трансплантата бугра верхней челюсти.

Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из бугра верхней челюсти.

Верхнечелюстная пазуха. Хирургическая анатомия.

Хирургическая техника: анестезия, хирургический доступ. Получение трансплантата.

Показания к применению трансплантата из стенки верхнечелюстной пазухи.

Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из стенки верхнечелюстной пазухи.

Скулоальвеолярный гребень. Хирургическая анатомия.

Хирургическая техника: анестезия, хирургический доступ. Получение трансплантата.

Показания к применению трансплантата из скулоальвеолярного гребня.

Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из скулоальвеолярного гребня.

Свод черепа. Хирургическая анатомия.

Хирургические манипуляции: доступ, границы.

Показания к применению трансплантата из свода черепа.

Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из свода черепа.

Гребень подвздошной кости. Хирургическая анатомия.

Хирургические манипуляции: анестезия, доступ, положение пациента, границы.

Получение трансплантата из гребня подвздошной кости. Методика «занавески».

Получение трансплантата из гребня подвздошной кости. Методика расщепленного блока. Ушивание раны.

Послеоперационный период.

Показания к применению трансплантата из гребня подвздошной кости.

Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из гребня подвздошной кости.

Большеберцовая кость. Хирургическая анатомия.

Хирургические манипуляции: анестезия, доступ, границы.

Получение трансплантата из большеберцовой кости.

Послеоперационный уход.

Показания к применению трансплантата из большеберцовой кости.

Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из большеберцовой кости.

Рентгеноконтрастный шаблон

Выбор размера имплантата

Увеличение зоны прикрепленной кератинизированной десны

Пластика мягких тканей во фронтальном отделе

Пластика мягких тканей в боковом отделе

Классификация атрофии альвеолярного отростка челюстей

Ширина альвеолярной кости >5 мм

Ширина альвеолярной кости 4–5 мм

Ширина альвеолярной кости <4 мм

Общие правила работы с биоматериалами

Оценка эффективности биоматериала.

Клиническая оценка.

Гистологическая оценка.

Тканевая реакция на биоматериал.

Асептическое воспаление.

Иммунная реактивность.

Собственно регенерация.

Вопросы для коллоквиумов
по дисциплине:
«Реконструктивная хирургия полости рта»

Фазы заживления лунки после удаления зуба
Формирование кровяного сгустка и профилактика альвеолита
Пролиферация эпителия
Формирование рубцовой ткани
Формирование ретикулофиброзной кости
Определение факторов риска перед удалением зуба
Тканевой биотип
Форма коронки зуба и длина десневого сосочка
Толщина вестибулярной компактной пластинки
Ширина зоны кератинизированной десны
Классификация альвеол после удаления зуба
Класс 1 (интактные костные стенки)
Класс 2 (утрата 1/2 вестибулярной костной пластинки)
Варианты десневых лоскутов для закрытия лунки
Класс 3 (утрата вестибулярной компактной пластинки, рецессия десны)
Необходимость в трансплантации кости.
Трансплантаты аутогенной кости.
Заживление кости при трансплантации.
Виды трансплантатов.
Губчатый трансплантат.
Кортикальный трансплантат.
Хранение костного трансплантата.
Адаптация трансплантата.
Принимающее ложе. Фиксация.
Ушивание мягких тканей.
Повторное вмешательство. Иллюстрации.
Инструменты для получения и фиксации трансплантатов.
Инструменты для остеотомии. Костные мельницы.
Хирургическая анатомия. Границы подбородочного симфиза.
Анестезия, доступ. Получение трансплантата в подбородочной области. Инструментарий.
Использование костных стружек при установке имплантатов.
Послеоперационный уход. Осложнения интраоперационные и послеоперационные.
Клиническое применение костных трансплантатов из подбородочного симфиза.
Иллюстрации.
Тело нижней челюсти. Хирургическая анатомия.
Ветвь нижней челюсти. Хирургическая анатомия.
Анестезия. Доступ. Получение трансплантата из тела и ветви нижней челюсти.
Показания к применению трансплантата из тела и ветви нижней челюсти.
Осложнения интра- и послеоперационные.
Венечный отросток нижней челюсти. Хирургическая анатомия. Хирургические манипуляции: разрез, доступ, границы.
Показания к применению трансплантата из венечного отростка нижней челюсти.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из венечного отростка нижней челюсти.
Бугор верхней челюсти. Хирургическая анатомия. Хирургические манипуляции: разрез, доступ, границы.

Показания к применению трансплантата бугра верхней челюсти.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из бугра верхней челюсти.
Верхнечелюстная пазуха. Хирургическая анатомия.
Хирургическая техника: анестезия, хирургический доступ. Получение трансплантата.
Показания к применению трансплантата из стенки верхнечелюстной пазухи.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из стенки верхнечелюстной пазухи.
Скулоальвеолярный гребень. Хирургическая анатомия.
Хирургическая техника: анестезия, хирургический доступ. Получение трансплантата.
Показания к применению трансплантата из скулоальвеолярного гребня.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из скулоальвеолярного гребня.
Свод черепа. Хирургическая анатомия.
Хирургические манипуляции: доступ, границы.
Показания к применению трансплантата из свода черепа.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из свода черепа.
Гребень подвздошной кости.. Хирургическая анатомия.
Хирургические манипуляции: анестезия, доступ, положение пациента, границы.
Получение трансплантата из гребня подвздошной кости. Методика «занавески».
Получение трансплантата из ребня подвздошной кости. Методика расщепленного блока. Ушивание раны.
Послеоперационный период.
Показания к применению трансплантата из гребня подвздошной кости.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из гребня подвздошной кости.
Большеберцовая кость. Хирургическая анатомия.
Хирургические манипуляции: анестезия, доступ, границы.
Получение трансплантата из большеберцовой кости.
Послеоперационный уход.
Показания к применению трансплантата из большеберцовой кости.
Осложнения во время и после операции при использовании трансплантата из большеберцовой кости.
Рентгеноконтрастный шаблон
Выбор размера имплантата
Увеличение зоны прикрепленной кератинизированной десны
Пластика мягких тканей во фронтальном отделе
Пластика мягких тканей в боковом отделе
Классификация атрофии альвеолярного отростка челюстей
Ширина альвеолярной кости >5 мм
Ширина альвеолярной кости 4–5 мм
Ширина альвеолярной кости <4 мм
Общие правила работы с биоматериалами
Оценка эффективности биоматериала.
Клиническая оценка.
Гистологическая оценка.
Тканевая реакция на биоматериал.
Асептическое воспаление.
Иммунная реактивность.
Собственно регенерация.

Комплект тестовых заданий для текущего тестового контроля

по дисциплине: **«Реконструктивная хирургия полости рта»**

1. Аутотрансплантат - это пересадка

1. костной ткани, созданной на основе клонирования аутокости на основе бионанотехнологий;
2. пересадка кости, взятой с донорского участка в пределах одной области с дефектом;
3. собственной костной ткани, взятой из донорских участков организма пациента или созданной на основе клонирования аутокости на основе бионанотехнологий;
4. только собственной костной ткани, взятой из донорских участков организма пациента.

2. Для замещения каких дефектов лучше использовать расщепленные кортикальные или кортикально-губчатые аутотрансплантаты из области наружной поверхности ветви или подбородочного отдела нижней челюсти?

1. для восполнения относительно небольших полостных костных дефектов челюстей или для увеличения объема альвеолярного отростка;
2. для пластики носа;
3. для пластики скуловой дуги;
4. для пластики суставного отростка.

3. Из скольких слоев состоит свод черепа?

1. двух компактных слоев - наружного и внутреннего, и третьего, находящегося между ними, губчатого слоя;
2. из двух слоев – компактного и губчатого;
3. только из компактного слоя.

4. Какие механизмы задействованы в перестройке костного трансплантата?

1. ионофорез, остеоиндукция и остеокондукция;
2. остеогенез;
3. остеогенез, остеоиндукция и остеокондукция;
4. остеоиндукция и остеокондукция.

5. Какие процессы лежат в основе приживления костного аутотрансплантата?

1. аугментации;
2. резорбции;
3. ремоделирования;
4. ремоделирования и резорбции.

6. Какие сосудистые процессы возникают вокруг аутотрансплантата в первые месяцы после пересадки?

1. отсутствие васкуляризации;
2. повышение васкуляризации;
3. снижение васкуляризации

7. Назовите возможное осложнение при имплантации

1. развитие контрактуры челюстей

2. развитие анкилоза ВНЧС
3. отторжение имплантата
4. гиперсаливация
5. аурикулотемпоральный синдром

8. Клиническим симптомом одностороннего костного анкилоза ВНЧС является:

1. нижняя макрогнатия
2. верхняя микрогнатия
3. верхняя ретрогнатия
4. уплощение и укорочение тела и ветви нижней челюсти на больной стороне
5. ограничение открывания рта I степени

9. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии

1. моляры
2. височный гребешок
3. позадиомолярная ямка
4. крыловидночелюстная складка
5. премоляры

10. Каким свойством обладает остеопластический материал, который осуществляет роль проводника для прорастания кровеносных сосудов?

1. остеобластический остеогенез;
2. остеоиндукция;
3. остеокондукция;
4. остеостимуляция.

11. Каким свойством обладает остеопластический материал, при использовании которого под воздействием специфических субстанций наблюдается фенотипическое преобразование неспецифических малодифференцированных клеток в костные клетки?

1. остеобластический остеогенез;
2. остеоиндукция;
3. остеокондукция;
4. остеостимуляция.

12. Каким свойством обладает остеопластический материал, при использовании которого, происходит воздействие теми или иными факторами, способствующими усилению уже протекающих процессов остеогенеза?

1. остеобластический остеогенез;
2. остеоиндукция;
3. остеокондукция;
4. остеостимуляция.

13. Какой процесс характерен для аллотрансплантатов? Выберите несколько вариантов ответов.

1. остеобластический остеогенез;
2. остеоиндукция;

3. остеокондукция;
4. остеостимуляция.

14. Пересадка в костную рану искусственного синтетического материала называется

1. аллотрансплантация;
2. аутоотрансплантация;
3. имплантация;
4. ксенотрансплантация.

15. Пересадка собственной ткани человека с одного участка на другой называется

1. аллотрансплантация;
2. аутоотрансплантация;
3. имплантация;
4. ксенотрансплантация.

16. Пересадка тканей от человека к человеку называется

1. аллотрансплантация;
2. аутоотрансплантация;
3. имплантация;
4. ксенотрансплантация.

17. Пересадка ткани от животного человеку называется

1. аллотрансплантация;
2. аутоотрансплантация;
3. имплантация;
4. ксенотрансплантация.

18. Укажите недостаток пластики синтетическими материалами

1. выраженная антигенность;
2. выраженный дисбаланс между процессами рассасывания имплантата и образования костного регенерата;
3. высокий риск переноса вирусной инфекции;
4. неустойчивость трансплантата к инфекции.

19. Отрицательное качество шовного материала из шелка является:

1. Аллергическая реакция
2. Наличие режущего эффекта
3. Непрочность

20. Первичный хирургический шов на рану лица накладывается в течении:

1. 2-3 часов
2. 10-12
3. 12-24
4. до 48

**21. Возможное осложнение во время операции удаления зубов верхней челюсти:
Выберите несколько вариантов ответов.**

1. перфорация дна верхнечелюстной пазухи
2. синусит
3. отлом бугра верхней челюсти

22. В альвеоле остеоидная ткань формируется обычно на

1. 10-14 сутки;
2. 21-28 сутки;
3. 5-7 сутки;
4. 60-90 сутки.

23. В костной ткани содержится преимущественно коллаген

1. I типа;+
2. II типа;
3. III типа;
4. VI типа.

24. Окончательное формирование зрелой костной ткани в области дефекта происходит через

1. 3 месяца;
2. 4 месяца;
3. 5 месяцев;
4. 6 месяцев.

25. Процесс постепенной перестройки костной мозоли и ее замещение пластинчатой костной тканью в лунке удаленного зуба заканчивается примерно на

1. 10-14 сутки;
2. 21-28 сутки;
3. 5-7 сутки;
4. 60-90 сутки.

26. Стадия формирования сосудов в альвеоле удаленного зуба заканчивается на

1. 10-14 сутки;
2. 21-28 сутки;
3. 5-7 сутки;
4. 60-90 сутки.

27. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада:

1. носонёбного нерва
2. большого небного нерва
3. среднего верхнего зубного сплетения
4. лицевые нервы
5. I ветви тройничного нерва

28. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие:

1. сонное
2. круглое
3. овальное
4. остистое
5. слепое

29. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является:

1. обморок
2. гематома
3. контрактура
4. кровотечение
5. пародонтит

30.Обморок - это:

1. проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
2. аллергическая реакция на антиген
3. потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
4. гипертонус мышц
5. дыхательная недостаточность

31.Во время коллапса кожные покровы:

1. сухие, бледные
2. влажные, бледные
3. сухие, гиперемированные
4. влажные, гиперемированные
5. нормальные

32.Прямыми щипцами удаляют:

1. моляры
2. премоляры
3. зубы мудрости
4. резцы верхней челюсти
5. резцы нижней челюсти

33.S-образными щипцами без шипов удаляют:

1. корни зубов
2. моляры нижней челюсти
3. моляры верхней челюсти
4. премоляры верхней челюсти
5. 3-й моляры нижней челюсти

34.S-образными щипцами с шипом удаляют:

1. резцы
2. 3-й моляры
3. моляры верхней челюсти
4. премоляры верхней челюсти
5. 3-й моляры нижней челюсти

35.Штыковидными щипцами удаляют:

1. резцы нижней челюсти
2. моляры верхней челюсти
3. премоляры нижней челюсти
4. 3-й моляры нижней челюсти
5. корни и премоляры верхней челюсти

36.Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют:

1. резцы нижней челюсти
2. моляры нижней челюсти
3. премоляры верхней челюсти
4. 3-й моляры верхней челюсти
5. корни зубов нижней челюсти

37.Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют зубы:

1. резцы верхней челюсти
2. моляры верхней челюсти
3. премоляры нижней челюсти
4. корни зубов нижней челюсти
5. премоляры верхней челюсти

38. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют:

1. клыки
2. резцы
3. премоляры
4. корни зубов
5. моляры

39. Штыковидным элеватором (элеватором Леклюза) удаляют зубы нижней челюсти:

1. резец
2. премоляр
3. первый моляр
4. второй моляр
5. третий моляр

40. Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба:

1. верхнечелюстной синусит
2. периостит
3. альвеолит
4. остеомиелит
5. перелом коронки или корня удаляемого зуба

41. Вставьте пропущенные слова. Челюстно-лицевая область имеет обширную сеть.... , поэтому хирургические манипуляции нередко сопровождаются значительным кровотечением.

42. Вставьте пропущенное слово. Повышенная регенеративная способность тканей лица, их к микробному загрязнению обусловлены главным образом богатством кровоснабжения и иннервации.

43. Вставьте пропущенное слово. Огромное значение имеет кольцо (кольцо Пирогова), входящее в состав единой иммунной системы организма и являющийся ее барьером

44. Вставьте пропущенное слово. Челюстно-лицевая область имеет богатую , что необходимо учитывать при хирургических вмешательствах на лице. Прежде всего, это требует хорошего обезболивания, а затем – выполнения разрезов с учетом хода ветвей нервов.

45. Вставьте пропущенное слово. раны является обязательным элементом любого хирургического вмешательства в челюстно-лицевой области.

46. Вставьте пропущенное слово. При полном отсутствии зубов возможно применение несъемных конструкций протезов с опорой на ?

47. Вставьте пропущенные слова. Передняя (лицевая) стенка верхнечелюстной пазухи простирается от нижнеорбитального края глазницы до верхней челюсти и лишь

иногда она расположена во фронтальной плоскости.

48. Вставьте пропущенное слово. Изнутри гайморова пазуха выстлана слизистой оболочкой с эпителием, который отвечает за, так называемый, мукоцилиарный клиренс- удаление избытка слизи, инородных частиц и микроорганизмов, попавших на слизистую оболочку дыхательных путей.

49. Вставьте пропущенное слово. Посредством эпителия происходит движение слизи к отверстиям околоносовых пазух с примерной скоростью- 1 см/м.

50. Вставьте пропущенное слово. Эти материалы служат биосовместимой матрицей для построения костной ткани в период ее и в идеале должен полностью замениться собственной тканью пациента.

51. Вставьте пропущенное слово. Если корни зубов отсутствуют, клетки кости не получают должного давления и перестают насыщаться питательными веществами возникает - костной ткани

52. Вставьте пропущенное слово. Остеокондукция - способность остеопластического материала матрицу для колонизации собственными клетками организма, образующими костную ткань в процессе репаративного остеогенеза.

53. Вставьте пропущенное слово. Остеоиндукция - это недифференцированных клеток к трансформации в остеобласты.

54. Вставьте пропущенное слово. Гемостатическая фаза – фаза формирования сгустка. Наступает сразу после хирургических манипуляций. Происходит агрегация тромбоцитов в большие конгломераты, блокирующие поврежденные сосуды. Происходит образование нитей?

55. Вставьте пропущенное слово. Нарращивание кости в стоматологии называется?

56. Вставьте пропущенное слово. При сильной атрофии костная пластика необходима, так как в противном случае места в челюсти не хватит для вживления?

Ответ: имплантов

57. Вставьте пропущенное слово. Синус-лифтинг- это процедура по наращиванию в области гайморовых пазух.

58. Вставьте пропущенное слово. Для установки импланта необходимо минимум костной ткани до гайморовой пазухи.

59. Вставьте пропущенное слово. При расстоянии до гайморовой пазухи менее 5 мм проводится синус-лифтинг без установки имплантов.

60. Вставьте пропущенное слово. Самое распространённое ограничение к проведению синус-лифтинга – воспалительные заболевания в области ?

ПК-1	1; 2; 5; 8; 11; 13; 14; 15; 18; 19; 22; 23; 27; 28; 31; 32; 33; 37; 38; 39; 41; 42; 45; 46; 47; 52; 53; 57; 58; 60.
ОПК-7	3; 4; 6; 7; 9; 10; 12; 16; 17; 20; 21; 24; 25;

	26; 29; 30; 34; 35; 36; 40; 43; 44; 48; 49; 50; 51; 54; m55; 56; 59.
--	---

5. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания компетенции

5.1 Критерии оценивания качества выполнения лабораторного практикума –
не предусмотрено.

5.2 Критерии оценивания качества устного ответа

Оценка **«отлично»** выставляется за глубокое знание предусмотренного программой материала, за умение четко, лаконично и логически последовательно отвечать на поставленные вопросы.

Оценка **«хорошо»** – за твердое знание основного (программного) материала, за грамотные, без существенных неточностей ответы на поставленные вопросы.

Оценка **«удовлетворительно»** – за общее знание только основного материала, за ответы, содержащие неточности или слабо аргументированные, с нарушением последовательности изложения материала.

Оценка **«неудовлетворительно»** – за незнание значительной части программного материала, за существенные ошибки в ответах на вопросы, за неумение ориентироваться в материале, за незнание основных понятий дисциплины.

5.3 Критерии оценки ситуационных задач:

«Отлично» – ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

«Хорошо» – ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

«Удовлетворительно» – ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.

«Неудовлетворительно» – ответ на вопрос задачи дан не правильный. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

5.4 Критерии оценивания тестирования

При тестировании все верные ответы берутся за 100%.

91%-100% отлично

76%-90% хорошо

60%-75% удовлетворительно

менее 60% неудовлетворительно

5.5 Критерии оценивания результатов освоения дисциплины на зачете

Отметка **«зачтено»** выставляется за глубокое знание предусмотренного программой материала, содержащегося в основных и дополнительных рекомендованных литературных источниках, за умение четко, лаконично и логически последовательно отвечать на поставленные вопросы, за умение анализировать изучаемые явления в их взаимосвязи и диалектическом развитии, применять теоретические положения при решении практических задач.

Отметка **«не зачтено»** – за незнание значительной части программного

материала, за существенные ошибки в ответах на вопросы, за неумение ориентироваться в расчетах, за незнание основных понятий дисциплины.

5.6 Критерии оценивания коллоквиума

Отметка **«зачтено»** выставляется за глубокое знание предусмотренного программой материала, содержащегося в основных и дополнительных рекомендованных литературных источниках, за умение четко, лаконично и логически последовательно отвечать на поставленные вопросы, за умение анализировать изучаемые явления в их взаимосвязи и диалектическом развитии, применять теоретические положения при решении практических задач.

Отметка **«не зачтено»** – за незнание значительной части программного материала, за существенные ошибки в ответах на вопросы, за неумение ориентироваться в расчетах, за незнание основных понятий дисциплины.

Приложение 2.

Аннотация дисциплины

Дисциплина (Модуль)	«Реконструктивная хирургия полости рта»	
Реализуемые компетенции	ПК-1	ОПК-7
Индикаторы достижения компетенций	<p>ПК-1.1. Получает информацию от пациентов (их родственников/ законных представителей)</p> <p>ПК-1.2. Интерпретирует данные первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов</p> <p>ПК- 1.3. Интерпретирует данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))</p>	<p>ОПК-7.1. Владеет методикой сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей), физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию), принципами и методами оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ОПК-7.2. Распознает состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.</p> <p>ОПК-7.3. Организует работу медицинского персонала при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.</p>
Трудоемкость, з.е.	72/2	
Формы отчетности (в т.ч. по семестрам)	зачет в 9 семестре	